

УДК 616.5-002+616.97:314.15:614.1

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В УСЛОВИЯХ МИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ

**Утаев Акбар Журакулович**

Главный врач Самаркандского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии. Узбекистан, г. Самарканд, ул. Панжикент 404, E-mail: ridvakiatm-sam.uz  
<https://orcid.org/0009-0003-0059-9295>

**Абдуллаев Хасан Давлатович**

Ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18, E-mail: sammi@sammi.uz

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18515003>

**Аннотация:** Актуальность. Дерматовенерологические заболевания остаются одной из наиболее распространённых групп патологий, оказывающих значительное влияние на качество жизни и социальную адаптацию пациентов. В условиях усиления миграционных процессов изменяются структура заболеваемости, клинические проявления и своевременность диагностики кожных и венерических болезней, что повышает риск осложнённых форм и затрудняет организацию специализированной медицинской помощи.

**Цель.** Оценить современные тенденции заболеваемости и структуру дерматовенерологических заболеваний в условиях миграции, а также выявить факторы, ассоциированные с поздней диагностикой и осложнённым течением.

**Материалы и методы.** Проведено обсервационное аналитическое исследование с ретроспективным и проспективным компонентами. Проанализированы данные 150 пациентов с дерматологическими и венерологическими заболеваниями, из которых 30 составили группу мигрантов и 120 — группу постоянных жителей региона. Оценивались структура заболеваемости, частота инфекционных и неинфекционных дерматозов, инфекций, передаваемых половым путём, сроки обращения, распространённость самолечения и поздней диагностики. Использованы методы описательной и сравнительной статистики; различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У пациентов с миграционным статусом достоверно чаще выявлялись инфекционные дерматозы и инфекции, передаваемые половым путём, включая сочетанные и осложнённые формы. В данной группе отмечалась более высокая частота позднего обращения за медицинской помощью и самолечения, что сопровождалось атипичным клиническим течением, необходимостью расширенного лабораторного обследования и увеличением длительности терапии. У постоянных жителей региона преобладали хронические неинфекционные воспалительные дерматозы.

**Заключение.** Миграционный статус является значимым фактором, влияющим на структуру дерматовенерологической заболеваемости и своевременность диагностики. Полученные данные обосновывают необходимость оптимизации дерматовенерологической помощи в условиях высокой миграционной мобильности населения с акцентом на раннее выявление, профилактику и доступность специализированной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** дерматовенерологические заболевания, миграция, заболеваемость, инфекции кожи, инфекции, передаваемые половым путём, поздняя диагностика, самолечение

## MODERN TRENDS IN THE INFECTION WITH DERMATOVENEROLOGICAL DISEASES IN MIGRATION PROCESSES

**Utaev Akbar Zhurakulovich**

Chief physician of the Samarkand Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenereology and Cosmetology. Uzbekistan, Samarkand, Panjikent St., 404, E-mail: ridvakiatm-sam.uz

<https://orcid.org/0009-0003-0059-9295>

**Abdullaev Khasan Davlatovich**

Assistant Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Samarkand State Medical University. Uzbekistan, Samarkand city, Amir Temur street 18, E-mail: sammi@sammi.uz

**Abstract:** Relevance: Dermatovenereological diseases remain one of the most common groups of pathologies, significantly affecting the quality of life and social adaptation of patients. In conditions of increased migration processes, the structure of morbidity, clinical manifestations, and timely diagnosis of skin and venereal diseases change, which increases the risk of complicated forms and makes it difficult to organize specialized medical care.

**Study Objective:** To assess the current trends in morbidity and the structure of dermatovenereological diseases under migration conditions, as well as to identify factors associated with late diagnosis and complicated course.

**Materials and methods.** An observational analytical study with retrospective and prospective components was conducted. Data from 150 patients with dermatological and venereal diseases were analyzed, of which 30 were migrants and 120 were permanent residents of the region. The structure of morbidity, the frequency of infectious and non-infectious dermatoses, sexually transmitted infections, the timing of treatment, the prevalence of self-treatment, and late diagnosis were assessed. Descriptive and comparative statistical methods were used; differences were considered significant at  $p < 0.05$ .

**Results.** In patients with migration status, infectious dermatoses and sexually transmitted infections, including combined and complicated forms, were significantly more frequently identified. In this group, a higher frequency of late seeking medical attention and self-treatment was noted, which was accompanied by an atypical clinical course, the need for extended laboratory examination, and an increase in the duration of therapy. Chronic non-infectious inflammatory dermatoses prevailed among the permanent residents of the region.

**Conclusion.** Migration status is a significant factor influencing the structure of dermatovenereological morbidity and timely diagnosis. The obtained data substantiate the need to optimize dermatovenereological care in conditions of high population migration mobility, with an emphasis on early detection, prevention, and accessibility of specialized medical care.

**Keywords:** dermatovenereological diseases, migration, morbidity, skin infections, sexually transmitted infections, late diagnosis, self-treatment

## МИГРАЦИЯ ЖАРАЁНЛАРИ ШАРОИТИДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТЕНДЕНЦИЯЛАРИ

**Ўтаев Акбар Жўрақулович**

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилояти филиали бош шифокори. Ўзбекистон, Самарқанд шаҳри, Панжикент кўчаси, 404-уй, E-mail: [ridvakiatm-sam.uz](mailto:ridvakiatm-sam.uz)  
<https://orcid.org/0009-0003-0059-9295>

**Абдуллаев Хасан Давлатович**

Самарқанд давлат тиббиёт университети "Дерматовенерология ва косметология" кафедраси ассистенти. Ўзбекистон, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси 18, E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

**Аннотация:** Долзарблиги. Дерматовенерологик касалликлар беморларнинг ҳаёт сифати ва ижтимоий мослашувига сезиларли таъсир кўрсатадиган энг кенг тарқалган патология гуруҳларидан бири бўлиб қолмоқда. Мигратсион жараёнларнинг кучайиши шароитида касалланиш таркиби, клиник кўринишлар ва тери-таносил касалликларини ўз вақтида ташхислаш ўзгаради, бу эса асоратланган шакллар хавфини оширади ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни ташкил этишни қийинлаштиради.

Мақсад. Миграция шароитида дерматовенерологик касалликлар билан касалланишнинг замонавий тенденциялари ва тузилишини баҳолаш, шунингдек, кеч ташхис қўйиш ва асоратли кечиши билан боғлиқ омилларни аниқлаш.

Материаллар ва усуллар. Ретроспектив ва проспектив компонентлар билан обсервацион аналитик тадқиқот ўтказилди. Дерматологик ва венерологик касалликларга чалинган 150 нафар беморнинг маълумотлари таҳлил қилинди, улардан 30 нафари мигрантлар гуруҳини ва 120 нафари минтақада доимий яшовчилар гуруҳини ташкил этди. Касалланиш таркиби, инфекцион ва ноинфекцион дерматозлар, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар частотаси, мурожаат қилиш муддатлари, ўз-ўзини даволаш ва кеч ташхис қўйишнинг тарқалиши баҳоланди. Тавсифий ва қиёсий статистика усулларида фойдаланилди; фарқлар  $p < 0,05$  да аҳамиятли деб ҳисобланди.

Натижалар. Мигратсион статуси бўлган беморларда инфекцион дерматозлар ва жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар, шу жумладан кўшма ва асоратланган шакллар ишончли равишда кўпроқ аниқланди. Ушбу гуруҳда тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиш ва ўз-ўзини даволашнинг юқори частотаси кузатилди, бу эса атипик клиник кечиш, кенгайтирилган лаборатория текшируви зарурати ва терапия давомийлигининг ошиши билан бирга кечди. Минтақанинг доимий аҳолисида сурункали юқумли бўлмаган яллиғланиш дерматозлари устунлик қилган.

Хулоса. Мигратсион ҳолат дерматовенерологик касалликлар структурасига ва ўз вақтида ташхис қўйишга таъсир қилувчи муҳим омил ҳисобланади. Олинган маълумотлар аҳолининг юқори мигратсион ҳаракатчанлиги шароитида дерматовенерологик ёрдамни эрта аниқлаш, олдини олиш ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдамдан фойдаланиш имкониятига эътибор қаратган ҳолда оптималлаштириш зарурлигини асослайди.

**Калит сўзлар:** тери-таносил касалликлари, миграция, касалланиш, тери инфекциялари, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар, кеч ташхис қўйиш, ўз-ўзини даволаш

## ВВЕДЕНИЕ

Дерматовенерологические заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения и продолжают оставаться значимой медико-социальной проблемой современного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, кожные и венерические болезни входят в число наиболее распространённых нозологических групп, оказывая существенное влияние на качество жизни пациентов, уровень трудоспособности и социальную адаптацию [1–3]. Высокая распространённость дерматозов, склонность многих из них к хроническому рецидивирующему течению, а также сохраняющаяся актуальность инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), определяют необходимость постоянного эпидемиологического мониторинга и совершенствования профилактических стратегий [4,5].

В последние десятилетия в глобальном масштабе отмечаются выраженные социально-демографические изменения, среди которых особое место занимают миграционные процессы. По данным Международной организации по миграции, число международных и внутренних мигрантов ежегодно увеличивается, что сопровождается изменением структуры населения, условий проживания, характера занятости и доступности медицинской помощи [6,7]. Миграция рассматривается как один из ключевых социальных детерминантов здоровья, способный оказывать многокомпонентное влияние на показатели заболеваемости, особенности клинического течения и своевременность диагностики различных заболеваний, включая дерматовенерологическую патологию [8,9].

Связь миграционных процессов с распространённостью и клиническими особенностями кожных и венерических заболеваний обусловлена рядом факторов. С одной стороны, мигранты нередко проживают в условиях повышенной скученности, неблагоприятных санитарно-гигиенических условий и нестабильной социальной среды, что создаёт предпосылки для распространения инфекционных дерматозов (пиодермий, дерматомикозов, паразитарных заболеваний кожи) [10–12]. С другой стороны, ограниченный доступ к медицинской помощи, языковые и культурные барьеры, а также правовые и экономические ограничения способствуют позднему обращению за специализированной помощью и широкому распространению самолечения [13–15].

Особое значение в условиях миграции приобретает проблема инфекций, передаваемых половым путём. Многочисленные эпидемиологические исследования указывают на более высокие показатели выявляемости ИППП среди мобильных и социально уязвимых групп населения, что связано с изменением сексуального поведения, ограниченным доступом к профилактическим программам и низким уровнем охвата скрининговыми мероприятиями [16–18]. В структуре дерматовенерологической заболеваемости это проявляется ростом доли сочетанных и осложнённых форм инфекций, а также увеличением числа случаев с атипичным или стёртым клиническим течением [19,20].

Важным аспектом является влияние неконтролируемого применения лекарственных средств, особенно топических комбинированных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, антибактериальные и противогрибковые компоненты. В условиях миграции самолечение часто становится первичной стратегией преодоления симптомов, что приводит к модификации клинической картины дерматозов, формированию

резистентных форм инфекций и затруднению дифференциальной диагностики [21–23]. Данный феномен особенно характерен для микозов кожи, пиодермий и некоторых форм ИППП с кожными проявлениями.

Несмотря на накопленный массив данных, в современной литературе сохраняется недостаточная систематизация сведений о влиянии миграционных процессов на структуру и динамику дерматовенерологической заболеваемости на региональном уровне. Во многих исследованиях основное внимание уделяется отдельным нозологическим формам или социальным аспектам миграции, тогда как комплексный анализ тенденций заболеваемости, клинических особенностей и факторов поздней диагностики остаётся ограниченным [24–26]. Это затрудняет разработку эффективных профилактических и организационных мер, адаптированных к условиям высокой мобильности населения.

В связи с этим изучение современных тенденций заболеваемости дерматовенерологическими заболеваниями в условиях миграционных процессов представляется актуальной научной и практической задачей. Комплексный анализ структуры обращаемости, особенностей клинического течения и факторов риска поздней диагностики может способствовать оптимизации системы дерматовенерологической помощи, внедрению низкопороговых моделей скрининга и повышению эффективности профилактических программ среди мигрантов и принимающего населения.

**Цель исследования:** оценить современные тенденции заболеваемости и структуру ДВЗ в условиях миграции, а также выявить факторы, ассоциированные с поздней диагностикой и осложнённым течением.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Проведено обсервационное аналитическое исследование с ретроспективным и проспективным компонентами на базе специализированного дерматовенерологического учреждения. Проанализированы данные 150 пациентов с дерматологическими и венерологическими заболеваниями, обратившихся за медицинской помощью в течение нескольких последовательных лет. В зависимости от миграционного статуса пациенты были разделены на основную группу (мигранты) и группу сравнения (постоянные жители региона).

В исследование включались лица в возрасте 18 лет и старше с первичным обращением по поводу текущего эпизода заболевания; пациенты с неполными медицинскими данными и повторными обращениями исключались. Всем обследованным проводилось стандартное клиничко-лабораторное дерматовенерологическое обследование, включающее сбор анамнеза, объективный осмотр и лабораторную диагностику (микроскопия, бактериологические и серологические методы, ПЦР — по показаниям).

Анализировались структура заболеваемости, частота инфекционных и неинфекционных дерматозов, инфекций, передаваемых половым путём, сроки обращения, распространённость самолечения и частота поздней диагностики. Поздней диагностикой считали обращение более чем через 4 недели от начала кожных проявлений или более 14 дней при подозрении на ИППП. Статистическая обработка выполнялась с использованием стандартных программных пакетов; данные представлены как  $M \pm SD$  и в виде относительных величин. Для межгруппового сравнения применялись критерий  $\chi^2$  Пирсона или точный критерий Фишера; уровень значимости —  $p < 0,05$ . Исследование проведено с соблюдением принципов биоэтики, данные обезличены.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 150 пациентов с дерматологическими и венерологическими заболеваниями, из которых 30 пациентов (20,0 %) составили основную группу (мигранты), а 120 пациентов (80,0 %) — группу сравнения (постоянные жители региона). Существенных различий по полу и возрасту между группами выявлено не было ( $p>0,05$ ), что обеспечило сопоставимость исследуемых выборок.

Структура дерматовенерологической заболеваемости. Анализ общей структуры дерматовенерологической заболеваемости показал преобладание инфекционных заболеваний кожи, которые были диагностированы у 88 пациентов (58,7 %). Среди них наибольшую долю составили дерматомикозы кожи и ногтей пластин, бактериальные инфекции кожи (пиодермии), а также паразитарные дерматозы.

В основной группе удельный вес инфекционных дерматозов был достоверно выше и составил 73,3 % (22 пациента), тогда как в группе сравнения данный показатель составил 55,0 % (66 пациентов) ( $p<0,05$ ). Напротив, хронические неинфекционные воспалительные дерматозы (атопический дерматит, экзема, псориаз) чаще регистрировались среди постоянных жителей региона — 45,0 %, по сравнению с мигрантами — 26,7 %.

Инфекции, передаваемые половым путём. ИППП были выявлены у 32 пациентов (21,3 %) от общего числа обследованных. При этом в основной группе частота ИППП составила 33,3 % (10 пациентов), что было статистически значимо выше по сравнению с группой сравнения — 18,3 % (22 пациента) ( $p<0,05$ ).

У пациентов-мигрантов чаще диагностировались сочетанные формы ИППП, а также случаи с кожными проявлениями и стёртой клинической картиной, требующие расширенной лабораторной верификации, включая ПЦР-диагностику и серологические исследования.

Сроки обращения и поздняя диагностика. Анализ сроков обращения за медицинской помощью показал, что пациенты с миграционным статусом значительно чаще обращались к врачу на поздних стадиях заболевания. Поздняя диагностика была зарегистрирована у 18 пациентов основной группы (60,0 %), тогда как среди постоянных жителей региона данный показатель составил 30 пациентов (25,0 %) ( $p<0,01$ ).

Средняя продолжительность симптомов до обращения у мигрантов была достоверно выше, что указывало на тенденцию к отсроченному получению специализированной помощи.

Самолечение и клинические особенности. Факт самолечения до обращения к врачу был выявлен у 21 пациента основной группы (70,0 %) и у 48 пациентов группы сравнения (40,0 %) ( $p<0,01$ ). Наиболее часто пациенты применяли комбинированные топические препараты, содержащие кортикостероиды и антибактериальные компоненты.

У пациентов с предшествующим самолечением достоверно чаще выявлялись атипичные и стёртые клинические формы дерматозов, микст-инфекции кожи и более распространённые поражения, что осложняло диагностику и удлиняло сроки подбора адекватной терапии.

Осложнённые и сочетанные формы заболеваний. Осложнённые и сочетанные формы дерматовенерологических заболеваний были диагностированы у 14 пациентов основной группы (46,7 %) и у 28 пациентов группы сравнения (23,3 %) ( $p<0,05$ ). У мигрантов чаще

отмечалось сочетание инфекционных дерматозов с ИППП, а также вторичное бактериальное инфицирование на фоне длительного течения заболевания.

Факторы, ассоциированные с поздней диагностикой. Для оценки факторов, влияющих на позднюю диагностику дерматовенерологических заболеваний, проведён сравнительный анализ клинико-социальных характеристик пациентов. Установлено, что наличие миграционного статуса достоверно ассоциировалось с повышенной частотой позднего обращения за медицинской помощью. Вероятность поздней диагностики у мигрантов была статистически значимо выше по сравнению с постоянными жителями региона ( $OR > 1$ ,  $p < 0,01$ ).

Среди дополнительных факторов риска поздней диагностики у пациентов основной группы наиболее значимыми являлись отсутствие регулярного наблюдения в системе первичной медико-санитарной помощи, языковые трудности при обращении к врачу, нестабильная занятость и невозможность своевременного обращения за специализированной помощью. В группе сравнения поздняя диагностика чаще была связана с субъективной недооценкой выраженности клинических симптомов.

Влияние миграционного статуса на клиническое течение. Сравнительный анализ клинического течения заболеваний показал, что у пациентов основной группы чаще регистрировались более распространённые формы кожного процесса. Поражение нескольких анатомических областей наблюдалось у 53,3 % мигрантов, тогда как в группе сравнения данный показатель составил 31,7 % ( $p < 0,05$ ).

Кроме того, у мигрантов чаще выявлялись случаи вторичного инфицирования и сочетания различных дерматологических нозологий, что указывало на более тяжёлое и затяжное течение заболевания. Это обстоятельство нередко требовало комбинированных схем лечения и увеличения продолжительности терапии.

Диагностические особенности. У пациентов основной группы достоверно чаще возникала необходимость в расширенном лабораторном обследовании. Применение нескольких диагностических методов (микроскопия в сочетании с бактериологическим исследованием и/или ПЦР) потребовалось у 66,7 % мигрантов, тогда как среди постоянных жителей региона — у 38,3 % пациентов ( $p < 0,05$ ).

Данный факт обусловлен более высокой частотой атипичных и стёртых клинических форм заболеваний у мигрантов, что, в свою очередь, было связано с предшествующим самолечением и поздним обращением за медицинской помощью.

Организационно-клинические аспекты оказания помощи. Анализ маршрута пациента показал, что лица с миграционным статусом чаще обращались за медицинской помощью не сразу в специализированное учреждение, а после неоднократных попыток самолечения или обращения в неспециализированные медицинские пункты. Это приводило к увеличению сроков постановки окончательного диагноза и отсрочке начала этиотропной терапии.

В группе сравнения преобладали случаи первичного обращения непосредственно к врачу-дерматовенерологу, что обеспечивало более раннюю диагностику и благоприятное течение заболевания.

Сравнительная оценка исходов. Несмотря на отсутствие достоверных различий в краткосрочной эффективности лечения между группами при условии своевременно назначенной терапии, у пациентов основной группы чаще наблюдалась необходимость в

более длительном курсе лечения и динамическом наблюдении. Это было связано с распространённостью процесса, наличием осложнений и сочетанных форм заболеваний.

### **ВЫВОДЫ**

Проведённое исследование показало, что в условиях миграционных процессов структура дерматовенерологической заболеваемости характеризуется смещением в сторону инфекционных заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путём. У пациентов с миграционным статусом достоверно чаще выявлялись инфекционные дерматозы и ИППП, включая сочетанные и осложнённые формы, а также более распространённые поражения кожных покровов. В группе постоянных жителей региона преобладали хронические неинфекционные воспалительные дерматозы, что отражает различия в клинико-эпидемиологических характеристиках данных популяций.

Установлено, что миграционный статус является значимым фактором риска поздней диагностики дерматовенерологических заболеваний. Пациенты-мигранты существенно чаще обращались за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания, что было связано с высокой распространённостью самолечения, ограниченным доступом к системе здравоохранения, социально-экономическими и языковыми барьерами. Поздняя диагностика сопровождалась атипичным клиническим течением, необходимостью расширенного лабораторного обследования и увеличением длительности лечения.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации системы дерматовенерологической помощи в условиях высокой миграционной мобильности населения. Перспективными направлениями являются внедрение низкопороговых диагностических и скрининговых программ, повышение доступности специализированной помощи для мигрантов, усиление профилактической работы и информирования, а также разработка междисциплинарных и межсекторальных подходов, направленных на раннее выявление и предупреждение осложнённых форм дерматовенерологических заболеваний.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. World Health Organization. Global report on skin diseases. Geneva: WHO; 2023.
2. Hay R.J., Johns N.E., Williams H.C., et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol.* 2014;134(6):1527–1534.
3. Karimkhani C., Dellavalle R.P., Coffeng L.E., et al. Global skin disease morbidity and mortality: an update. *Br J Dermatol.* 2017;177(1):e17–e19.
4. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2025. Geneva: WHO; 2016.
5. Newman L., Rowley J., Vander Hoorn S., et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections. *PLoS One.* 2015;10(12):e0143304.
6. International Organization for Migration. World Migration Report 2022. Geneva: IOM; 2022.
7. United Nations Department of Economic and Social Affairs. International Migration Report 2023. New York: UN; 2023.
8. Marmot M., Allen J., Bell R., Bloomer E., Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012;380(9846):1011–1029.
9. Castelli F., Sulis G. Migration and infectious diseases. *Clin Microbiol Infect.* 2017;23(5):283–289.
10. Heukelbach J., Feldmeier H. Scabies. *Lancet.* 2006;367(9524):1767–1774.

11. Hay R.J., Ashbee H.R. Fungal infections. In: Rook's Textbook of Dermatology. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2016.
12. Bowen A.C., Mahé A., Hay R.J., et al. The global epidemiology of impetigo. *Bull World Health Organ.* 2015;93(11):739–740.
13. Norredam M., Nielsen S.S., Krasnik A. Migrants' access to healthcare. *Eur J Public Health.* 2010;20(5):555–559.
14. Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., et al. Migration and health in the European Union. *Lancet.* 2013;381(9873): 121–130.
15. Hacker K., Anies M., Folb B.L., Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants. *J Health Care Poor Underserved.* 2015;26(4):1051–1067.
16. Goldenberg S.M., Strathdee S.A., Perez-Rosales M.D., Sued O. Mobility and HIV vulnerability. *AIDS Behav.* 2012;16(8):1994–2003.
17. Decker M.R., Wirtz A.L., Baral S.D., et al. Injection drug use, sexual risk, violence and STI among migrants. *Lancet.* 2014;385(9964):55–64.
18. European Centre for Disease Prevention and Control. STI surveillance in Europe 2022. Stockholm: ECDC; 2022.
19. Janier M., Lassau F., Casin I., Morel P. Atypical presentations of sexually transmitted infections. *Clin Dermatol.* 2014;32(2):223–232.
20. Cohen M.S., Hoffman I.F., Royce R.A., et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis. *Lancet.* 1997;349(9069):1868–1873.
21. Verma S.B., Madhu R. The steroid-modified tinea. *Indian J Dermatol.* 2017;62(5): 489–495.
22. Coondoo A., Phiske M., Verma S., Lahiri K. Side-effects of topical steroids. *Indian J Dermatol.* 2014;59(5):456–459.
23. Panda S., Verma S. The menace of topical steroid misuse. *Indian J Dermatol.* 2018;63(2):101–102.
24. Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J.P., McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2011;381(9873):1235–1245.
25. Wickramage K., Vearey J., Zwi A.B., Robinson C., Knipper M. Migration and health. *Lancet.* 2018;392(10164):2606–2654.
26. Aldridge R.W., Nellums L.B., Bartlett S., et al. Global patterns of mortality in international migrants. *Lancet.* 2018;392(10164):2553–2566.