

## Патомимия: от ошибок диагностики к междисциплинарному взаимодействию

**М.М. Тлиш**, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>, [tlish\\_mm@mail.ru](mailto:tlish_mm@mail.ru)

**М.Е. Шавилова** , <https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>, [marina@netzkom.ru](mailto:marina@netzkom.ru)

**Н.Л. Сычева**, <https://orcid.org/0000-0002-5245-2987>, [nfaustova@mail.ru](mailto:nfaustova@mail.ru)

**С.Р. Умаханова**, <https://orcid.org/0009-0006-5507-2310>, [sonya.umakhanova@mail.ru](mailto:sonya.umakhanova@mail.ru)

Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4

### Резюме

Согласно накопленным данным, сопутствующие психические нарушения выявляются у значительной части пациентов, первично обращающихся за медицинской помощью в учреждения дерматовенерологического профиля. Психодерматологические расстройства представляют собой сложную группу патологий, диагностика и лечение которых сопряжены с необходимостью интеграции знаний из разных областей медицины. Кожная симптоматика данных заболеваний может имитировать различную патологию, что удлиняет диагностический поиск, способствует хронизации заболевания и ухудшению качества жизни пациентов. При этом важным аспектом лечения является комплексный подход, включающий дерматологическую и психофармакологическую терапию. Особые сложности возникают при ведении больных с патомимией (артефактным или искусственным дерматитом) – психологическом расстройстве, которое сопровождается самоповреждающим поведением, направленным на травматизацию кожи, слизистых оболочек, волос или ногтей. Больные патомимией утаивают или не осознают аутодеструктивный характер высыпаний, что часто сопровождается отказом от консультации психиатра из-за стеснения или сомнения в ее необходимости. Такое поведение приводит к увеличению числа врачей, привлекаемых пациентом к диагностическому процессу, и объема необоснованных обследований, при этом пациенты нередко представляют специалистам ложные анамнестические данные. В статье описаны собственные клинические наблюдения больных патомимией, у которых имелись ошибки при верификации заболевания. Представлен анализ особенностей анамнеза, дифференциально-диагностических критериев и терапевтической тактики. Акцентируется внимание на необходимости включения данной патологии в перечень дифференциальных диагнозов на первичном приеме. Отмечена важность междисциплинарного взаимодействия врачей с целью формирования эффективной стратегии терапии пациентов с психодерматологической патологией.

**Ключевые слова:** патомимия, аутодеструктивный дерматоз, искусственный дерматит, психодерматология, ошибки диагностики

**Для цитирования:** Тлиш ММ, Шавилова МЕ, Сычева НЛ, Умаханова СР. Патомимия: от ошибок диагностики к междисциплинарному взаимодействию. *Медицинский совет*. 2025;19(14):64–71. <https://doi.org/10.21518/ms2025-326>.

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

## Pathomimia: From diagnostic errors to interdisciplinary interaction

**Marina M. Tlish**, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>, [tlish\\_mm@mail.ru](mailto:tlish_mm@mail.ru)

**Marina E. Shavilova** , <https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>, [marina@netzkom.ru](mailto:marina@netzkom.ru)

**Natalia L. Sycheva**, <https://orcid.org/0000-0002-5245-2987>, [nfaustova@mail.ru](mailto:nfaustova@mail.ru)

**Sonya R. Umakhanova**, <https://orcid.org/0009-0006-5507-2310>, [sonya.umakhanova@mail.ru](mailto:sonya.umakhanova@mail.ru)

Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia

### Abstract

According to the accumulated data, concomitant mental disorders are detected in a significant proportion of patients who initially seek medical care in dermatovenereological institutions. Psychodermatological disorders are a complex group of pathologies, the diagnosis and treatment of which are associated with the need to integrate knowledge from different areas of medicine. Skin symptoms of these diseases can imitate various pathologies, which prolongs the diagnostic search, contributes to the chronicity of the disease and deterioration in the quality of life of patients. An important aspect of treatment is an integrated approach, including dermatological and psychopharmacological therapy. Particular difficulties arise when managing patients with pathomimia (artifactual or artificial dermatitis) – a psychological disorder that is accompanied by self-harming behavior aimed at traumatizing the skin, mucous membranes, hair or nails. Patients with pathomimia conceal or do not realize the autodestructive nature of the rash, which is often accompanied by a refusal to consult a psychiatrist due to embarrassment or doubts about its necessity. Such behavior leads to an increase in the number of doctors involved by the patient in the diagnostic process and the volume of unjustified examinations, while patients often provide specialists with false anamnestic data. The article describes our own clinical observations of patients with pathomimia who had errors in verifying the disease.

An analysis of the features of the anamnesis, differential diagnostic criteria and therapeutic tactics is presented. Attention is focused on the need to include this pathology in the list of differential diagnoses at the initial appointment. The importance of interdisciplinary interaction of doctors in order to form an effective strategy for treating patients with psychodermatological pathology is noted.

**Keywords:** pathomimia, autodestructive dermatosis, artificial dermatitis, psychodermatology, diagnostic errors

**For citation:** Tlish MM, Shavilova ME, Sycheva NL, Umakhanova SR. Pathomimia: From diagnostic errors to interdisciplinary interaction. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(14):64–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-326>.

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

## ВВЕДЕНИЕ

Психодерматологические расстройства представляют собой сложную группу патологий, диагностика и лечение которых сопряжены с необходимостью интеграции знаний из разных областей медицины. В развитии данной патологии описана роль нейроиммунных взаимодействий, стрессовых факторов и нарушений в работе оси «кожа – мозг», однако точные патогенетические механизмы остаются недостаточно изученными [1].

Современные данные свидетельствуют о том, что у значительной части больных, первично обращающихся за медицинской помощью к дерматовенерологам, выявляются сопутствующие психические нарушения. Распространенность таких расстройств среди пациентов с кожными заболеваниями оценивается от 30 до 60% [2].

В настоящее время отсутствует общепринятая классификация психодерматологических заболеваний, однако данная проблема активно обсуждается в разных экспертных сообществах. Традиционно выделяют психическую патологию с самоповреждением кожи, кожные сенсорные расстройства, психофизиологические кожные расстройства (дерматозы, на течение которых влияет стресс) и заболевания кожи, которые могут индуцировать развитие психических расстройств (депрессия, тревога) [3–6]. Недавно была предложена новая систематизация, согласно которой предлагается выделить две основные группы данной патологии – обусловленные первичными расстройствами психического здоровья и связанные с первичными кожными заболеваниями, в каждой из которых определены подгруппы с учетом патофизиологических и феноменологических сходств [7].

Кожные проявления являются наиболее очевидными и субъективно значимыми для пациентов с психодерматологическими расстройствами, в связи с этим они чаще первично обращаются за помощью к врачам-дерматовенерологам. При этом кожная симптоматика может имитировать различную патологию: пиодермии, паразитарные заболевания, новообразования кожи, лимфомы, васкулиты. Ошибки в диагностике часто сопровождаются назначением большого объема обследований и консультаций смежных специалистов, что приводит к удлинению сроков постановки верного диагноза и прогрессированию заболевания [8–10].

Особые сложности возникают при ведении пациентов, утаивающих или не осознающих аутодеструктивный характер высыпаний. Такое состояние описывается

как патомимия (артефактный или искусственный дерматит) [11]. Аутодеструкция может происходить как с целью эмоциональной разрядки для уменьшения тревожности, так и для привлечения внимания окружающих к своему состоянию [12]. Самоповреждение происходит на фоне стрессовых ситуаций и нередко вечером или ночью, когда этого не видят родственники. Такие случаи требуют не только тщательного дерматологического обследования, но и консультации психиатра. От последней пациенты часто отказываются, поскольку при частично сохраненной критике к своему состоянию стесняются или не считают ее необходимой. Такое поведение приводит к увеличению числа врачей, самостоятельно привлекаемых больным к диагностическому процессу.

Лечение патомимии у дерматовенеролога носит симптоматическую направленность. Необходимым условием успешного ведения таких пациентов является назначение психотерапевтической терапии. Использование антидепрессантов, анксиолитиков и когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с местным лечением кожных проявлений позволяет достичь устойчивых результатов и значительно улучшить качество жизни пациентов. Это подчеркивает важность междисциплинарного взаимодействия и повышения уровня осведомленности врачей всех специальностей о подобных состояниях. С целью демонстрации особенностей анамнеза, дифференциально-диагностических критериев и терапевтической тактики приводим собственные клинические наблюдения больных с патомимией, у которых имелись ошибки при верификации диагноза.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка И., 48 лет, направлена для консультации на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России из ГБУЗ ККВД с жалобами на длительно существующие болезненные высыпания в области гениталий и на коже обеих ладоней и подошв.

Впервые зудящие высыпания появились на коже правого предплечья около 5 лет назад, самостоятельно в течение полугода использовала раствор хлоргексидина и отвар ромашки, отмечала незначительное улучшение. В связи с распространением высыпаний обращалась в поликлинику по месту жительства, где был установлен диагноз «Микробная экзема», назначены раствор метиленового синего и комбинированный крем, содержащий антибиотик и глюкокортикостероид (ГКС). Высыпания регрессировали, однако через 2 мес. появились новые

единичные зудящие эрозии в области левой кисти. Дерматовенерологом в частной клинике был установлен диагноз «Аллергический кантатный дерматит», назначены антисептический раствор и крем с ГКС. Полного регресса высыпаний не наблюдала. В течение последующих 2 лет высыпания распространились на кожу обеих ладоней и подошв, бедер. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала гомеопатические средства, отмечала временные улучшения. Со слов больной, неоднократно появлялись высыпания в ротовой полости, дерматовенерологом был установлен диагноз «Герпетический стоматит», после применения ацикловира эрозии в этой области регрессировали. Год назад впервые появились высыпания в области гениталий. Обращалась к гинекологу в поликлинику по месту жительства, был установлен диагноз «Генитальный герпес», назначен валацикловир. Положительной динамики не наблюдала, продолжала использовать гомеопатические средства. В связи с распространением высыпаний и их болезненностью неоднократно обращалась к разным дерматовенерологам в частных клиниках. При обследовании были исключены инфекции, передаваемые половым путем. При последнем обращении был выставлен диагноз «Васкулит? Болезнь Бехчета?», консультирована ревматологом и офтальмологом – патологии не выявлено. В связи с сохраняющимися высыпаниями обратилась в ГБУЗ ККВД, откуда с предварительным диагнозом «Васкулит? Патомимия?» была направлена за консультацией на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

При осмотре на коже ладоней и подошв левой стопы визуализировались множественные язвы линейной и округлой формы, диаметром от 0,5 до 3 см, с четкими приподнятыми краями за счет резкой инфильтрации по периферии. На поверхности язв плотные корки, местами с единичными трещинами. Высыпания были обработаны раствором метиленового синего. На коже передней поверхности правого бедра определялись единичные рубцы округлой и линейной формы, эксфолиации. В области гениталий (на больших половых губах, вульве)

визуализировались 3 язвы диаметром от 0,5 до 1,5 см, с четкими границами, частично покрытые геморрагической корочкой. При осмотре с помощью гинекологических зеркал дефектов слизистой оболочки влагалища, шейки матки не обнаружено. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Высыпания в ротовой полости отсутствовали (рис. 1).

Во время осмотра отмечена эмоциональная лабильность пациентки, склонность к эксфолированию высыпаний и резкое отрицание факта самоповреждения кожи. При детальном сборе анамнеза выяснились длительно существующие проблемы в семье и на работе, связь обострений высыпаний с нервным перенапряжением. Со слов пациентки, кожных заболеваний у ближайших родственников не было: у отца диагностировали только сахарный диабет, у матери – гипертоническую болезнь.

При лабораторно-инструментальном обследовании (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, реакция микропреципитации на сифилис, ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей) патологических отклонений не выявлено.

На основании жалоб пациентки (на длительно существующие болезненные высыпания в области гениталий и на коже обеих ладоней и подошв), данных анамнеза (длительное течение заболевания с периодическими улучшениями, наличие стрессового фактора, отрицание аутоагрессии), осмотра (мономорфность сыпи с наличием только вторичных элементов, локализация высыпаний в доступных для рук больной областях тела, эмоциональная лабильность), отсутствия отклонений по данным лабораторно-инструментальных исследований и исключения патологии смежными специалистами (офтальмолог, ревматолог) был установлен диагноз «Патомимия?». Рекомендована консультация психиатра, которым диагностировано «Обсессивно-компульсивное расстройство с самоповреждением кожных покровов».

Положительная динамика высыпаний была отмечена при совместном ведении пациентки психиатром и дерматовенерологом. Психиатрическое лечение включало назначение препаратов из групп антидепрессантов

- **Рисунок 1.** Кожный патологический процесс на коже ладоней (А) и стопы (В) у пациентки И., 48 лет
- **Figure 1.** Skin pathological process on the skin of the palms (A) and feet (B) in patient I., 48 years old



и анксиолитиков – мirtазапина и феназепам. Дерматологическая терапия имела симптоматическую направленность и заключалась в назначении антисептика и регенерирующего средства – раствора метиленового синего и крема с декспантенолом. При осмотре через 4 мес. были отмечены снижение тревожности и раздражительности, рубцевание язв и отсутствие новых элементов сыпи. Пациентка продолжила лечение под наблюдением психиатра в поликлинике по месту жительства.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациентка А., 56 лет, обратилась за консультацией на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России с жалобами на распространенные зудящие высыпания.

Со слов пациентки, высыпания впервые появились около 2 лет назад и располагались на коже лучезапястных суставов и кистей. Обращалась в поликлинику по месту жительства, был установлен диагноз «Контактный дерматит», назначен крем с ГКС. Отмечала временный регресс высыпаний. Через 3 мес. сыпь появилась вновь, при этом локализовалась на коже бедер и предплечий, к врачу не обращалась, использовала раствор йода с временным эффектом. В течение года высыпания распространились на кожу спины и груди, появился зуд. На фоне очередного обострения консультирована аллергологом, установлен диагноз «Экзема», назначены антигистаминный препарат, топический ГКС и антисептик. Высыпания до конца не регрессировали, в связи с чем обратилась к дерматовенерологу. Был установлен диагноз «Чесотка», назначена обработка эмульсией бензилбензоата. Отмечала незначительный регресс высыпаний, повторно обратилась к дерматовенерологу, рекомендовано было заменить препарат на перметрин. Полного регресса высыпаний не наблюдала, неоднократно самостоятельно проходила обследование в разных частных лабораториях с целью обнаружения чесоточного клеща, получала отрицательные результаты. Высыпания не регрессировали, к врачам не обращалась, в течение 4 мес. использовала серную мазь и различные антисептики. В связи с отсутствием эффекта и распространением сыпи по настойчивой рекомендации родственников обратилась за консультацией на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

При осмотре кожный патологический процесс носил распространенный симметричный характер с локализацией на коже туловища

и конечностей. На коже груди и верхней части спины, плеч и предплечий, пояснично-крестцовой области с переходом на ягодицы, бедрах и голенях располагались множественные эрозии и эксфолиации, единичные язвы диаметром до 1 см с четкими инфильтрированными краями, покрытые геморрагическими корками. Также определялись множественные рубцы округлой и линейной формы, вторичная гиперпигментация (рис. 2).

Больная отрицала искусственный характер возникновения сыпи, была тревожна при общении. При беседе с присутствовавшим на приеме родственником выяснено, что высыпания стали появляться после проблем на работе (увольнение), при этом больная часто расчесывала кожу при стрессовых ситуациях. Из сопутствующих заболеваний у пациентки ранее была диагностирована гипертоническая болезнь, по поводу которой она принимала назначенные кардиологом препараты.

При лабораторном обследовании отклонений в общем и биохимическом анализах крови, общем анализе мочи выявлено не было. Реакция микропреципитации на сифилис отрицательная. При микроскопическом исследовании соскоба с кожи чесоточный клещ не обнаружен. Дерматологических признаков чесотки не выявлено.

На основании жалоб больной (распространенные зудящие высыпания), данных анамнеза (длительное постепенно прогрессирующее течение кожного процесса, наличие

- **Рисунок 2.** Кожный патологический процесс у пациентки А., 56 лет
- **Figure 2.** Skin pathological process in patient A., 56 years old



стрессового фактора, отрицание самоповреждения кожи, отсутствие эффекта от применения скабицидных препаратов, тревожность пациентки), осмотра (сыпь была представлена только вторичными элементами и локализовалась в доступных для больной участках тела, отсутствия патологических изменений при лабораторно-инструментальном обследовании установлен диагноз «Патомимия?»).

Пациентке на высыпания были назначены спрей с синтетическим танином и полидоканолом, крем с декспантенолом, а также рекомендовано лечение у психиатра. Последним был установлен диагноз «Обсессивно-компульсивное расстройство с самоповреждением кожных покровов», назначены миртазапин и феназепам. На фоне проводимой терапии появилась возможность контроля компульсий, к 5-му мес. наблюдения отмечен регресс высыпаний.

### КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 3

Пациентка С., 45 лет, обратилась с жалобами на длительно существующие высыпания в подбородочной области слева.

Из анамнеза известно, что впервые высыпания появились в феврале 2023 г., обращалась к дерматовенерологу, был установлен диагноз «Стрептодермия», назначены раствор метиленового синего и крем с фузидовой кислотой. Полного регресса сыпи не наблюдала, в связи с чем в марте 2023 г. обратилась к дерматовенерологу другой клиники. Были установлены предварительные диагнозы «Красная волчанка?», «Контактный искусственный дерматит?», «Патомимия?» и рекомендовано гистологическое исследование биоптата кожи. При осмотре перед биопсией: на коже подбородочной области слева визуализировалась язва неправильной формы, с четкими краями, покрытая серозно-геморрагической коркой, окруженная рубцовыми и атрофическими тканями. Островоспалительные явления отсутствовали (рис. 3).

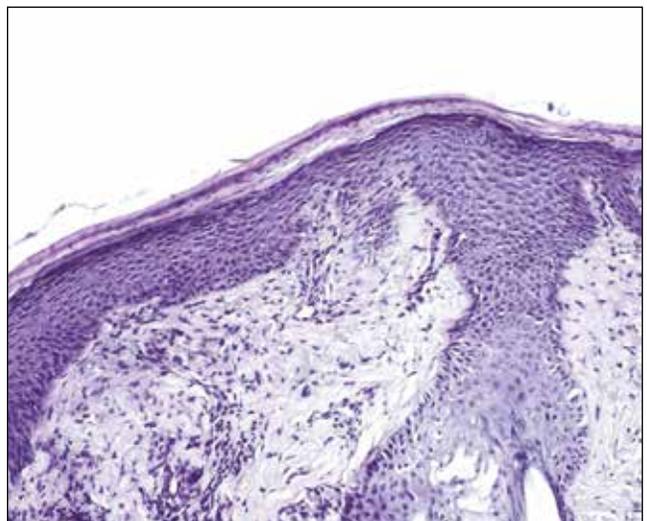
Выполнена панч-биопсия с края язвы. Заключение: морфологическая картина с учетом клинических данных в большей степени соответствует искусственным повреждениям (рис. 4).

В связи с сомнениями в верности диагноза пациентка обратилась к другому дерматовенерологу: установлен диагноз «Патомимия?», рекомендованы консультация психиатра, которым в июне 2023 г. верифицировано «Смешанное расстройство эмоций в связи с нарушением адаптации», назначены алимемазина тартрат, флувоксамина малеат, аминоксалиновой кислоты гидрохлорид. Пациентка лечение не соблюдала. Обратилась к дерматовенерологу в другую частную клинику, был установлен диагноз «Розацеа», рекомендованы системный изотретиноин, метронидазол гель. Отмечала только временное улучшение, в связи с чем в ноябре 2023 г. обратилась к врачу-инфекционисту. При бактериологическом обследовании содержимого, взятого с высыпаний, этиологически значимых возбудителей обнаружено не было. В июне 2024 г. была консультирована онкологом, выполнена биопсия, заключение: данных за наличие онкологического процесса со стороны кожи и мягких тканей не выявлено. В июле

● **Рисунок 3.** Кожный патологический процесс у пациентки С., 45 лет (март 2023 г.)  
 ● **Figure 3.** Skin pathological process in patient S., 45 years old



● **Рисунок 4.** Пациентка С. Патоморфологические проявления искусственного дерматита (март 2023 г.)  
 ● **Figure 4.** Patient S. Pathological manifestations of artificial dermatitis (March 2023)



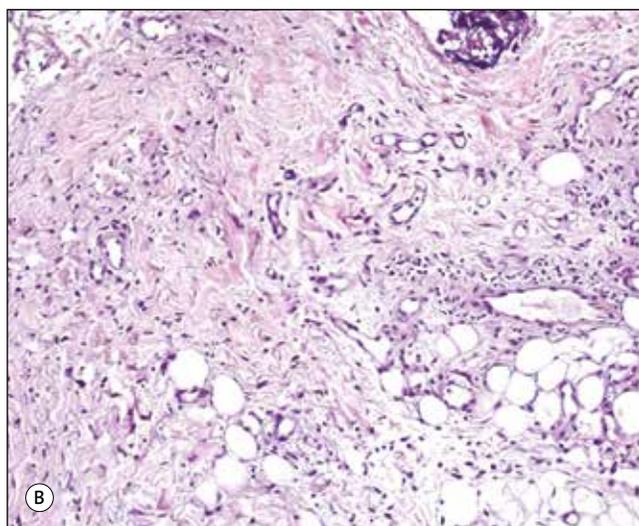
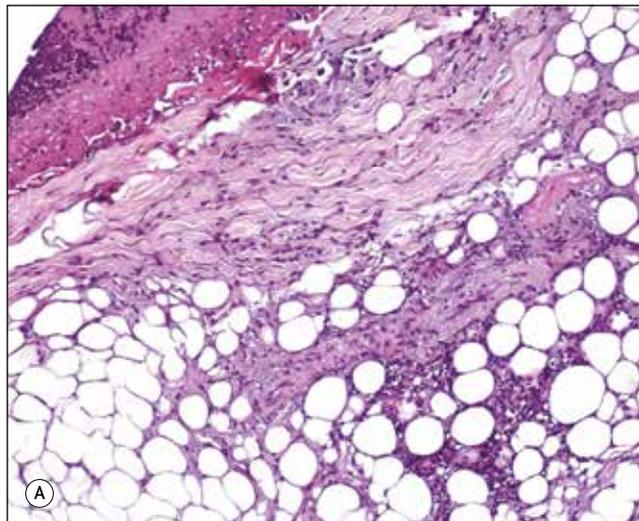
Окраска гематоксилин-эозином, ×100. Неравномерный акантоз эпидермиса покрыт паракератотическими массами с очаговым клеточным детритом. В верхних отделах дермы разрастание тонких коллагеновых волокон, пролиферация капилляров и периваскулярные гистиолимфоцитарные инфильтраты с фибробластами и нейтрофилами

2024 г. обратилась к врачу-хирургу, которым после очередной биопсии был установлен диагноз «Вирусные бородавки, состояние после удаления». В течение 3 мес. к врачам не обращалась, использовала антисептики.

В связи с отсутствием положительной динамики кожного процесса в августе 2024 г. самостоятельно обратилась в частную клинику с целью проведения повторной биопсии кожи. Материал был взят с подбородочной области слева по настоянию пациентки с мест, указанных ею.

Результат патогистологического исследования: в биопсийном материале участки измененной дермы и подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) с глубоким дефектом ткани (изъязвлением), покрытым гнойно-некротическими массами (рис. 5А). В дерме наблюдается

- **Рисунок 5.** Пациентка С. Патоморфологические проявления искусственного дерматита (август 2024 г.)
- **Figure 5.** Patient S. Pathological manifestations of artificial dermatitis (August 2024)



Окраска гематоксилин-эозином,  $\times 100$ : А – участки склеротически измененной дермы и подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) с глубоким дефектом ткани (язвлением), покрытым гнойно-некротическими массами, в верхних отделах ПЖК септальные лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов и фибробластов; В – в дерме пролиферация капилляров, некоторые сосуды склерозированы, периваскулярные и интерстициальные лимфогистиоцитарные инфильтраты с нейтрофилами и фибробластами

пролиферация капилляров. Стенки сосудов утолщены, отечные, просветы расширены. Некоторые сосуды склерозированы. Умеренно выраженные периваскулярные и интерстициальные лимфогистиоцитарные инфильтраты с нейтрофилами, фибробластами и единичными эозинофилами (рис. 5В). В верхних отделах ПЖК септальные лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью нейтрофилов и фибробластов. Во всех отделах дермы и ПЖК выраженные склеротические изменения. PAS-реакция: элементов грибов не выявлено. Заключение: в биопсийном материале определяются фрагменты из дна хронической язвы кожи с гнойно-некротическими изменениями и участками грануляционной ткани разной степени зрелости. Подобные морфологические изменения с учетом клинических данных и результатов предыдущих биопсий могут соответствовать искусственным повреждениям.

- **Рисунок 6.** Пациентка С. Кожный патологический процесс в подбородочной области (август 2024 г.)
- **Figure 6.** Patient S. Skin pathological process in the chin area (August 2024)



С результатами патогистологического исследования пациентка обратилась за консультацией на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

При осмотре: на коже подбородочной области слева визуализировались 5 язв неправильной формы, с четкими краями, покрытые серозно-геморрагическими корками. По периферии язвенных дефектов наблюдались атрофически измененные ткани. Островоспалительные явления отсутствовали (рис. 6).

При общении пациентка активно отрицала самоповреждение кожи, акцентировала внимание на ощущениях в области высыпаний и объеме проведенных обследований, была эмоционально лабильна.

По данным лабораторного обследования (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, реакция микропреципитации на сифилис), флюорографии органов грудной клетки, патологических отклонений от нормы не выявлено.

С учетом жалоб пациентки (на длительно существующие высыпания на коже лица), данных анамнеза (течение заболевания с периодическими улучшениями без полного регресса высыпаний, большое количество консультаций смежных специалистов и объем самостоятельно назначенных исследований, неэффективность проводимой ранее терапии, активное отрицание факта аутоагрессии и несогласие с лечением у психиатра), осмотра (ограниченные высыпания, представленные преимущественно язвами и рубцами, локализующимися в доступных для самоповреждения больной областях тела, эмоциональная лабильность), отсутствия отклонений от нормы при лабораторном обследовании и морфологического подтверждения искусственного характера высыпаний по данным неоднократно выполненного патогистологического исследования был установлен диагноз «Патомимия».

Для обработки высыпаний больной были назначены спрей с синтетическим танином и полидоканолом, крем с декспантенолом. Рекомендована повторная консультация и лечение у психиатра. На повторный осмотр к врачу-дерматовенерологу пациентка не явилась.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические проявления психодерматологических расстройств разнообразны и нередко имитируют истинные кожные заболевания, что может приводить к удлинению сроков постановки верного диагноза и прогрессированию заболевания. Патомимия относится к одному из сложно диагностируемых проявлений данной патологии, т. к. характеризуется сокрытием пациентами аутодеструктивного характера высыпаний. Во всех представленных клинических наблюдениях больные акцентировали внимание на том, что сыпь появилась внезапно и постепенно прогрессировала на фоне проводимого лечения. При этом особенности симптоматики потребовали проведения дифференциальной диагностики с различными заболеваниями. В первом клиническом наблюдении локализация язв не только на коже, но и в области гениталий, указание пациентки на однократное появление сыпи в ротовой полости на фоне длительного анамнеза заболевания потребовали обследования с целью исключения болезни Бехчета. Не были выявлены характерные для данной патологии афтоз полости рта и поражение глаз, отсутствовали отклонения в результатах лабораторно-инструментального обследования и консультаций смежных специалистов [13]. Во втором наблюдении кожный патологический процесс имел ряд сходств с таковым при длительном течении чесотки – наблюдались множественные эскориации, геморрагические корочки, вторичная пигментация и локализация сыпи в пояснично-крестцовой области (имитация симптома Михаэлиса). Однако отсутствовали патогномоничные для чесотки первичные элементы сыпи, часть высыпаний располагалась в нехарактерных для данной патологии себорейных зонах, определялись множественные рубчики и единичные язвы, в анамнезе отмечена неэффективность скабицидных средств, возбудитель при микроскопии содержимого соскобов обнаружен не был, не выявлено дерматоскопических признаков заболевания [14]. В третьем клиническом случае пациентка настойчиво отрицала самоповреждение кожи даже при наличии нескольких патоморфологических заключений об этом, при этом она отказывалась от лечения у психиатра и неоднократно обращалась за

консультацией не только к разным дерматовенерологам, но и к врачам смежных специальностей.

Кроме отрицания факта самоповреждения кожи, у всех пациентов в анализируемых клинических случаях присутствовал ряд других схожих черт в течение заболевания. Все больные имели длительный анамнез с большим количеством обращений за медицинской помощью, ошибками в диагностике и неэффективностью проводимой терапии. Заболевание развивалось и прогрессировало на фоне стрессового фактора, у всех пациентов отмечалась эмоциональная лабильность или тревожность. При осмотре сыпь носила монотипный характер, была представлена только вторичными элементами и локализовалась в доступных для самоповреждения участках. Больные неохотно соглашались либо, как в третьем наблюдении, отказывались от консультации психиатра, однако регресса высыпаний удавалось достичь только при совместном ведении пациентов с данным специалистом.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сходство кожной симптоматики патомимии с проявлениями дерматологических заболеваний на фоне утаивания пациентами реальных причин высыпаний значительно затрудняет процесс диагностики, что нередко приводит к выраженным рубцовым изменениям и социальной дезадаптации пациентов. Только при междисциплинарном взаимодействии дерматовенеролога и психиатра возможно достигнуть положительного эффекта от лечения. При этом пациенты с данной патологией обращаются за медицинской помощью к врачам различных специальностей. Представленный анализ собственных клинических наблюдений акцентирует внимание на необходимости включения данной патологии в перечень дифференциальных диагнозов на первичном приеме, особенно в случаях, когда данные анамнеза расходятся с клинической симптоматикой при осмотре и имеется указание на длительное прогрессирующее течение заболевания на фоне неэффективности дерматологической терапии.



Поступила / Received 30.06.2025  
Поступила после рецензирования / Revised 30.07.2025  
Принята в печать / Accepted 30.07.2025

## Список литературы / References

- Marek-Jozefowicz L, Czajkowski R, Borkowska A, Nedoszytko B, Zmijewski MA, Cubata WJ et al. The brain-skin axis in psoriasis-psychological, psychiatric, hormonal, and dermatological aspects. *Int J Mol Sci.* 2022;23(2):669. <https://doi.org/10.3390/ijms23020669>.
- Bondade S, Hosthota A, Bindushree R, Raj PR. Psychodermatology: an evolving paradigm. *Dermatologica Sinica.* 2022;40(2):71–77. [https://doi.org/10.4103/ds.ds\\_20\\_22](https://doi.org/10.4103/ds.ds_20_22).
- Jafferany M. Classification of Psychodermatological Disorders. In: Jafferany M (ed.). *Handbook of psychodermatology: introduction to psychocutaneous disorders*. Cham: Springer International Publishing; 2021, pp. 9–13. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-90916-1>.
- Latheef EN, Hafi BN. Introduction to psychodermatology. *Clin Dermatol Rev.* 2023;7(4):303–309. [https://doi.org/10.4103/cdr.cdr\\_10\\_22](https://doi.org/10.4103/cdr.cdr_10_22).
- Rahman SM, Abdulmulla A, Jafferany M. Psychopathological symptoms in dermatology: a basic approach toward psychocutaneous disorders. *Int J Dermatol.* 2023;62(3):346–356. <https://doi.org/10.1111/ijd.16344>.
- Tohid H, Shenefelt PD, Burney WA, Aqeel N. Psychodermatology: an association of primary psychiatric disorders with skin. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2019;48(1):50–57. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.002>.
- Ferreira BR, Vulink N, Mostaghimi L, Jafferany M, Balieva F, Gieler U et al. Classification of psychodermatological disorders: Proposal of a new international classification. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38(4):645–656. <https://doi.org/10.1111/jdv.19731>.
- Тлиш ММ, Глузмин МИ, Сычева НЛ, Шавилова МЕ, Лазарев ВВ, Шевченко АГ. 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>. Tlish MM, Gluzmin MI, Sycheva NL, Shavilova ME, Lazarev VV, Shevchenko AG. Self-destructive dermatosis mimicking pyoderma gangrenosum: a clinical case. *Kuban Scientific Medical Bulletin.* 2022;29(6):84–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2022-29-6-84-95>.
- Тлиш ММ, Шавилова МЕ, Псаков ФА, Ломакина ГВ, Степанова ДВ. Психодерматология: практические аспекты диагностики аутодеструктивных дерматозов на примере собственных клинических наблюдений. *Врач.* 2023;(11):16–20. <https://doi.org/10.29296/25877305-2023-11-04>.

- Tlish MM, Shavilova ME, Psavok FA, Lomakina GV, Stepanova DV. Psychodermatology: practical aspects of diagnosing autodestructive dermatoses on the example of our own clinical observations. *Vrach*. 2023;(11):16–20. (In Russ.) <https://doi.org/10.29296/25877305-2023-11-04>.
10. Тлиш ММ, Шавилова МЕ, Бойко НА, Романова ГВ. Психодерматологические расстройства как междисциплинарная проблема: особенности диагностики на примере собственных клинических наблюдений. *Медицинский совет*. 2024;(14):65–71. <https://doi.org/10.21518/ms2024-327>.
- Tlish MM, Shavilova ME, Boyko NA, Romanova GV. Psychodermatological disorders as an interdisciplinary problem: diagnostic features based on the example of our own clinical observations. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;(14):65–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-32>.
11. Poot F. Factitious Disorders (Pathomimia) and Necrosis. In: Teot L, Meaume S, Akita S, Del Marmol V, Probst S (eds), *Skin Necrosis*. Cham: Springer International Publishing; 2024. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-60954-1\\_39](https://doi.org/10.1007/978-3-031-60954-1_39).
12. Олисова ОЮ, Теплюк НП, Каюмова ЛН, Смирнова ЛМ, Анпилогова ЕМ, Никулина АС. Патомимия: диагностическая проблема на стыке двух специальностей. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021;24(1):61–70. <https://doi.org/10.17816/dv61909>.
- Olisova OY, Teplyuk NP, Kayumova LN, Smirnova LM, Anpilogova EM, Nikulina AS. Self-induced dermatosis: a diagnostic problem at the intersection of two specialties. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2021;24(1):61–70. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/dv61909>.
13. Kiafar M, Faezi ST, Kasaeian A, Baghdadi A, Kakaei S, Mousavi SA et al. Diagnosis of Behçet's disease: clinical characteristics, diagnostic criteria, and differential diagnoses. *BMC Rheumatol*. 2021;5:2. <https://doi.org/10.1186/s41927-020-00172-1>.
14. Кубанов АА, Гладько ВВ, Лопатина ЮВ, Малярчук АП, Соколова ТВ, Богданова ЕВ и др. *Чесотка: клинические рекомендации*. 2020. Режим доступа: <https://cni.kvi.ru/klinicheskie-rekomendacii-rossijskogo-obshchestva/klinicheskie-rekomendacii/#proekty-klinicheskikh-rekomendacij/dermatologiya>.

### Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

### Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

**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:

**Тлиш Марина Моссовна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; [tlish\\_mm@mail.ru](mailto:tlish_mm@mail.ru)

**Шавилова Марина Евгеньевна**, к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; [marina@netzkom.ru](mailto:marina@netzkom.ru)

**Сычева Наталья Леонидовна**, к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; [nfaustova@mail.ru](mailto:nfaustova@mail.ru)

**Умаханова Соня Рустамовна**, студент лечебного факультета, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; [sonya.umakhanova@mail.ru](mailto:sonya.umakhanova@mail.ru)

### Information about the authors:

**Marina M. Tlish**, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; [tlish\\_mm@mail.ru](mailto:tlish_mm@mail.ru)

**Marina E. Shavilova**, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; [marina@netzkom.ru](mailto:marina@netzkom.ru)

**Natalia L. Sycheva**, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; [nfaustova@mail.ru](mailto:nfaustova@mail.ru)

**Sonya R. Umakhanova**, Student of the Faculty of Medicine, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; [sonya.umakhanova@mail.ru](mailto:sonya.umakhanova@mail.ru)