

Клинический случай
УДК 616.5-002.525.2.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У СЛОЖНОГО ПАЦИЕНТА С ВЕРОЯТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СИСТЕМНОГО ПОРАЖЕНИЯ

Г.А. Эфендиева¹, П.М. Алиева², М.А. Хайрулаев¹, З.Г. Гайдарова¹, А.М. Курамагомедова¹, М.М. Эфендиева¹

¹ ГБУ РД РКВД «Республиканский кожно-венерологический диспансер», Махачкала, Россия

² ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет», Махачкала, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Аутоиммунные заболевания представляют собой значительную группу различных патологических процессов, среди которых болезни соединительной ткани приобретают в современной медицине все больший интерес. Этиопатогенетические механизмы аутоиммунных заболеваний соединительной ткани остаются окончательно невыясненными, для них характерно многообразие клинических проявлений и симптомов. В настоящей публикации приведены в пример основные звенья этиопатогенеза аутоиммунных процессов, в частности, такого заболевания, как красная волчанка, с указанием на мультифакториальность данной патологии, риск возможной трансформации кожных форм в системность поражения, роль антинуклеарного фактора как диагностического критерия многих аутоиммунных заболеваний.

Цель. Представить интересный случай дискоидной красной волчанки у взрослого пациента, страдающего заболеванием на протяжении длительного времени — 6 лет. Наличие у данного больного возможных проявлений системности поражения (симптоматика и результаты лабораторных исследований) в сочетании с соматической патологией вызывает клинический интерес.

Материалы и методы. Описан и проанализирован клинический случай пациента N., 57 лет с вероятными клиническими признаками системности процесса — наличием общих и местных клинических симптомов, а также данных лабораторных исследований. Проведено исследование крови на выявление антинуклеарного фактора методом непрямой иммунофлюоресценции на клеточной линии HEp-2.

Результаты. Отмечена положительная динамика клинической картины заболевания, а также результатов лабораторных исследований крови. Убедительных данных за системность процесса не выявлено.

Выводы. Приведенное нами клиническое наблюдение больного с дискоидной формой красной волчанки свидетельствует о том, что своевременная диагностика этого патологического процесса очень важна для выработки стратегии лечения с целью благоприятного прогноза болезни и улучшения качества жизни возрастных пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: красная волчанка, системная красная волчанка, цитокины, антинуклеарный фактор, признаки системности

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Эфендиева Гюльнара Алиевна, e-mail: efendieva_88@rambler.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Эфендиева Г.А., Алиева П.М., Хайрулаев М.А. и др. Описание клинического наблюдения дискоидной красной волчанки у сложного пациента с вероятными признаками системного поражения // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2025. — Т. 5. — № 3. — С. 65-69. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-3-65-69.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ: Данные текущего исследования можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS IN A COMPLEX PATIENT WITH PROBABLE SIGNS OF SYSTEMIC DAMAGE

G.A. Efendieva¹, P.M. Alieva², M.A. Khayrulaev¹, Z.G. Gaydarova¹, A.M. Kuramagomedova¹, M.M. Efendieva¹

¹ Republican Skin and Venereological Dispensary, Makhachkala, Russia

² Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia

ABSTRACT

Background. Autoimmune diseases represent a large group of various pathological processes, among which connective tissue diseases become increasingly interesting in modern medicine. Etiopathogenetic mechanisms of autoimmune diseases of connective tissue remain unclear, they are characterized by a variety of clinical manifestations and symptoms. This publication provides an example of the main links in the etiopathogenesis of autoimmune processes, in particular, such a disease as lupus erythematosus, indicating the multifactorial nature of this pathology, the risk of possible transformation of cutaneous forms into systemic lesions, the role of antinuclear factor as a diagnostic criterion for many autoimmune diseases.

Purpose. To present an interesting case of discoid lupus erythematosus in an adult patient who has been suffering from the disease for a long time — 6 years. The presence of possible manifestations of systemic damage (clinical symptoms and laboratory test results) in combination with somatic pathology in this patient raised clinical interest.

Materials and methods. The clinical case of patient N., 57 years old, with probable signs of systemic process - presence of general and local clinical symptoms, as well as laboratory test data is described and analyzed. Blood was tested for antinuclear factor by indirect immunofluorescence on the HEp-2 cell line.

Results. Positive dynamics of the clinical picture of the disease and the results of laboratory blood tests were noted. No convincing data for the systemic nature of the process were found.

Conclusion. The clinical observation of a patient with discoid lupus erythematosus presented here indicates that timely diagnosis of this pathological process is very important for developing a treatment strategy with the aim of a favorable prognosis of the disease and improving the quality of life of elderly patients.

KEYWORDS: lupus erythematosus, systemic lupus erythematosus, cytokines, antinuclear factor, signs of systemic

CORRESPONDENCE: Gulnara A. Efendieva, e-mail: efendieva_88@rambler.ru

FOR CITATIONS: Efendieva G.A., Alieva P.M., Khayrulaev M.A. [et al.] Description of a Clinical Case of Discoid Lupus Erythematosus in a Complex Patient with Probable Signs of Systemic Damage // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2025. — Vol. 5, No. 3. — P. 65-69. — DOI 10.36107/2782-1714_2025-5-3-65-69

FUNDING SOURCE: The authors claim that there is no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study are available upon reasonable request from the corresponding author.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема роста аутоиммунных заболеваний, связанных с нарушением иммунологической сопротивляемости организма, становится в современной медицине все более актуальной, привлекая внимание не только дерматологов, но и представителей других смежных специальностей [1]. Интерес к данной группе болезней с частотой распространенности в популяции до 5–8% неуклонно возрастает в связи с многообразием нозологических форм, со значительным ухудшением качества жизни пациентов, тяжелым упорным течением патологического процесса с последующим лишением трудоспособности, резистентностью к проводимым методам терапии [2].

Красная волчанка, наряду с такими болезнями, как склеродермия, дерматомиозит, ревматоидный артрит относится к воспалительным заболеваниям соединительной ткани мультифакториальной природы, характеризуется фотосенсибилизацией, кожными и висцеральными поражениями (с вовлечением в патологический процесс мозга, сердца, легких, почек), многообразием клинических симптомокомплексов. Наиболее тяжелые состояния приводят к серьезным нарушениям функций органов и систем с последующим летальным исходом. Мультифакторность заключается в комбинации генетической предрасположенности и внешних экзогенных воздействий. Провоцирующими факторами также могут быть медикаментозные воздействия (β -блокаторы, ингибиторы фактора некроза опухоли- α , ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ингибиторы протонного насоса, блокаторы кальциевых каналов, противоэпилептические препараты, нестероидные противовоспалительные средства), вирусные инфекции, воздействие никотина, травматизация кожи [3, 4, 5]. Нарушается регуляция функций Т-лимфоцитов и дендритных клеток, идет целый ряд многочисленных цитокиновых, воспалительных клеточных реакций. Исследования свидетельствуют о том, что УФ-облучение приводит к апоптозу эпидермальных клеток, экстернализации аутоантигенов и взаимодействию их с циркулирующими аутоантителами. Патогенез связан с супрессией клеточного и нарушением со стороны гуморального иммунитета в виде бесконтрольной выработки аутоантител (3,6). Немаловажную роль имеют нейроэндокринные факторы (нарушения выработки эстрогенов), в свою очередь влияющие на формирование иммунного ответа.

Согласно отечественной классификации, различают системную красную волчанку (острое, подострое и хроническое течение) и протекающую более доброкачественно кожную форму (дискоидную, диссеминированную, центробежную). К более редко встречающимся формам относят опухолевидную, глубокую — люпус-панникулит, волчанку обморожения, веррукозную форму, слизистых оболочек, а также ладонно-подошвенные поражения [7]. В более редких случаях высыпания появляются на слизистых оболочках полости рта, носа, гениталий, красной кайме губ, конъюнктиве. Встречаются и атипичные локализации на участках, не подвергающихся воздействию ультрафиолетового облучения. Наличие единой классификации целесообразно для понимания механизмов этиопатогенеза, своевременной диагностики и выбора стратегии дальнейшего лечения. Есть заболевания (например, инфекционной природы), которые классифицируются в соответствии с конкретным причинным фактором, генетическими нарушениями. Классификация аутоиммунных системных процессов, в отличие от других заболеваний, опирается на сочетание клинической симптоматики, результатов длительного наблюдения за больными в динамике, лабораторных исследований. Важным тестом является иммуноморфологический метод детекции антинуклеарных антител, имеющий наибольшее диагностическое значение, и на который опираются классификации некоторых аутоиммунных заболеваний [8]. Положительный результат тестирования может говорить о начале аутоиммунного заболевания, такого как системная красная волчанка. Антиядерные антитела присутствуют у большинства больных с системной красной волчанкой, но также их обнаруживают и при ревматических заболеваниях, аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы. Выявление циркулирующих антител возможно и при различных других состояниях, и даже допустимо у здоровых людей, в связи с чем целесообразность тестирования на антинуклеарный фактор зависит от конкретного симптомокомплекса и клинической картины [9].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Цель нашего исследования заключалась в предупреждении серьезных и необратимых нарушений, диагностических ошибок и выявлении тех клинических признаков, которые могли бы быть использованы для определения активности процесса. Приводим описание клинического

случая дискоидной формы красной волчанки у пациента, которое может представлять интерес для врачей-дерматовенерологов и ревматологов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находился больной Н., 57 лет, поступивший в мужское кожное отделение Республиканского кожно-венерологического диспансера 18 апреля 2025 г. с жалобами на появление высыпаний на коже лица, волосистой части головы, сопровождающихся зудом, ощущением покалывания, болезненности. Также беспокоили жалобы на общую слабость, недомогание, боли в области коленных, голеностопных суставов, мелких суставов кистей и стоп, поясничном отделе позвоночника, ноющего характера, усиливающиеся при физических нагрузках, чувство утренней скованности и периодически появляющиеся судороги в области кистей и стоп.

По данным анамнеза болезни: страдает настоящим заболеванием с 2019 года. Начало болезни связывает с перенесенной открытой черепно-мозговой травмой, полученной в результате ДТП, тогда появились первые высыпания на коже волосистой части головы. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно в мужском кожном отделении РКВД, в последний раз был госпитализирован в июле 2024 г. с временным незначительным положительным эффектом. Со слов больного в дальнейшем патологический процесс на коже принял более распространенный характер, свежие высыпания появились на коже лица и волосистой части головы. С целью исключения признаков системности процесса врачом-ревматологом было назначено исследование крови на выявление антиядерных антител, в результате которого был обнаружен ядерный тип свечения (АС — 2,4), референсное значение менее 160. В связи с незначительным риском трансформации в системный процесс для дальнейшего обследования и лечения был направлен на госпитализацию в Республиканский кожно-венерологический диспансер.

По данным анамнеза жизни: рос и развивался соответственно возрасту. Наличие туберкулеза, венерических, психических заболеваний отрицает. Наследственность не отягощена. В 2019 году — открытая ЧМТ в результате ДТП, в феврале 2025 г. лечился стационарно в отделении терапии РКБ №2 г. Махачкала с диагнозом: Внегоспитальная двусторонняя полисегментарная пневмония, вирусно-бактериальной этиологии, средней степени тяжести. ДН-0. Хронический бронхит, обострение. Токсический гепатит. Дискоидная красная волчанка. СРК с диареей.

Лекарственный анамнез спокоен. Непереносимости к пищевым продуктам не отмечает. Среди вредных привычек отмечено употребление алкоголя и курение. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Женат, 3 детей. Члены семьи здоровы.

По данным объективного осмотра: общее состояние больного удовлетворительное. Рост — 174 см, масса — 75 кг. Телосложение нормостеническое. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипы не прослушиваются. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс, частота сердечных сокращений 76 ударов в минуту, частота дыхательных движений — 18 в минуту. Артериальное давление — 105/80 мм.рт.ст. Сатурация — 99%. По органам брюшной поло-

сти, со стороны органов мочевого выделения без видимых изменений. Физиологические отправления в норме.

По данным локального статуса: при осмотре патологический процесс носит распространенный характер, представлен хроническими воспалительными множественными очагами поражения различного диаметра, расположенными на коже волосистой части головы и лица. Высыпания инфильтрированные, эритематозные, светло-розового цвета, неправильных очертаний, четко отграниченные, на их поверхности определяются плотно сидящие мелкие чешуйки серовато-белого цвета, при отторжении которых выявляется положительный симптом Бенъе-Мещерского в виде умеренной болезненности. При осмотре имеются депигментация, гиперпигментация, выявляются очаги фолликулярного гиперкератоза. В центре высыпаний отмечается рубцовая атрофия в виде истонченных белесоватых гладких очагов с легким западением и телеангиэктазиями. На коже головы элементы в большей степени локализируются на коже волосистой части головы — теменной и затылочной областях, на коже лица — очаги в области левой половины с переходом на кожу подбородка, сливающиеся между собой в более крупные бляшки (рис.1).

По результатам лабораторных исследований: общий анализ крови: Нb — 142 г/л, лейкоциты — $12.22 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты — $4.46 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ — 12 мм/час, тромбоциты — $251 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты — 3.39%, моноциты — 0.92%, гранулоциты — 7.91 %, гематокрит — 41.5%. Биохимическое исследование крови: глюкоза крови — 3.46–6.00 ммоль/л, общий билирубин — 5.13 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза — 22.4 Е/л, аланинаминотрансфераза — 31.9 Е/л, мочевины — 4.55 ммоль/л, креатинин — 82.90 мкмоль/л, холестерин — 4.86 ммоль/л, С-реактивный белок — 12.4–0.8 мг/л, щелочная фосфатаза — 81 Е/л, гамма-глутамилтрансфераза — 53.8 Е/л, LE-клетки — не обнаружены. Кровь на антитела к HBS-и HCV-антигенам не обнаружены. Серологические реакции: иммуноферментный анализ и реакция микропреципитации — отрицательные. Общий анализ мочи — удельный вес — 1010, белок — 0.3 г/л, лейкоциты отсутствуют, эритроциты отсутствуют, кетоновые тела не обнаружены. Кал на я/г отрицательный.

Спирография: вентиляционная функция легких не нарушена. ЖЕЛ в пределах нормы (115% от должного) ОФВ1 — 113%, ПОС — 89%, ОФВ1/ФЖЕЛ — 105% от должного.

Электрокардиографическое исследование: ритм синусовый, правильный, замедление внутрижелудочковой проводимости. Нормальное положение электрической оси сердца.

Заключение УЗИ сердца: аортосклероз. Относительная гипертрофия межжелудочковой перегородки. Синдром дистрофии левого желудочка. Снижение реакции на нагрузочную пробу. Эктазия выходного тракта правого желудочка и регургитация сквозь правые клапаны I степени.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: УЗ-картина увеличения желчного пузыря с застойным содержимым (сужение пузырного протока?), стеатогепатоза, диффузных изменений поджелудочной железы (хронический панкреатит?).

Заключение врача-терапевта: ХОБЛ I степени, смешанного характера. Дискоидная красная волчанка. Состояние после перенесенной двусторонней полисегментарной пневмонии. Стеатогепатит. Дискинезия



Рис. 1. Дискоидная красная волчанка у пациента 57 лет (а — область подбородка и шеи, б, в, г, д — высыпания на волосистой части головы, затылочной и теменной областях)

желчевыводящих путей. Атеросклероз сердца. Артроз грудино-ключичного сочленения I степени.

Заключение врача-ревматолога: на момент осмотра убедительных данных за системность процесса не выявлено.

Заключение врача-офтальмолога: пресбиопия. Гиперметропия слабой степени. Начальная возрастная катаракта.

В клинике больному было проведено следующее лечение: преднизолон 50 мг/сут. (30 мг после завтрака, 20 мг после обеда с постепенным снижением дозы каждые 5–10 дней по 5 мг), дексаметазон (8,0–4,0–4,0 мг/сут.) в/м; р-р хлорида натрия 0.9% 200 мл + р-р кальция глюконат 5 мл 20% в/венно капельно №10; омез 20 мг 1 раз в день за 30 мин до завтрака на фоне приема преднизолона; альмагель 1 ст. лож. 3 раза в день, глицин 0.1 3 раза в день сублингвально, аевит 0.2 2 раза в день, пентоксифиллин 0.1 3 раза в день, панангин 1 таб 3 раза в день, фосфоглив 1 капс 3 раза в день. Наружное лечение: мазь «Синаflan».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенной комбинированной терапии лечебный эффект наблюдался в первые две-три недели и сопровождался улучшением общего состояния: отсутствовали жалобы на слабость, недомогание; исчезли суставные боли, уменьшилась болезненность в области высыпаний. При дерматологическом осмотре отмечалась также положительная динамика разрешения кожного процесса: полное отторжение корочек и исчезновение фолликулярного гиперкератоза, уменьшение инфильтрации кожи в очагах поражения на коже в/ч головы (рис. 2) и рубцовой атрофии кожи на подбородке. Положительные результаты наблюдались также со стороны данных лабораторных исследований: при исследовании периферической крови отмечалось снижение уровня лейкоцитов и С-реактивного белка (лейкоциты — $12.22-8.1 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок — 12.4–0.8 мг/л).

Пациент был выписан из стационара для продолжения лечения в амбулаторных условиях с рекомендацией дальнейшего снижения дозы преднизолона 20 мг/сут по нисходящей схеме до поддерживающей /или полной отмены препарата по состоянию кожного процесса в сочетании с наружной терапией и фотозащитными средствами во время активной инсоляции и диспансерного наблюдения у дерматолога и ревматолога.

ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая симптоматика при системной красной волчанке и кожных формах отличается многообразием и вероятностью трансформации одной формы в другую. Несмотря на то, что на сегодняшний день определение антинуклеарного фактора имеет важную диагностическую ценность, по поводу клинической и патофизиологической роли антиядерных антител крови существует немало противоречивых мнений при анализе литературных данных [10]. Проведенное нами клиническое наблюдение (наличие общих симптомов у больного, характерных для системности поражения, также лабораторное выявление ядерного гранулярного типа свечения (АС-2.4) подтверждает необходимость периодического применения иммунофлуоресцентных методов исследования крови на выявление антиядерных антител, также определения уровня С-реактивного белка, лейкоцитов, нейтрофилов, гемоглобина крови, длительного диспансерного наблюдения за больным с дискоидной красной волчанкой врачей у дерматологов и ревматологов.



Рис. 2. Клиническая картина дискоидной красной волчанки у пациента 57 лет (а — до лечения, б — после лечения)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая картина красной волчанки представлена широким спектром проявлений — от немногочисленных высыпаний на коже до серьезных системных поражений с неблагоприятным для жизни прогнозом. Таким образом, клинический случай заслуживает особого внимания

и представляет практическую ценность для дерматовенерологов и врачей других смежных специальностей, т.к. своевременное выявление признаков системности процесса диктует необходимость поиска и разработки новых методов диагностики и лечения пациентов с различными формами красной волчанки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Потеев Н. Н. и др. Красная волчанка, системная и дискоидная: имитация различных дерматозов (клинические наблюдения) // Клиническая дерматология и венерология. — 2014. — Т. 12. — № 1. — С. 81–85.
2. Ольховский И.А., Изъюрова О.Ю., Протопопова Н.Б. [и др.]. Современные методы лабораторной диагностики аутоиммунных заболеваний // Методические рекомендации для врачей. 2-е изд. // Красноярск. — 2002 г.
3. Трофимов П. Н. и др. Кожные формы красной волчанки: патогенез, клиника, диагностика, терапия // Вестник дерматологии и венерологии. — 2015. — № 5. — С. 24–33. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2015-91-5-24-33>
4. Grönhagen C. M. et al. Subacute cutaneous lupus erythematosus and its association with drugs: a population-based matched case-control study of 234 patients in Sweden // British Journal of Dermatology. — 2012. — V. 167. — № 2. — P. 296–305. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2012.10969.x
5. Boeckler P. et al. Association of cigarette smoking but not alcohol consumption with cutaneous lupus erythematosus // Archives of dermatology. — 2009. — V. 145. — № 9. — P. 1012–1016. DOI: 10.1001/archdermatol.2009.199
6. Yu C., Chang C., Zhang J. Immunologic and genetic considerations of cutaneous lupus erythematosus: a comprehensive review // Journal of autoimmunity. — 2013. — V. 41. — P. 34–45. DOI 10.1016/j.jaut.2013.01.007
7. Клиническая дерматовенерология. Рук-во для врачей // Под ред. Скрипкина Ю. К., Бутова Ю. С. // М.: Гэотар-Медиа. — 2009. — Т. 2. — С. 212–233.
8. Andrade L. E. C. et al. Antinuclear antibodies (ANA) as a criterion for classification and diagnosis of systemic autoimmune diseases // Journal of translational autoimmunity. — 2022. — V. 5. — P. 100145. DOI: 10.1016/j.jtauto.2022.100145
9. Nashi R. A., Shmerling R. H. Antinuclear antibody testing for the diagnosis of systemic lupus erythematosus // Rheumatic Disease Clinics of North America. — 2022. — V. 48. — № 2. — P. 569–578. DOI: 10.1016/j.mcna.2020.10.003
10. Al-Mughales J. A. Anti-nuclear antibodies patterns in patients with systemic lupus erythematosus and their correlation with other diagnostic immunological parameters // Frontiers in Immunology. — 2022. — V. 13. — P. 850759. DOI:10.3389/fimmu.2022.850759

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Эфендиева Гюльнара Алиевна — к.м.н., заведующая кожным отделением, ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» им. С.Ю. Алибекова, <http://orcid.org/0009-0003-2043-0331>.

Алиева Папу Магомедовна — д.м.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет», <https://orcid.org/0000-0002-5989-6599>; SPIN-код:7552-5859; AuthorID:818339.

Хайрулаев Мурад Абубакарович — главный врач ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» им. С.Ю. Алибекова, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный Медицинский Университет».

Гайдарова Зухра Гаджиевна — заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» им. С.Ю. Алибекова.

Курамагомедова Аида Магомедовна — врач-дерматовенеролог, ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» им. С.Ю. Алибекова.

Эфендиева Марьям Маратовна — врач-дерматовенеролог, ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» им. С.Ю. Алибекова.

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Эфендиева Г.А., Алиева П.М., Хайрулаев М.А., З.Г. Гайдарова, Эфендиева М.М., Курамагомедова А.М. — концепция и дизайн исследования

Эфендиева Г.А., Курамагомедова А.М., М.М.Эфендиева — сбор и обработка материала, написание текста

Алиева П.М., Хайрулаев М.А., Гайдарова З.Г., Эфендиева Г.А. — редактирование

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ: авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных и фотографий.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: Авторы заявляют, что все процедуры, описанные в данной статье, соответствуют этическим стандартам учреждений, проводивших исследование, и соответствуют Хельсинкской декларации в редакции 2024 г. Статья одобрена Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» (Москва, Волоколамское шоссе, дом 11) протокол №11/6-5 от 9.09.2025.

ПОСТУПИЛА: 11.07.2025

ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ: 22.08.2025

ОПУБЛИКОВАНА: 22.09.2025