УДК: 616.5-001/-002-02:616.85]-07

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ АУТОДЕСТРУКТИВНИХ ДЕРМАТОЗІВ**

*Чернікова Л.І.*

*Харьківський національний медичний університет*

***Ключові слова:*** *діагностика, психогенні дерматози, аутодеструкція*

У дерматології досить часто спостерігається поєднана патологія. Поліморбідність (поліпатологія) може значно ускладнити встановлення діагнозу, бо на практиці далеко не завжди легко встановити провідний симптом або синдром і визнати одне захворювання основним, а інші - фоновими або супутніми. При цьому множинна патологія може бути взаємозалежна. Диференційна діагностика зазвичай починається з вибору провідного синдрому, діагностичного поєднання симптомів, провідного симптому. Однак, використання для диференційної діагностики тільки окремих симптомів (як і тільки скарг хворого) найчастіше призводить до помилок.

Психогенні хвороби шкіри - це різноманітні за своїми клінічними проявами і механізмами розвитку ураження, які недостатньо відомі дерматологам. Тому діагностичні помилки зустрічаються досить часто. Загальна особливість психогенних дерматозів - це залежність їх від психічного стану хворих. Тобто ураження шкіри в цих випадках є лише симптомами таких психічних захворювань, як психози, психопатії, неврози, установча поведінка тощо. При декомпенсації психогенних розладів хворі тривалий час звертаються до різних фахівців, найчастіше до дерматологів. До психіатрів ж хворі на психогенні дерматози за власною ініціативою ніколи не потрапляють. Ось чому від дерматолога потрібне знання симптоматології цих станів і їх характерних діагностичних «масок» з тим, щоб забезпечити своєчасне розпізнавання психогенних хвороб шкіри.

Частота зустрічальності поєднання дерматологічної та психічної патології становить близько 30-40% [1, 2].

Традиційно психодерматологічні розлади більшість авторів поділяє на три великі групи [3, 4]:

1. Шкірні захворювання або скарги на шкірне захворювання, що виникло внаслідок первинних психічних розладів / психічні розлади, замасковані шкірними захворюваннями (артифіціальний дерматит, зоопатичне марення, невротичні екскоріації, екскорійоване акне та ін.).

2. Шкірні захворювання маніфестують / загострюються у зв'язку з психогенними факторами та / або супроводжуються психічними реакціями (атопічний дерматит, псоріаз, акне, вітіліго, кропив'янка, рецидивуючий простий герпес та ін.).

3. Психофізіологічні реакції (приливна еритема, гіпергідроз, психогенний свербіж).

У 2006 році лікарем дерматовенерологом, д. м. н., А. М. Львовим та лікарем психіатром, к. м. н., І. Ю. Дороженком була запропонована класифікація, згідно якої психодерматологічні розлади слід розподілити на наступні групи [5]:

**1. Психічні розлади з проекцією симптомів на сферу шкірного покриву**.

1.1. Соматопсихоз - дерматозойна маячня.

1.2. Обмежена іпохондрія - коенестезіопатична параноя - артифіціальний дерматит.

1.3. Іпохондрія (істерична, з обсессивно-компульсивними розладами, надцінна) з аутодеструктивними тенденціями:

* Невротичні екскоріації;
* Екскорійоване акне;
* Трихотіломанія;
* Оніхотіломанія.

1.4. Навмисне викликання або симулювання симптомів шкірного захворювання:

* Симуляційний дерматит;
* Шкірна форма синдрому Мюнхгаузена.

1.5. Дисморфофобія / дісморфоманія.

2. **Психічні розлади, провоковані шкірною патологією** (вугрова хвороба, рецидивуючий простий герпес, атопічний дерматит, псоріаз, вітіліго, андрогенетична алопеція та ін.).

2.1. Нозогенні іпохондричні реакції (депресивні, істеричні, сенситивні та ін.).

2.2. Іпохондричний розвиток (невротичний, сенситивний, паранойяльний, експансивно-шизоїдний та ін.).

3. Психогенно провоковані функціональні розлади («органні неврози») - психогенний свербіж.

4. Психогенно провоковані (психосоматичні) дерматози (рецидивуючий простий герпес, атопічний дерматит, кропив'янка, гніздова алопеція, психогенна пурпура та ін.).

У 1993 році було створено Європейське товариство дерматологів та психіатрів (European Society for Dermatology and Psychiatry). Однак, незважаючи на інтенсивний розвиток психодерматології, знання лікарів-дерматологів і психіатрів у цій галузі слід визнати недостатніми. Серед усього спектру психодерматологічної патології група аутодеструктивних дерматозів вивчена недостатньо. За даними А.Н. Львова та спів.(2006), поширеність самоушкоджених дерматозів складає 2,3% від загальної кількості хворих, що звернулися первинно [5]. За даними закордонних авторів, частота зустрічальності самоушкоджених дерматозів коливається від 0,03% до 9,4% [6]. Поліморфізм клінічних проявів аутодеструктивних захворювань шкіри, маскування ними психічних розладів призводить до тривалого діагностичного періоду, значної кількості діагностичних помилок та неефективному лікуванню [5,7].

Недостатня вивченість проблеми аутодеструктивних захворювань, не до кінця встановлено механізми патології, відсутність чітких дерматологічних критеріїв підтверджує високу актуальність окресленої проблеми і необхідність проведення досліджень в даному напрямку .

У МКХ-10, в класі хвороб шкіри та підшкірної клітковини, само викликаним дерматозам відведена лише одна підрубрика - L98.1 «штучний (артифіціальний дерматит) / невротичні екскоріації». У рубриці «психічні розлади і розлади поведінки» невротичні екскоріації включені в «розлади звичок і відволікань» (F63), патомімію відносять до підрубрики - F68.1 «навмисне викликання або симулювання симптомів або інвалідності фізичного або психологічного характеру (підроблене порушення); трихотілломанію відносять до підрубрики F63.3.

Серед дерматозів, що супроводжуються аутоагресивною поведінкою, найбільш часто зустрічаються невротичні екскоріації, частка яких становить близько 2% від числа всіх пацієнтів з дерматологічними розладами [8] і 9% серед хворих із шкірним свербежем [9]**.** В цілому частка осіб, які страждають на невротичні екскоріації, в популяції становить 1,4-5,4% [10]. Невротичні екскоріації зустрічаються частіше у жінок [11]. Середній вік хворих становить 30-45 років. Пік захворюваності доводиться на 20-річний вік. При цьому середня тривалість захворювання складає 10-12 років [12]. Поширеність трихотіломаніі в популяції в цілому залишається невивченою. Відповідно до проведених досліджень, трихотіломанія найбільш часто діагностується у молодих осіб жіночої статі [13]. Частка пацієнтів з трихотіломанією в психіатричному стаціонарі становить 4% [10].

Поширеність патомімії в популяції також залишається маловивченим питанням. Дослідники вказують на переважну захворюваність на патомімію серед осіб жіночої статі. Патомімія є штучним (артифіціальним) дерматитом, що виникає внаслідок самоушкоджень шкіри та її придатків [5,14,15].

В дерматології патомімія помилково трактується більш широко [16,17,18]. Цим поняттям об'єднується вся група штучних пошкоджень шкіри та її придатків, що наносяться самим хворим як навмисно, так і не навмисно, тобто через наявність у нього психічного розладу (механічні дерматози, ураження шкіри при маячних розладах, дерматофобіі / манії та ін. )

У вітчизняній дерматології терміном «патомімія» найчастіше позначаються всі шкірні аутодеструктивні прояви, що маскують первинні психічні розлади, пов'язані з різними нозологічними групами (невротичні екскоріації, екскорійоване акне, трихотіломанія, оніхотіломанія, хейлофагія) [15].

Термін «невротичні екскоріації» був запропонований E. Wilson в 1875 році. У 1915 році H. Adamson під назвою «невротичні екскоріації» об'єднує три різні захворювання: артефактний дерматит, екскорійоване акне і акне urticata, поклавши в основу класифікації наявність психічних розладів.

Невротичні екскоріації - пошкодження шкіри, що виникають внаслідок повторних розчухів здорових ділянок шкіри, у зв'язку з чим протягом тривалого часу формуються неглибокі дефекти шкіри, які поступово еволюціонують у рубці [19,20].

На відміну від хворих з іншими аутодеструктивними дерматозами, пацієнти з невротичними екскоріаціями не тільки розглядають як причину ушкоджень власні дії, а й усвідомлюють їх патологічний характер [21]. Проте найчастіше такі пацієнти в першу чергу звертаються за допомогою до лікарів дерматовенерологів, а не до психіатрів. Це ускладнює і подовжує діагностичний процес, нерідко зумовлюючи помилки в терапії.

Клінічна картина невротичних екскоріацій визначається коморбідністю дерматологічної та психопатологічної симптоматики. У хворих виявляються аутоагресивні тенденції з нанесенням пошкоджень як на здоровій на вигляд шкірі, так і з метою екстракції мінімальних її дефектів у вигляді фолікулітів, елементів акне, корок, пігментних плям. У більшості випадків пошкодження наносяться нігтями, рідше з використанням механічних предметів - голок, пінцетів або леза. Іноді додатково використовуються припікальні рідини (йод, концентрований розчин перманганату калію тощо) [15]. Шкірні прояви різноманітні і можуть бути представлені як поверхневими точковими саднами, які локалізуються на окремих ділянках тіла, так і численними поширеними практично на увесь шкірний покрив, глибокими екскоріаціями з гіпертрофованими краями і кров'янистими корочками [19,20,21]**.** Психопатологічні аспекти невротичних екскоріацій неоднорідні.

Об'єктивними клініко-анамнестичними та морфологічними критеріями діагностики аутодеструктивних захворювань шкіри є [14,15,21,22]:

* Невідповідність анамнезу та клінічної картини захворювання, нехарактерна динаміка шкірного процесу (незагойні протягом тривалого часу виразкові дефекти, ніби то спонтанно утворюються рубці і ін.), безуспішність дерматологічних методів обстеження, емоційна реакція пацієнта на опитування.
* Розташування ушкоджень шкіри на доступних для рук хворого місцях.
* Лінійне розташування і незвичайна, неприродна або геометрично правильна, однакових розмірів конфігурація елементів висипу.
* Однотиповість морфологічних елементів, при цьому домінуючими є або лінійні екскоріації та геморагічні корки, або пухирці, або ерозії і виразки, на місцях яких залишаються гіпер- або гіпопігментовані плями і рубці, іноді спотворюючи зовнішність хворого.
* Констатація однорідних морфологічних елементів на різних стадіях розвитку (еволюційний поліморфізм) і відносно швидке розрішення вогнищ ураження без лікування.
* Попередні самоушкодження, патологічні тілесні сенсації на кшталт свербежу та алгій, проекція яких відбиває топографію деструктивних вогнищ.

При підозрі на наявність аутодеструктивних захворювань шкіри з метою оцінки психічного статусу пацієнтів необхідна консультація лікаря психіатра. В рамках психопатологічної кваліфікації розладів, що об'єднуються загальним поняттям «патомімія» [15], розглядаються психопатичні стани і широкий спектр коморбідної психічної патології, що включає особистісні (психопатії істеричного, паранойяльного, шизоїдного кола), психогенні (посттравматичний стресовий розлад), діссоціатівні розлади, розлади депресивно -тривожного спектру, органічні захворювання центральної нервової системи, наркоманія і токсикоманія. Крім того, патомімія може виступати в якості одного з синдромів при захворюваннях шизофренічного спектру. У цьому випадку в клінічній картині на перший план виступають тяжкі форми аутоагресивної поведінки, що супроводжується гротескними і спотворюючими самоушкодженнями [15].

Тривалий час відкритим залишається питання: хто повинен займатися лікуванням даної групи пацієнтів - психіатри або дерматовенерологи? [14, 15].Через те, що провідними (найбільш важливими з точки зору пацієнта) симптомами при аутодеструктивних захворюваннях є ураження шкіри, в першу чергу, вони звертаються на консультацію до дерматовенеролога і спостерігаються протягом тривалого часу найбільш часто з діагнозами локалізованого і генералізованого свербежу, контактного і алергічного дерматиту.

Вищевикладене свідчить про те, що пацієнти із захворюваннями цієї групи, тривалий час спостерігаються з неправильно встановленими діагнозами, отримують необґрунтоване лікування, що спричиняє невиправдані економічні витрати лікувально-профілактичних закладів. При підозрі на аутодеструктивні захворювання шкіри необхідна взаємодія і наступність лікарів дерматовенерологів і психіатрів. У зв'язку з цим виникла необхідність створення алгоритму діагностичних заходів з метою більш раннього виявлення аутодеструктивних захворювань шкіри і визначення тактики ведення пацієнтів [23].

При підозрі на аутодеструктивні захворювання шкіри необхідна взаємодія і наступність лікарів дерматовенерологів і психіатрів [23].

В першу чергу при підозрі на аутодеструктивні захворювання шкіри необхідно виявити діагностичні критерії захворювань, характер призначень та ефективність дерматотропної терапії, показання для направлення пацієнтів на консультацію до психіатра, застосування психотропної терапії [23].

У пацієнтів з патомімією є характерним розташування елементів ушкоджень шкіри на доступних для рук пацієнта ділянках шкіри; незвичайна, неприродна або геометрично правильна форма елементів висипки; однотиповість морфологічних елементів, в переважній своїй більшості - екскорііації, ерозії, виразки, геморагічні корки, гіпер- і гіпопігментні плями, рубці; однорідність елементів на різних стадіях розвитку [5,17,18, 19,23 ].

У пацієнтів з дерматозойним маренням позитивними ознаками є наявність ідей зараження паразитами; наявність відчуттів повзання «паразитів» на шкірі, під шкірою; збирання та презентація «фактів» існування паразитів («симптом сірникового коробка»); «боротьба» з паразитами (нанесення самоушкоджень, з метою вилучення паразитів) [2,5,14,15,19,23].

У пацієнтів з тріхотілломанією характерні вогнища алопеції без чітких меж; наявність короткого обламаного волосся в осередках алопеції; відсутність запалення у вогнищі алопеції; відсутність зони розхитаного волосся навколо вогнища алопеції [13,19,23 ].

У пацієнтів з невротичними екскоріаціями характерні поверхневі і глибокі екскоріації, геморагічні кірочки; Переважна локалізація: верхня третина спини, плечі, передпліччя, гомілки; розташування ушкоджень на здоровій на вигляд шкірі або на тлі фолікулітів, пігментних плям. При наявності численних екскоріацій, геморагічних кірочок на тлі незначного шкірного процесу (акне) необхідне проведення диференційної діагностики з екскорийованим акне [12,19,22 ].

На другому етапі, під час бесіди з пацієнтом, необхідно оцінювати наявність маячних ідей (ідеї зараження невідомими паразитами, ідеї впливу з боку сторонніх осіб або інші помилкові патологічні уявлення, що не відповідають об'єктивній дійсності, помилкові висновки, що не піддаються виправленню); наявність тілесних сенсацій (відчуття повзання по тілу або під шкірою комах, паразитів, відчуття лоскотання, поколювання), наявність яких свідчить про необхідність диференційної діагностики з дерматозойним маренням; визначення ступеня паранояльної спрямованості пацієнта на реалізацію аутодеструктивних тенденцій щодо шкірного покриву (ступінь вираженості деструкції шкіри). Якщо перераховані вище критерії відповідності діагнозу аутодеструктивного захворювання шкіри відсутні, пацієнт надалі спостерігається і лікується у дерматовенеролога [23].

На третьому етапі, відповідно до перерахованих вище критеріїв, пацієнт інформується дерматовенерологом про підозру на аутодеструктивне захворювання шкіри. Хворому пропонується консультація психіатра. За згодою пацієнта з діагнозом аутодеструктивного захворювання пацієнт консультується психіатром, в результаті визначається спектр і вираженість психічних розладів, призначається психотропна терапія. Одночасно дерматологом призначається дерматотропна терапія в залежності від клінічної картини. Надалі пацієнт спостерігається дерматологом і психіатром, при цьому у пацієнтів з діагнозами патомімія, дерматозойне марення, трихотілломанія провідна роль у веденні хворого відводиться психіатру.

Якщо пацієнт заперечує факт аутодеструкціі шкірного покриву, необхідно провести об'єктивні методи дослідження (гістологічне дослідження, ультразвукове дослідження шкіри, дерматоскопію).

При відсутності морфологічних ознак хронічних захворювань шкіри виявляються характерні особливості для аутодеструктивного захворювання шкіри:

* Патоморфологічна картина ерозивно-виразкових дефектів, з неспецифічною запальної реакцією в проекції зони пошкодження;
* Ознаки зміни епідермісу по периферії вогнища.
* Дерматоскопія у пацієнтів з тріхотілломанією показує зменшення щільності волосся, наявність короткого пушкового волосся, наявність обламаного волосся, трихоптілоз, відсутність волосся у вигляді знака оклику).

Пацієнт повторно інформується дерматовенерологом про підозру на аутодеструктивне захворювання шкіри, проводиться повторна бесіда з пацієнтом про необхідність консультації психіатра і призначення психотропних препаратів.

За згодою пацієнта з діагнозом пацієнт консультується психіатром, призначається психотропна терапія в залежності від спектру і ступеня вираженості психічних розладів. Одночасно дерматовенерологом призначається дерматотропна терапія в залежності від клінічної картини. Надалі пацієнт спостерігається у дерматовенеролога і психіатра, при цьому у пацієнтів з діагнозами патомімія, дерматозойне марення, якщо пацієнт продовжує заперечувати факт самодеструкції, дерматовенеролог призначає дерматотропну терапію. При направленні пацієнта на консультацію до психіатра лікар дерматовенеролог повинен враховувати закон «Про психіатричну допомогу й гарантії прав громадян при її наданні», основний принцип якого - добровільність психіатричної допомоги [24].

Висновки.

Впровадження алгоритму в практичну роботу дерматовенеролога і психіатра дозволяє [23]:

* Запобігти помилок з боку дерматовенеролога в діагностиці і тактиці ведення пацієнтів з аутодеструктивними захворюваннями шкіри;
* Скоротити діагностичний період при постановці діагнозу аутодеструктивного захворювання шкіри;
* Своєчасно і адекватно почати дерматотропну і психотропну терапію, запобігаючи розвитку ускладнень;
* Уникнути «конфлікту стандартів» при призначенні психотропних і дерматотропних лікарських препаратів, відповідно до чинних нормативних документів;
* Своєчасно проведене психіатричне обстеження і терапія психотропними засобами в залежності від спектру і вираженості виявлених психічних порушень дозволяє домогтися редукції потягу до аутодеструкціі шкіри;
* Забезпечити ефективне функціонування системи надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з аутодеструктивними захворюваннями шкіри і підвищити результативність взаємодії дерматовенеролога і психіатра при спільному веденні даного контингента хворих.

**Список літератури**:

1. Picardi A., Abeni D. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized // Br. J. Dermatol. 2000. № 143 (5). Р. 983–991.

2. Gupta M. A. Psychiatric evaluation of the dermatology patien /M. A, Gupta, A. K Gupta et al. // Dermatol Clin. -2005. –Vol.23.-№4. - Р. 591–599.

3. Иванов О. Л., Львов А. Н. Остришко В. В. [и др.] Психодерматология: история, проблемы, перспетивы // Рос. журн. кож.-вен. бол. 1999. № 1. Р. 28–38.

4. Lee E., Murase J., Koo J., Lee C. Psychopharmacology in Dermatological Practice // Rev Update Dermatol Psychosom. 2003. № 4. Р. 131–140.

5. Дороженок И. Ю., Львов А. Н. Психические расстройства в дерматологической практике. М., 2006. -54 с.

6. Kocalevent R.D. Autodestructive syndroms/ R.D. Kocalevent, H.Fliege, M. Rose, M. Walter, G. Danzer, B.F. Klapp// Psychother рsichosom. - 2005. –Vol. 74. - P. 202-211

7. Gieler U. Self-inflicted lesions in dermatology and classificton-a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry(ESDaP) / U.

Gieler, S.G. Consoli,L. Tomas-Aragones, D.M.Linder et al.// Acta Dem. Venereol. -2013.-Vol.93, № 1. - .P4-12.

8. Alves C. J., Martelli A. C. Variability of psychological diagnosis in patients with psychogenic excoriation // An Bras Dermatol. 2009. Oct. № 84 (5). Р. 534–537.

9. Rajka G. Investigation of patients suffering from generalized pruritus, with special references to systemic diseases // ActaDermVenereol. 1966. № 46. № 190–194.

10. Odlaug B. L., Grant J. E. Prevalence of impulse control disorders in a college sample // New Research Program and Abstracts, 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 3–8, 2008 ; Washington, DC. Abstract NR2-069.

11. Keuthen N. J., Koran L. M., Aboujaoude E., Large M. D. Serpe R. T. The prevalence of pathological skin picking in US adults // Comprehensive Psychiatry. 2010. № 51. Р. 183–186.

12. Gupta M. A., Gupta, A. K., Haberman H. F. Neurotic excoriations: A review and some new perspectives // Comprehensive Psychiatry. 1986. № 27. Р.381–386.

13. Hautmann G., Hercogova J., Lotti T. Trichotillomania // J. Am. Acad. Dermatol. 2002. № 46. Р. 807–821.

14. Смулевич А. Б., Иванов О. Л., Львов А. Н., Дороженок И. Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журн. неврол. и психиат. 2004. № 11. Р. 4–14.

15. Смулевич А.Б. Проблемы психодерматологии:современные аспекты / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, О.Л. Иванов, А.Н. Львов // Рос. Журн. кожных и вен. Болезней. – 2005.-№6.-С.33-40

16. Каламкарян А. А., Брюн Е. А., Гребенюк В. Н. Кожный зуд, протекающий по типу тактильногогаллюциноза // Вестн. дерматол. венерол. 1978. № 8. С. 90–92.

17. Антоньев А. А., Шатилов А. В., Нешков Н. С. Клинико-терминологические вопросы патомимии // Вестн. дерматол. венерол. 1989. № 10. С. 32–37.

18. Милич М. В., Суворова К. Н., Шеварова В. Н. Случай патомимии // Вестн. дерматол. венерол. 1990. № 5. С. 75–76.

19. Львов А. Н.Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика : автореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2006.

20. Кожные и венерические болезни. Справочник/под. ред. О.И.Иванова.- М.Медицина. 1997.- С.105-106

21. Львов А. Н., Иванов О. Л. Краткий очерк истории психодерматологии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6, № 6. P. 266–267.

22. Терентьева М. А. Невротические экскориации в рамках психических расстройств // Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2007.

23. Кунгуров Н.В. Алгоритм ведения пациентов при подозрении на аутодеструктивные заболевания кожи / Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, М.М. Кохан, B.А. Игликов, И.Е. Костырева (Игнатенко), К.Ю. Ретюнский. Метод. рекомендации: Алгоритм ведения пациентов при подозрении на аутодеструктивные заболевания кожи - Екатеринбург, Изд-во «Урал», 2013. - 44 с.

# 24. Закон України "Про психіатричну допомогу"// Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, N 19, ст.143) { Із змінами, внесеними згідно із Законами

# N 1364-IV ( [1364-15](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1364-15" \t "_blank) ) від 09.12.2003, ВВР, 2004, N 15, ст.221 N 1033-V ( [1033-16](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1033-16) ) від 17.05.2007, ВВР, 2007, N 34, ст.445 N 4652-VI ( [4652-17](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4652-17) ) від 13.04.2012, ВВР, 2013, N 21, ст.208 N 4795-VI ( [4795-17](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4795-17) ) від 22.05.2012, ВВР, 2013, N 15, ст.106 N 5460-VI ( [5460-17](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5460-17) ) від 16.10.2012, ВВР, 2014, N 2-3, ст.41 N 5462-VI ( [5462-17](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5462-17" \t "_blank) ) від 16.10.2012, ВВР, 2014, N 6-7, ст.80 N 5477-VI ( [5477-17](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5477-17) ) від 06.11.2012, ВВР, 2013, N 50, ст.693 N 245-VII ( [245-18](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/245-18) ) від 16.05.2013, ВВР, 2014, N 12, ст.178 N 1697-VII ( [1697-18](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1697-18) ) від 14.10.2014, ВВР, 2015, N 2-3, ст.12 N 901-VIII ( [901-19](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/901-19) ) від 23.12.2015, ВВР, 2016, N 4, ст.44 }

**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОДЕСТРУКТИВНЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

*Л.И.Черникова*

*Харьковский национальный медицинский университет*

***Резюме*.** Приведены наиболее частые ошибки дерматологов в диагностике психогенных дерматозов, сопровождающихся аутодеструкцией кожи.

Полиморфизм клинических проявлений аутодеструктивных заболеваний, маскировка ими психических расстройств приводит к длительному диагностическому периоду, значительному количеству диагностических ошибок и неэффективному лечению. Недостаточная изученность проблемы аутодеструктивных заболеваний, не до конца установленные механизмы патологии, отсутствие четких дерматологических критериев подтверждает высокую актуальность обозначенной проблемы и необходимость проведения исследований в данном направлении

***Ключевые слова:*** *диагностика, психогенные дерматозы, аутодеструкция*

**ISSUES IN DIAGNOSIS OF AUTODESTRUCTIVE DERMATOSES**

*Chernikova L.I.*

Charkiv National Medical University

***Summary*.** This article lists most frequent errors by dermatologists in the diagnosis of psychogenic dermatoses accompanied by skin autodestructing.

Polymorphism of clinical manifestations of autodestructive diseases, their masking of mental disorders leads to long diagnostic period, a significant number of diagnostic errors and ineffective treatment. Lack of knowledge of problems of autodestructive diseases, not fully established mechanisms of diseases, lack of clear dermatological criteria confirms the high relevance of the problem and the need for research in this area.

***Key words****: diagnosis, psychogenic dermatoses, autodestruction*