

# Макрохейлит как проявление синдрома Мелькерссона – Розенталя

**О.В. Жукова**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

**А.Я. Атабиева**<sup>1✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7467-7725>, amina-9308@mail.ru

**А.В. Терещенко**<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-7795-0050>, stasy0207@mail.ru

**О.В. Доля**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5019-4593>, dolya.o@mosderm.ru

**Д.В. Уткин**<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5909-6287>, utkin33@bk.ru

<sup>1</sup> Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20

<sup>2</sup> Российский университет дружбы народов; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

## Резюме

Синдром Мелькерссона – Розенталя (СМР) – заболевание, проявляющееся триадой симптомов: отеком губ и/или лица, параличом лицевого нерва, скротальным языком. В клинической практике чаще встречается моносимптомный вариант СМР. Заболевание может развиваться в любом возрасте, но большинство случаев приходится на 25–40 лет с преобладанием в 2 раза женщин среди больных. У детей СМР чаще наблюдается в возрасте от 7 до 12 лет, а самый маленький ребенок описан в возрасте 22 мес. Причины возникновения синдрома Мелькерссона – Розенталя окончательно не выяснены. Существует множество гипотез о патогенезе СМР, основными из которых являются аллергическая, ангионевротическая, инфекционная и генетическая, иммунологическая дисфункции. Существуют различные, исторически сложившиеся термины: «гранулематозный хейлит Мишера», «орофациальный гранулематоз», «СМР», которые регулярно используются как синонимы в доступной литературе. На сегодняшний день СМР остается диагнозом исключения, что сопровождается установлением спорных диагнозов в практическом здравоохранении. В большинстве случаев лечение СМР неэффективно. В основном используются системные глюкокортикостероиды, антибиотики, антигистаминные, иммуносупрессивные препараты, при прекращении приема которых заболевание часто рецидивирует. В настоящей публикации мы представляем два клинических случая СМР. Интерес первого заключается в наличии всей группы клинических симптомов и достижении положительного результата лечения. Второй случай характеризуется достижением длительной ремиссии в результате проведения комбинированной терапии бетаметазоном, азитромицином и кетотифеном. Также представлен обзор вариантов успешного лечения.

**Ключевые слова:** синдром Мелькерссона – Розенталя, макрохейлит, хейлит, гранулематозный хейлит, СМР

**Для цитирования:** Жукова О.В., Атабиева А.Я., Терещенко А.В., Доля О.В., Уткин Д.В. Макрохейлит как проявление синдрома Мелькерссона – Розенталя. *Медицинский совет.* 2022;16(23):299–303. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-299-303>.

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

# Macrocheilitis as a manifestation of Melkersson – Rosenthal syndrome

**Olga V. Zhukova**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

**Aminat Y. Atabieva**<sup>1✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7467-7725>, amina-9308@mail.ru

**Anastasia V. Tereshchenko**<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-7795-0050>, stasy0207@mail.ru

**Olga V. Dolya**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5019-4593>, dolya.o@mosderm.ru

**Dmitry V. Utkin**<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5909-6287>, utkin33@bk.ru

<sup>1</sup>Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia

<sup>2</sup>Peoples' Friendship University of Russia; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

## Abstract

Melkersson – Rosenthal syndrome (SMR) is a disease manifested by a triad of symptoms: swelling of the lips and/or face, paralysis of the facial nerve, scrotal tongue. In clinical practice, the monosymptomatic variant of SMR is more common. The disease can develop at any age, but most cases occur at 25–40 years with a 2-fold predominance of women among patients. In children, SMR is more often observed at the age of 7 to 12 years, and the smallest child is described at the age of 22 months. The causes of the Melkersson – Rosenthal syndrome have not been definitively clarified. There are many hypotheses about the pathogenesis of SMR, the main of which are allergic, angioedema, infectious and genetic, immunological dysfunction. There are various historically established terms: Mischer's granulomatous cheilitis, orofacial granulomatosis, SMR, which are regularly used as synonyms in the available literature. To date, SMR remains a diagnosis of exclusion, which is accompanied by the establishment of controversial diagnoses in practical healthcare. In most cases, the treatment of SMR is ineffective. Mainly systemic glucocorticosteroids, antibiotics, antihistamines, immunosuppressive drugs are used, upon discontinuation of which the disease often recurs. In this publication, we present two clinical cases of SMR. The interest of the first case lies in the presence of the entire group of clinical

symptoms and the achievement of a positive treatment result. The second case is characterized by the achievement of long-term remission as a result of combination therapy with betamethasone, azithromycin and ketotifen. An overview of successful treatment options is also presented.

**Keywords:** Melkersson – Rosenthal syndrome, orofacial granulomatosis, cheilitis granulomatosa, MRS

**For citation:** Zhukova O.V., Atabieva A.Y., Tereshchenko A.V., Dolya O.V., Utkin D.V. Macrocheilitis as a manifestation of Melkersson – Rosenthal syndrome. *Meditsinskiy Sovet.* 2022;16(23):299–303. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-299-303>.

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

## ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мелькерссона – Розенталя (СМР) – заболевание, проявляющееся триадой симптомов: отеком губ и/или лица, параличом лицевого нерва, скротальным языком.

Впервые триаду симптомов в 1901 г. описал русский невролог Г.И. Россолимо. В дальнейшем шведский врач Эрнст Густав Мелькерссон в 1928 г. описал 35-летнюю женщину с макрохейлией и односторонним параличом лицевого нерва [1], а немецкий невролог Гарт Розенталь в 1931 г. описал 5 больных, у которых паралич лицевого нерва и макрохейлия сочетались со складчатым языком [2, 3]. С тех пор указанная триада симптомов получила название «синдром Мелькерссона – Розенталя» и была выделена в отдельную нозологическую форму. Необходимо отметить, что преимущественно встречается моносимптомный вариант синдрома, клинически проявляющийся только макрохейлией. Некоторые авторы относят к моносимптомному варианту СМР гранулематозный хейлит Мишера [4].

Причины возникновения синдрома Мелькерссона – Розенталя окончательно не выяснены. Существует множество гипотез о патогенезе СМР, основными из которых являются аллергическая, ангионевротическая, инфекционная и генетическая, иммунологическая дисфункции [5]. Популяционная частота заболевания в среднем 0,08% [6]. СМР может проявляться в любом возрасте, но большинство случаев приходится на возраст от 25 до 40 лет с преобладанием в 2 раза у женщин. У детей СМР встречается редко и чаще наблюдается в возрасте от 7 до 12 лет, а самый маленький ребенок описан в возрасте 22 мес. [7].

Болезнь обычно начинается внезапно. За несколько часов отекает одна или обе красные каймы губ с подлежащими тканями. Возникает бесформенное вздутие губы, край ее часто выворачивается в виде хоботка или обычно отстоит от зубов (морда тапира). Иногда отек столь велик, что губы увеличиваются в 3–4 раза. Утолщение губ неравномерное, одна сторона губы обычно более отечна. Часто одновременно с этим могут отмечаться отечность щечных областей (парейт) и других участков лица, болезненность и воспалительные явления в области отеков отсутствуют.

Отек губ может сопровождаться образованием трещин и, как правило, захватывает всю губу. При этом могут нарушаться речь, мимика, прием пищи. Отечные губы имеют бледно-красный цвет, иногда с застойным синюшно-розовым оттенком. При пальпации ощущается равномерная мягкая или плотноэластическая консистенция тканей.

У ряда пациентов отеки существуют постоянно с постепенным нарастанием, временами несколько

уменьшаясь. У некоторых больных отеки могут полностью разрешаться, но в дальнейшем рецидивируют с различной частотой, а затем становятся постоянными.

Вторым симптомом данного заболевания является парез/паралич лицевого нерва, причем часто ему предшествуют продромальные явления различной продолжительности, ведущие к частичному параличу лицевого нерва с фрагментарным сохранением вегетативной, чувствительной и моторной функции. С течением времени у подавляющего большинства пациентов парез лицевого нерва разрешается, но может принимать стойкий характер течения.

Очень редко заболевание может начинаться именно с пареза/паралича лицевого нерва, а затем спустя несколько лет (от 1 года до 10 лет) развивается отек.

Третьим симптомом, характерным для данного заболевания, является наличие скротального или складчатого языка, он наблюдается у 2/3 больных и оценивается обычно как аномалия развития языка. Клинически отмечается отечность, приводящая к неравномерному увеличению языка. Сочетание всех трех симптомов может свидетельствовать о торпидности патологического процесса к проводимому лечению.

В клинической практике чаще встречается моносимптомный вариант СМР, характеризующийся отеком кожи нижней части лица с изменением цвета кожи (от бледно-красного до застойного синюшно-розового), отеком верхней и/или нижней красной каймы губ.

Для лечения применяются следующие группы препаратов: системные глюкокортикостероиды, антибиотики, антигистаминные, иммуносупрессивные средства. Но во многих случаях лечение оказывается неэффективным, а некоторые препараты дают серьезные побочные эффекты [4]. При прекращении приема указанных препаратов заболевание рецидивирует.

Приводим собственные клинические наблюдения с описанием алгоритма лечения СМР.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка Н., 1952 г.р., диагноз «СМР» установлен в 2019 г. в возрасте 67 лет. Впервые обратилась в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с жалобами на отечность верхней губы в течение нескольких лет и парез лицевого нерва справа. Со слов пациентки в 1998 г. у нее внезапно возникли правосторонние сильные боли лица, на фоне которых отмечается птоз правой части лица, угла губ справа. Наблюдалась и лечилась у врача-невролога коротким курсом кортико-

- **Рисунок 1.** Пациентка Н., 1952 г.р. Отек красной каймы верхней губы, птоз правой части лица и угла губ справа
- **Figure 1.** Patient N., born in 1952. Edema in the vermillion border of the upper lip, ptosis on the right side of the face involving the right corner of the mouth



- **Рисунок 2.** Пациентка Н., 1952 г.р. Язык нормальной конфигурации, складчатого (скротального) строения с незначительной отечностью
- **Figure 2.** Patient N., born in 1952. Tongue of normal configuration and furrowed (scrotal) structure with slight swelling



стероидных, сосудистых препаратов, применялись физиотерапевтические методы лечения и рефлексотерапия. Проведенное лечение привело к частичному восстановлению функции лицевого нерва. Со слов пациентки, через несколько лет у нее внезапно возник отек верхней губы справа с постепенным распространением на всю верхнюю губу. Пациентка обращалась к врачам: аллергологу, хирургу, отоларингологу. Диагноз установлен не был. Проводилось лечение антигистаминными препаратами, десенсибилизирующими средствами, применялись топические кортикостероиды с незначительным эффектом.

На момент осмотра визуализировался выраженный отек красной каймы верхней губы, при пальпации плотнoэластической, тестоватой консистенции. При осмотре слизистой оболочки полости рта: видимая слизистая бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических высыпаний. Язык нормальной конфигурации, складчатого (скротального) строения с незначительной отечностью. Результаты лабораторных исследований (клинический и биохимический анализы крови) в пределах референсных значений. На основании клинической кар-

тины установлен диагноз «СМР» и назначено комплексное лечение: азитромицин 500 мг/сут в течение 3 дней, затем по 250 мг/сут в течение 12 дней, далее р-р бетаметазона в/м 1 мл 1 раз в 10 дней №3, лоратадин по 1 таблетке (10 мг) 1 мес., глюконат кальция по 1 таблетке 2 раза в день 14 дней, по завершении – кетотифен по 1 мг/сут в течение 5–6 мес. Наружно на красную кайму губ применять крем бетаметазона 2 раз/сут в течение 14 дней, затем 1 раз в сутки через день еще 14 дней. На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика в виде значительного уменьшения отека и плотности красной каймы губ (рис. 1, 2).

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациент М., 1997 г.р., диагноз «СМР» установлен в 2018 г. в возрасте 21 года. Впервые обратился в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с жалобами на внезапный отек нижней губы слева. Ранее был консультирован хирургом, оториноларингологом и стоматологом, но диагноз установлен не был. Постепенно отек нарастал и распространился на всю площадь нижней губы и щек. Получал лечение у терапевта по месту жительства валацикловиrom и доксициклином без эффекта. Наследственность не отягощена, обследование по органам и системам, в т. ч. головы и шеи, без особенностей.

На момент осмотра визуализировался выраженный отек красной каймы нижней губы с множественными мелкими трещинами и шелушением, при пальпации плотнoэластической консистенции. Слизистая оболочка языка бледно-розовая, в центре – глубокая срединная борозда. Результаты лабораторных исследований (клинический и биохимический анализы крови) в пределах референсных значений. На основании клинической картины установлен диагноз «СМР» и назначено комплексное лечение: азитромицин 500 мг/сут в течение 5 дней, затем по 250 мг/сут в течение месяца; р-р бетаметазона в/м 1 мл 1 раз в 14 дней №5; кетотифен по 1 мг/сут в течение 6 мес.; наружно применялся крем гидрокортизон + натамицин + неомицин 1 раз/сут в течение 10 дней. В дальнейшем пациент получал поддерживающую терапию кетотифеном 1 мг/сут 3 раза в неделю в течение 6 мес. На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика в виде значительного уменьшения отека и плотности красной каймы губ. Пациент в течение 3 лет по настоящее время находится в состоянии ремиссии после проведенного лечения (рис. 3–5).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Со времени первого описания СМР опубликовано большое количество работ. Существуют различные, исторически сложившиеся термины: «гранулематозный хейлит Мишера», «орофациальный гранулематоз», «СМР», которые регулярно используются как синонимы в доступной литературе. На сегодняшний день СМР остается диагнозом исключения, что сопровождается установлением спорных диагнозов в практическом здравоохранении [6].

- **Рисунок 3.** Пациент М., 1997 г.р., до лечения. Выраженный отек красной каймы нижней губы и щек
- **Figure 3.** Patient M., born in 1997, before treatment. Marked edema in the vermillion border of the lower lip and cheeks



В литературе описан один клинический случай с применением препарата кетотифен. Состояние пациента значительно улучшилось, однако полной ремиссии добиться не удалось [8].

Лечение СМР в основном заключается в назначении системных кортикостероидов и приводит к улучшению состояния у 50–80% пациентов и к снижению частоты рецидивов на 60–75% [9]. Однако рандомизированных исследований, позволяющих определить продолжительность применения кортикостероидов, не проводилось [4]. При изолированном отеке губ возможно внутриагеновое введение раствора триамцинолона ацетонида. Эта стратегия лечения приводит к значительному уменьшению отека и дальнейших рецидивов. Ретроспективное исследование с участием 22 пациентов показало, что у 14 пациентов, получивших одну инъекцию, не было рецидивов, и средний период ремиссии составил 28 мес. [10].

В отдельных случаях описано применение метотрексата [11], талидомида [12], внутривенных иммуноглобулинов, дапсона [13], инфликсимаба [14], антигистаминных препаратов и гидроксихлорохина [15, 16].

Кроме того, опубликованы сообщения об успешной терапии блокатором фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) адалимумабом [17]. У ряда пациентов, напротив, терапия псориатического артрита блокатором ФНО-альфа (этанерцептом) привела к возникновению СМР [18].

Хирургическое лечение при СМР эффективно, но не предотвращает рецидивов заболевания и выполняется с косметической целью. Первоначальные положительные терапевтические результаты могут смениться рецидивом макрохейлита. В отдельных случаях, при стойком

- **Рисунок 4.** Пациент М., 1997 г.р., до лечения. Язык нормальной конфигурации бледно-розового цвета, в центре – глубокая срединная борозда. Справа – с незначительной отечностью в виде отпечатков зубов на боковых поверхностях языка
- **Figure 4.** Patient M., born in 1997, before treatment. Tongue of normal configuration, pale pink colour, with a deep median sulcus of tongue. On the right there is a slight swelling in the form of teeth indentation marks on the lateral borders of the tongue



- **Рисунок 5.** Пациент М., 1997 г.р., через 1,5 года после лечения. Значительное уменьшение отечности щек и губы
- **Figure 5.** Patient M., born in 1997, 1.5 years after treatment. Significantly reduced edema of his cheeks and lip



отеке губ, можно рассматривать комбинированное лечение (консервативное и хирургическое).

Описанные клинические случаи позволяют заключить: СМР является заболеванием с хроническим рецидивирующим течением, торпидностью к проводимой терапии. Описанный алгоритм может быть рекомендован как один из вариантов лечения СМР.



Поступила / Received 13.08.2022  
Поступила после рецензирования / Revised 09.11.2022  
Принята в печать / Accepted 09.11.2022

#### Список литературы / References

1. Melkersson E. Ett fall av recidiverande facial spares. *Samband Med Angioneurotisk Odem Hygeia (Stockholm)*. 1928;90:737–741.
2. Rosenthal C. Gemeinsames Auftreten von (rezidivierender familiärer) Facialislähmung, angioneurotischem Gesichtssödem und Lingua plicata in Arthritis-Familien. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1931;131:475.
3. Değeri Ş., Başman A., Gümüşok M., Kaya M., Alkurt M.T. Melkersson – Rosenthal syndrome: a case report. *J Istanbul Univ Fac Dent*. 2017;51(1):42–45. <https://doi.org/10.17096/jiufd.96279>.
4. Dhawan S.R., Saini A.G., Singhi P.D. Management Strategies of Melkersson – Rosenthal Syndrome: A Review. *Int J Gen Med*. 2020;13:61–65. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S186315>.
5. Bruett C.T., Trump B.R., Adams D.R., Halpern L.R. Orofacial granulomatosis: A case treated with azithromycin pulse therapy, review of the literature and an algorithm for diagnosis. *IDCases*. 2020;e00924. <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00924>.
6. Wehl G., Rauchenzauner M. A Systematic Review of the Literature of the Three Related Disease Entities Cheilitis Granulomatosa, Orofacial

- Granulomatosis and Melkersson – Rosenthal Syndrome. *Curr Pediatr Rev.* 2018;14(3):196–203. <https://doi.org/10.2174/1573396314666180515113941>.
7. Tang J.-J., Shen X., Xiao J.-J., Wang X.-P. Retrospective analysis of 69 patients with Melkersson-Rosenthal syndrome in mainland China. *Int J Clin Exp Med.* 2016;9(2):3901–3908.
  8. Pachor M.L., Urbani G., Cortina P., Lunardi C., Nicolis F., Peroli P. et al. Is the Melkersson – Rosenthal syndrome related to the exposure to food additives? A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;67(4):393–395. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(89\)90380-0](https://doi.org/10.1016/0030-4220(89)90380-0).
  9. Savasta S., Rossi A., Foiadelli T., Licari A., Elena Perini A.M., Farello G. et al. Melkersson-Rosenthal syndrome in childhood: report of three paediatric cases and a review of the literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(7):1289. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071289>.
  10. Fedele S., Fung P., Bamashmous N., Petrie A., Porter S. Long-term effectiveness of intralesional triamcinolone acetonide therapy in orofacial granulomatosis: an observational cohort study. *Br J Dermatol.* 2014;170(4):794–801. <https://doi.org/10.1111/bjd.12655>.
  11. Tonkovic-Capin V., Galbraith S.S., Rogers R.S. 3rd, Binion D.G., Yancey K.B. Cutaneous Crohn's disease mimicking Melkersson-Rosenthal syndrome: treatment with methotrexate. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20(4):449–452. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.01458.x>.
  12. Medeiros M.Jr., Araujo M.I., Guimaraes N.S., Freitas L.A., Silva T.M., Carvalho E.M. Therapeutic response to thalidomide in Melkersson – Rosenthal syndrome: a case report. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2002;88(4):421–424. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)62375-7](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62375-7).
  13. Emiroglu N., Su O., Cengiz F.P., Onsun N. Successful treatment of Melkersson-Rosenthal syndrome with dapsone: a case report and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2016;22(10):13030/qt4z1g8t1. <https://doi.org/10.5070/D32210032911>.
  14. Wickramasinghe N., Gunasekara C.N., Fernando W.S., Hewavisenthi J., de Silva H.J. Vulvitis granulomatosa, Melkersson-Rosenthal syndrome, and Crohn's disease: dramatic response to infliximab therapy. *Int J Dermatol.* 2012;51(8):966–968. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05177.x>.
  15. Orlando M.R., Atkins J.S. Melkersson – Rosenthal syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990;116(6):728–729. <https://doi.org/10.1001/archotol.1990.01870060086017>.
  16. Saini A.G., Sankhyani N., Padmanabh H., Das A., Singhi P. Recurrent facial palsy and electrophysiological findings in oligosymptomatic Melkersson Rosenthal syndrome. *Indian J Pediatr.* 2016;83(10):1188–1190. <https://doi.org/10.1007/s12098-016-2137-8>.
  17. Stein J., Paulke A., Schacher B., Noehte M. An extraordinary form of the melkersson-rosenthal syndrome successfully treated with the tumour necrosis factor-alpha blocker adalimumab. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2014204674. <https://doi.org/10.1136/bcr-2014-204674>.
  18. Gaudio A., Corrado A., Santoro N., Maruotti N., Cantatore F.P. Melkersson-rosenthal syndrome in a patient with psoriatic arthritis receiving etanercept. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2013;26(1):229–233. <https://doi.org/10.1177/039463201302600123>.

#### Вклад авторов:

Концепция статьи – Жукова О.В., Атабиева А.Я., Терещенко А.В., Доля О.В., Уткин Д.В.

Написание текста – Атабиева А.Я., Терещенко А.В., Доля О.В.

Лечение пациентов – Атабиева А.Я., Терещенко А.В.

Обзор литературы – Атабиева А.Я., Терещенко А.В.

#### Contribution of authors:

Concept of the article – Olga V. Zhukova, Aminat Y. Atabieva, Anastasia V. Tereshchenko, Olga V. Dolya, Dmitry V. Utkin

Text development – Aminat Y. Atabieva, Anastasia V. Tereshchenko, Olga V. Dolya

Treatment of patients – Aminat Y. Atabieva, Anastasia V. Tereshchenko

Literature review – Aminat Y. Atabieva, Anastasia V. Tereshchenko, Olga V. Dolya

**Согласие пациентов на публикацию:** пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

**Basic patient privacy consent:** patients signed informed consent regarding publishing their data.

#### Информация об авторах:

**Жукова Ольга Валентиновна**, д.м.н., профессор, главный врач, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; заведующая кафедрой дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; [klinderma@inbox.ru](mailto:klinderma@inbox.ru)

**Атабиева Аминат Якубовна**, младший научный сотрудник, врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; [amina-9308@mail.ru](mailto:amina-9308@mail.ru)

**Терещенко Анастасия Владимировна**, к.м.н., ведущий научный сотрудник, врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; [stasy0207@mail.ru](mailto:stasy0207@mail.ru)

**Доля Ольга Валентиновна**, д.м.н., заместитель директора по научной работе, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; профессор кафедры дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; [dolya.o@mosderm.ru](mailto:dolya.o@mosderm.ru)

**Уткин Дмитрий Викторович**, к.м.н., врач-онколог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20; [utkin33@bk.ru](mailto:utkin33@bk.ru)

#### Information about the authors:

**Olga V. Zhukova**, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief Medical Officer, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; Head of the Department of Dermatovenereology and Allergology with the course of Immunology, Medicine Institute, Peoples' Friendship University of Russia; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; [klinderma@inbox.ru](mailto:klinderma@inbox.ru)

**Aminat Ya. Atabieva**, Junior Researcher, Dermatovenereologis, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; [amina-9308@mail.ru](mailto:amina-9308@mail.ru)

**Anastasia V. Tereshchenko**, Cand. Sci. (Med.), Leading Researcher, Dermatovenereologis, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; [stasy0207@mail.ru](mailto:stasy0207@mail.ru)

**Olga V. Dolya**, Dr. Sci. (Med.), Deputy Director for Scientific Work, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; Professor of the of the Department of Dermatovenereology and Allergology with the course of Immunology, Medicine Institute, Peoples' Friendship University of Russia; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; [dolya.o@mosderm.ru](mailto:dolya.o@mosderm.ru)

**Dmitry V. Utkin**, Cand. Sci. (Med.), Oncologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia; [utkin33@bk.ru](mailto:utkin33@bk.ru)