

УДК 616.891:616.5-002:615.8

*М. В. Литвиненко***ВУГРОВА ХВОРОБА: ПОГЛЯД КРИЗЬ ПРИЗМУ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ***М. В. Литвиненко***Угревая болезнь: взгляд сквозь призму медицинской психологии***М. V. Lytvynenko***Acne: a view through the medical psychology's prism**

Вугрова хвороба, незважаючи на відсутність загрози для життя, має виражені негативні особистісні та психосоціальні наслідки у вигляді тривожно-депресивної симптоматики, унікальної поведінки, звуження кола спілкування, проблем у міжособистісних стосунках, зниження самооцінки, професійної активності, якості життя в цілому. У розвитку акне важливу роль відіграють психоемоційні чинники, які сприяють появі та підтримують перебіг хвороби. Більшого травмування зазнають хворі молодого віку та жіночої статі. Дерматологічне та косметологічне лікування може мати виражений позитивний ефект та покращувати психічний стан пацієнтів. Розроблення та впровадження медико-психологічної допомоги для хворих на акне є необхідним кроком у лікуванні цієї дерматологічної патології.

**Ключові слова:** вугрова хвороба, акне, психічні розлади, дерматологія, медико-психологічна допомога

Угревая болезнь, несмотря на отсутствие угрозы для жизни, имеет выраженные негативные личностные и психосоциальные последствия в виде тревожно-депрессивной симптоматики, избегающего поведения, сужения круга общения, проблем в межличностных отношениях, снижения самооценки, профессиональной активности, качества жизни в целом. В развитии акне важную роль играют психоэмоциональные факторы, способствующие появлению и поддерживающие течение болезни. Большому травмированию подвергаются больные молодого возраста и женского пола. Дерматологическое и косметологическое лечение может иметь выраженный положительный эффект и улучшать психическое состояние пациентов. Разработка и внедрение медико-психологической помощи для больных с акне является необходимым шагом для лечения данной дерматологической патологии.

**Ключевые слова:** угревая болезнь, акне, психические расстройства, дерматология, медико-психологическая помощь

Acne despite the absence of threat to life has expressed negative personal and psychosocial consequences in the form of anxiety and depressive symptoms, avoiding behavior, narrowing the circle of communication, problems in interpersonal relationships, reducing self-esteem, professional activity, and quality of life in general. In the development of acne are important psycho-emotional factors that contribute to the appearance and prolongation of the disease. Greater injury described in young women. Dermatological and cosmetic treatment can have a pronounced positive effect and improve the mental state of patients. Development and implementation of psychological help for patients with acne is a necessary step in the treatment of dermatological diseases.

**Keywords:** acne, psychiatric disorders, dermatology, psychological help

Красивий здоровий вигляд шкіри розглядається як важливий компонент формування оптимального образу тіла. Шрами, видимі вади, шкірні захворювання можуть спричиняти відчуття ніяковості, неповноцінності, приниження, відмінності від інших людей, що сприяє формуванню неадекватного образу тіла, і відповідно може сприяти виникненню різноманітних психологічних проблем [1]. Захворювання шкіри з точки зору вітальної загрози належать до легких, що не супроводжуються ризиком смерті, потенційно мають внутрішні (включаючи чинники подолання) і зовнішні ресурси, які дозволяють контролювати хворобу [2]. Нозоспецифічними чинниками, які впливають на психічний стан пацієнтів зі шкірними хворобами, є тривалість захворювання, частота загострень, тяжкість симптоматики, наявність інтенсивного свербіння, вираженість косметологічних дефектів, локалізація, в особливості на видимих ділянках шкіри. Відіграють роль поширеність та гострота висипу, схильність до дисемінації, вираженість проявів запалення.

Встановлено, що у 25 — 60 % дерматологічних хворих наявні психічні розлади [2, 3]. Зміст та вираженість психічної реакції на захворювання залежить як від специфіки хвороби, так і від суб'єктивного сприйняття пацієнтом проявів хвороби. У розвитку та перебігу дерматологічних захворювань важливу роль відіграють психологічні чинники. Психічні стресори здатні спричиняти маніфестацію хвороби, сприяти рецидивуванню та загостренню хронічних дерматозів. Щодо видів стресорів — у жінок переважають сімейні чинники (44,1 %), у чоловіків — професійно-виробничі (29,8 %). У 34 % хворих дебют або рецидив шкірного захворювання відбувається про-

тягом найближчих днів після стресогенного впливу [4].

Шкірні захворювання, які спричиняють косметологічні дефекти, у 40—60 % супроводжуються зниженням соціального статусу, проблемами у професійній діяльності, погіршенням якості життя [1—3, 5]. Серед жінок, які хворіють на вугрову хворобу, кількість непрацюючих осіб досягає 64 %. Видимі дефекти шкіри можуть спричинити надмірну зосередженість з надцінним характером проблем зовнішності, що посилює психотравмування і приводить до розладу міжособистісних, професійних, сексуальних відносин.

Шкіра та нервова система розвиваються з одного ембріонального листка — ектодерми, що є свідченням на користь міцного зв'язку дерматологічних захворювань та психічного стану людини. На сьогодні все більше робіт присвячується аспектам функціонування осей «нервова система — шкіра» і «нервова система — кишечник — шкіра», незважаючи на те, що перші теорії з цього приводу з'явилися ще на початку ХХ століття. J. H. Stokes та D. M. Pillsbury запропонували концепцію осі «нервова система — кишечник — шкіра», відповідно до якої психологічний стрес призводить до зниження секреції соляної кислоти клітинами шлунку, моторних порушень, дисбіозу кишечника, що приводить до збільшення проникності стінки кишки для ендотоксинів мікрофлори та зумовлює розвиток локального і системного запалення, шкірним проявом якого є вугрова хвороба [6]. На сьогодні теорія Stokes і Pillsbury знайшла своє відображення в концепції таких захворювань, як синдром надлишкового бактеріального росту і синдром подразненого кишечника. Серед чинників, що сприяють розвитку вугрової хвороби і впливають на її перебіг, також важливу роль відводять захворюванням шлунково-кишкового тракту. У хворих

на вугрову хворобу можна виявити зміни, що свідчать про погіршення бар'єрної функції ентероцитів і посилення проникності стінки кишки для бактерій [6].

Вугрова хвороба — це одна з найпоширеніших проблем, з якою пацієнти звертаються до дерматологів та косметологів. Захворювання найчастіше починається у підлітковому віці, близько 85 % осіб мають цю патологію. У більшості пацієнтів близько 20 років акне регресують, однак у 10—20 % хворих дерматоз стає хронічним. Хронічний рецидивний перебіг вугрової хвороби, локалізація уражень на видимих ділянках шкіри погіршують якість життя пацієнтів та спричиняють розвиток психічних зрушень [7].

У розвитку акне відіграють роль такі чинники як надмірна кількість стероїдних гормонів (статевих та надниркових залоз); дисфункція кератоцитів та себоцитів; гіперандрогенія, надмірна чутливість рецепторів до андрогенів; вплив *propionibacterium acne*, що пригнічує захисні імунні реакції, внаслідок чого посилюються запальні процеси в організмі; гіперпролактинемія, що спричиняє гіперандрогенію, збільшення продукції сквалену та дегідроепіандростерону сульфату; гіпотиреоз, який впливає на порушення метаболізму ліпідів та стероїдних гормонів; гіперінсулінемія як наслідок зниження зв'язування стероїдних гормонів глобулінами.

Щодо вугрової хвороби — можна виокремити три основні рівні взаємозв'язків її патогенезу з психоемоційним станом [6]:

1. Загальні генетичні фактори і чинники навколишнього середовища, які спричиняють як розвиток вугрової хвороби, так і порушення ментальної сфери.
2. Провокація розвитку нозогенних психічних розладів косметичним дефектом.
3. Вплив змін психічної сфери на перебіг вугрової хвороби.

Патогенетичними ланками вугрової хвороби у молодих пацієнтів вважають транзиторні зміни гормонального фону, пов'язані з різними емоційними реакціями. Психічні переживання спричиняють зміни у роботі вегетативної нервової системи, запускають складні нейрогуморальні реакції у вигляді синтезу кортикостероїдів та андрогенів. Вплив гормонів на андроген-залежні рецептори в сальних залозах і волосяних фолікулах стимулює секрецію шкірного сала, що призводить до себореї, дискератозу та розвитку локального запалення. Високий рівень андрогенів спостерігається у передменструальному періоді у жінок, періоді пубертату, на фоні стресових ситуацій.

Важливою ланкою розвитку вугрової хвороби є збільшення продукції адренкортикостероїдів до гормонів стресу, гонадотропін-рилізинг гормона і меланоцитстимулюючого гормона, ніж в сальних залозах здорових людей [6]. Таким чином, стрес, пов'язаний з переживаннями з приводу своєї зовнішності, спричиняє патологічні гормональні реакції, які ще більше посилюють перебіг захворювання.

Виявлено, що в сальних залозах хворих з вугровою хворобою значно більше рецепторів до гормонів стресу, гонадотропін-рилізинг гормона і меланоцитстимулюючого гормона, ніж в сальних залозах здорових людей [6].

Таким чином, стрес, пов'язаний з переживаннями з приводу своєї зовнішності, спричиняє патологічні гормональні реакції, які ще більше посилюють перебіг захворювання.

Акне має виражену психотравмуючу негативну дію на психіку пацієнтів у порівнянні з іншими шкірними захворюваннями та станами, які зменшують зовнішню при-

вабливість (ожиріння, рубці на відкритих ділянках тіла) та може досягати вираженості загрозливих для життя або інвалідизуючих захворювань [2].

Проблемами, пов'язаними з акне, є негативні емоції, тривога, депресія, порушений образ тіла і самооцінки, менша задоволеність зовнішністю, зниження якості життя [8]. Хворі з вугровою хворобою часто асоціюють наявність висипу з власною потворністю та огидою у оточуючих, що супроводжується уникненням соціальних контактів. Соціальні проблеми, пов'язані з акне, включають знижену кількість побачень, прийомів їжі поза домом, участі в спортивних заходах, порушену академічну успішність, підвищений рівень безробіття [8].

Формування психічних розладів взаємопов'язане з індивідуальними особливостями особистості. Наявність акцентуації можна розглядати як преморбідний фон, чинник ризику розвитку тривоги і депресії. Крім того, психічні порушення, пов'язані з патологічними типами реакції особистості на хворобу, є вторинними психологічними симптомокомплексами, що здатні самостійно приводити до соціальної дезадаптації [9]. Для пацієнтів з акне притаманна переважно тривожно-депресивна симптоматика, наявні вищі рівні захворюваності на депресію (38 %) та присутність суїцидальних думок (21 %), ніж для хворих на осередкову алопецію, атопічний дерматит та псоріаз [8]. При вугровій хворобі спостерігається широкий спектр психічної коморбідної патології, що включає дисморфобію/дисморфоманію, маячні й обсесивно-компульсивні розлади, соціальну фобію, депресію, розлади особистості [10].

Молоді жінки становлять найбільш вразливу щодо розвитку психічних розладів групу, що зумовлено більшою значимістю краси у порівнянні з чоловіками [7, 10—12].

Важливе значення при вугровій патології надається віковому чиннику [2, 6]. У підлітковому та юнацькому віці негативні психічні реакції на стресогенні чинники, які спричиняють зміни зовнішності, є більш сильними. Це пояснюється вираженою чутливістю цього віку щодо заклопотаності зовнішнім виглядом та його значимістю для соціальної успішності. Порушення образу тіла, уявлення про втрату власної фізичної привабливості, ущербності в очах оточуючих займають домінуюче становище в свідомості і визначають поведінку та спосіб життя.

У адолесцентів з вираженим акне виявляють більш високий рівень емоційних і поведінкових труднощів у порівнянні з ровесниками, у яких відзначаються мінімальні прояви вугрової хвороби [8]. Підлітки можуть вказувати на акне як причину уникнення соціальних контактів і професійних обов'язків, які необхідні для нормального процесу індивідуального психосоціального розвитку [6]. Розпізнавання коморбідної до акне депресії у підлітків спирається на критерії відмови від соціальних контактів, шкільні прогули, делінквентну поведінку, зниження академічної успішності.

Гострота психоемоційних реакцій та висока значимість привабливого зовнішнього вигляду у підлітковому та юнацькому віці зумовлюють більш жорсткий моніторинг психічного стану цієї категорії пацієнтів, особливо щодо симптомів депресії та суїцидальної поведінки [6].

Нозогенії при вугровій патології можуть бути виражені переконаністю у заподіяній хворобою непоправній потворності — «іпохондрія неподобства» за G. Ladee або ідеями невідповідності між існуючим в уяві образом «ідеальної» зовнішності та реальною косметичною вадою — «іпохондрія краси» за W. Jahrreiss [2].

Вивчення структури нозогенних реакцій серед пацієнтів з вугровою хворобою виявило наявність сенситивних реакцій/розвитку (42,6 %), шизофренічних реакцій в рамках шизотипового розладу (14,3 %), розвиток з іпохондрією краси (36,7 %), іпохондрії краси в рамках шизофренії з млявим перебігом (8,2 %) [2].

У клінічній картині сенситивних нозогенних реакцій, які частіше виникають у пацієнтів молодого віку та чоловічої статі, поряд з проявами соціальної тривоги й ознаками соціофобії домінуючу позицію займають сенситивні ідеї ставлення. Більшість пацієнтів при загостренні акне не можуть працювати і вчитися, пропускають заняття, відмовляються від спілкування з друзями, відвідування людних місць, що свідчить про соціальну дезадаптацію. Поява на публіці супроводжується підозрілістю: хворі ловлять «гидливі» погляди, зауважують «усмішки» оточуючих, натяки на «потворність», демонстративні жести товаришів по службі і перехожих, нашіптування за спиною. Висипання сприймаються як хвороба: пацієнти збирають доступну інформацію про акне, виконують призначення лікарів. Однак при відсутності швидкого ефекту нерідко переривають терапію, самостійно безсистемно пробують різні засоби, про які дізнаються від знайомих, з популярної преси, Інтернету. У міру поліпшення шкірного статусу реакції цього типу зазвичай завершуються повною редукацією психопатологічних розладів у більшості хворих.

У випадках шизофренічних нозогенних реакцій клінічні прояви мають більш стійкий характер. Сенситивні ідеї, змістом яких є дефект власної зовнішності, поєднуються з депресивною симптоматикою (пригніченість, плаксивість, дисфорія, ідеї самознищення, нестійкі суїцидальні думки) та унікаючою поведінкою. До особливостей захисних заходів у таких хворих належать дивні, часом безглузді ритуали, що маскують дефекти шкіри, в тому числі переміщення містом в темний час доби. Однак спроби приховати «помітні» оточуючим вади зовнішності не ведуть до редукації соціальної тривоги. Хворі не виходять з дому, повністю припиняють спілкування з оточуючими. В результаті проведення активної дермато- і психотропної терапії відбувається поступова редукація сенситивних ідей, вирівнюється фон настрою, відновлюється соціальна адаптація. Подібні реакції можуть передувати сенситивному розвитку особистості, дисморфічному розладу з розширенням спектра ідей ставлення або млявого перебігу іпохондричної шизофренії. Загострена чутливість до ситуацій, що привертає увагу оточуючих з ризиком негативної оцінки в їхніх очах, виявляється у преморбідному складі хворих ще до розвитку вугрової хвороби.

Розвиток з іпохондрією краси відзначається обсесивним прагненням до усунення патологічних проявів, що порушують бездоганність шкіри, невіддільним від домінуючих уявлень про ідеальну шкіру як про «дзеркало» здорового організму, що дозволяє домогтися успіху в житті. Навіть поодинокі акне розглядаються як катастрофа, фактор, що перешкоджає самоствердженню. Пацієнти висловлюють різні припущення про причини хвороби, що призвели до ураження шкіри (наявність важкого соматичного або інфекційного захворювання, патології імунної системи). Формуються надцінні ідеї усунення косметичного дефекту для досягнення «досконалої» зовнішності. При цьому видалення вугрів, рубців, пігментних плям та інших елементів набуває компульсивного чи імпульсивного характеру і супроводжується аутоагресивною поведінкою. В рамках нозоген-

ного надцінного іпохондричного симптомокомплексу аутодеструктивні дії супроводжуються розчухуваннями. Прояви акне сприймаються як «ворожі», що перешкоджають функціонуванню здорового тіла, та стають об'єктом боротьби за їх усунення. Консультації у фахівців (переважно у пластичних хірургів) мають на меті не встановлення причин захворювання, а усунення уражених ділянок.

Дослідження якості життя пацієнтів з вугровою хворобою виявили, що при легкому ступені акне якість життя практично не страждає, окрім емоційного стану [5]. Тоді як у хворих на акне середньої тяжкості показники якості життя за всіма параметрами фізичного й психічного компонентів здоров'я суттєво знижені. Найбільш значні зміни виявляються у хворих з тяжким перебігом захворювання. Індивідуальна оцінка якості життя у гендерному аспекті показала, що більш істотно знижені показники емоційної сфери у хворих на акне жіночої статі порівняно з чоловіками, причому переважно за середнього та тяжкого ступеня тяжкості дерматозу. Також встановлено, що як у хворих на акне жіночої, так і чоловічої статі, професійна діяльність яких пов'язана зі значною аудиторією людей, зниження якості життя є більшим.

У пацієнтів з вугровою хворобою виявлені відмінності когнітивного та поведінкового копіну [13]. Хворі з легкими формами патології сприймали акне як захворювання, що потребує звернення до лікаря-дерматолога чи косметолога з метою лікування, тоді як пацієнти з тяжкими проявами мали уявлення про вугрову хворобу як самовільно регресуючий стан, що відповідно гальмувало візит до лікаря та сприяло розвитку більш розгорнутої симптоматики. Для пацієнтів з тяжким перебігом акне притаманний когнітивний механізм асиміляції, коли відбувається відкидання чи трансформація негативної інформації, самозаперечення, схильність до пасивної поведінки, гіперактивне індивідуальне реагування на ситуації міжособистісної взаємодії. В осіб з вираженим ураженням спостерігаються завищені очікування щодо результатів лікування, знижується здатність відстежувати незначні ознаки покращання, що приводить до висновку про недовсяжність бажаного результату. Негативне ставлення до симптомів захворювання, незалежно від форми хвороби, трансформувалося у знецінення власного Я. Наявні дані щодо підвищеного рівня алекситимії у жінок з вугровою хворобою [14].

Лікар повинен враховувати психосоматичні аспекти з метою забезпечення координованої взаємодії з пацієнтом в питаннях лікування. Клінічна оцінка тяжкості дерматологічного процесу та результатів лікування, проведена лікарями-дерматологами, може відрізнитися від суб'єктивного сприйняття пацієнтами з вугровою хворобою, які часто визначають прояви тяжкими, а ефективність терапії — нижчою. Вилікування від акне займає високу позицію у списку особистісних пріоритетів [8]. R. Bergler поділив хворих з акне на три групи: байдужі (16 %), активні (37,9 %) та депресивні (46,1 %) [13].

J. Коо та С. Lee виокремлюють дві групи хворих за критерієм впливу преморбідних особливостей у відреагуванні на порушення зовнішності [1]:

а) пацієнти, для яких стан шкіри — це стрижневий компонент у побудові їх самооцінки, відповідно — найменша недосконалість або дерматологічне захворювання порушує їхню психічну рівновагу;

б) хворі, які вважають зовнішність малозначимою, що у разі виникнення шкірної патології незначно відображається на психічному стані.

Сучасні методи терапії акне дозволяють суттєво зменшити негативні косметологічні наслідки [7, 15, 16]. Під впливом місцевих та системних методів патогенетичної терапії відбувається зворотний розвиток елементів висипу з меншими наслідками постакне. Тактика лікування залежить від тяжкості процесу, віку, статі, супутньої патології. Найчастіше застосовують комплексні лікувальні заходи, які включають антибіотики, комбіновані оральні контрацептиви, ретиноїди, метронідазол, гіалуронову кислоту.

У низці досліджень виявлено, що базисне дерматологічне лікування може бути не менш ефективним, ніж психіатрична допомога пацієнтам з вугровою хворобою [1]. Так, на фоні лікування, поряд з регресом акне, відбувається зниження тривожно-депресивної симптоматики, підвищення самооцінки, поява відчуття впевненості у собі, розкутості у спілкуванні з оточуючими, відновлення та розширення кола спілкування, формування нових інтересів, відновлення сексуального життя, тенденція до утворення сімейних відносин, активізація професійної діяльності. Таким чином, ефектом терапії є не лише лікування самої хвороби, але і психопрофілактика психопатологічних розладів [3].

Для психологічної допомоги хворим з вугровою хворобою застосовують когнітивно-поведінкову, короткотривалу психодинамічну психотерапію, призначають психофармакотерапію.

Значимість психологічного компонента у виникненні та перебігу вугрової хвороби обумовлює розроблення комплексної програми медико-психологічної допомоги для пацієнтів з цієї патологією.

#### Список літератури

1. Кoo J. Psychocutaneous Medicine [Text] / J. Koo, C. Lee. — N. Y., 2003. — 376 p.
2. Дороженко И. Ю. Нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью [Текст] / И. Ю. Дороженко, Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — № 2. — С. 33—38.
3. Психосоматические аспекты угревой болезни у женщин [Текст] / [Н. Н. Потекаев, М. В. Горячкина, В. В. Савенков и др.] // Дерматология. — 2009. — № 3. — С. 7—11.
4. Раева Т. В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты) [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Раева Татьяна Викторовна. — Томск, 2006. — 24 с.
5. Волошина Н. О. Оцінка якості життя у хворих на вуглярні вугри (акне) [Текст] / Н. О. Волошина // Буковинський медичний вісник. — 2014. — Т. 18, № 3 (71). — С. 39—42.
6. Носачева О. А. Психоземональное состояние детей и подростков с угревой болезнью [Текст] / О. А. Носачева, Г. А. Каркашадзе, Л. С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология. — 2012. — Т. 9. — № 4. — С. 42—47.
7. Наумова Л. О. Гормональні порушення як вагомий патогенетичний чинник виникнення вугрової хвороби у жінок [Електронний ресурс] / Л. О. Наумова // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2014. — № 5 (61). — Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/39145#prettyPhoto>.
8. Матюшенко Е. Н. Дистморфической в дерматологической практике [Текст] / Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине. — 2011. — № 3—4. — С. 11—17.
9. Волкова Н. В. Психосоматические аспекты акне [Текст] / Н. В. Волкова, Л. К. Глазкова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2013. — № 4. — С. 51—54.
10. Матюшенко Е. Н. Дистморфобия в клинике кожных болезней: от психологических концепций образа тела к психопатологическому расстройству (обзор зарубежной литературы. Часть 2) [Текст] / Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине. — 2011. — № 2. — С. 45—54.
11. Niemeier V. Acne vulgaris — psychosomatische Aspekte [Text] / V. Niemeier, J. Kupfer, V. Gieler // J. Deutsche Gesellschaft Dermatol. — 2010. — Bd. 8, № 3. — S. 95—104.
12. Uhlenhake E. Acne vulgaris and depression: a retrospective examination [Text] / E. Uhlenhake, B. A. Yentzer, S. R. Feldman // J. Cosmet. Dermatol. — 2010. — Vol. 9. — № 1. — P. 59—63.
13. Раева Т. В. Когнитивные механизмы совладания с болезнью при акне [Текст] / Т. В. Раева // Вестник Тюменского государственного университета. — 2006. — № 1. — С. 247—254.
14. Захарова А. И. Изучение уровня алекситимии у пациенток с акне [Текст] / А. И. Захарова // Медицинская психология. — 2013. — № 3. — С. 104—107.
15. Коган Б. Г. Новые подходы в комбинированном лечении акне: взгляд на проблему с точки зрения практического здравоохранения [Текст] / Б. Г. Коган, Е. А. Верба // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. — 2012. — № 3 (46). — С. 72—76.
16. Монахов С. А. Инновационное решение в наружной терапии акне [Текст] / С. А. Монахов, А. Е. Богадельникова // Клиническая дерматология и венерология. — 2013. — № 2. — С. 36—40.

Надійшла до редакції 15.03.2016 р.

**ЛИТВИНЕНКО Максим Валерійович**, лікар-дерматолог Медичного науково-практичного об'єднання «Медбуд» м. Києва  
**LYTVYNNENKO Maksym**, Physician-dermatologist of the Medical science and practical Association "Medbud", Kyiv