

# Синдром Джанотти–Крости

М.А.Уфимцева<sup>1</sup>, К.И.Николаева<sup>1,2</sup>, К.Н.Сорокина<sup>1,3</sup>, М.А.Захаров<sup>1</sup>, А.Б.Кречетова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Свердловский областной кожно-венерический диспансер, Екатеринбург, Российская Федерация;

<sup>3</sup>Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлен разбор клинического наблюдения девочки в возрасте 2 лет с синдромом Джанотти–Крости, который представляет собой редкое заболевание, характеризующееся папулезными симметричными высыпаниями на лице, ягодицах и конечностях и встречающееся у детей в возрасте 2–6 лет. Синдром Джанотти–Крости дифференцируют с гистиоцитозом Лангерганса, параспориозом – лихеноидным острым и хроническим, пурпурой Шёнлейна–Геноха, энтеровирусным везикулярным стоматитом с экзантемой (синдром сыпи «рука–нога–рот»), ветряной оспой, мультиформной эритемой, папулезной крапивницей, токсикодермией, детским фолликулярным кератозом, детской формой атопического дерматита, красным плоским лишаем, укусами насекомых. Первоначально педиатром ребенку был установлен диагноз контактного дерматита, впоследствии переключенный дерматологом в синдром Джанотти–Крости. На фоне симптоматической и местной терапии в течение 1 мес проявления заболевания были полностью купированы.

**Ключевые слова:** синдром Джанотти–Крости, герпетическая инфекция, клиническая картина, диагностика

**Для цитирования:** Уфимцева М.А., Николаева К.И., Сорокина К.Н., Захаров М.А., Кречетова А.Б. Синдром Джанотти–Крости. Вопросы практической педиатрии. 2019; 14(1): 41–45. DOI: 10.20953/1817-7646-2019-1-41-45

## Gianotti–Crosti syndrome

М.А.Ufimtseva<sup>1</sup>, К.И.Nikolaeva<sup>1,2</sup>, К.Н.Sorokina<sup>1,3</sup>, М.А.Zakharov<sup>1</sup>, А.В.Krechetova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation;

<sup>2</sup>Sverdlovsk Regional Dermatovenerology Dispensary, Ekaterinburg, Russian Federation;

<sup>3</sup>Ekaterinburg Medical Research Center for Disease Prevention and Health Protection in Industrial Workers, Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing, Ekaterinburg, Russian Federation

We report a case of Gianotti–Crosti syndrome in a 2-year-old girl. Gianotti–Crosti syndrome is a rare disease characterized by symmetrical papular rash on the face, buttocks, and limbs; it usually affects children aged 2–6 years. Gianotti–Crosti syndrome should be differentiated from Langerhans cell histiocytosis, parapsoriasis lichenoides (acute and chronic), Henoch–Schönlein purpura, enteroviral vesicular stomatitis with exanthema (hand, foot, and mouth disease), chickenpox, erythema multiforme, papular urticarial, toxicoderma, pediatric keratosis pilaris, atopic dermatitis, lichen planus, and insect bites. The child was initially diagnosed with contact dermatitis; after a more thorough examination, the diagnosis was changed to Gianotti–Crosti syndrome. The symptoms were completely resolved after one month of symptomatic and local therapy.

**Key words:** Gianotti–Crosti syndrome, herpetic infection, clinical manifestations, diagnostics

**For citation:** Ufimtseva M.A., Nikolaeva K.I., Sorokina K.N., Zakharov M.A., Krechetova A.B. Gianotti–Crosti syndrome. Vopr. prakt. pediatri. (Clinical Practice in Pediatrics). 2019; 14(1): 41–45. (In Russian). DOI: 10.20953/1817-7646-2019-1-41-45

**С**индром Джанотти–Крости (детский папулезный акродерматит, эруптивный дерматит, папуловезикулезный акросиндром) – редкое заболевание, характеризуется папулезными симметричными высыпаниями на лице, ягодицах и конечностях, встречается у детей от 2 до 6 лет [1].

Заболевание встречается sporadически, отмечают большую частоту регистрации в весенне-летние месяцы во всех странах мира. Синдром Джанотти–Крости наблюдается преимущественно у детей, чаще – у мальчиков, исключительно редко – у взрослых, в основном

### Для корреспонденции:

Уфимцева Марина Анатольевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности Уральского государственного медицинского университета

Адрес: 620014, Екатеринбург, ул. Репина, 3

Телефон: (343) 214-8672

E-mail: mail-m@mail.ru

Статья поступила 13.06.2018 г., принята к печати 27.02.2019 г.

© Издательство «Династия», 2019

Тел./факс: +7 (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru, www.phdynasty.ru

### For correspondence:

Marina A. Ufimtseva, MD, PhD, DSc, associate Professor, head of the Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University

Address: 3 Repina str., Ekaterinburg, 620014, Russian Federation

Phone: (343) 214-8672

E-mail: mail-m@mail.ru

The article was received 13.06.2018, accepted for publication 27.02.2019

у женщин, что связывают с особенностями их гормонального статуса [2].

В 1953–1956 гг. F.Gianotti и A.Crosti описали особую форму акродерматита у детей, которую затем (1960) предложили называть инфантильным папулезным акродерматитом. В своих первых публикациях авторы описывали этот синдром как экзантему, связанную с вирусным гепатитом В (ВГВ). Данное заболевание ассоциировали с лимфоаденопатией, безжелтушным гепатитом и красной папулезной сыпью, которая симметрично располагалась на лице, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей. Подобное сочетание симптомов было позднее связано с другими инфекционными агентами, в большинстве случаев с вирусом Эпштейна–Барр (EBV) и вакцинами. В настоящее время заболевание называют детским папулезным акродерматитом, или синдромом Джанотти–Крости [3–5].

Установлено, что синдром Джанотти–Крости может быть обусловлен следующими вирусными инфекциями: вирусными гепатитами А, В и С, EBV, респираторным синцитиальным вирусом, вирусами Коксаки А16, В4, В5, ЕСНО-вирусами и другими энтеровирусами, парвовирусом В19, цитомегаловирусом (CMV), вирусом гриппа типа А, вирусами парагриппа типов 1 и 2, вирусами герпеса 1-го и 6-го типов, ротавирусом, вирусом контагиозного моллюска, вирусом иммунодефицита человека, а также бактериальной инфекцией ( $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А, *Neisseria meningitidis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bartonella henselae*, *Borrelia burgdorferi*) [1, 4, 6]. Синдром Джанотти–Крости может дебютировать после вакцинации против вирусных гепатитов А и В, дифтерии, гриппа H1N1, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, ветряной оспы [1, 3, 6, 7].

Распространенность данного синдрома у детей обусловлена незрелостью иммунной системы. Кроме того, одним из предрасполагающих факторов является высокая первичная инфицированность вирусом Эпштейна–Барр среди детского населения, тогда как первичное инфицирование взрослого встречается редко [4]. Как уже говорилось, впервые синдром Джанотти–Крости был описан у детей в прямой взаимосвязи с ВГВ, однако на сегодняшний день зарегистрированы единичные случаи данного заболевания, обусловленные инфицированием вирусом гепатита В, даже в развивающихся странах. Возможно, это связано с распространением вакцинации против ВГВ [4].

Патофизиологический процесс, лежащий в основе синдрома Джанотти–Крости, остается неизвестным. Предполагается, что это иммунологический ответ на транзиторную вирусную или бактериальную инфекцию, предположительно по типу гиперчувствительности замедленного типа, сопровождающийся отложением циркулирующих иммунных комплексов в дерме [3, 8]. Это подтверждают данные иммуногистохимического исследования воспалительного инфильтрата в дерме. При этом, по данным электронной микроскопии, определяется аутоиммунное воспаление в ответ на триггерные факторы [8].

На фоне удовлетворительного общего самочувствия, чаще после перенесенной ранее вирусной или бактериальной инфекции, на коже разгибательных поверхностей конечностей, ягодиц появляются симметричные, обособленные, красные или розово-коричневые, с синюшным

оттенком лентикулярные мономорфные папулы и/или папуловезикулы. В течение нескольких дней кожный процесс распространяется проксимально и в последнюю очередь обнаруживается на лице. На коже туловища высыпания менее обильные. Иногда папуловезикулезные высыпания могут сопровождаться явлениями пурпуры. Характерна светло-желтая окраска элементов при диаскопии. Высыпания могут сопровождаться непостоянным слабым или умеренным зудом, на коже в области локтевых и коленных суставов, в складках могут сливаться с образованием бляшек. Регрессу высыпаний может предшествовать псориазiformное шелушение. Ладони и подошвы обычно чистые, однако наличие характерных элементов не должно исключать диагноз. Слизистые оболочки и ногти не поражаются [9, 10].

В отдельных случаях кожный процесс может сопровождаться гепатоспленомегалией, увеличением шейных, аксиллярных или паховых групп лимфоузлов. Некоторые авторы описывают наличие положительного феномена Кебнера (изоморфная реакция при повреждении или раздражении кожи, появление на месте травм свежих высыпаний) при синдроме Джанотти–Крости [11, 12].

Наличие сопутствующих симптомов в виде субфебрильной температуры, астении, поражения верхних дыхательных путей, диареи связаны с первичной вирусной или бактериальной инфекцией. При синдроме Джанотти–Крости, ассоциированном с вирусом гепатита В, EBV- или CMV-инфекцией, могут наблюдаться симптомы острого безжелтушного гепатита.

Диагноз «синдром Джанотти–Крости» устанавливается на основании следующих диагностических критериев:

- характерная клиническая картина кожного процесса;
- поражение трех из четырех следующих локализаций: щечные области, разгибательные поверхности предплечий, ягодичные области, разгибательные поверхности нижних конечностей;
- симметричность высыпаний;
- средняя длительность высыпаний 10 дней.

Определение маркеров ВГВ не показано. Проведение данного обследования обосновано только при наличии факторов риска и/или наличия данных объективного обследования [13].

В периферической крови отмечается незначительный лимфоцитоз или лимфопения, лейкоцитоз. Наблюдается моноцитоз, особенно у пациентов, инфицированных EBV. При биохимическом исследовании крови выявляется незначительное увеличение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы, особенно в случаях заражения EBV- и CMV-инфекциями [10].

В редких случаях для постановки диагноза требуется проведение биопсии кожи [5, 6]. Гистологическая картина может быть представлена двумя вариантами. Для везикулярного варианта характерны значительные изменения в эпидермисе с небольшим акантозом, сопровождающиеся диффузным спонгиозом и везикулами. Доминирующими клетками в везикулах являются клетки Лангерганса. В сосочках дермы отмечается интенсивный периваскулярный инфильтрат, состоящий из дендритных и Т-клеток. Подобная гистологическая картина описывается при многих воспалительных дерматозах. Большинство лимфоцитов представлены CD-8 и

CD-4 Т-клетками; наличие цитотоксических Т-клеток может быть особенностью EBV-ассоциированного синдрома Джанотти–Крости. Невезикулярный вариант гистологической картины характерен для неострого процесса. В эпидермисе отмечается незначительный акантоз, явления гиперкератоза и паракератоза. В дерме определяются поверхностные и глубокие очаги периваскулярной инфильтрации, состоящие в основном из лимфоцитов и гистиоцитов [4].

Синдром Джанотти–Крости дифференцируют с гистиоцитозом Лангерганса, парапсориазом – лихеноидным острым и хроническим, пурпурой Шёнлейна–Геноха, энтеровирусным везикулярным стоматитом с экзантемой (синдром сыпи «рука–нога–рот»), ветряной оспой, мультиформной эритемой, папулезной крапивницей, токсикодермией, детским фолликулярным кератозом, детской формой атопического дерматита, красным плоским лишаем, укусами насекомых [3, 8, 9, 13].

При синдроме Джанотти–Крости показано симптоматическое лечение кожного процесса. При наличии зуда назначаются системные антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды [8]. Специфическое лечение проводится в случае, если установлена этиология синдрома. Изоляция больных не требуется, если она не показана при основном заболевании [1].

Прогноз благоприятный. Высыпания сохраняются от 6 нед до 2 мес, затем элементы полностью разрешаются, иногда с образованием поствоспалительной гипопигментации

[9, 11, 14]. В отдельных случаях может наблюдаться рецидив заболевания после повторного инфицирования другим вирусом. Развитие данного состояния после вакцинации при отсутствии адекватного разъяснения о безопасности для организма ребенка синдрома Джанотти–Крости со стороны врача может привести к неправильным выводам и отказу от всех прививок у родителей. Однако доказано, что появление синдрома Джанотти–Крости не является противопоказанием против проведения полного курса вакцинации [4].

**Девочка, 2 г. 8 мес.** Мать ребенка обратилась к участковому педиатру с жалобами на высыпания у девочки на коже щек, ягодиц, сопровождающиеся незначительным зудом.

*Anamnesis vitae:* ребенок от первой беременности. Родилась в срок. Масса при рождении – 3080 г, длина – 52 см. Оценка по шкале Апгар – 6/8 баллов. Выписана домой в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании. Прививки по календарю. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: на первом году жизни – дважды ОРВИ, острый бронхит, в 2 г. 5 мес перенесла ОРВИ, двусторонний катаральный отит.

С предварительным диагнозом «аллергический контактный дерматит» педиатр направил ребенка на консультацию к дерматовенерологу, который подтвердил диагноз, назначил гипоаллергенную диету, дезлоратадин в дозе 2,5 мл 1 раз в сутки в течение 5 дней, лактофильтрум по ½ таблетки 3 раза в сутки в течение 7 дней, крем с метилпреднизолона ацепонатом 1 раз в сутки в течение 5 дней наружно.



Рисунок. Пациентка 2 г. 8 мес. Синдром Джанотти–Крости.

Figure. Female patient, 2 years and 8 months. Gianotti–Crosti syndrome.

Спустя 7 дней, в связи с прогрессированием высыпаний, мать с ребенком обратились в кожно-венерологический диспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Слизистые оболочки чистые, лимфоузлы не увеличены, печень и селезенка не увеличены.

*Status specialis:* На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей распространены, симметрично расположенные папулы красного цвета, округлой формы, диаметром 2 мм, выступающие над уровнем здоровой кожи, сливающиеся в складках, легкие эксфолиации (рисунок).

Общий анализ крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты –  $5,86 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $10,5 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 7%, палочкоядерные нейтрофилы – 37%, лимфоциты – 45%, моноциты – 7%; СОЭ – 40 мм/ч.

ИФА вирус герпеса 1/2 типа: IgM – 1,4↑ (референсные значения 0 – 1,1), IgG – 7,7↑ (референсные значения 0,8–1,2).

ИФА на CMV- и EBV-инфекцию – IgM и IgG не обнаружены.

ИФА на вирус герпеса 6-го типа: IgG – 3,07 (референсные значения 0,00–0,79).

Инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости – гепатомегалия, увеличение размеров поджелудочной железы, диффузные изменения селезенки. УЗИ почек – умеренная пиелоктазия левой почки.

Диагноз: Острая персистирующая герпетическая инфекция (синдром Джанотти–Крости).

Лечение: обильное питье, ацикловир в дозе 200 мг 5 раз в день, хифенадин в дозе 10 мг 1 раз в день в течение 10 дней, наружная терапия – бальзам с декспантенолом 2 раза в день.

На повторном приеме дерматолога через 2 нед сохраняются жалобы на сухость кожного покрова, умеренный зуд, шелушение. Отмечается положительная динамика кожного процесса, интенсивность окраски элементов снижается, отмечается выраженное мелкопластинчатое шелушение, ксероз. Диагноз оставлен прежним. Рекомендовано включить в курс лечения цетиризин по 5 капель 2 раза в день в течение 10 дней, урсодезоксихолевую кислоту по 2,5 мл 2 раза в день в течение 1 мес, эмоленты наружно.

Через месяц высыпания полностью регрессировали.

Таким образом, данное клиническое наблюдение представляет интерес как случай редко встречающегося дерматоза, требующий определения этиологии заболевания, проведения дифференциальной диагностики и назначения адекватной терапии.

### Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

### Financial support

No financial support has been provided for this work.

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Conflict of interests

The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература

1. Хёгер П. Детская дерматология. Пер. с нем. Под ред. А.А.Кубановой, А.Н.Львова. М.: Издательство Парфилова: БИНОМ; 2012.

2. Pedreira RL, Leal JM, Silvestre KJ, Lisboa AP, Gripp AC. Gianotti–Crosti syndrome: a case report of a teenager. *An Bras Dermatol*. 2016 Sep-Oct; 91(5 suppl 1):163-165. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20164410
3. Craig-Müller SA, Elston DM. Gianotti–Crosti Syndrome. *Medscape Reference*. 2017 [cited 2017 Apr 14]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/911275>
4. Brandt O, Abeck D, Gianotti R, Burgdorf W. Gianotti–Crosti syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Jan;54(1):136-45. DOI: 10.1016/j.jaad.2005.09.033
5. Zawar V, Chuh A. Efficacy of ribavirin in a case of long lasting and disabling Gianotti–Crosti syndrome. *J Dermatol Case Rep*. 2008 Dec 27;2(4):63-6. DOI: 10.3315/jdcrr.2008.1022
6. Chuh A, Zawar V, Sciallis GF, Lee A. The diagnostic criteria of pityriasis rosea and Gianotti–Crosti syndrome – a protocol to establish diagnostic criteria of skin diseases. *J R Coll Physicians Edinb*. 2015;45(3):218-25. DOI: 10.4997/JRCPE.2015.310
7. Dhaheri HS, Kaabi A, Hamo YK, Kaabi A, Kaabi S, Tatari H. Unusual Presentation of Gianotti–Crosti Syndrome due to Epstein–Barr Virus Infection. *Case Reports in Dermatological Medicine*. 2016 [cited 2017 Mar 21]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cridm/2016/1017524/>
8. Shah KN. Dermatologic Manifestations of Gianotti–Crosti Syndrome. *Medscape Reference*. 2017 [cited 2017 Mar 21]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1111108>
9. Tagawa C, Speakman M. Papular Rash in a Child After a Fever. *Am Fam Physician*. 2013 Jan 1;87(1):59-60.
10. Елькин ВД, Митрюковский ЛВ, Седова ТГ. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь, 2004.
11. Llanora GV, Tay CM, van Bever HP. Gianotti–Crosti syndrome: case report of a pruritic acral exanthema in a child. *Asia Pac Allergy*. 2012 Jul;2(3):223-6. DOI: 10.5415/apallergy.2012.2.3.223
12. Машкиллейсон ЛН. Частная дерматология. М.: Издательство «Медицина»; 1965.
13. Anthony MJ, Krowchuk DP. *Pediatric Dermatology. A Quick Reference Guide: 3rd Edition*: 2016. p. 731.
14. Фицпатрик Т, Джонсон Р, Вулф К, Полано М, Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. Пер. с англ. Под ред. Е.П.Тимофеевой. М.: Практика; 1999.

## References

1. Kheger P. *Detskaya dermatologiya*. Edited by A.A.Kubanova, A.N.L'vov. Moscow: "BINOM" Publ.; 2012. (In Russian).
2. Pedreira RL, Leal JM, Silvestre KJ, Lisboa AP, Gripp AC. Gianotti–Crosti syndrome: a case report of a teenager. *An Bras Dermatol*. 2016 Sep-Oct; 91(5 suppl 1):163-165. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20164410.
3. Craig-Müller SA, Elston DM. Gianotti–Crosti Syndrome. *Medscape Reference*. 2017 [cited 2017 Apr 14]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/911275>
4. Brandt O, Abeck D, Gianotti R, Burgdorf W. Gianotti–Crosti syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Jan;54(1):136-45. DOI: 10.1016/j.jaad.2005.09.033
5. Zawar V, Chuh A. Efficacy of ribavirin in a case of long lasting and disabling Gianotti–Crosti syndrome. *J Dermatol Case Rep*. 2008 Dec 27;2(4):63-6. DOI: 10.3315/jdcrr.2008.1022
6. Chuh A, Zawar V, Sciallis GF, Lee A. The diagnostic criteria of pityriasis rosea and Gianotti–Crosti syndrome – a protocol to establish diagnostic criteria of skin diseases. *J R Coll Physicians Edinb*. 2015;45(3):218-25. DOI: 10.4997/JRCPE.2015.310
7. Dhaheri HS, Kaabi A, Hamo YK, Kaabi A, Kaabi S, Tatari H. Unusual Presentation of Gianotti–Crosti Syndrome due to Epstein–Barr Virus Infection. *Case Reports in Dermatological Medicine*. 2016 [cited 2017 Mar 21]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cridm/2016/1017524/>
8. Shah KN. Dermatologic Manifestations of Gianotti–Crosti Syndrome. *Medscape Reference*. 2017 [cited 2017 Mar 21]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1111108>

9. Tagawa C, Speakman M. Papular Rash in a Child After a Fever. Am Fam Physician. 2013 Jan 1;87(1):59-60.
10. El'kin VD, Mityukovskii LV, Sedova TG. Izbrannaya dermatologiya. Redkie dermatozy i dermatologicheskie sindromy. Illyustrirovannyi spravochnik po diagnostike i lecheniyu dermatozov. Perm', 2004. (In Russian).
11. Llanora GV, Tay CM, van Bever HP. Gianotti–Crosti syndrome: case report of a pruritic acral exanthema in a child. Asia Pac Allergy. 2012 Jul;2(3):223-6. DOI: 10.5415/apallergy.2012.2.3.223
12. Mashkilleison LN. Chastnaya dermatologiya. Moscow: "Meditsina" Publ.; 1965. (In Russian).
13. Anthony MJ, Krowchuk DP. Pediatric Dermatology. A Quick Reference Guide: 3rd Edition: 2016. p. 731.
14. Fitspatrik T, Dzhonson R, Vulf K, Polano M, Syurmond D. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. Edited by E.R. Timofeeva. Moscow: "Praktika" Publ.; 1999. (In Russian).

#### Информация о соавторах:

Николаева Кристина Игоревна, аспирант кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности Уральского государственного медицинского университета, врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического отделения Свердловского областного кожно-венерологического диспансера  
Адрес: 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3  
Телефон: (343) 214-8671  
E-mail: kris-nikol@yandex.ru

Сорокина Ксения Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности Уральского государственного медицинского университета, врач-дерматовенеролог поликлинического отделения №2 Екатеринбургского медицинского научного центра профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий Роспотребнадзора  
Адрес: 620014, Екатеринбург, ул. Попова, 30  
Телефон: (343) 253-9083  
E-mail: chocolatelife@mail.ru

Захаров Михаил Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности Уральского государственного медицинского университета  
Адрес: 620014, Екатеринбург, ул. Репина, 3  
Телефон: (343) 214-8671  
E-mail: odoev-58@mail.ru

Кречетова Анна Борисовна, ординатор кафедры дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности Уральского государственного медицинского университета  
Адрес: 620014, Екатеринбург, ул. Репина, 3  
Телефон: (343) 214-8671  
E-mail: annekrechetova@gmail.com

#### Information about co-authors:

Kristina I. Nikolaeva, PhD student in the Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University, dermatovenerologist in the Division of Consultative and Diagnostic Medicine, Sverdlovsk Regional Dermatovenerology Dispensary  
Address: 3 Repina str., Ekaterinburg, 620014, Russian Federation  
Phone: (343) 214-8671  
E-mail: kris-nikol@yandex.ru

Kseniya N. Sorokina, MD, PhD, associate Professor in the Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University, dermatovenerologist in the Outpatient Department No 2 of Yekaterinburg Medical Research Center for Disease Prevention and Health Protection in Industrial Workers, Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing  
Address: 30 Popova str., Ekaterinburg, 620014, Russian Federation  
Phone: (343) 253-9083  
E-mail: chocolatelife@mail.ru

Mikhail A. Zakharov, MD, PhD, associate Professor in the Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University  
Address: 3 Repina str., Ekaterinburg, 620014, Russian Federation  
Phone: (343) 214-8671  
E-mail: odoev-58@mail.ru

Anna B. Krechetova, resident physician in the Department of Dermatovenerology and Life Safety, Ural State Medical University  
Address: 3 Repina str., Ekaterinburg, 620014, Russian Federation  
Phone: (343) 214-8671  
E-mail: annekrechetova@gmail.com

## Издательство «Династия» выпускает научно-практический журнал Национального научного общества инфекционистов «Инфекционные болезни»

#### Главный редактор

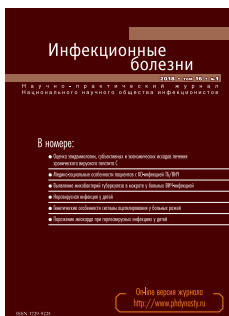
академик РАН, профессор **В.И.Покровский**  
советник директора по инновациям НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,  
председатель правления Национального научного общества инфекционистов

#### Заместители главного редактора

академик РАН, профессор **В.В.Малеев**  
советник директора по научной работе Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора  
член-корреспондент РАН, профессор **А.В.Горелов**  
заместитель директора по научной работе Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

Журнал ориентирован на широкий круг специалистов – инфекционистов, терапевтов, участковых и семейных врачей, педиатров, научных работников, преподавателей ВУЗов, организаторов здравоохранения. На страницах журнала обсуждаются проблемы этиологии, патогенеза, клинических проявлений инфекционных заболеваний, новых средств и методов их диагностики, профилактики и лечения (включая антибактериальную и противовирусную терапию, использование иммуноглобулинов и интерферонов, а также интенсивную терапию неотложных состояний).

Журнал индексируется в международной реферативной базе данных Scopus, Ulrich's Periodicals Directory и в Российском индексе научного цитирования. Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК.



www.phdynasty.ru

Адрес: 119019, Москва, Г-19, а/я 229, Издательство «Династия». тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: red@phdynasty.ru  
По вопросам подписки обращаться: тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: podpiska@phdynasty.ru  
Отдел рекламы: тел.: (495) 517-7055, тел./факс: (495) 660-6004, e-mail: reklama@phdynasty.ru