

АУТОДЕСТРУКТИВНЫЙ ДЕРМАТОЗ, ИМИТИРУЮЩИЙ ГАНГРЕНОЗНУЮ ПИОДЕРМИЮ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

М. М. Тлиш¹, М. И. Глузмин¹, Н. Л. Сычева¹, М. Е. Шавилова¹, В. В. Лазарев¹,
А. Г. Шевченко²

¹ 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

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края
ул. Рашпилевская, д. 179, г. Краснодар, 350020, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Полиморфизм клинических проявлений психической патологии в дерматологии зачастую приводит к диагностическим ошибкам и тяжелой социальной дезадаптации пациентов.

Описание клинического случая. Представленный клинический случай демонстрирует сходство клинической картины аутодеструктивного дерматоза с симптомами гангренозной пиодермии, в связи чем мы провели дифференциально-диагностический поиск. Язвенные дефекты у пациента локализовались в доступных для аутодеструкции местах и не имели выраженной болезненности, характерной для гангренозной пиодермии. Кроме того, отсутствие ассоциации с системными заболеваниями, безуспешное длительное дерматологическое лечение, однотипность поражений кожи и быстрое заживление кожных проявлений с исходом в рубец в большей степени было характерно для аутодеструктивного дерматоза. Патоморфологическое исследование кожи показало наличие у пациента морфологических данных, характерных для искусственного дерматита в сочетании со склеротическими изменениями, и исключило наличие гранулематозных заболеваний, васкулита и глубокого гнойного воспаления дермы (нейтрофильных дермальных абсцессов). Таким образом, гистологические изменения в биопсийном материале не соответствовали клиническим проявлениям кожного процесса. Постоянные аутодеструктивные действия пациента привели к появлению эксфолиаций, изъязвлений с последующим присоединением вторичной инфекции и выраженными рубцовыми изменениями кожи.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует сложность диагностического поиска при психодерматологическом расстройстве из-за сходства клинической картины аутодеструктивного дерматоза с симптомами гангренозной пиодермии, что привело к отсроченной постановке диагноза.

Ключевые слова: аутодеструктивные дерматозы, гангренозная пиодермия, ошибки диагностики, патогистологическое исследование

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Тлиш М.М., Глузмин М.И., Сычева Н.Л., Шавилова М.Е., Лазарев В.В., Шевченко А.Г. Аутодеструктивный дерматоз, имитирующий гангренозную пиодермию: клинический случай. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2022; 29(6): 84–95. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2022-29-6-84-95>

Поступила 12.08.2021

Принята после доработки 21.10.2022

Опубликована 28.12.2022

SELF-DESTRUCTIVE DERMATOSIS MIMICKING PYODERMA GANGRENOSUM: A CLINICAL CASE

Marina M. Tlish, Mihail I. Gluzmin, Natal'ja L. Sycheva, Marina E. Shavilova,
Veniamin V. Lazarev, Aleksey G. Shevchenko

¹ *Kuban State Medical University
Mitrofana Sedina str., 4, Krasnodar, 350063, Russia*

² *Clinical Dermatovenerologic Dispensary, Krasnodar Krai
Rashpilevskaya str., 179, Krasnodar, 350020, Russia*

ABSTRACT

Background. Polymorphism of clinical manifestations of mental pathology in dermatology often leads to diagnostic errors and severe social exclusion of patients.

Clinical case description. The presented clinical case demonstrated the similarity of the clinical picture of self-destructive dermatosis with the symptoms of pyoderma gangrenosum, which determined our differential diagnostic search. Ulcerous defects in the patient were localized in places accessible for self-destruction and did not cause severe pain characteristic of pyoderma gangrenosum. In addition, lack of association with systemic diseases, unsuccessful long-term dermatological treatment, uniformity of skin lesions, and rapid healing of skin manifestations resulting in a scar were more characteristic of self-destructive dermatosis. A pathomorphological examination of the skin revealed morphological data typical of artificial dermatitis in combination with sclerotic changes, and excluded the presence of granulomatous diseases, vasculitis, and deep purulent inflammation of the dermis (neutrophilic dermal abscesses). Thus, histological changes in the biopsy material did not correspond to the clinical skin manifestations. The constant self-destructive actions of the patient resulted in excoriations, ulcerations, with the subsequent secondary infection and conspicuous cicatricial skin changes.

Conclusion. The presented clinical case demonstrated the complexity of the diagnostic search for a psychodermatological disorder due to the similarity of the clinical picture of self-destructive dermatosis with the symptoms of pyoderma gangrenosum, which led to a delayed diagnosis.

Keywords: self-destructive dermatosis, pyoderma gangrenosum, diagnostic errors, histopathological examination.

Conflicts of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Tlish M.M., Gluzmin M.I., Sycheva N.L., Shavilova M.E., Lazarev V.V., Shevchenko A.G. Self-Destructive Dermatitis Mimicking Pyoderma Gangrenosum: A Clinical Case. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2022; 29(6): 84–95. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2022-29-6-84-95>

Received 12.08.2021

Adopted after revision 21.10.2022

Published 28.12.2022

ВВЕДЕНИЕ

Психические расстройства нередко впервые диагностируют у пациентов дерматологических клиник [1]. Полиморфизм клинических проявлений психической патологии в дерматологии зачастую приводит к диагностическим ошибкам и, как следствие, вызывает постепенно нарастающую тяжелую социальную дезадаптацию пациентов [2].

К числу наиболее сложных для диагностики относятся психические расстройства, сопровождающиеся самоповреждением кожных покровов.

Аутодеструктивные дерматозы могут наблюдаться в разных возрастных категориях.

Как правило, первично пациенты с психогенными дерматозами обращаются к врачу-дерматологу. К психиатру же такие больные попадают, когда самоповреждение кожи протекает на фоне выраженных психических расстройств [3].

В подавляющем большинстве случаев больные скрывают факт своих аутодеструктивных действий или дают ложную информацию о происхождении кожных высыпаний, что создает значительные

диагностические проблемы для дерматологов. Кроме того, отмечается возникновение конфликтных ситуаций между врачом и пациентом или его родственниками в связи с тем, что последние бывают не согласны с заключением об отсутствии дерматологической патологии [4, 5].

Больные с психогенными дерматозами чаще всего имеют длительный анамнез заболевания с почти полной имитацией симптомов сложных дерматозов и безуспешным дерматологическим лечением. При этом клиническая картина характеризуется наличием эрозий и язв причудливых форм, располагающихся на доступных самостоятельному повреждению участках тела. После прекращения искусственной травматизации наступает быстрый регресс кожных проявлений (за исключением рубцов) [2, 6, 7]. В клинической практике нередки ситуации, когда правильный диагноз выставляется дерматологом не сразу, что может быть связано со сходством клинической картины с другими дерматозами (почесухой, пиодермией, васкулитом, акне и т.д.), а также недостаточно полно собранным анамнезом, скрытностью больных.

Грамотно выстроенная беседа является основным подходом для исследования природы поврежденной кожи. В терапии для уменьшения навязчивого желания наносить самоповреждения дополнительно используются нейрорепетики, психотропные препараты и антидепрессанты [6]. В случае, если самоповреждения не являются симптомами тяжелых психических расстройств, довольно действенной является когнитивно-поведенческая психотерапия.

Учитывая разнообразие клинических проявлений и сложности диагностики аутодеструктивных дерматозов, приводим собственное клиническое наблюдение пациента с данной патологией.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Информация о пациенте

Пациент Д., 65 лет, в сентябре 2021 г. поступил на консультативный прием в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ ККВД) с жалобами на наличие высыпаний в области верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания: Со слов больного, заболевание началось около 13 лет назад, когда на фоне выраженного эмоционального стресса после травмирования когтями собаки стали появляться высыпания на коже рук, сопровождающиеся болью и отеками в мышцах и покраснением кистей и стоп, в связи с чем ему была сделана прививка от столбняка. Использовал самостоя-

тельно гормональные и антибактериальные мази, «выжигал» чистотелом, делал внутримышечные инъекции алоэ. Отмечал временное улучшение. Впервые в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ейский кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ ЕКВД) обратился в 2016 г. При осмотре: на коже верхних конечностей визуализировались язвенные элементы, келоидный рубец в области верхней трети левого предплечья, множественные атрофические рубчики, геморрагические корки, эскориации. Был выставлен диагноз: «Микробная экзема. Контактный дерматит», назначены: тиосульфат натрия 30% 10,0 мл внутривенно 1 раз в сутки № 10, антибиотикотерапия, фукоцин, суспензия цинка оксида. На очередной прием пациент не явился.

В связи с распространением высыпаний повторно обратился в ГБУЗ ЕКВД в 2021 г. Объективно: на коже верхних конечностей визуализировались гипертрофические рубцы и очаги атрофии. На коже левого бедра — две язвы, на коже внутренней поверхности стоп — инфильтрированные очаги ярко-красного цвета с эрозиями.

Был направлен на консультацию в ГБУЗ ККВД с диагнозом «Глубокая пиодермия».

Анамнез жизни: рос и развивался в соответствии с возрастом. Из детских болезней — ветряная оспа, корь. В 2003 г. поставлен диагноз: гипертоническая болезнь I стадии. Степень АГ 1. Риск 3 (высокий).

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Наследственный анамнез: у матери сахарный диабет 2-го типа, у отца — гипертоническая болезнь, ИБС: стенокардия напряжения. В семье дерматологических и психиатрических заболеваний не было.

Физикальная диагностика

Данные осмотра: Кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. На коже в области верхней трети левого предплечья визуализировался инфильтрированный гиперемированный очаг размером около 6 см с участками атрофии, гипертрофическими рубцами, язвами овальной формы, покрытыми гнойно-геморрагическими корками (рис. 1 А). На коже в области тыла кистей у основания большого пальца определялись рубцы и округлой формы язвы, покрытые гнойно-геморрагическими корками (рис. 1 Б, В). На коже наружной поверхности верхней трети левого бедра располагалась язва размером до 1,5 см, с гнойным отделяемым на поверхности и гиперемированным венчиком по периферии (рис. 1 Г), на коже тыльной и внутренней поверхности правой стопы —



Рис. 1. Больной Д. Клинические проявления аутодеструктивного дерматоза, имитирующего язвенно-вегетирующую форму гангренозной пиодермии: А, Б, В — на коже верхних конечностей язвенные и рубцовые изменения; Г — на коже правого бедра язва с приподнятым гиперемизированным краем; Д, Е — на коже стопы язвенные дефекты, покрытые гнойно-некротическими массами и рубцовые изменения.

Fig. 1. Patient D. Clinical manifestations of self-destructive dermatosis mimicking the ulcerative-vegetative form of pyoderma gangrenosum: А, Б, В — ulcerative and cicatricial changes on the skin of the arms; Г — an ulcer with a raised, hyperemic edge on the skin of the right thigh; Д, Е — ulcerative defects covered with purulent-necrotic masses and cicatricial changes on the skin of the foot

инфильтрированные очаги ярко-красного цвета, с язвами на поверхности, покрытыми гнойно-некротическими массами (рис. 1 Д, Е).

Субъективно: неярко выраженная болезненность в очагах изъязвления.

Предварительный диагноз

На основании жалоб, анамнеза и клинической картины заболевания поставлен диагноз: «Гангренозная пиодермия».

Временная шкала

Хронология развития болезни у пациента Д. представлена на рисунке 2.

Диагностические процедуры

Лабораторные исследования (при обращении в ГБУЗ ККВД в сентябре 2021 г.).

Общий анализ крови: патологии не выявлено.

Общий анализ мочи: патологии не выявлено.

Иммунологические и серологические исследования: антитела к ВИЧ (Anti-HIV) — отрицательно, Anti-HCV (антитела к вирусу гепатита С) — отрицательно, реакция микропреципитации (РМП) на сифилис — отрицательно.

Микроскопическое исследование на грибы: отрицательно.



Рис. 2. Хронология развития болезни у пациента Д.: ключевые события.

Примечание: ЕКВД — государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ейский кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края; ККВД — государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Fig. 2. Course of the disease in patient D.: key events.

Note: ЕКВД (EKVD) — Yeysk Dermatovenerologic Dispensary, Krasnodar Krai; ККВД (KKVD) — Clinical Dermatovenerologic Dispensary, Krasnodar Krai.

Культуральное исследование: выделена культура *Staphylococcus aureus*.

Биохимическое исследование крови: С-реактивный белок — 6,76 мг/л (0,0–5,0 мг/л), аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 62,8 МЕ/л (до 45 Ед/л), гликозилированный гемоглобин — 7,5% (4–6%), глюкоза — 15,5 ммоль/л (4,6–6,4 ммоль/л).

Инструментальные исследования (сентябрь 2021 г., в клинике CityClinic, г. Краснодар)

Флюорография: патологии не выявлено.

Консультация специалистов (ноябрь 2021 г., в клинике CityClinic, г. Краснодар)

Эндокринолог: Сахарный диабет 2-го типа.

Гистологическое исследование (декабрь 2021 г., в лаборатории CL LAB г. Краснодара)

С предварительным диагнозом: «Гангренозная пиодермия» направлен на диагностическую биопсию кожи. Биоптат с кожи левого предплечья (рис. 3, 4).

Гиперкератоз с участками паракератоза. Фолликулярный гиперкератоз. Дефект эпидермиса,

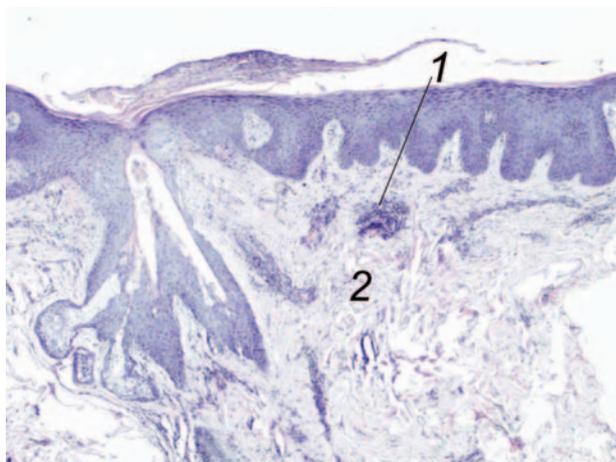


Рис. 3. Больной Д. Патоморфологические проявления аутодеструктивного дерматоза, край эрозии. Неравномерный акантоз. В дерме скудные и умеренные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты (1), склеротические изменения (2). Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение × 40.

Fig. 3. Patient D. Pathomorphological manifestations of self-destructive dermatosis, erosion edge. Uneven acanthosis. Scanty to moderate perivascular histiolympocytic infiltrates in the dermis (1), sclerotic changes (2). Hematoxylin-eosin staining. (×40).

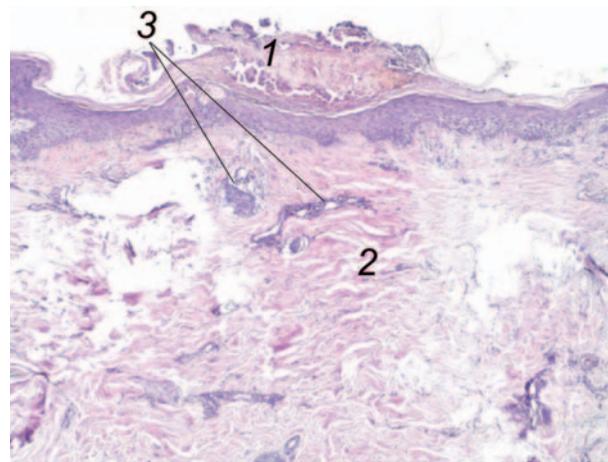


Рис. 4. Больной Д. Патоморфологические проявления аутодеструктивного дерматоза, край эрозии. Дефект эпидермиса, покрытый массами фибрина и клеточным детритом (1). В дерме умеренно выраженные склеротические изменения (2), скудные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты (3). Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение ×40.

Fig. 4. Patient D. Pathomorphological manifestations of self-destructive dermatosis, erosion edge. Epidermis defect covered with fibrin masses and cellular detritus (1). Moderate sclerotic changes in the dermis (2), Scanty perivascular histiolympocytic infiltrates (3). Hematoxylin-eosin staining. (×40).

покрытый массами фибрина и клеточным детритом. Зернистый слой неравномерный. Слабовыраженный акантоз. Под эпидермисом отек. Стенки сосудов утолщены, просветы полнокровны. В верхних отделах дермы наблюдается разрастание тонких коллагеновых волокон, среди которых выявляются тонкостенные сосуды и фибробласты. В дерме скудные и умеренные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов и фибробластов. В средних отделах дермы умеренно выраженные склеротические изменения. Придатки кожи сохранены.

Биоптат с кожи левого предплечья — инфильтрированный участок (рис. 5, 6).

Гиперкератоз с участками паракератоза. Умеренно выраженный акантоз. Зернистый слой неравномерный. Под эпидермисом отек. Ниже, во всей толще дермы, наблюдается разрастание коллагеновых волокон, среди которых выявляются фибробласты и тонкостенные сосуды, располагающиеся перпендикулярно поверхности кожи (окраска по Ван-Гизону). В дерме скудные периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты.

Заключение: В биопсийном материале выявляется морфологическая картина, характерная для искусственных повреждений и эксфолиаций (возможно, психогенного аутодеструктивного характера) и поствоспалительные рубцовые изменения.

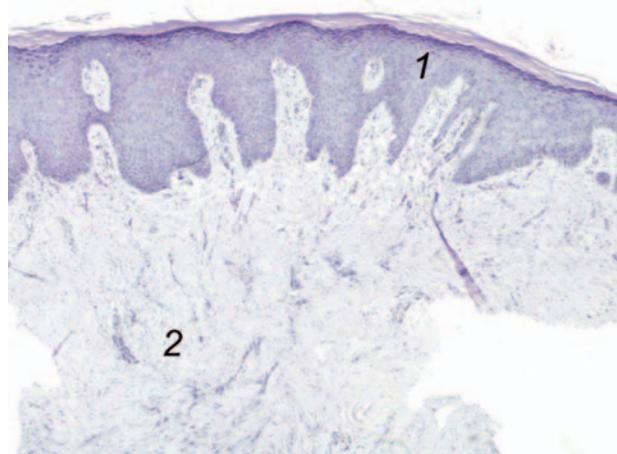


Рис. 5. Больной Д. Патоморфологические проявления аутодеструктивного дерматоза, инфильтрированный участок. Разрастание соединительной ткани (2), покрытое акантотически утолщенным эпидермисом (1). Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 100$.

Fig. 5. Patient D. Pathomorphological manifestations of self-destructive dermatosis, infiltrated area. Connective tissue growth (2), covered with acanthotically thickened epidermis (1). Hematoxylin-eosin staining. ($\times 100$).

Клинический диагноз

На основании жалоб пациента, анамнеза заболевания (впервые высыпания возникли на фоне выраженного эмоционального стресса, безуспешное длительное дерматологическое лечение), клинической картины (язвенные дефекты с локализацией в доступных для самоповреждения местах, однотипность поражений кожи), результатов лабораторно-инструментальных исследований (отсутствие ассоциации с системными заболеваниями и гистологических данных, характерных для искусственного дерматита в сочетании со склеротическими изменениями) был выставлен диагноз: «Аутодеструктивный дерматоз».

Дифференциальная диагностика

В круг дифференциального диагноза включены: глубокая пиодермия, васкулит, гранулематозные заболевания. В отличие от перечисленных заболеваний для аутодеструктивного дерматоза характерны однотипность элементов и эволюционный полиморфизм. Высыпания представлены множественными эксфолиациями, длительно незаживающими глубокими язвами с четкими границами. Они нередко располагаются линейно и имеют причудливые, геометрически неправильные очертания. При этом поражения кожи локализируются на доступных для рук пациента местах. У большинства больных обострению заболевания предшествует стресс. Также отмечаются быстрое

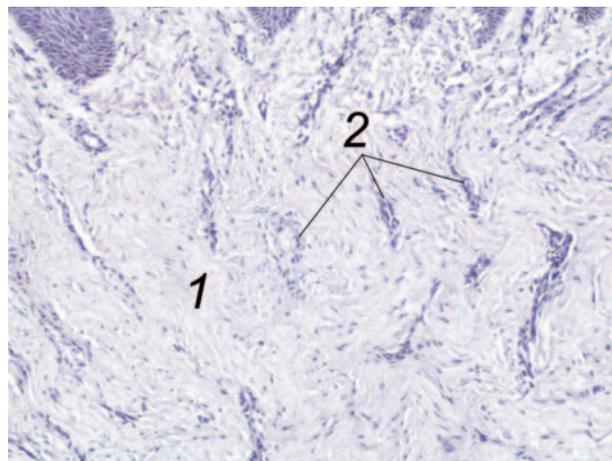


Рис. 6. Больной Д. Патоморфологические проявления аутодеструктивного дерматоза, край эрозии. В отечной дерме наблюдается разрастание коллагеновых волокон, фибробластов (1) и тонкостенных сосудов (2), располагающихся перпендикулярно поверхности кожи. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 200$.

Fig. 6. Patient D. Pathomorphological manifestations of self-destructive dermatosis, erosion edge. In an edematous dermis, proliferation of collagen fibers, fibroblasts (1), and thin-walled vessels (2) perpendicular to the skin surface is observed. Hematoxylin-eosin staining. ($\times 200$).

разрешение очагов без специфической дерматологической терапии, отсутствие нейтрофильных дермальных абсцессов при гистологическом исследовании и признаков воспалительного процесса в лабораторных показателях крови.

Медицинские вмешательства

На основании клинического диагноза пациент был направлен на консультацию к психиатру, которым был выставлен диагноз: «Обсессивно-компульсивное расстройство с самоповреждением кожных покровов». Психиатром были назначены антидепрессант миртазапин перорально 30 мг в день в течение 6 месяцев, анксиолитик феназепам перорально 3 мг 2 раза в день в течение двух недель. Дерматологом были назначены для обработки повреждений метиленовый синий водный раствор 2 раза в день и мазь, содержащая бацитрацин и неомицин, тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза в день. Наружную терапию проводили до исчезновения клинических симптомов.

Динамика и исходы

На фоне проведенной терапии у пациента была отмечена положительная динамика кожного патологического процесса: перестали появляться новые элементы сыпи, эпителизировались эрозии, на месте язв сформировались рубцы. Больной отмечал улучшение психоэмоционального состояния: снижение тревожности и раздражительности, восстановление продолжительности сна. Побочных эффектов лечения не наблюдалось. Пациенту было рекомендовано продолжить наблюдение у психиатра по месту жительства. Исход заболевания определяется первопричиной психического расстройства, своевременностью диагностики, готовностью пациента и его близких сотрудничать с врачами. Требуется длительного и персонализированного лечения, под действием провоцирующих факторов возможны рецидивы психического расстройства.

Прогноз

Прогноз для жизни благоприятный при соблюдении рекомендаций психиатра.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует сходство клинической картины аутодеструктивного дерматоза с симптомами гангренозной пиодермии (ГП), в связи чем мы провели дифференциально-диагностический поиск.

Гангренозная пиодермия представляет собой редкий нейтрофильный деструктивный дерматоз из группы аутовоспалительных заболеваний, с генетической предрасположенностью и частой ассоциацией с патологией внутренних органов

(воспалительными заболеваниями кишечника, артритами и гематологическими расстройствами) [8, 9]. Встречается у людей в возрасте 25–45 лет или старше 60 лет, страдающих различными системными заболеваниями [10]. В 25–50% случаев заболевание оказывается идиопатическим или ассоциируется с различными по природе нозологиями. Считается, что в основе патогенеза лежит дефект хемотаксиса нейтрофилов и нарушение их реактивности либо нарушение иммунного ответа и перекрестная реакция аутоантител, направленных на антигены, общие для кожи, кишечника или суставов. Изъязвления при ГП примерно у 30% больных развиваются после травмы или повреждения кожи — процесс называют патергией. Актуальность проблемы связана с серьезными трофическими нарушениями, которые существенно снижают качество жизни пациентов. Пациенты с ГП предъявляют жалобы на сильные болевые ощущения в месте поражения кожи, интенсивность которых не зависит от размера очага [10]. В течение нескольких дней наблюдается быстрое прогрессирование высыпаний и деструкция ткани.

Выделяют несколько типов ГП: язвенную, буллезную, пустулезную, вегетирующую [11].

К основному диагностическому критерию относится возникновение болезненных язвенных дефектов кожи после незначительной травматизации. Очаги увеличиваются за счет периферического роста. В центре язв происходит формирование зоны некроза. Язвы имеют полициклические очертания с возвышающимися красно-пурпурными подрытыми краями, поверхность покрыта гнойно-некротическими массами. Вокруг очагов наблюдается зона эритемы застойно-фиолетового цвета [8, 11, 12].

К дополнительным критериям относятся: характерные патоморфологические изменения в краевой зоне очага (обильная нейтрофильная инфильтрация с явлениями васкулита); ассоциация с системными заболеваниями (болезнь Крона, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит и др.); отсутствие или слабо выраженный эффект от стандартного лечения язв; положительная динамика на фоне иммуносупрессивной терапии [11–13].

Несмотря на существующие критерии диагностики ГП, дифференциальная диагностика и постановка окончательного диагноза часто затруднены. Наличие сопутствующей патологии у пациента «маскирует» типичные клинические проявления основного заболевания. Основным гистологическим признаком ГП является наличие нейтрофильных дермальных абсцессов в сочетании с другими морфологическими из-

менениями, зависящими от клинического типа заболевания: изъязвлением эпидермиса, лимфоцитарным васкулитом в периферических отделах при язвенной форме; субкорнеальными пустулами и субэпидермальным отеком дермы при пустулезной форме; подэпидермальным пузырьком при буллезной форме; псевдоэпителиоматозной гиперплазией и гранулематозной реакцией при вегетирующей форме [11, 14, 15].

В проведенном нами диагностическом поиске важную роль сыграло патоморфологическое исследование кожи, которое показало наличие у пациента морфологических данных, характерных для искусственного дерматита в сочетании со склеротическими изменениями и исключило наличие гранулематозных заболеваний, васкулита и глубокого гнойного воспаления дермы (нейтрофильных дермальных абсцессов). То есть гистологические изменения в биопсийном материале не соответствовали кажущейся «тяжести» клинической картины. При этом язвенные дефекты локализовались в доступных для аутодеструкции местах и не имели выраженной болезненности, которая характерна для ГП. Кроме того, отсутствие ассоциации с системными заболеваниями, безуспешное длительное дерматологическое лечение, однотипность поражений кожи и быстрое заживление кожных проявлений с исходом в рубец в большей степени было характерно для аутодеструктивного дерматоза.

Таким образом, постоянные аутодеструктивные действия пациента привели к появлению эксфолиаций, изъязвлений, с последующим присоединением вторичной инфекции и выраженными рубцовыми изменениями кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Tohid H., Shenefelt P.D., Burney W.A., Aqeel N. Psychodermatology: An Association of Primary Psychiatric Disorders With Skin. *Rev. Colomb. Psiquiatr. (Engl Ed)*. 2019; 48(1): 50–57. English, Spanish. DOI: 10.1016/j.rcp.2017.07.002
- Тлиш М., Карташевская М. Аутодеструктивные дерматозы как актуальная междисциплинарная проблема. *Врач*. 2018; 29 (4): 32–35. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-05
- Tran A., Desir A.K., Okafor L.C., Jafferany M., Copes L.E. Psychodermatology in clinical practice: An examination of physician attitudes, beliefs, and interventions toward psychocutaneous disease. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(4): e13612. DOI: 10.1111/dth.13612
- Torales J., Díaz N.R., Barrios I., Navarro R., García O., O'Higgins M., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A., Jafferany M. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): A comprehensive review. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(4): e13661. DOI: 10.1111/dth.13661
- Lochner C., Roos A., Stein D.J. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis. Treat.* 2017; 13: 1867–1872. DOI: 10.2147/NDT.S121138
- Jafferany M., Mkhoyan R., Arora G., Sadoughifar R., Jorgaqi E., Goldust M. Treatment of skin picking disorder: Interdisciplinary role of dermatologist and psychiatrist. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(6): e13837. DOI: 10.1111/dth.13837
- Jafferany M., Patel A. Skin-Picking Disorder: A Guide to Diagnosis and Management. *CNS Drugs*. 2019; 33(4): 337–346. DOI: 10.1007/s40263-019-00621-7
- Уфимцева М.А., Бочкарев Ю.М., Чернядьев С.А., Гурковская Е.П., Жунисова Д.С. Гангренозная пиодермия — междисциплинарная проблема. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2020; 179(3): 95–99. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-3-95-99

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует сложности диагностического поиска при психодерматологическом расстройстве из-за сходства клинической картины аутодеструктивного дерматоза с симптомами гангренозной пиодермии, что привело к отсроченной постановке диагноза. Позднее направление пациентов к психиатру может способствовать нарастанию тяжести аутодеструктивных повреждений и социальной дезадаптации пациентов. Правильной верификации заболевания помогает тщательно собранный анамнез, анализ течения кожного патологического процесса и гистологическое исследование биоптатов кожи.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От пациента получено письменное информированное добровольное согласие на публикацию описания клинического случая и публикацию фотографий в медицинском журнале, включая его электронную версию (от 02.12.2021 г.).

INFORMED CONSENT

Patient provided the informed voluntary consent for publication of the clinical case description and photographs in a medical journal, including its electronic version (02.12.2021).

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии спонсорской поддержки при проведении исследования.

FUNDING

The author declares that no funding was received for this study.

9. Alavi A., French L.E., Davis M.D., Brassard A., Kirsner R.S. Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2017; 18(3): 355–372. DOI: 10.1007/s40257-017-0251-7. PMID: 28224502
10. Flora A., Kozera E., Frew J.W. Pyoderma gangrenosum: A systematic review of the molecular characteristics of disease. *Exp. Dermatol.* 2022; 31(4): 498–515. DOI: 10.1111/exd.14534
11. George C., Deroide F., Rustin M. Pyoderma gangrenosum — a guide to diagnosis and management. *Clin. Med. (Lond)*. 2019; 19(3): 224–228. DOI: 10.7861/clinmedicine.19-3-224
12. Maverakis E., Ma C., Shinkai K., Fiorentino D., Callen J.P., Wollina U., Marzano A.V., Wallach D., Kim K., Schadt C., Ormerod A., Fung M.A., Steel A., Patel F., Qin R., Craig F., Williams H.C., Powell F., Merleev A., Cheng M.Y. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum: A Delphi Consensus of International Experts. *JAMA Dermatol.* 2018; 154(4): 461–466. DOI: 10.1001/jamadermatol.2017.5980
13. Maverakis E., Marzano A.V., Le S.T., Callen J.P., Brügger M.C., Guenova E., Dissemond J., Shinkai K., Langan S.M. Pyoderma gangrenosum. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2020; 6(1): 81. DOI: 10.1038/s41572-020-0213-x
14. Janowska A., Oranges T., Fissi A., Davini G., Romanelli M., Dini V. PG-TIME: A practical approach to the clinical management of pyoderma gangrenosum. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(3): e13412. DOI: 10.1111/dth.13412
15. Skopis M., Bag-Ozbek A. PyodermaGangrenosum: A Review of Updates in Diagnosis, Pathophysiology and Management. *Multidisciplinary scientific journal.* 2021; 4(3): 367–375. DOI: 10.3390/j4030028

REFERENCES

1. Tohid H., Shenefelt P.D., Burney W.A., Aqeel N. Psychodermatology: An Association of Primary Psychiatric Disorders With Skin. *Rev. Colomb. Psiquiatr. (Engl Ed)*. 2019; 48(1): 50–57. English, Spanish. DOI: 10.1016/j.rcp.2017.07.002
2. Tlish M., Kartashevskaya M. Self-destructive dermatosis as an urgent interdisciplinary problem. *Vrach.* 2018; 29(4): 32–35 (In Russ., English abstract). DOI: 10.29296/25877305-2018-04-05
3. Tran A., Desir A.K., Okafor L.C., Jafferany M., Copes L.E. Psychodermatology in clinical practice: An examination of physician attitudes, beliefs, and interventions toward psychocutaneous disease. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(4): e13612. DOI: 10.1111/dth.13612
4. Torales J., Díaz N.R., Barrios I., Navarro R., García O., O'Higgins M., Castaldelli-Maia J.M., Ventriglio A., Jafferany M. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): A comprehensive review. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(4): e13661. DOI: 10.1111/dth.13661
5. Lochner C., Roos A., Stein D.J. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis. Treat.* 2017; 13: 1867–1872. DOI: 10.2147/NDT.S121138
6. Jafferany M., Mkhoyan R., Arora G., Sadoughifar R., Jorgaqi E., Goldust M. Treatment of skin picking disorder: Interdisciplinary role of dermatologist and psychiatrist. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(6): e13837. DOI: 10.1111/dth.13837
7. Jafferany M., Patel A. Skin-Picking Disorder: A Guide to Diagnosis and Management. *CNS Drugs.* 2019; 33(4): 337–346. DOI: 10.1007/s40263-019-00621-7
8. Ufimtseva M.A., Bochkarev Yu.M., Chernyadev S.A., Gurkovskaya E.P., Zhunisova D.S. Pyoderma gangrenosum — interdisciplinary problem. *Grekov's Bulletin of Surgery.* 2020; 179(3): 95–99 (In Russ., English abstract). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-3-95-99
9. Alavi A., French L.E., Davis M.D., Brassard A., Kirsner R.S. Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2017; 18(3): 355–372. DOI: 10.1007/s40257-017-0251-7. PMID: 28224502
10. Flora A., Kozera E., Frew J.W. Pyoderma gangrenosum: A systematic review of the molecular characteristics of disease. *Exp. Dermatol.* 2022; 31(4): 498–515. DOI: 10.1111/exd.14534
11. George C., Deroide F., Rustin M. Pyoderma gangrenosum — a guide to diagnosis and management. *Clin. Med. (Lond)*. 2019; 19(3): 224–228. DOI: 10.7861/clinmedicine.19-3-224
12. Maverakis E., Ma C., Shinkai K., Fiorentino D., Callen J.P., Wollina U., Marzano A.V., Wallach D., Kim K., Schadt C., Ormerod A., Fung M.A., Steel A., Patel F., Qin R., Craig F., Williams H.C., Powell F., Merleev A., Cheng M.Y. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum: A Delphi Consensus of International Experts. *JAMA Dermatol.* 2018; 154(4): 461–466. DOI: 10.1001/jamadermatol.2017.5980
13. Maverakis E., Marzano A.V., Le S.T., Callen J.P., Brügger M.C., Guenova E., Dissemond J., Shinkai K., Langan S.M. Pyoderma gangrenosum. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2020; 6(1): 81. DOI: 10.1038/s41572-020-0213-x
14. Janowska A., Oranges T., Fissi A., Davini G., Romanelli M., Dini V. PG-TIME: A practical approach to the clinical management of pyoderma gangrenosum. *Dermatol. Ther.* 2020; 33(3): e13412. DOI: 10.1111/dth.13412
15. Skopis M., Bag-Ozbek A. Pyoderma Gangrenosum: A Review of Updates in Diagnosis, Pathophysiology and Management. *Multidisciplinary scientific journal.* 2021; 4(3): 367–375. DOI: 10.3390/j4030028

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 замечания интеллектуального содержания; участие в научном дизайне.

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

Глузмин М.И.

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — анализ и интерпретация полученных данных.

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

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

Ресурсное обеспечение исследования — предоставление реагентов, измерительных приборов, и иных инструментов для проведения анализа.

Сычева Н.Л.

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — проведение исследований, анализ и интерпретация полученных данных.

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

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

Ресурсное обеспечение исследования — предоставление лабораторных образцов для анализа.

Шавилова М.Е.

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — анализ и интерпретация полученных данных.

Подготовка и редактирование текста — участие в научном дизайне; подготовка, создание опубликованной работы.

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

Лазарев В.В.

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — проведение исследований, в частности сбор данных и интерпретация полученных данных.

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

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

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

Шевченко А.Г.

Разработка концепции — развитие ключевых целей и задач.

Проведение исследования — проведение исследований, в частности сбор данных, анализ и интерпретация полученных данных.

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

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

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Tlish M.M.

Conceptualization — concept statement; statement and development of key goals and objectives.

Conducting research — data analysis and interpretation. Text preparation and editing — drafting of the manuscript, its critical review with the introduction of valuable intellectual content and remarks; contribution to the scientific layout.

Approval of the final version of the paper — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the paper and its final version.

Gluzmin M.I.

Conceptualization — development of key goals and objectives.

Conducting research — data analysis and interpretation.

Text preparation and editing — critical review of a draft manuscript with the introduction of valuable intellectual content.

Approval of the final version of the paper — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the paper and its final version.

Paper resourcing — providing reagents, measuring devices and other tools for analysis.

Sycheva N.L.

Conceptualization — development of key goals and objectives.

Conducting research — conducting research, collection, analysis and interpretation of the data obtained.

Text preparation and editing — critical review of a draft manuscript with the introduction of valuable intellectual content.

Approval of the final version of the paper — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the paper and its final version.

Research resourcing — providing laboratory samples for analysis.

Shavilova M.E.

Conceptualization — development of key goals and objectives.

Conducting research — data analysis and interpretation.

Text preparation and editing — contribution to the scientific layout; preparation and creation of final work.

Approval of the final version of the paper — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the paper and its final version.

Lazarev V.V.

Conceptualization — development of key goals and objectives.

Conducting research — conducting research, in particular, collection and interpretation of the data obtained.

Text preparation and editing — critical review of a draft manuscript with the introduction of valuable intellectual content.

Approval of the final version of the paper — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the paper and its final version.

Research resourcing — providing patients and laboratory samples for analysis.

Shevchenko A.S.

Conceptualization — development of key goals and objectives.

Conducting research — conducting research, in particular, collection, analysis and interpretation of the data obtained.

Text preparation and editing — critical review of a draft manuscript with the introduction of valuable intellectual content.

Approval of the final version of the paper — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the paper and its final version.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

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

<https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>

Глузмин Михаил Иванович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<https://orcid.org/0000-0002-3049-8984>

Сычева Наталья Леонидовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<https://orcid.org/0000-0002-5245-2987>

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

<https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>

Mihail I. Gluzmin — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

<https://orcid.org/0000-0002-3049-8984>

Natal'ja L. Sycheva — Cand. Sci. (Med.), Assistant, Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

<https://orcid.org/0000-0002-5245-2987>

Шавилова Марина Евгеньевна* — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>

Контактная информация: e-mail: marina@netzkom.ru;

ул. им. Митрофана Седина, д. 4, г. Краснодар, 350063, Россия.

Лазарев Вениамин Викторович — клинический ординатор кафедры дерматовенерологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

<https://orcid.org/0000-0002-8047-2707>

Шевченко Алексей Григорьевич — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по организационно-методической работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клинический кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

<https://orcid.org/0000-0003-0031-4977>

Marina E. Shavilova* — Cand. Sci. (Med.), Assistant, Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

<https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>

Contact information: e-mail: marina@netzkom.ru;

Mitrofana Sedina str., 4, Krasnodar, 350063, Russia.

Veniamin V. Lazarev — Resident Medical Practitioner, Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University.

<https://orcid.org/0000-0002-8047-2707>

Aleksey G. Shevchenko — Cand. Sci. (Med.), Deputy Chief Physician, Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Krasnodar Krai.

<https://orcid.org/0000-0003-0031-4977>

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author