



БЪЛГАРСКО ДЕРМАТОЛОГИЧНО ДРУЖЕСТВО

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ГЛАВЕН РЕДАКТОР

Николай Цанков

EDITOR IN CHIEF

Nikolay Tsankov

НАУЧНИ СЕКРЕТАРИ

Мирослава Кадурина

Снежина Василева

SCIENTIFIC SECRETARY

Miroslava Kadurina

Snejina Vassileva

ТЕХНИЧЕСКИ СЕКРЕТАРИ

Иван Богданов

Лилия Тивчева

TECHNICAL SECRETARIES

Ivan Bogdanov

Liliya Tivcheva

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Гюнтер Бург

Димитър Господинов

Жана Казанджиева

Андреас Кацамбас

Гриша Матеев

Лоурънс Париш

Кирил Праматаров

Йоханес Ринг

Андрю Финли

Евгения Христакиева

Румяна Янкова

EDITORIAL BOARD

Günter Burg

Dimitar Gospodinov

Jana Kazandjieva

Andreas Katsambas

Grisha Mateev

Lawrence Parish

Kiril Pramatarov

Johannes Ring

Andrew Finlay

Evgenia Hristakieva

Rumiana Yankova

КОЛОНА НА ГЛАВНИЯ РЕДАКТОР

ОБРЪЩЕНИЕ НА ГЛАВНИЯ РЕДАКТОР
Николай Цанков.....3

БИОГРАФИЯ НА ПРОФЕСОР ЛОРЪНС ЧАРЛС ПАРИШ
Хасмик Газазян.....4

КАКВО Е БЪДЕЩЕТО НА НАУЧНИТЕ МЕДИЦИНСКИ
СПИСАНИЯ
Лорънс Чарлс Парिश.....6

ОБЗОРИ

АЛЕРГИЧЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ КЪМ ЛОКАЛНИ
ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА
Иная Махмуд.....7

50 ГОДИНИ ОТ ИЗОБРЕТЯВАНЕТО НА ЛАЗЕР НА
МЕДЕН БРОМИД. 40 ГОДИНИ ЛАЗЕР НА МЕДЕН
БРОМИД В ДЕРМАТОЛОГИЯТА - ЩРИХИ ОТ ЕДНА
ПОЛОВИНВЕКОВНА ЛАЗЕРНА САГА
Юлиан Пенев.....13

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

МАЛИГНЕН СИФИЛИС ПРИ ПАЦИЕНТ С
НОВООТКРИТА ХИВ ИНФЕКЦИЯ
Мария Пишмишева-Пелева, Станислав Коцев, Ивайло
Алексиев, Димитър Черкезов, Иван Балтаджиев, Стефка
Крумова.....19

ИСТОРИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЯ

ОБРЪЩЕНИЕ НА ГЛАВНИЯ РЕДАКТОР
Николай Цанков.....26

Д-Р ВАСИЛ БЕРОН - ЛЕКАР, ЕНЦИКЛОПЕДИСТ,
РОДОЛЮБЕЦ
Петър Берон.....27

ДИМО ТОДОРОВ БУРИЛКОВ (01.05.1877 - 08.05.1963)
Лилия Тивчева.....31

НАЦИОНАЛНАТА КОНФЕРЕНЦИЯ „ОСОБЕНОСТИ НА
КРАЕВАТА ДЕРМАТОЛОГИЧНА И ВЕНЕРОЛОГИЧНА
ПАТОЛОГИЯ” - КЪРДЖАЛИ, 21-24.04.1967
Тодор Черкезов, Димитър Черкезов.....34

ХРОНИКА

ГОДИШНА СРЕЩА НА АМЕРИКАНСКАТА АКАДЕМИЯ
ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ, ОРАЛАНДО, 7-11.03.2025 - ГОЛЯМАТА
ДЕРМАТОЛОГИЧНА СЛАДКАРНИЦА
Иван Богданов.....41

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ

.....43

EDITOR IN CHIEF’S COLUMN

EDITOR-IN-CHIEF’S ADDRESS
Nikolay Tsankov.....3

BIOGRAPHY OF PROFESSOR LAWRENCE CHARLES PARISH
Hasmik Gazazyan.....4

WHAT IS THE FUTURE OF MEDICAL
JOURNALS
Lawrence Charles Parish.....6

REVIEWS

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS CAUSED BY TOPICAL
MEDICATIONS
Inaya Mahmoud.....7

50 YEARS SINCE THE INVENTION OF THE COPPER
BROMIDE LASER. 40 YEARS OF COPPER BROMIDE LASER
IN DERMATOLOGY - HIGHLIGHTS OF A HALF-CENTURY
LASER SAGA
Julian Penev.....13

CLINICAL CASES

MALIGNANT SYPHILIS IN A PATIENT WITH NEWLY DIAG-
NOSED HIV INFECTION
Maria Pishmisheva-Peleva, Stanislav Kotsev, Ivaylo Aleksiev, Dimi-
tar Cherkeзов, Ivan Baltadzhiev, Stefka
Kroumova.....19

HISTORY OF THE BULGARIAN DERMATOLOGY

EDITOR-IN-CHIEF’S MESSAGE
Nikolay Tsankov.....26

DR. VASIL BERON - PHYSICIAN, ENCYCLOPEDIST,
PATRIOT
Petar Beron.....27

DIMO TODOROV BURILKOV (01.05.1877 - 08.05.1963)
Liliya Tivcheva.....31

NATIONAL CONFERENCE “PECULIARITIES OF REGION-
AL DERMATOLOGICAL AND VENEREAL PATHOLOGY” -
KARDZHALI, 21-24.04.1967
Todor Cherkeзов, Dimitar Cherkeзов.....34

CHRONICLE

ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF DER-
MATOLOGY, ORLANDO, 7-11.03.2025 - THE GREAT DERMA-
TOLOGIC CANDY SHOP
Ivan Bogdanov.....41

INSTRUCTIONS TO AUTORS

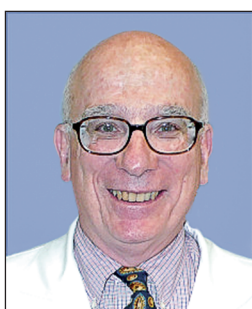
.....43

КОЛОНА НА ГЛАВНИЯ РЕДАКТОР EDITOR IN CHIEF'S COLUMN

Уважаеми колеги и читатели,

В първия брой на списание "Дерматология и Венерология" от настоящата 2025 година продължаваме представянето на чуждестранните членове на нашата редакционна колегия.

Днес представяме на Вашето внимание Професор Lawrence Charles Parish – изтъкнат представител на научната дерматологична общност на САЩ, Главен редактор на списание "Clinics in Dermatology", един от елитните представители на научната дерматологична мисъл в света.



Професор Lawrence Parish е добре познат в нашата страна, приятел и ценител на Българската дерматологична школа.

Той е номиниран в нашата страна, като "Почетен член на Българското Дерматологично Дружество" и "Doctor Honoris Causa" на Медицински Университет София.

В ръководеното от него "Clinics in Dermatology" са публикувани 5 броя на списанието с гост-издатели Николай Цанков, Жана Казанджиева, Развигор Дърленски – 3 броя, Жана Казанджиева, Николай Цанков – 1 брой, Снежина Василева, Косара Дреновска – 1 брой.

Професор Lawrence Parish обединява в своите проучвания съвременните актуални проблеми на дерматологията, тропическата дерматология, козметичната дерматология както и историята на медицината и в частност на дерматологията.

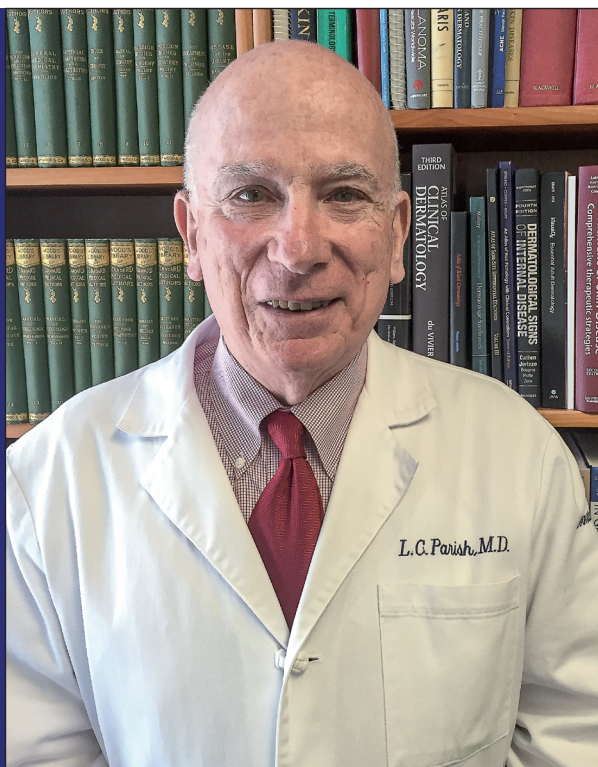
Той е един от главните основатели и организатори на IACD (International Academy of Cosmetic Dermatology), като поредният 16-ти конгрес е организиран и ще се състои тази година в Будапеща от 26 до 28 юни.

Да му пожелаем здраве, нови творчески успехи и съпричастност към списание "Дерматология и Венерология".

Професор Николай К. Цанков



Проф. Лари Парш разговаря с проф. Стоян Тонев и проф. Николай Цанков (София, 1991 г.).



БИОГРАФИЯ НА ПРОФЕСОР ЛОУРЪНС ЧАРЛС ПАРИШ

Хасмик Газазян
gazazyanhasmik@gmail.com

BIOGRAPHY OF PROFESSOR LAWRENCE CHARLES PARISH

Hasmik Gazazyan
gazazyanhasmik@gmail.com

През 1963 г. професор Лорънс Чарлз Париш завърша медицина в Медицинския факултет на Университета Tufts в Бостън.

След дипломирането си д-р Париш преминава стаж в Университетската болница на Филаделфия, след което завършва специализация по дерматология в Университета на Пенсилвания.

В продължение на две години той служи като военен лекар в 121-ва евакуационна болница в Корея и Военна болница Walson във Fort Dix, New Jersey.

След приключване на военната си служба, през 1969 г., започва частна дерматологична практика във Филаделфия.

В момента Проф. Париш е професор по клинична дерматология и биология на кожата към Университета Томас Джеферсън във Филаделфия. Той е гост-професор в Медицинския факултет на Университета Tulane в New Orleans, Медицинския колеж на Университета Yonsei в Сеул, Корея, и Медицинския факултет на Университета в Zagazig, Египет.

В знак на признание за неговия принос към дерматологията, е удостоен със званието Doctor Honoris Causa от Медицинския Университет в гр. София.

Научните му интереси в дерматологията включват декубитални рани, тропическа дерматология, артроподни инфестации, кожни бактериални инфекции, както и история на дерматологията. В тази връзка, той е президент на Дружеството за история на дерматологията и почетен член на Европейското дружество за история на медицината. Публикационната му дейност включва близо 600 научни труда и 60 глави в книги или самостоятелни издания.

Проф. Л. Париш е главен редактор на списанията *SKINmed* и *Clinics in Dermatology*, както и бивш главен редактор на *"International Journal of Dermatology"*. Той е член на Редакционния съвет на *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *"Journal of Cosmetic Dermatology"*, *"Acta Dermatologica Croatica"* и *"Cutis"*.

Проф. Л. Париш е член на Американската академия по дерматология, основател на Секцията по дерматология към Колежа на лекарите във Филаделфия, президент на Международната академия по козметична дерматология и член на Американската дерматологична асоциация.

Той е почетен член на дерматологичните дружества на Бразилия, Великобритания, България, Франция, Турция, Израел, Италия и Полша. Носител е на наградата "Andreas Bello", първа степен.

КАКВО Е БЪДЕЩЕТО НА НАУЧНИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПИСАНИЯ

Лоурънс Чарлс Париш

WHAT IS THE FUTURE OF MEDICAL JOURNALS

Lawrence Charles Parish

Въпрос към Професор Lawrence Charles Parish:

„Какво е бъдещето на научните медицински списания?“

Настъпването на 2025 г. бележи началото на зрелостта на двадесет и първи век, в който живеем.

Дерматологията, която отдавна измести „чудодейните“ лекарства от миналите столетия, като арсеновите съединения и вазелина днес разполага с локални и системни кортикостероиди за лечение и овладяване на алергичните и булозните заболявания както и с тетрациклини за приложение при акнето през юношеството.

От началото на века и особено през последните две десетилетия имаме възможността да добавим различни биологични препарати към нашия арсенал, за да облекчим или дори елиминираме някои от тежките заболявания обект на нашата специалност.

В допълнение, някои физически методи, които някога бяха свалени от пиедестала си, като светлинната терапия и лъчетерапията, сега преживяват ренесанс.

Диагностиката на кожните заболявания стана още по-прецизна с нарастващия брой ефективни оцветявания и иновативни препарати, използвани в дерматопатологията, независимо от навлизането на дерматоскопията.

Това обаче не означава, че някои диагностични инструменти са станали ненужни или остарели.

Наблюдението с просто око или с различни увеличителни устройства е подобрило нашите диагностични умения, но трябва ли да ни минава през ума премахването от нашия диагностичен инструментариум на визуалната инспекция за разпознаване на клинична картина, лекарствена реакция или на утвърдения във времето препарат с калиев хидроксид за потвърждаване на дерматофитна инфекция?

Разпространението на знания е в основата на всяко обучение и дерматолозите не са изключение в стремежа си да бъдат в крак с времето. Това може да включва конгреси, обучения, аудио-визуални материали или печатното слово.

Последното, разпространявано от научното списание – остава най-важният метод за развитието на всяка научна дисциплина, като дерматологията не прави изключение. То се отразява в медицинските конгреси и обучителни курсове, аудио-визуални мероприятия или актуални и съвременни научни статии.

Научното списание остава един от най-важните методи за установяване и усвояване на проверената информация, както и развитието на всяка научна дисциплина, особено що се отнася до дерматологията.

ОБЗОРИ

АЛЕРГИЧЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ КЪМ ЛОКАЛНИ ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА

Иная М. Махмуд

Клиника по Дерматология и Венерология Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда, София
inayamahmoud@hotmail.com

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS CAUSED BY TOPICAL MEDICATIONS

Inaya M. Mahmoud

Department of Dermatology and Venerology Acibadem City Clinic Tokuda University Hospital, Sofia
inayamahmoud@hotmail.com

РЕЗЮМЕ

Най-честата нежелана кожна реакция от локални лекарствени средства е именно алергичен контактен дерматит (АКД). Няма идеален локален медикамент, но силните сенсibiliзатори трябва да се заменят и да се обмисли заместването на алергена. Контактните алергични реакции по кожата могат да се проявят като сърбящи, еритемни, папули, плаки и/или везикули на мястото на експозиция и се изясняват като иритативен контактен дерматит, алергичен контактен дерматит или контактна уртикария.

ABSTRACT

Allergic contact dermatitis (ACD) is the most frequent adverse skin reaction caused by topical medications. The risk of allergic contact dermatitis caused by topical medications can be reduced through regular monitoring of contact sensitivity to drugs. While no ideal topical medication exists, replacing strong sensitizers and exploring alternative formulations should be considered to minimize allergen exposure. Allergic contact skin reactions can present as pruritic, erythematous papules, plaques, or vesicles at the site of exposure, manifesting as irritant contact dermatitis, allergic contact dermatitis, or chronic urticaria.

ВЪВЕДЕНИЕ

Честотата на контактно-алергичните реакции към локални медикаменти варира в различните географски региони и се влияе от местните практики на предписване, самолечение и определени предразполагащи фактори, като напреднала възраст, нарушена кожна бариера или хронични кожни заболявания [1,4]. Областите на кожата с най-висок риск за такива реакции включват краката, очите и перианалната зона [6,7,8]. Други предразполагащите фактори за лекарствена алергия са използването на оклузивни превръзки, използването на трансдермални лекарства и наличие на други дерматози [1]. Най-честите заболявания които водят до контактна алергия от лекарства са: хронична венозна недостатъчност, хроничен външен отит, следоперативни рани и хронични екзематозни състояния [2].

Сред пациентите, подложени на тестове за контактна алергия, разпространението се оценява на около 15%, ако се изключат тези с варикозни язви или други високорискови състояния [9]. Веществото, предизвикващо реакцията, може да бъде както самото активно лекарство, така и съставките на формулата, включително ексципиенти, консерванти, антиоксиданти, емулгатори или ароматизиращи компоненти. Най-честите медикаменти според направените проучвания са локални антибиотици, антисептици, нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС), локални анестетици и кортикостероиди. [1,10-12]. Въпреки това, данните за честотата на сенсibiliзация към конкретни активни съставки и тенденции-те във времето са ограничени.

Разпространение

Честотата на алергичния контактен дерматит от локални лекарства се повишава през 21 век. Проучване в Белгия от 1990 до 2007 г. разкрива, че 32% от пациентите с диагноза “алергичен контактен дерматит” са имали поне 1 положителен пач тест за локални медикаменти. Изчислено е, че в Германия, 22-29 души на 100 000 са с положителен пач тест към неомидин [13].

The North American Contact Dermatitis Group (NACDG) съобщава, че от 15-те най-чести положителни алергени неомидин (10% разпространение) и бацитрадин (9,2% разпространение) са били на пето и шесто място [14]. Степента на лекарствена сенситизация зависи най-вече от собствения сенситизиращ капацитет на химичната формула; от дозата и вида на експозицията; от носителя; от състоянието на кожата и други индивидуални характеристики.

Контактната алергия към лекарства е по-честа при хора в зряла възраст, особено алергията към ланолин, локални анестетици, неомидин и кортикостероиди [15].

Като цяло възрастта не влияе върху способността за сенситизация [16], но броят на положителните реакции при пач тест има тенденция да се увеличава с възрастта [17], поради натрупването на алергични заболявания, придобити през целия живот. Младите хора са по-склонни да имат професионални или козметични алергии, докато възрастните хора са по-податливи на медикаментозни реакции [18]. Възрастта и полът са важни фактор във всяко проучване с пач тестове [19]. Жените имат по-силен клетъчно-медиран имунен отговор от мъжете [20,31] но все пак, поне експериментално, жените не изглеждат по-податливи на сенситизация [22].

Клинични характеристики

Някои части на тялото са по-склонни към развитие на алергичен контактен дерматит от лекарства. Това вероятно е резултат от честа употреба на лекарства на тези места, оклузивни кожни състояния и съществуващо увреждане на кожата [23]. Сенситизацията към лекарства е особено честа при пациенти с венозни

улкуси или екзема на долните крайници. Проучване направено в България показва, че от 36 пациента с хронична венозна недостатъчност, при 21 се наблюдават положителни алергични реакции, като 2 от положителните реакции са към неомидин и 1 е към тиксокортол -21- пивалт [24].

Контактният дерматит също е често срещан при пациенти с хронични перианални възпалителни заболявания, хроничен външен отит [25,26] и при пациентите, които често използват офталмологични лекарства [27].

При изгаряния увредената кожа може да не е в състояние да реагира и дерматитът може да се прояви само по периферията на мястото на изгаряне [28].

Свръхчувствителността към локално прилаган медикамент може да доведе до няколко вида реакции, като локално влошаване с повишен сърбеж и зачервяване [23]; Разпространение в други региони, в повечето случаи предшествано от местно влошаване. Това е особено често при пациенти със стазис дерматит или венозни улкуси [29]; Локална реакция може да не се развие и разпространението може да е единственият признак на свръхчувствителност; Еритродермията е рядка проява на алергична контактна сенситизация към лекарства; Съобщавани са също контактни уртикариални реакции [23].

Системни реакции

Пациенти, сенситизирани от локална употреба на лекарство, могат да развият системни реакции, ако това лекарство, след това се прилага системно [23].

Системния контактен дерматит може да се прояви като генерализирана еритемо-макуло-папулозна ерупция, лезии тип еритема мултиформе и генерализирана еритродермия [30]. Дерматит с глутеален еритем и флексурално засягане се нарича Baboon syndrome или Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE). “Синдромът на павиана”, Baboon syndrome или SDRIFE е специфична форма на хематогенния (системен) алергичен контактен дерматит и най-често се проявява със зачервяване в областта на аксилите, ингвиналните гънки и глутеусите [30].

Лекарствени алергени

Медикаментозните алергени, включени в Стандартната Европейска серия са Neomycin sulfate 20% във вазелин, Benzocaine 5%, Dibucaine hydrochloride 2.5%, Tetracaine hydrochloride 2.5%, Budesonide 0.01%, Tixocortol-21-pivalate 0.1%.

Проучвания, проведени в клиниката Mayo върху 1 188 пациенти, за които се подозира, че имат алергия към стероиди, установяват, че тези, които са алергични към клас А (5,72%), имат 27,9% риск от контактна алергия към клас В (4,8%). Ако пациентите са имали контактна алергия към клас С (1,11%), те биха имали 84,6% шанс да бъдат алергични и към клас D1 (3,54%). Друго проучване изследва 41 пациента с АКД които не се повлияват от терапия с локални кортикостероиди. Тези пациенти са пач тестувани с епикутанна серия за кортикостероиди и е открита положителна реакция към кортикостероиди в 9 от случаите (22%) (5 единични и 4 множествени). Чувствителността е предизвикана предимно от тиксокортол пивалат (6 пациенти), следвана от триамцинолон ацетонид (2 пациенти), будезонид (2 пациенти), алклометазон дипропионат (2 пациенти), дексаметазон 21 династриев фосфат (2 пациенти) и бетаметазон-17-валерат (1 пациент) [31]. Локалните стероиди са използвани за първи път през 50-те години на миналия век, като първият случай на контактна алергия към КС е докладван през 1959 г. [32].

Други лекарствени средства които могат причинят контактно алергични реакции са **анти-тисептичните средства**. Хлорокрезолът и хлороксиленолът са включени в британските стандартни серии. По-рядко срещани сенсibiliзатори са бензоил пероксид, използван за лечение на акне; бензалкониев хлорид, хлороацетамиди, нитрофуразон в капки за уши; бензилов алкохол, йод, хлорхексидин, профлавин, резорцинол; глутаралдехид като стерилизиращ агент; 4-аминохиалдин, триклозан и изопропилов алкохол в медицински кърпички за почистване на кожа [33]. Много от тези вещества са дразнещи и положителните тестове трябва да се тълкуват с повишено внимание, защото често предизвикват иритативни реакции.

Антихистамини

Фенотиазините са най-силните сенсibiliзатори, но всички антихистамини могат да предизвикат сенсibiliзация, когато се използ-

ват локално, включително доксефин [23].

Цитотоксични лекарства

Локалният метхлоретамин (nitrogen mustard), кармустин и 5-флуороурацил, както и интравезикален митомицин, могат да предизвикат сенсibiliзация. Професионален дерматит е наблюдаван при диетил β -хлоретиламин, а контактна уртикария – при цисплатина.

Имуносупресивни средства

Професионален контактен дерматит е описан от азатиоприн. Има съобщения за алергия към пимекролимус и такролимус, като те могат да реагират и кръстосано [23].

Анестетици

Локалните анестетици се намират в различни препарати против сърбеж; в продукти против слънчево изгаряне, афти, улкуси, хемороиди, болки в ушите и зъбобол; в лепило за протези, таблетки за смучене и продукти за обезкосмяване (напр. восък и кремове за бръснене). Анестетиците могат също да бъдат намерени в комбинация с локални антибиотици и кортикостероиди, което може да доведе до ко-сенсibiliзация.

Нестероидни противовъзпалителни средства

Производните на арилпропионовата киселина, особено кетопрофен, ибупрофен, ибупроксам и тиапрофенова киселина, причиняват контактен и фотоконтактен дерматит с кръстосана реактивност, ако се използват локално. Локалният бензидамин също е контактен и фотоконтактен сенсibiliзатор, а фенилбутазонът е причина за реакции, подобни на еритема мултиформе [23].

β -блокери

Могат да причинят алергични реакции по типа на АКД. При епикутанно тестване с капки за очи съдържащи β -блокери може да се отчетат фалшиво отрицателни реакции. За избягване на този проблем е за предпочитане да се тества с по-високи концентрации. Тимолол се смята за най-честия β -блокери за локално приложение причиняващ АКД (34,35), но са описани и случаи на АКД към пропранолол [36,37].

Антипсориазични средства

Съобщава се за алергични реакции към катрани и дитранол [23].

Витамини

Витамините А, Е и К, производните на витамин D3 калципотриол и такалцитол и декспантенол са възможни сенсibiliзатори при употреба в локални лекарствени средства [23].

Ланолин (Lanolin alcohol)

Ланолинът се използва като база в различни козметични и медицински продукти [38]. При “ланолинов парадокс” се наблюдава алергия към ланолин при нарушена кожна бариера, например при венозни улкуси. Ланолинов парадокс означава, че има алергична реакция само ако е нарушена кожната бариера, а при същия пациент, ако ланолин се приложи върху здрава кожа няма да се получи реакция. Честотата на контактната алергия към ланолин е 1.7-3 % [30]. Българско проучване сочи, че от 36 пациента с хронична венозна недостатъчност при 21 се наблюдават положителни алергични реакции, като 2 от тях към ланолин [24].

Прополис (Propolis)

Прополисът е смолист материал, събиран от пчелите и използван като лепило в кошерите. В медицината се прилага като противовъзпалително средство, антиоксидант и антисептик. Често се среща в кремове, лосиони, унгвенти, червила, пасти за зъби, вода за уста и може да се използва при епилационни процедури. Честотата на алергията към прополис се изчислява между 1,2% до 6.6% от тестваните пациенти [30].

ЛЕЧЕНИЕ

Съобразно с консенсуса за АКД на Българското дерматологично дружество, основен елемент в лекарствено индуцирания АКД е елиминиране на на провокиращия медикамент. Лечението на алергичния контактен дерматит (АКД) се състои от спазване на три стъпки:

1. Идентифициране и елиминиране на причинителя
2. Овладяване на възпалителния процес – локално и системно лечение
3. Възстановяване на кожната бариера – грижи за кожата и протекция след отзвучаване на контактния дерматит [39].

Детайлната лекарствена анамнеза включваща всички локални продукти използвани от пациента и пач тестването са решаващи.

Локалните кортикостероиди са средство на първи избор в лечението на АКД, с изключение на случаите в които има доказана алергична реакция към локални кортикостероиди.

Калциневриновите инхибитори се използват като алтернатива на кортикостероидните препарати. Обикновено се прилагат след активно лечение с кортикостероиди, за да се предотврати атрофията на кожата [39].

Нестероидни противовъзпалителни средства – пациентите с фотоалергия към ketoprofen трябва да избягват suprofen, tiaprofenic acid, fenofibrate и слънцезащитни средства базирани на бензофенони поради кръстосана реактивност [40]. Препоръчително е емолинетите да се нанасят на 4 часа, поне 3 до 4 пъти дневно.

Мокри компреси се използват при секретирани лезии. Антисептици се прилагат само при наличие на допълнителна инфекция.

Тежките случаи може да изискват системна терапия като системни кортикостероиди, алитретиноин при тежка екзема на ръцете, азатиоприн, метотрексат, циклоспорин А и микофенолат мофетил.

Фототерапия, PUVA и селективна UVB терапия, се прилага при дисеминирани форми на алергичен контактен дерматит [41]. Възстановяването на кожната бариера се постига чрез използването на бариерни кремове и емолиенти. Бариерните кремове с EDTA и клиоквинол сами по себе си са алергени и затова не се прилагат. Използването на защитни мерки, като винилови ръкавици върху памучни такива, както и заместването на сапуни с измивни вещества, които не съдържат иритиращи субстанции се препоръчват при пациенти с контактна алергия към локални медикаменти [39].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Алергичният контактен дерматит към локалните лекарствени средства често се пренебрегва и трябва да се има предвид при всеки екзематозен обрив. Подробната история на лекарствата, включително всички актуални продукти – както с рецепта, така и без рецепта – е от съществено значение. Епикутанното пач тестване остава ключов диагностичен метод за идентификация на специфичните ле-

карствени алергени, които пациентът трябва да избягва.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Goossens A, Medeiros S. Allergic contact dermatitis from topical medicaments. *Expert Rev Dermatol*, 2008; 3(1):37-42.
2. Spring S, Pratt M, Chaplin A. Contact dermatitis to topical medicaments: a retrospective chart review from the Ottawa Hospital Patch Test Clinic. *Dermatitis*, 2012; 23(5):210-213.
3. Green C M, Holden C R, Gawkrödger DJ. Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study. *Contact Dermatitis*, 2007; 56: 229-231.
4. Carlsen B C, Thyssen I P, Menné T et al. Association between filaggrin null mutations and concomitant atopic dermatitis and contact allergy. *Clin Exp Dermatol*, 2011; 36: 467-472.
5. Tamagawa-Mineoka R, Masuda K, Ueda S. et al. Contact sensitivity in patients with recalcitrant atopic dermatitis. *J Dermatol*, 2015; 42: 720-722.
6. Barbaud A, Collet E, Le Coz C. et al. Contact allergy in chronic leg ulcers: results of a multicentre study carried out in 423 patients and proposal for an updated series of patch tests. *Contact Dermatitis*, 2009; 60: 279-287.
7. Landeck L, John S M, Geier J. et al. Topical ophthalmic agents as allergens in periorbital dermatitis. *Br J Ophthalmol*, 2014; 98: 259-262.
8. Lodi A, Ambonati M, Coassini A. et al. Contact allergy to 'caines' caused by anti-hemorrhoidal ointments. *Contact Dermatitis*, 1999; 41: 221-222.
9. Brandao M, Goossens A, Tosti A. Topical drugs. In: *Contact Dermatitis*, 4th edition, Frosch PJ, Menné T, Lepotevin J-P. (eds): Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag, 2006; 623-652.
10. Goossens A. Allergic contact dermatitis from the vehicle components of topical pharmaceutical products. *Immunol Allergy Clin North Am*, 2014; 34: 663-670.
11. Nardelli A, D'Hooghe E, Drieghe J. et al. Allergic contact dermatitis from fragrance components in specific topical pharmaceutical products in Belgium. *Contact Dermatitis*, 2009; 60: 303-313.
12. Schliemann S, Geier I, Elsner P. Fragrances in topical over-the-counter medicaments - a loophole in EU legislation should be closed. *Contact Dermatitis*, 2011; 65: 367-368.
13. Menezes de Padua CA, Uter W, Schnuch A. Contact allergy to topical drugs: prevalence in a clinical setting and estimation of frequency at the population level. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2007; 16(4):377-384.
14. Zug KA, Warshaw EM, Fowler JF Jr. et al. Patch-test results of the North American Contact Dermatitis Group 2005-2006. *Dermatitis*, 2009; 20(3): 149-160.
15. Agrup G. Hand eczema and other hand dermatoses in South Sweden. *Acta Derm Venereol*, 1969; 61:1-91.
16. Kwangstith C, Maibach HI. Effects of age and sex on the induction and elicitation of allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*, 1995; 33:289-298.
17. Berit CC, Menné T, Johansen JD. 20 years of standard patch testing in an eczema population with focus on patients with multiple contact allergies. *Contact Dermatitis*, 2007; 57:76-83.
18. Green CM, Holden CR, Gawkrödger DJ. Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study. *Contact Dermatitis*, 2007; 56:229-231.
19. Christopherson J, Menné T, Tanghof P. et al. Clinical patch test data evaluated by multivariate analysis. *Contact Dermatitis*, 1989; 21:291-299.
20. Modjtahedi BS, Modjtahedi SP, Maibach HI. The sex of the individual as a factor in allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*, 2004; 50:53-59.
21. Ansar Ahmed S, Penhale WJ, Talat N. Sex hormones, immune responses and autoimmune diseases. *Am J Pathol*, 1985; 121:531-551.
22. Leyden JJ, Kligman AM. Allergic contact dermatitis. Sex differences. *Contact Dermatitis*, 1977; 3:333-336.
23. Orton D, Stone N. Allergic contact dermatitis. *Rook's Textbook of dermatology* 10th edition. 2024; 127(4):1-82.
24. Ганчева-Панайтова Д. Проучване върху тенденциите на контактната свръхчувствителност при пациенти в Югоизточен регион на България. Дис., Д.М. Катедра по дерматология и венерология, Тракийски Университет, Стара Загора, 2021.
25. Becker D, Valk E, Zahn S. et al. Coupling of contact sensitizers to thiol groups is a key event for the activation of monocytes and monocyte-derived dendritic cells. *J Invest Dermatol*, 2003; 120:233-280.
26. Cumberbatch M, Dearman R, Kimber I. Langerhans cells require signals from both tumour necrosis factor-alpha and interleukin-1 beta for migration. *Immunol*, 1997; 92:388-395.
27. Smith HR, Basketter DA, McFadden JP. Irritant dermatitis, irritancy and its role in allergic contact dermatitis. *Clin Exp Dermatol*, 2002; 27:138-146.
28. Eady RAJ, Burns T, Breathnach, S. et al. *Rook's textbook of dermatology*. 2016; 11:128.6-128.7.
29. Machet L, Couhé C, Perrinaud A. et al. A high prevalence of sensitization still persists in leg ulcer patients: a retrospective series of 106 patients tested between 2001 and 2002 and a meta-analysis of 1975-2003 data. *Br J Dermatol*, 2004; 150:929-935.
30. Казанджиева Ж. Светът на дерматоалергологията. С., Спектро дизайн ООД, 2021; 10-42.
31. Gonul M, Gul U. Detection of contact hypersensitivity to corticosteroids in allergic contact dermatitis patients who do not respond to topical corticosteroids. *Contact Dermatitis*, 2005; 53(2):67-70.
32. Burckhardt W. Contact eczema caused by hy-

drocortisone. *Hautarzt*, 1959; 10:42-43.

33. Goh CL. Contact sensitivity to topical antimicrobials. (II) Sensitizing potentials of some topical antimicrobials. *Contact Dermatitis*, 1989; 21:166-171.

34. Jappe U, Uter W, Menezes de Pádua CA. et al. Allergic contact dermatitis due to beta-blockers in eye drops: A retrospective analysis of multicentre surveillance data 1993–2004. *Acta Derm Venereol*, 2006; 86:509-514.

35. Mahmoud I, Gergovska M, Kazandjieva J. A new case of contact allergic reaction caused by topical timolol and literature review. *Contact Dermatitis*, 2024; 91(1):68-70.

36. Bonifazi E, Milano A, Foti C. Allergic contact dermatitis caused by topical propranolol in a 5-month-old baby. *Contact Dermatitis*, 2014; 71(4):250-251.

37. Mahmoud I, Kotirkova D, Gospodinova K. et al. Allergic contact dermatitis caused by topical propranolol therapy for infantile haemangioma. *Contact Dermatitis*, 2023; 89(1):62-63.

38. Kligman AM. Lanolin allergy: crisis or comedy. *Contact Dermatitis*, 1983; 9:99-107.

39. Казанджиева. Ж, Дърленски Р, Янкова Р. и сътр. Национален консенсус за диагностика и лечение на контактния дерматит. *Дерматол и Венерол*, 2023; 62(2):3-14.

40. Gomes T, Calado R, Matos A. et al. Contact allergy to antifungals: Results of 12-year retrospective study. *Contact Dermatitis*, 2022; 86(6):539-543.

41. Burke DA, Corey G, Storrs FJ. Psoralen plus UVA protocol for *Compositae* phototoxicity. *Am J Contact Dermatitis*, 1996; 7:171-176.

50 ГОДИНИ ОТ ИЗОБРЕТЯВАНЕТО НА ЛАЗЕР НА МЕДЕН БРОМИД 40 ГОДИНИ ЛАЗЕР НА МЕДЕН БРОМИД В ДЕРМАТОЛОГИЯТА - ЩРИХИ ОТ ЕДНА ПОЛОВИНВЕКОВНА ЛАЗЕРНА САГА

Юлиан Зл. Пенев

Катедра „Инфекциозни болести, паразитология и дерматовенерология”, Медицински университет, Варна
penevlaser@gmail.com

50 YEARS SINCE THE INVENTION OF THE COPPER BROMIDE LASER 40 YEARS OF COPPER BROMIDE LASER IN DERMATOLOGY - HIGHLIGHTS OF A HALF-CENTURY LASER SAGA

Julian Zl. Penev

Department of Infectious Diseases, Parasitology and Dermatovenereology, Medical University, Varna
penevlaser@gmail.com

Лазерът на меден бромид е разработен и патентован за първи път в света през 1974 г. в Институт по физика на твърдото тяло при БАН. Плод е на ентузиазма и екипа на академик Никола Съботинов (фиг. 1). На 24 април 2024 г. в зала „Проф. Марин Дринов“ в БАН се състоя юбилейната конференция по повод 50 години от изобретяването на лазера с пари на меден бромид – едно от най-големите български научни изобретения с широко приложение в индустрията, науката и медицината.

На конференцията постиженията на родната дерматология с този лазер бяха илюстрирани с опита на д-р Юлиан Пенев – пионер и ентузиаст в създаването и внедряването на този лазер

за дерматологични цели (фиг. 2). От името на президента Румен Радев бе прочетен поздравителен адрес. Приветствия бяха поднесени от чл.-кор. Стефан Хаджитодоров, чл.-кор. Евдокия Пашева, Министерството на образованието и науката, Министерството на иновациите и растежа, Физическия факултет на СУ „Св. Климент Охридски“, Съюза на физиците в България, множество научни и бизнес организации. Научната програма включваше доклади за различните приложения на лазера на меден бромид, включително и за медицински цели. Академик Съботинов направи ретроспекция на целия път от създаването на този лазер, неговото патентоване, и внедряването му в комерсиални лазерни системи на австралий-



Фиг. 1 Презентация на акад. Никола Съботинов



Фиг. 2 Акад. Н. Съботинов и д-р Ю. Пенев д.м., 2024 г.

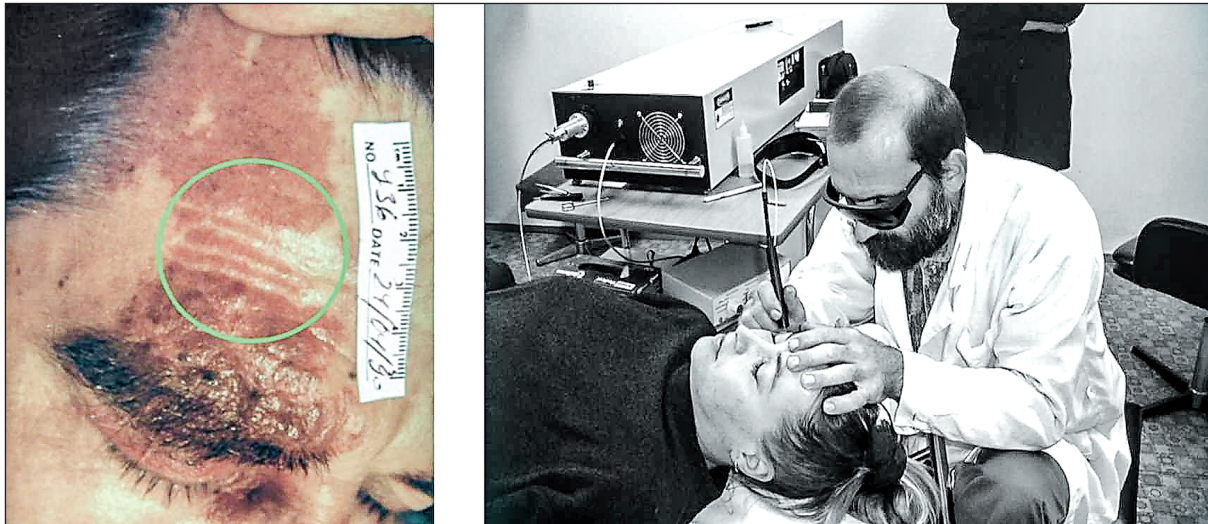
ската фирма Norseld, корейската Bison Medical и българската PulsLight. Специално подредена изложба в Академията показва както целия цикъл на физични изследвания и разработки, така и експонати на произвежданите днес лазерни системи по български лиценз.

За приложението на лазера на меден бромид в дерматологията и първите клинични резултати се знае малко, въпреки че още в средата на 80-те се провеждат клинични изпитания в Катедра кожни и венерически болести Варна, под ръководството на проф. д-р Златко Пенев, д.м.н.

По литературни данни, това са едни от първите случаи на лечение на пигментни дерматози и хемангиоми с лазер на меден бромид в света (фиг. 3, 4). Получените резултати показват, че лазерът на меден бромид е много по-клинично приложим и ефективен от намерилите комерсиално приложение през 80-те скъпи аргон-ви йонни лазери. Генерираната жълта 578 nm линия е много по-селективна за повлияване на съдови дерматози от линиите, генерирани от аргон-вия лазер, т.е. с по-малко енергийни плътности се постига по-добра селективност и естетичност на клиничния отговор. Тези резул-



Фиг. 3 Един от първите пациенти (1986 г.) с обширен кавернозен хемангиом обхващащ лявата половина от лицето. Късен етап от лечението. Козметичният резултат е добър и без груба цикатризация, въпреки че на този етап резидуалните линии от „зебра“ техниката са забележими.



Фиг. 4 Резултат от терапевтичен тестов сеанс с лазер на меден бромид при лечение на хемангиом. Терапевтичната селективност на жълтата линия е ултимативна – деликатна епителизация в „зебра“ линиите на въздействие.

тати са докладвани през 1984 г. на Национални конференции по оптика и лазерно оборудване [1-3] и Третата национална конференция по дерматология 1987 г. [3], както и пред Третата национална конференция за лазери – Пловдив, 1988 г. [4].

Пътят на приложението на този лазер в дерматологията започва през 1982 г., когато на конференция по оптика в Международния дом на учените „Жолио Кюри – Дружба“ един студент по медицина се влюбва в лазера на медни пări, лично демонстриран на съпътстващото изложение от неговия създател проф. Никола Съботинов. С недоверчива усмивка и разбираемо учудване бъдещият академик и председател на БАН приема думите на лазерния ентузиаст и бъдещ лекар Юлиан Пенев: „Аз ще направя този лазер“! По това време Ю. Пенев е натрупал опит в конструирането на импулсен азотен лазер и багрилни лазери и има златен медал от национално изложение на Техническо и научно творчество на младежта през 1979 г., когато още е в редовете на Българската армия.

Използвайки опита си с импулсно работещи лазери и електроника, той започва конструирането на самостоятелна система лазер на меден бромид със символично финансиране от Медицински университет Варна. Конструирането минава през преодоляването на много инженерни трудности и проблеми и помощта на много приятели. Други, като бъдещият ректор на ВМЕИ (сега Технически университет Ва-

рна) проф. С. Барудов, се опитват да го откажат от проекта – „... момче не си губи времето, лазери могат да бъдат правени само във великия Съветски съюз“. Година по-късно, лазерът вече работи стабилно и още в първия прототип е постигната висока средна изходна мощност. Причината за стартирането на този проект са мощните линии на лазерна генерация във видимия диапазон 511 nm (зелена), 578 nm (жълта). Тези линии имат спектрално физична обосновка за селективно терапевтично повлияване на пигментни и съдови патологии в кожата.

По-късно, след завършване на медицинския институт и като научен сътрудник в Биотехнически институт (БТИ), д-р Ю. Пенев разработва първия дерматологичен промишлен прототип на създадения от него лазер на меден бромид.

През 1991-2000-та година, вече като част на фирма Triton Laser Systems, Ю. Пенев конструира два нови подобрени прототипа на дерматологични лазери на база меден бромид и оптимизира оригинални методики за лечение. Системите са използвани клинично без прекъсване от 1990 г. до 2015 г.

Оценката на клиничните резултати от водещи дерматолози и онколози – проф. А. Дурмишев, проф. Н. Златков, проф. И. Черноземски, проф. В. Танев, д-р Ем. Илиев, д-р Е. Петранов спомагат за популяризирането на тази терапевтична иновация [5-7]. До 2000 г. дерматологичната лазерна система е единствената рутинно

прилагана в страната. На фотостикера се вижда, че до април 1990 г. са преминали 736 пациенти.

През 2004 г., с цел подобряване ефективността на лазерните дерматологични практики д-р Ю. Пенев започва паралелна работа с лазерни системи на въглероден двуокис, след като ревизира общоприетите физични модели за селективно въздействие върху дермалните структури. Тази ревизия се налага от факта, че селективността на медно-бромидния лазер е удачна за клинично приложение само в много тесни терапевтични граници – розацеа, телангиектазии, мелазми и малки хемангиоми. Тези граници се стесняват още повече след появата на Haemangiol®. При лечение на големи и обемни пигментни кожни патологични лезии селективността се превръща в пречка за дес-

трукцията на лезията, а по термодинамични съображения увреждането на здравите тъканни структури се увеличава и това води до риск от груба неестетична цикатризация. С други думи, със селективни дължини на вълната се постига крайно неселективен ефект при лезии, съдържащи мишени по-големи от космен фоликул или тънка капилярна мрежа.

За да разшири клиничния диапазон за лечение на повечето големи кожни лезии, като невуси, себорейни кератози, кожни тумори, Ю. Пенев насочва вниманието си и към аблативния въглеродно-диоксиден лазер и възможността за контролирана тънкослойна аблация. Разработени са клинични протоколи за естетично отстраняване на обемни кожни лезии и със създадената иновационна методика вече могат да бъдат премахвани големи и множест-



Фиг. 5 Множествени себорейни кератози по трункуса и лицето, отстранени с минимална цикатризация по иновационната аблативна методика на д-р Ю. Пенев

вени кожни лезии с максимална естетика на терапевтичния резултат, висока скорост и които до сега са били „мисията невъзможна” (фиг. 5).

В началото на 90-те лазерната дерматология още прохода в световен мащаб и пазарът на лазерни системи е нищожен. Лазерните процедури не са популярни и са затворени в научни публикации и спорадични съобщения на научни форуми. За да съхрани любовта си към лазера и да може самостоятелно да го финансира, паралелно с разработването на медицински лазери, д-р Пенев разработва и шоу системи на база лазер на меден бромид, участвали в концерти на Лили Иванова, Васил Найденов,

Георги Христов, Филип Киркоров, Слави Трифонов, Юрая Хийп. Магията на пространствените лазерни ефекти придава атрактивна визия на театрални постановки, рок и метъл концерти, конкурси за красота и музика, и дори мис мокра фанелка.

След 2004 г. д-р Пенев продължава научната и конструкторската си работа, а към клиничната си практика добавя нови лазери и процедури, от които най-атрактивни са лазерното подмладяване (фиг. 6) с аблативен лазерен рисърфисинг и иновативен психодерматологичен подход за лечение на акне (фиг. 7). Лазерната сага продължава.



Фиг. 6 Преди и след процедури за лазерно подмладяване с аблативен лазерен рисърфисинг.



Фиг. 7 Успешно лечение на акне вулгарис.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Пенев Ю., Първи резултати при лечението на различни дерматози с лазер на меден бромид, Национална конференция по оптика и лазерно оборудване. Варна, 1984.
2. Пенев Ю., Приложение на лазер на медни пари в дерматологията, Трета национална научна конференция по дерматология. Варна, 1987.
3. Пенев Ю., Пенев З., Перспективи за приложение на лазерите в дерматологията, Трета национална научна конференция по дерматология. Варна, 1987.
4. Пенев Ю., Пантелеев В., Тритон Лазер система за медицински цели. Трета национална конференция - лазер и тяхното приложение. Пловдив, 1988.
5. Пенев Ю., Пенев Зл. Лазерна терапия в дерматологията. В: Терапия на кожните и полово предавани болести. П/р Златков Н., Петранов Е., МИ Арсо, С., 2000: 524-529.
6. Пенев Зл, Пенев Ю., Илиев Ем., Приложение на лазерите в дерматологията, Център за научна информация по медицина и здравеопазване. С., 1987.
7. Пенев Зл., Пенев Ю. Приложение на лазерите в клиничната практика. П/р ред. Танев В. Мед. и физк., С., 1988.

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

МАЛИГНЕН СИФИЛИС ПРИ ПАЦИЕНТ С НОВООТКРИТА HIV ИНФЕКЦИЯ

Мария Пишмишева–Пелева*, Станислав Коцев*, Ивайло Алексиев **, Димитър Черкезов ***, Иван Балтаджиев ****, Стефка Крумова *****

*Инфекционно отделение – МБАЛ-Пазарджик

**НРПЛ по HIV, НЦЗПБ – София

***Отделение по кожни и венерически болести - МБАЛ „Св.София“ – София

****Клиника по инфекциозни болести, УМБАЛ „Св. Георги“ – МУ-Пловдив

*****НРЛ „Морбили, паротит, рубеола, НЦЗПБ – София“

dimitarcherkezev@abv.bg

MALIGNANT SYPHILIS IN A PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED HIV INFECTION

Maria Pishmisheva-Peleva*, Stanislav Kotsev*, Ivaylo Aleksiev**, Dimitar Cherkezev***, Ivan Baltadzhiev****, Stefka Kroumova*****

*Department of Infectious Diseases, Pazardzhik MHAT

**NRCL of HIV, NCIPD Sofia

***Department of dermatology and venerology – MHAT “St. Sofia”, Sofia

****Clinic of Infectious Diseases, UMHAT “St Georgi”, Plovdiv, Medical University Plovdiv

*****NRL “Measles, mumps and rubeola”, NCIPD Sofia

dimitarcherkezev@abv.bg

РЕЗЮМЕ

Сифилисът е високо контагиозна, сексуално предавана инфекция, която засяга различни органи и системи. Малигниеният сифилис, доскоро считан за рядка форма на заболяването, в последните години зачестява основно сред имунокомпрометирани лица, какъвто е и представеният случай. Касае се 33 год. мъж с кожни промени – дисеминирани еритемо-папулозни и инфилтративно-нодуларни лезии с централно разположени ерозии, оградени с еритемно хало и насложени с хеморагично-некротични корусти. Обривните елементи са разположени както по торса, така и по кожата на крайниците, окосмената част на главата, длани и ходила. Освен положителни серологични тестове за сифилис се установяват и антитела срещу човешки имунодефицитен вирус като HIV инфекцията е потвърдена в референтна лаборатория. Проведено е лечение с Penicillin с добър ефект и пациентът е насочен за лечение на HIV инфекцията.

ABSTRACT

Syphilis is a highly contagious sexually transmitted infection that affects various organs and systems. Until recently malignant syphilis has been considered a rare form of the disease, however, lately there has been an increase among immunocompromised ones, and such is the patient presented in this case report. A 33-year-old man with skin changes – disseminated erythemo-papular and infiltrative-nodular lesions with central erosion, erythematous halo and superimposed with haemorrhagic-necrotizing crusts. The rashes were found on the torso, the limbs, the hairy part of the heads, palms and soles. Along with the positive syphilis serology, antibodies against human immunodeficiency virus were detected. HIV infection was confirmed at the referent laboratory. Penicillin administration had a good effect, and the patient was directed to a center for HIV infection treatment.

ВЪВЕДЕНИЕ

Сифилисът /*Syphilis, Lues*/ е високо контагиозна сексуално предавана инфекция, която засяга редица органи и системи. Причинява се от *Treponema pallidum*. Според начина на трансмисия сифилисът е **вроден и придобит**. В хода на придобития сифилис се различават **първичен, вторичен, латентен и третичен луес**. При латентен сифилис няма клинични прояви, но серологичните тестове са положителни. Латентният сифилис е ранен /до 1 година от заразяване/ и късен. Първичен, ранен латентен и вторичен сифилис са ранна фаза, а късен латентен и третичен – късна фаза на инфекцията [1,2].

Малигненият сифилис /*Syphilis maligna, lues maligna, Rupioid syphilis*/ е рядка форма на вторичен луес [3]. Той се представя от крусти или люспести папули, разположени най-често по торса и крайниците, но е възможно и по лицето, окосмената част на главата, дланите и ходилата. Имат склонност към разязвяване и образуване на некрози. Френският дерматолог *Pierre Bazin* за първи път използва този термин, а през 1896 г. двама дерматолози *Haslund* /Дания/ и *Neisser* /Германия/, независимо един от друг, описват малигнения сифилис като рядка, агресивна, улцерозна форма на вторичен луес, а не ранна форма на третичен, както се е смятало по-рано [4,5]. Той се различава от класическия вторичен луес по по-тежката клинична картина и улцеро-некротичните кожни лезии.

Преди *HIV* пандемията сифилисът е рядко срещано заболяване, а към настоящия момент се изчислява, че около 7% от докладваните случаи на сифилис отговарят на критериите за малигнен луес. По-голяма част от случаите на малигнен луес са при имунокомпрометирани лица и по-специални при лица с *HIV* инфекция. Малигненият сифилис може да е една от първите клинични прояви на *HIV* инфекцията.

HIV инфекцията и сифилисът засягат сходни групи пациенти и коинфекциите са чести. Всяка една от двете инфекции създава условия, предразполагащи придобиването и разпространението на другата [6].

Коинфекцията сифилис – *HIV* е сериозен здравен проблем за обществото поради високата контагиозност, епидемичното разпространение,

полиорганната симптоматика и хроничния ход, затрудняващ понякога диагнозата [7]. Коинфекцията *HIV* – сифилис води до по-висок висок *HIV* вирусен товар, намален брой *CD4* клетки, което от своя страна повишава риска от развитие на малигнен сифилис, особено ако инфекцията не е лекуват.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме болен с малигнен сифилис и новооткрита *HIV* инфекция – Н.Г.Н, 33 г.

Анамнеза

Снета по данни на болния – пациентът е заболял с поява на обриви два месеца преди хоспитализацията. Обривните елементи са локализиращи както по торса и крайниците, така и по лице, длани, ходила и окосмената част на главата. Някои лезии са преминавали с образуване на цикаткриси и непрекъснато се появяват нови. Пациентът е лекуван с антиалергични медикаменти и кортикостероиди без ефект. Със съмнение за *Herpes zoster* или *Varicella* е насочен към инфекциозно отделение.

Болният съобщава за рисков сексуален живот без предпазни средства.

Статус при постъпването

Незадоволително общо състояние, блед и интоксикаран. Отклонения в соматичен и неврологичен статус не се установяват. Налични рагади в устните ъгли. Обложен с дебел налеп език. *Foetor ex ore*. Регионален /шиен/ лимфодулит.

Кожа

Патологичните изменения обхващат кожата на цялото тяло. Касае се за множество дисеминирани еритемо-папулозни и инфилтративно-нодуларни лезии с централно разположени ерозии, оградени с еритемно хало и насложени хеморагично-некротични крусти. (фиг. 1,2,3). Подобни изменения се наблюдават включително по лицето и дланите (фиг. 4,5).

Параклинични отклонения в хемограмата и основните биохимични показатели не се установяват. Резултатите от извършените серологични и микробиологични изследвания са представени на таблица 1.



Фиг. 1 Еритемо-крустозни лезии по трункуса



Фиг. 2 Еритемо-крустозни лезии по крайниците



Фиг. 3 Еритемо-крустозни лезии по крайниците



Фиг. 4 Еритемо-крустозни лезии по лицето



Фиг. 5 Еритемо-крустозни лезии по дланите

Таблица 1. Резултати от извършени серологични и микробиологични изследвания

Изследване	Резултат
Anti HIV	/+/ положителен
RPR	/+/ положителен
TPHA	/+/ положителен
HBsAg, anti HB-core total	/-/ отрицателен
Anti HCV	/-/ отрицателен
C.difficile toxin A и B	/+/ положителен

Резултатите от извършени образни изследвания са представени на табл. 2.

Таблица 2. Резултати от проведени образни изследвания

Вид изследване	Резултат
КТ на главов мозък	Двустранен максиларен синусит
КТ на гръден кош	Нормална находка
Ехография на коремни органи	Нормална находка

Изпратен е материал от различни кожни елементи за *PCR*-изследване за маймунска вариола – резултатът е отрицателен.

Проведено е лечение с *Penicillin* с добър ефект и повишаване на температурата през първия ден от лечението. След получаване на потвърдителен резултат за *HIV* инфекция /Национална референтна потвърдителна лаборатория по *HIV*/ пациентът е насочен към Клиника по инфекциозни болести на УМБАЛ „Свети Георги“ Пловдив, МУ Пловдив за регистрация, допълнителни изследвания, лечение и проследяване.

Резултати от първите изследвания: брой на $CD4^+=327$, $VL\ 41\ 983\ copies/ml$, както и висок титър на антитела срещу токсоплазма.

ОБСЪЖДАНЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Малигненият сифилис не се отличава с агресивни системни прояви, но се отличава с агресивни кожни лезии, развитие на улцерации и некрози [1,3]. Патогенезата на тази форма не е напълно изяснена, но имunosупресията играе важна роля за развитието и. Най-често това са лица с *HIV* инфекция, а в други случаи са налице други подлежащи заболявания като захарен диабет, хепатити, алкохолизъм и др [3].

През 1969 г. *Fisher* [8] предлага критерии за определяне на тази форма на луес:

- 1/ различна микроскопска морфология,
- 2/ високи серологични титри при проведените изследвания,
- 3/ развитие на *Jarisch-Herxheimer* реакция след започване на лечение и
- 4/ много бързо повлияване от провежданото лечение.

В последните години се обсъжда актуализиране на критериите за малигнен сифилис като се предлага да се включат и прояви от други органи и системи [9].

Този случай според нас представлява интерес, защото:

1. Малигненият сифилис в последно време не е рядка форма на заболяването, но рядко се мисли за него.
2. Сифилисът е известен от векове, но все още се нарича „Великият имитатор“ – клиничните прояви изискват широка диференциална диагноза и участието на лекари от различни специалности.
3. Трудни за интерпретация обриви е уместно да бъдат обсъждани от различни специалисти – дерматолози, инфекционисти, ревматолози и др.

Представяме този случай като пример за това, че ако едно заболяване се среща рядко в обществото и по-често само в определени групи лица, това заболяване често може да бъде пропуснато. Затова всеки подобен неясен случай от клиничната практика е добре да бъде обработен с различни видове изследвания и да се консултира с лекари от повече специалности.

СПОНСОРСТВА

Изследването за Маймунска вариола е финансирано от научно-изследователски проект с №КП-06-Н63/13 от 03.07.2023 г. на тема: „Маймунска вариола в България – клинично протичане, път на трансмисия, вирусологичен и молекулярно-генетичен анализ“.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Комитова Р, Чудомирова К, Траянова Е. и сътр. Опасният дует сифилис и *HIV* инфекция. Медицински преглед, 2016; 52(4):57-65.
2. Черкезов Т, Черкезов Д. Ендемичният сифилис в Кърджалийския регион - здравен проблем и социално предизвикателство през XX век. Дерматол и Венерол, 2019(2):24-29.
3. Wibisono O, Idrus I, Djawad K. Malignant Syphilis: A Systematic Review of the Case Reports Published in 2014-2018. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*, 2021; 112(8):725-734.
4. Cripps DJ, McDonald R. Syphilis maligna praecox--the first patient seen at MGH in 1821. *N Engl J Med*, 1977; 296(12):695.
5. Braue J, Hagele T, Yacoub AT. et al. A case of

rupioid syphilis masquerading as aggressive cutaneous lymphoma. *Mediterr J Hematol Infect Dis*, 2015(7):25-26.

6. Rompalo, A. Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of syphilis in the HIV-infected patients <https://www.UpToDate.com>

7. Sukthankar, A. Syphilis, *Medicine*, 2014;

42(7):394-398.

8. Fisher DA, Chang LW, Tuffanelli DL. Lues maligna. Presentation of a case and a review of the literature. *Arch Dermatol*, 1969; 99(1):70-73.

9. Karanfilian KM, Almohssen AA, Kapila R. et al. Malignant syphilis: a new and revised definition. *Int J Dermatol*, 2023; 62(3):369-375.

ИСТОРИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЯ

Уважаеми колеги,

Тази рубрика е открита в списание “Дерматология и Венерология” през 2017 г. и е отворена за всички наши колеги, за български интелектуалци и историци, които желаят да съобщят данни и събития от историята на нашата любима специалност.

В този брой помещаваме статията на известния зоолог, спелеолог и политик Петър Берон за Д-р Васил Берон – баща на основателя на българската дерматология Проф. Богомил Берон. Каква интелектуална мощ откриваме в този родолюбец, лекар, учител и директор на гимназията в Болград, автор на множество книги в областта на зоологията, археологията, логиката, граматиката и др. Д-р Васил Берон прави и първите археологически разкопки във Велико Търново.

Втората статия е посветена на Д-р Димо Бурилков, редактор на редица медицински списания, създател на калолечебницата в Поморие и автор на първите учебници от т.нар. “фелдшерска библиотека” посветени на “Кожните болести” и “Венерическите болести” през 1914 и 1915г.

Третата статия ни връща към Националната конференция по Дерматология и Венерология, проведена в Кърджали през 1967 г.

Коментарите за организацията ѝ, разискваните теми, цифровата характеристика на венерологичната квалифицирана мрежа в Р. България ще бъдат предмет на следващите наши научни форуми.

Поклон пред тези българи, които работиха за развитието и утвърждаването на нашата любима специалност!

*Главен редактор,
Проф. Николай Цанков*

Д-Р ВАСИЛ БЕРОН – ЛЕКАР, ЕНЦИКЛОПЕДИСТ, РОДОЛЮБЕЦ

Петър Берон, дбн
beron@gmail.com

DR VASIL BERON – PHYSICIAN, ENCYCLOPEDIST, PATRIOT

Petar Beron, Dr Sci
beron@gmail.com



Войнишкото село Котел и селата край него – Жеравна, Медвен, Градец, са дали плеяда от възрожденци и знаменити българи. Блясъкът на котленци като Раковски, д-р Петър Берон и съзвездие край тях малко затъмнява хора като Васил Берон, светли умове и не по-малко заслужили.

През 1824 г., когато излиза знаменитият Буквар с различни поучения, в семейството на овцевъда Хаджи Стоян Хаджибончев и Жейна Христова Берон се ражда едно от седемте им деца – Васил. Той се учи в Котел при жеравненеца Райно Попович по нововъведената от него взаимоучителна методика. Учи наизуст Рибния буквар и мечтае да стане като вуйчо си Петър. Момчето помага на баща си с хилядите му овце, слуша разкази за славни българи и е явно, че го влече учението. Майка му вижда това и уговаря д-р Петър Берон и другия му вуйчо Никола да му помагат в този път. Баща му го записва в гръцкото училище на Куру Чешме в Цариград, където слуша лекции по философия, литература, логика, география, физика, химия, учи френски и арабски езици.

През 1842 г. се записва в Ришельовската гимназия в Одеса, която завършва. През 1847 г. се среща в Крайова с вуйчо си д-р Петър Берон, а той го записва студент по медицина в Мюнхен. След два семестъра там Васил се премества във Вюрцбург и след усилен труд представя през 1852 г. дисертацията си върху тетануса и получава званието „Доктор по медицина, хирургия и акушерство“ при един от видните тогава учени проф. Маркус. Специализира във Виена и Берлин, после отива в Париж да даде отчет на своя „духовен баща“ д-р Петър Берон.

За жалост, многото писма между младия и стария д-р Берон изгарят при пожара в къщата на Васил Берон в Търново през 1901 г., заедно със семейните портрети, рисувани от приятеля му Николай Павлович, колекциите на доктора и библиотеката му.

Васил Хаджистоянов приема името Берон по предложение на неговия „вуйка“ (всъщност, правуйчо) д-р Петър Берон. По-старият брат на П. Берон Христо има три деца – търговецът Никола, Петър, от който произтича и нашият род, и Жейна (за която някои пишат, че е сестра на д-р Петър Берон). Всъщност, майката на Васил Хаджистоянов е племенница на известния доктор.

В Букурещ младият доктор Васил си създава добра клиентела. Като избухва Кримската война, той се включва в създаването на български доброволчески отряд от 2 000 души в помощ на руската армия. Надеждата за освобождение на България бързо угасва – Русия изгубва войната.

Васил Берон се премества в Търново, за да участва в борбата срещу гръцкото духовенство и си търси поприще за нови родолюбиви дела. Покрай лекарските си услуги той получава разрешение от властите и започва археологически разкопки на Трапезица на свои разноски.

Същевременно кипи борбата с гръцките владици и гъркоманите. Васил Берон става председател на всички училища в Търново и се бори да се върне българското съзнание, ако не на гъркоманите, то поне на техните деца.

Междувременно се оженва за 16-годишната Мария Кисимова, сестра на известния книжовник Пандели Кисимов. Разбира се, преди това той построява хубава триетажна къща. Мария му ражда 14 деца, от които оцеляват само шест.

Нов етап в живота на Васил Берон настъпва през 1864 г. При него пристига делегация от Болград и го моли да оглави българската Болградска гимназия, заплашена от порумънчване. Според Парижкия договор от 1856 г. Болград се присъединява към Молдавското княжество. За негов каймакам е назначен княз Николай Конаки Богориди, син на котленеца Стефан Богориди. Той издава в Яш хрисовул за откриване в Болград на Народно българско средоточно училище със 7-годишен курс. Д-р Васил Берон приема и за 4 години това българско културно средище става полууниверситет. В дома му отсядат видни българи, между тях и Христо Ботев (кой знае какво са си говорили – Ботев пише, че народът няма нужда от „Логиката“ на Берона, а от оръжие). Всъщност, българите имат нужда и от оръжие, и от Екзархия, и от просвета.

Междувременно Берон отпечатва в печатницата на гимназията капиталния си труд „Човекът в сравнение с другите животни“ (1870). След убийството на д-р Петър Берон (1871), Васил се връща в Търново и продължава разкопките си за материал за книгата „Археологически и исторически изследвания“ (1886). Идва Освобождението, в Търновския конак заседава Учредителното събрание. Васил Берон подписва Търновската конституция, става народен представител и в Първото обикновено народно събрание, но политическите боричкания и низости го отвращават и той своевременно напуска това тресавище. Но изтъкнатият доктор и общественик не е останал извън вниманието на Фердинанд. Той го посещава в дома му и най-безцеремонно иска от доктора да му подари част от колекцията си. Берон ревниво съхранява тези предмети и дава на княза следния отговор: „Съжалявам, Ваше Височество, но тези предмети не са мои. Те са на българския народ, на бъдещия музей. Затова не мога да Ви ги подаря“. Князът напуска къщата вбесен.

Васил Берон изпълнява своите задължения на директор и ръководител на всевъзможни комитети и друга народополезна дейност безплатно, но издаването на новите му научни съчинения „Зоология“ (1880) и други изисква средства, а и отглежда доста деца. Предлага да го назначат на платена работа, но не дочаква това. На 18 май 1901 г., в дома му пламва пожар и всичко изгаря – ръкописи, архиви, цяла стая килими, прикята за момичетата – всичко. Синовете му, полк. Александър Берон и д-р Богомил Берон (бъдещ ръководител на Университетската клиника по Дерматология и венерология при Медицински факултет София и основател и пръв председател на Българското дерматологично дружество през 1923 г.), отвеждат 77-годишния си баща в София, но с дейността му е свършено.

На 9-и октомври 1909 г. д-р Васил Берон умира на 85-годишна възраст.

Както и неговия знаменит вуйчо, д-р Васил Берон е един от най-учените българи на всички времена. Той е владеел много езици – немски, руски, френски, румънски, гръцки, турски, арабски, латински. Писал е в много области, някои от книгите му са първи в България в съответната област – зоология, логика, археология, българо-френска и българо-немска граматика и други. Паметна ще остане работата му като просвещенски деятел в Болград и Търново, участието му в Учредителното събрание, борбите му за българщината. Ще остане и неговият пример на лекар, родолюбец и учен.

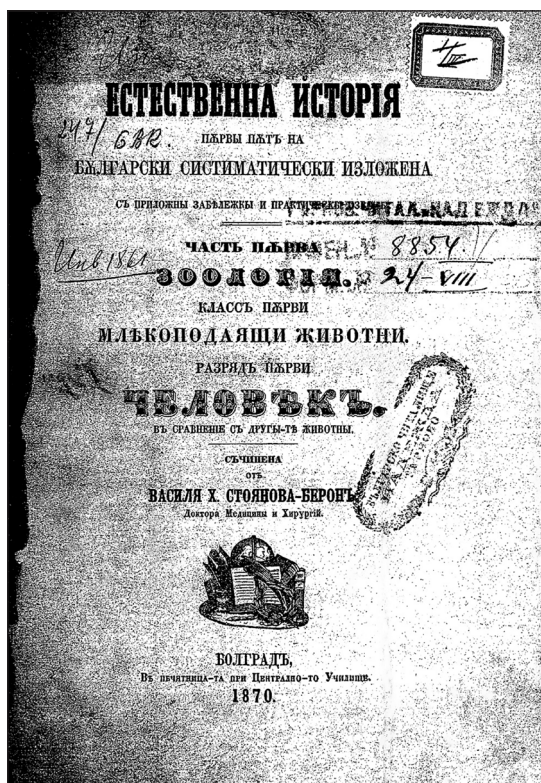
Васил Берон е първият българин – дипломиран лекар, върнал се да работи в поробена Бълга-

рия. Това е нелош пример за мнозина сегашни люде, които заминават далеч от свободното си, макар и бедно, отечество и му обръщат гръб. А д-р Васил Берон е имал много солидно образование и добра клиентела в чужбина, но е чувствал нужда да направи нещо за родината си. И е направил.

Обществената и публицистичната дейност на Васил Берон са изследвани от доста специалисти (А. Андреев, 1970 г., академичния сборник под редакцията на проф. М. Бъчваров, 1990 г., и други). През 1980 г. беше преиздадена и неговата „Логика“, на която са посветени много научни анализи. Анализирана е и първата българска медико-биологична енциклопедия (452 стр.) – „Человек в сравнение с другите животни“ (1870) – най-обемистият труд на доктора. С добрите си познания по сравнителна анатомия и физиология Васил Берон не е могъл да пропусне многото общи черти в строежа на човешкото тяло и това на гръбначните животни и той спокойно нарежда „человека“ между тях. Докторът обаче не става еволюционист и е убеден, че „всичко и всяко едно същество е Божия твар“. Интересно е, че след като разделя единствения вид Човек на 5 „племена“ (Кавказко, Монголско, Малайско, Етиопско и Американско туземно), докторът отбелязва – „народите, що принадлежат към Кавказкото племе, първобитно и най-напред са слезли от кавказките гори“. Според доктора, това „племе“ е най-усъвършенствано в умственото си развитие и от него са произлезли най-образованите хора на земята. Естествено, към тези най-, най-, най-хора се причисляваме и ние, българите, но между нас са се вмъкнали и доста изключения. На места тия изключения са многобройни и така „по-малко завардват кавказкия хубав и благороден тип“ (политически доста некоректно!).

Според доктора, „человек трябва да занимава в естествената история най-първото място, но, за да се избегне всяко едно недоразумение, трябва ясно и точно да се забележи, че естествената история се занимава само с чисто животинската съставна част на човека, т.е. с животинското му смъртно тяло, както и с всичките му други телесни чисто животинни деятельности, явления и потребности, а с другата съставна част на човека – с безсмъртната му душа и с другите му разумни и словесни способности – занимават се други науки“.

За пръв път у нас в тази книга са представени всичките пет класа гръбначни животни, но и десет разреда „млекопитаещи“ животни, като в първия разред „Двуръчни животни“ влиза човекът. Маймуните са вече четвороръчни.



Книгата на Васил Берон е изпълнена с подробни описания на органите на човека и животните и с техните функции. Човек се учудва на познанията на този лекар, на обширната му осведоменост за схващанията на различните европейски учени и школи, явно събрани в чужбина. Той влага и доста критичност в своите описания, изразява своето мнение по много въпроси, прави и определени приноси, които на български не стигат до европейската общественост. Но и двамата с д-р Петър Берон са дължали писанията им да стигнат до проходащата българска наука. Петър Берон малко преди смъртта си е искал да подари мушията си „Скорила“ на Българското книжовно дружество, при условие, че трудовете му се преведат на български. За преводач си е избрал най-подходящия – Васил Берон. Само че злосторници удушават стария доктор и идеята не се осъществява.

Васил Берон от всяка глава прави изводи. Интересно е какво казва за белтъчините: „Ние же Българите наричаме такивато хранителни вещества

„блажни”, т.е. ”добри” (от благ, добър). Нам не е познат някой европейски или какъв да е език, който да назначава месните и други тем подобни яйцебелинни хранителни вещества с едно толкова точно-логическо название, както е нашият Български език”.

Ще завършим с малко неочаквания край на главата за белтъчините и въобще за яденето.

„Работата е начало на телесното, даже и на умственото ни здраве.”

„И, наистина вижда се, че според туй физиологическо начало, оние човеци, или оние народи, що работят усърдно и с прилежание, са въобще нравствено много по-добри от оние, що предпочитат един бездейтелен и ленив живот.”

ДИМО ТОДОРОВ БУРИЛКОВ**(01.05.1877 - 08.05.1963)****Лилия Тивчева***liliyativ@gmail.com***DIMO TODOROV BURILKOV****(01.05.1877 - 08.05.1963)****Liliya Tivcheva***liliyativ@gmail.com*

Димо Бурилков е роден в град Малко Търново, в семейството на търговеца Тодор Димов Бурилков и Зорка Бурилкова. Произходът на родовото име Бурилкови е свързан с дядото на Димо Бурилков, който първи в града вместо потури обул панталони, наричани тогава „френски дрехи“, оприличени от малкотърновци на бурило за биене на масло. В рода е запазено и друго предание за произхода на името. Според него Малко Търново е основано от изселените от Велико Търново заедно с Патриарх Евтимий български боляри, един от които е бил и боляринът Бурил (Борил), дал името на рода.

Бащата на д-р Бурилков Тодор е активен участник в църковно-националните борби, а така също е основател и председател на образувания през 1883 г. Български революционен комитет. Поради липса на организация на по-широка основа този първи опит за създаване на революционен комитет в Малко Търново завършва злополучно. През 1886 г. след предателство Тодор Бурилков е убит от турците.

След убийството на бащата, майката Зорка Бурилкова остава вдовица със седем невръстни деца. Тя е основател и първи председател на Женското дружество в Малко Търново, имащо за цел да защитава правата на местните българки от турски посегателства. Грижите по изхранването и образованието на децата лягат изцяло върху нея. С израстването им, преди още да са завършили училище, всяко от тях се включва в издръжката на семейството. По-големите стават учители веднага след завършването на гимназия в околните български села. Две от децата умират още малки, но всичките останали пет завършват висше образование.

Тонка Бурилкова, по мъж Страшимирова, става акушер и същевременно е автор на редица драми и поеми на патриотична тематика. Желю Бурилков е финансист, заместник-председател на Българска народна банка, главен директор на заводите „Чилов“, председател на Съюза на индустриалците. Станка Бурилкова е химик. Д-р Владимир Бурилков е изтъкнат публицист, юрист и политик.

Димо Бурилков следва естествени науки в Одеса, Русия (дн. Украйна). През 1905 г. се завръща в България. След затварянето на Софийския университет "Свети Климент Охридски" (1907 г.) поради демонстрация против княз Фердинанд I Сакскобургготски, учи и завършва медицина с докторат в Лозана (1913 г.). Председател е на Дружеството на прогресивното българско студентство. Доброволец в Балканската война (1912-1913 г.). Работи като лекар в София и участва активно в здравнопросветна и обществена дейност, издава оригинални преводни книги и брошури. Председател е на Съюза на санитарните работници (1919-1939 г.), главен секретар на Дружеството за борба с туберкулозата (1932-1938 г.), председател на Българската въздържателна федерация (1933-1941 г.). Редактира списанията "Народно здраве" (1907-1914 г.) и "Фар на въздържанието"

(1930-1935 г.), както и вестниците "Медицинска мисъл" (1908-1921 г.), "Село" (1925-1928 г.), "Народно здраве" (1927-1931 г.) и "Трезва борба" (1932-1938 г.). Член е на редколегията на списание "Курортно дело" (1930-1946 г.). Създава калолечебницата в Поморие (1927 г.). Член е на ръководството на Радикалната партия и на политическа групировка, известна под името „Петорката“ след 1934 г., а след 9-и септември 1944 г. е в ръководството на опозиционната Радикална партия, която не влиза в Отечествения фронт. Депутат е в XXIII Обикновено народно събрание. За цялата си професионална и обществена дейност е удостоен със званието „народен лекар“. Умира в София на 08.05.1963 г., на 86-годишна възраст.

През годините Димо Бурилков развива активна здравнопросветна дейност, като под негова редакция в поредицата „Фелдшерска библиотека“ на Кооперативна печатница „Гутенберг“ излизат множество заглавия, в това число – „Лекуване на бронхитите“ (1920 г.), „Скъпотията и смъртността“ (1920 г.), „Половите жлези“ (1925 г.), „Организация на родилната помощ у нас“ (1933 г.) и „Заболявания на сърцето от социално гледище“ (1938 г.).

Тези издания стъпват на основата на водещи за времето си чуждестранни ръководства, преведени от д-р Бурилков, и включват множество рецепти за лекарства, които фелдшерите да могат да изготвят и приложат в практиката си. От особено значение за дерматологичната общност са две заглавия – „Признаци, разпознаване и лекуване на кожните болести“ от 1914 г. и „Признаци, разпознаване и лекуване на венерическите болести“ от 1915 г.

В труда си на тема венерическите болести, д-р Бурилков се фокусира върху сифилиса и гонореята (трипер), което отразява социалното значение на тези нозологични единици към онзи момент, а и досега.

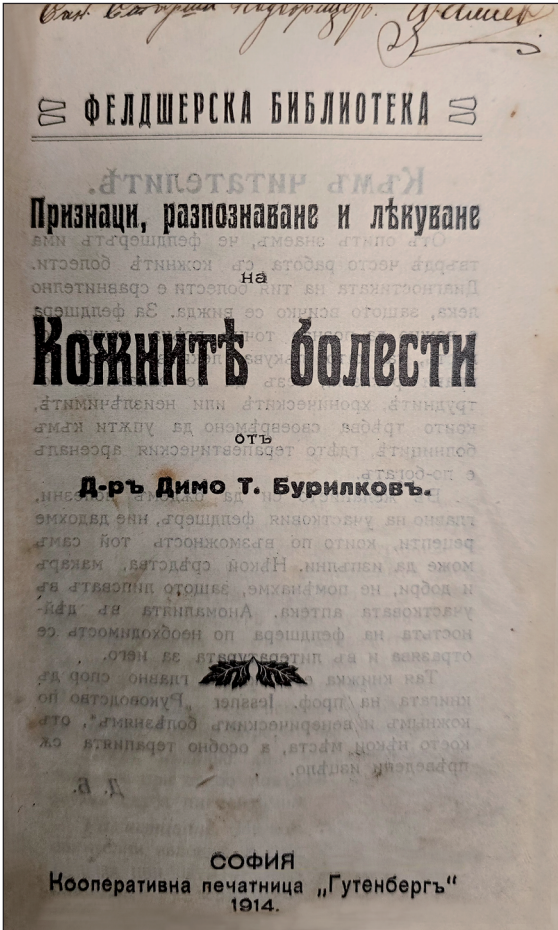
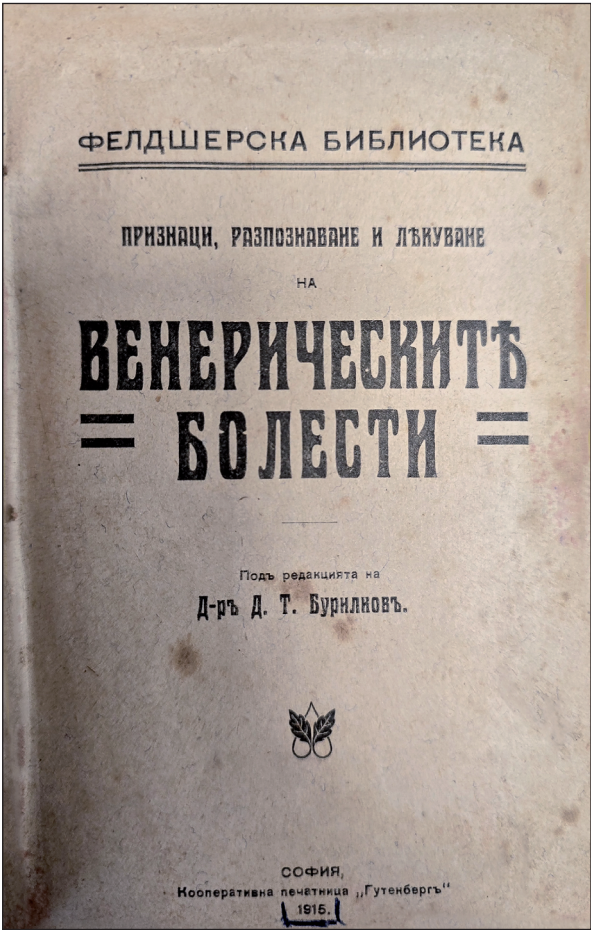
В обръщението си към читателите в началото на ръководството по кожни болести Димо Бурилков пише:

„От опит знаем, че фелдшерът има твърде често работа с кожните болести. Диагностиката на тия болести е сравнително лека, защото всичко се вижда. За фелдшера е важно да познае точно всяка кожна болест, та, като лекува леките, да си направи реклама, без да се залавя за по-трудните, хроническите или неизлечимите, които трябва своевременно да упъти към болниците, където терапевтическият арсенал е по-богат.

В желанието си да бъдем полезни, главно на участъковия фелдшер, ние дадохме рецепти, които по възможност той сам може да изпълни. Някои средства, макар и добри, не споменахме, защото липсват в участъковата аптека. Аномалията в дейността на фелдшера по необходимост се отразява и в литературата за него.

Тая книжка е стъкмена главно според книгата на проф. Iessner „Ръководство по кожни и венерически болести“, от която някои места, а особено терапията са преведени изцяло.”

Д-р Бурилков е наясно, че кожните болести са често срещани в населението и че лекуващите трябва да са добре запознати с тях, за да могат да окажат адекватна помощ според способностите си. В това обръщение е отразено и характерното за тогавашния период мнение, че диагностиката на кожните болести е лека, „защото всичко се вижда“. В днешно време сме се убедили в противното – кожните болести често налагат вглеждане в дълбочина и диагнозата им може да бъде затрудняваща дори за най-подготвения специалист.



НАЦИОНАЛНАТА КОНФЕРЕНЦИЯ „ОСОБЕНОСТИ НА КРАЕВАТА ДЕРМАТОЛОГИЧНА И ВЕНЕРОЛОГИЧНА ПАТОЛОГИЯ”, 21-24.04.1967

Тодор Д. Черкезов*, Димитър Т. Черкезов**

**МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски” - АД, гр. Кърджали*

***Отделение по кожни и венерически болести, МБАЛ „Св. София“, гр. София
dimitarcherkezev@abv.bg*

NATIONAL CONFERENCE “PECULIARITIES OF REGIONAL DERMATOLOGICAL AND VENEREAL PATHOLOGY” – KARDZHALI, 21-24.04.1967

Todor D. Cherkezev*, Dimitar T. Cherkezev**

**MHAT “Dr. Atanas Dafovski” – JSC, Kardzhali*

***Department of Dermatology and Venereology, MHAT “St. Sofia”, Sofia
dimitarcherkezev@abv.bg*

Част първа:

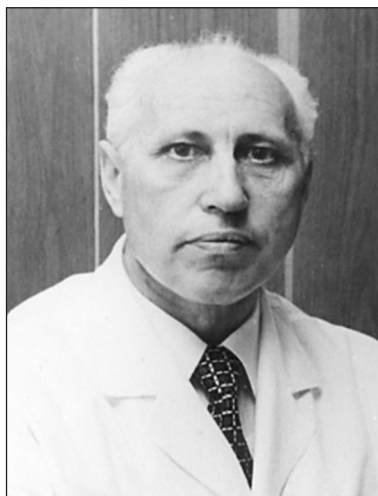
**Преглед на регионалната патология и актуалните задачи
пред диспансерите и отделенията в средата на 60-те години на XX век**

Периодът на 60-те години на XX век се характеризира с налагане на нови форми в структурата, организацията и методите на работа на цялата здравна система в нашата страна. Изградена е мрежа от специализирани лечебни заведения и болнични структури – кожно-венерологични диспансери и кожно-венерологични отделения в 28-те окръга на България. Поставените цели са ясни – овладяване на характерните за регионите заболявания с голяма социална значимост и ограничаване разпространението на заразните кожни и венерически болести.

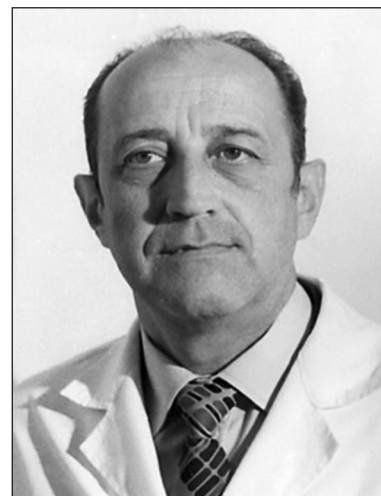
В тази обстановка от 24 до 26 април 1967 г. в гр. Кърджали се провежда Национална конференция под надслов „Особености на краевата дерматологична и венерологична патология” по инициатива и под ръководството на проф. д-р Петър Попхристов – завеждащ Катедрата по кожни и венерически болести във ВМИ-София и ръководител на клиниката в Александровска болница. Домакин на срещата е кожно-венерологичното отделение със завеждащ д-р Тодор Черешев и Окръжната болница в гр. Кърджали с главен лекар д-р Атанас Дафовски. От гр. София в конференцията участват: проф. П. Попхристов, проф. Н. Балева, доц. Г. Мустаков, д-р П. Боцов, д-р Т. Филков, д-р Г. Спиrow, д-р Н. Борова, д-р Ив. Киряков, д-р М. Кутинчев, д-р Н. Тонкин. Присъст-



Проф. П. Попхристов



Д-р Атанас Дафовски



Д-р Тодор Черешев

ват главните лекари на всички кожно-венерологични диспансери и завеждащите отделения от цялата страна. Броят на участниците е 65, без гостите и лекарите от други клинични специалности.

Конференцията е открита от главния лекар на Окръжна болница-Кърджали д-р Атанас Дафовски. В словото си той приветства идеята тази конференция да се проведе в Кърджали – един останал доскоро регион с битов и религиозен консерватизъм, който трудно преодолява белезите на миналото и желае по-бързо да се присъедини към по-напредналите окръзи в страната.

От името на държавното и общинското ръководство на Кърджали поздравление към участниците поднася зам.-председателят на Окръжния народен съвет Кадир Ахмедов. Изказва благодарност към цялата медицинска общност и към организаторите на форума за значимите усилия да заменят невежеството с постиженията на научната медицина.

Встъпително слово произнася проф. Петър Попхристов. Той подчертава необходимостта във всеки регион на страната да се анализира водещата патология и да се набележат приоритетни мерки за справяне с най-разпространените кожни и венерически заболявания. „Изборът на Кърджали не е случаен. Тук, в Кърджалийска област започна битката с масовото разпространение на микозите, тук се проведе мащабно издирване и изкореняване на ендемичния сифилис. Благодарим на д-р Черешев, доволни сме от добрата му работа, но има още какво да се прави в Кърджалийски окръг. Аз съм идвал три пъти в гр. Кърджали и трите пъти видях три различни града. Днес, благодарение на подобрените здравни грижи и активността на властите доказахме, че можем да се справим с масовите заболявания. Но задачите ни не са намалели – работата ни става още по-трудна, но и по-интересна. Ние трябва да видим какво характерно остава в патологията на различните региони и всеки диспансер да насочи усилията си в съответното направление” – подчертава проф. Попхристов.

Конференцията провежда три научни заседания. Първото се ръководи от проф. П. Попхристов. Изслушват се доклади от кожно-венерологичните диспансери в Хасково, Пловдив, Стара Загора, Шумен, Благоевград и Враца. Второто заседание се ръководи от проф. Н. Балева, доклади изнасят ръководителите на диспансери в Русе, Варна, В. Търново, Плевен, Бургас, София-окръг, София-град. Третото заседание се ръководи от доц. Й. Григоров (Варна). Доклад изнася д-р Тодор Черешев, зав. отделение при Окръжна болница Кърджали, а след доклада е направена демонстрация и обсъждане на интересни клинични случаи от местната дерматовенерологична патология.

Следват разисквания и дискусии по изнесените доклади:

Д-р Т. Филков:

„Вече имаме яснота върху разпространението и динамиката на пиломикозите. Забелязва се намаляване на микозите от хуманен тип, докато тези от животински заемат по-голям относителен, а някъде и абсолютен дял. Задачата сега е да се проучат природните източници на дерматофити и връзката им със заболяванията при хора и животни. Диспансерите вече развиват значителна дейност, доста данни се представиха от Кърджали. Проучванията в тази област следва да се разширят и задълбочат”.

Д-р Г. Спиров:

„Смятам, че резултатите от нашата конференция са много добри. Представени бяха достатъчно данни за съставяне на една работна карта, отразяваща структурата на кожните и венерическите болести в България. Никоя друга специалност досега не е направила опит да обхване структурата на заболяемостта и да погледне този въпрос в перспектива. За да се предвидят бъдещите проблеми и да се набележат нови решения, е много важно събираните данни да бъдат достоверни, затова трябва да се обърне внимание и на причинно-следствените фактори: сезонност на заболяванията – изчисляване на сезонен индекс, тенденции в разпространението, влияние на трайно действащи причини при различните заболявания.

След всяка наша конференция си тръгваме с чувство на задоволство, с нови идеи и желание за работа, с усещането, че сме едно голямо семейство, за което най-добре приляга народната поговорка „Сговорна дружина планина повдига”.

Проф. Н. Балевска:

„Обхващането на специфичната патология за всеки регион е трудна задача. Но ние вече сме направили първата крачка. Попълването на празнотите в информацията трябва да продължи.

От тази трибуна искам да Ви съобщя, че през есента на 1969 г. предстои да се проведе Първият конгрес на българските дерматолози, на който могат да бъдат изнесени доклади от настоящия тематичен профил.

Изнесените факти за разпространението на венерическите болести са обезпокояващи. Въпреки че тези болести бележат ръст по целия свят, това не бива да ни служи като единствено обяснение.

Радостен факт е, че кожната туберкулоза е към своя залез. Преди 10-15 години тя беше масово явление в нашата страна.

Накрая искам да изразя голямото си удовлетворение от работата на дерматолозите в цялата страна. Използвам случая да поканя всички колеги, ако имат интерес и възможност да изпратят по 10 болни от окръг с витилиго, невродермит или уртикария за морско климатолечение във филиала на кожната клиника край гр. Бургас”

Доц. Г. Мустаков:

„Тази конференция буди толкова размисли, че трудно могат да се споделят в границите на регламента. Правилно бе насрочена в Кърджали и бе отлично организирана – ръководството на болницата, конкретно д-р Дафовски и д-р Черешев са положили много труд и усилия за добра организация, която е постигната напълно. Изводите от тази конференция, според мен са няколко:

1. Перспективи за развитие на кадрите
2. Ориентиране на клиниката към болестни единици, които да бъдат изучавани пропедевтично от студентите
3. Нужда от обучение на лекарите след вземане на специалността

Всички доклади, които чухме бяха написани с голямо чувство за отговорност и бяха много интересни”.

Доц. Й. Григоров:

„За да могат материалите да бъдат сравними и ползата от тях още по-голяма, предлагам за в бъдеще да се изработи единна номенклатура за класификация на кожните болести, с която да работят всички кожно-венерологични заведения в страната.

Отбелязването в редица доклади на масовото разпространение на скабиеса показва дефекти в нашата работа, които в бъдеще трябва да се избягват.

Данните от изнесените доклади показват, че съществува паралелизъм между гонореята и сифилиса. Все още е голям процентът на източниците на сифилис – хомосексуалисти, които в някои групи достигат до 47%. От друга страна луетиците хомосексуалисти се откриват в по-късен стадий, а голяма част от техните контактни остават неоткрити”.

Д-р П. Боцов:

„Цялото богатство и стойност на изнесеното на тази конференция има смисъл ако се огледаме в специфичната патология по райони, за да насочим диференцирано усилията си на различните места.

За Кърджалийски окръг въпросът за микозите, въпреки успехите, все още стои. Именно затова организирахме тази конференция тук. Необходимо е да се положат усилия както от отделението в Кърджали, така и с помощта на Кожната клиника - София да се нормализира положението и в този окръг”.

В заключителното си слово **проф. Петър Попхристов** обобщава:

„След всяка наша конференция следва да се направят изводи. Едни от тях за ползване в нашата ежедневна работа, други – да се представят на вниманието на Министерството на народното здраве и социалните грижи, а трети да служат като обмяна на добър опит.

Основното в нашата работа е, че ние сме на един начален етап по уточняване структурата на кожната заболяемост.

В бъдещата ни дейност е необходимо доуточняване на данните и ползване на единни източници и ръководства, когато оценяваме факторите на средата – характеристиките на бита, климатичните условия, професионалните вредности.

Трябва да помислим по-задълбочено върху подготовката на студентите и за това как ще посрещнат характерните за всеки район заболявания вече като дипломирани лекари. От отделните доклади стана ясно, че броят на заболялите от пиодермии и скабиес расте. Справянето с това явление е чисто организационен проблем и изисква здравни знания на населението. Терапевтичното поведение е ясно. Същото се отнася за половата възпалителност, съобщена като проблем в един от докладите, което налага изводи за културата и хигиената сред засегнатите групи от населението, но показва и слабости в нашата здравна мрежа.

Слабост във всички доклади бе, че понятието „екзема” не стоеше чисто. Правилно е, ако би могло да се уточни дали се касае за себороична, ендегенна или екзогенна екзема. Също с по-голяма точност трябва да се установи броят на болните от псориазис вулгарис в цялата страна с оглед построяването на санаториум за климатолечение по Черноморието.

В повечето доклади имаше известни празнини, които трябва да се попълнят. Като пример бих посочил фотофакторите, които не са добре диференцирани. Включването на всички форми на уртикарията към алергодерматозите е неправилно – в около 50% от случаите не се касае за алергична уртикария.

В заключение на нашата конференция искам да подчертая значението ѝ за добрата ни информираност и за очертаване на бъдещата ни работа по регионите.

Остават открити много въпроси: определяне статуса на еритематодеса, влиянието на растителните фактори върху кожата, отражението на битовите екзематогенни фактори, подобряване лабораторната диагностика на гонококсията и др. Тези и други проблеми ще бъдат безспорно предмет на бъдещата дейност на нашите кожно-венерологични диспансери и отделения.

Понеже Катедрата по кожни и венерически болести при ВМИ-София няма техническа възможност да издаде през настоящата година отделен сборник с анализ на статистическите данни за дейността на кожно-венерологичните заведения в страната, смятам за целесъобразно да представя някои цифрови данни за 1965 и 1966 година в следващите таблици:

Табл. 1 Кожно-венерологични заведения в страната през 1965 и 1966 г.

ЗАВЕДЕНИЯ	1965 г.	1966 г.
окръжни кожно-венерологични диспансери	12	12
кожно-венерологични отделения и кабинети при болници	71	76
кожно-венерологични отделения и кабинети към централни заведения	3	3
кожно-венерологични клиники	3	3
Всичко:	89	94

Табл.2 Лекарски длъжности през 1965 и 1966 година

ЗАВЕДЕНИЯ	1965 г.			1966 г.		
	по щат	заети	процент	по щат	заети	процент
окръжни кожно-венерологични диспансери	74	69,75	94,2	73,50	71,50	97,3
кожно-венерологични отделения и кабинети	104,50	95,75	91,6	107	105	98,1
кожно-венерологични клиники към ВУЗ	20	20	100	23	23	100
Всичко:	198,5	185,5	94,2	203,5	199,5	98,0

Табл.3 Среден медицински персонал в кожно-венерологичните заведения през 1965 г. и 1966 г.

ЗАВЕДЕНИЯ		1965 г.		1966 г.	
		всичко	процент	всичко	процент
окръжни кожно-венерол. диспансери	по щат	136	100	140	100
	заети	136		140	
кожно-венерологични отделения и кабинети	по щат	107	99,1	114	97,4
	заети	106		111	
кожно –венеролог. клиники към ВУЗ	по щат	65	100	68	100
	заети	65		68	
Всичко:	по щат	308	99,7	322	99,1
	заети	307		319	

Табл.4 Амбулаторна дейност на окръжните к.в диспансери през 1965 г. и 1966 г.

ЗАВЕДЕНИЯ	НАПРАВЕНИ ПОСЕЩЕНИЯ	
	ПРИ ЛЕКАРЯ	
	1965 г.	1966 г.
Благоевград	20 974	22 626
Бургас	31 114	28 602
Велико Търново	25 918	18 347
Враца	27 249	25 419
Плевен	39 227	33 385
Пловдив	25 928	28 131
Русе	73 086	85 720
Стара Загора	24 418	31 722
София-окръг	19 589	22 709
София-град	34 768	47 589
Хасково	19 540	23 439
Шумен	31 007	32 375
Всичко:	372 819	400 034

Табл.5. Открити и привлечени източници на болни от заразни форми на сифилис през 1965 и 1966 години в различните кожно-венерологични заведения

ЗАВЕДЕНИЯ	Болни от сифилис I, II свеж и II рецидива		Открити и привлечени на лечение източници		Процент на привлечените на лечение	
	1965 г.	1966 г.	1965 г.	1966 г.	1965 г.	1966 г.
окръжни кожно- венерологични диспансери	255	277	156	157	61,6	56,6
кожно-венерологични отделения и кабинети	84	128	34	67	40,4	52,3
кожно-венерологични клиники	52	56	18	27	34,6	48,2
Всичко:	391	461	208	251	53,2	54,4

Табл.6. Открити и привлечени на лечение източници на болни от гонорея /остра и хронича/ общо за страната и по видове заведения през 1965г. и 1966 г.

ЗАВЕДЕНИЯ	Болни от гонорея		Открити и привлечени на лечение източници		Процент на привлечените на лечение	
	1965 г.	1966 г.	1965 г.	1966 г.	1965 г.	1966 г.
окръжни кожно-венерол. диспансери	3903	4358	1785	2045	45,7	46,9
кожно-венерологични отделения и кабинети	1662	1777	667	751	40,1	42,3
кожно-венерологични клиники при ВМИ	253	245	102	65	40,3	26,5
Всичко:	5818	6380	2554	2861	43,9	44,8

Накрая искам да благодаря още един път на д-р Дафовски, на д-р Черешев и на всички домакини за образцово организираната национална конференция.”

След завършване на деловата част на конференцията д-р Невена Борова, научен сътрудник от Катедрата по кожни и венерически болести при ВМИ-София, изнася доклад на тема „Проблеми на медикаментозната алергия”, изслушана с внимание и последвана от въпроси и изказвания от широка аудитория – участници в конференцията и лекари от общомедицинската мрежа на Кърджалийски окръг.

Думи на авторите:

Близо четиридесет години след провеждането на Националната конференция по дерматология и венерология в гр. Кърджали впечатлява конструктивният дух и ентусиазмът на организаторите

и участниците. Общото в докладите и дискусиите е мисълта за високата отговорност пред специалността и нейното развитие в конкретните условия и обществени очаквания. Тонът е критичен и самокритичен, с поглед към бъдещето. Усилията са обединени в утвърждаването на амбулаторната, болничната и санаториалната медицинска помощ, в укрепването на дермато-венерологичните структури, а не в разграждането им.

Поклон пред светлата памет на тези бележити български дерматолози и пионери на специалността, *които трасираха пътя, по който днес вървим!*

ЛИТЕРАТУРА

1. Националната конференция „Особености на краевата дерматологична и венерологична патология”-гр. Кърджали, Архивни материали – Окръжна болница Кърджали, 1967.
2. Т. Черешев, Личен архив, 1967.

ХРОНИКА

**ГОДИШНА СРЕЩА НА АМЕРИКАНСКАТА АКАДЕМИЯ ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ,
ОРЛАНДО, 07-11.03.2025 – ГОЛЯМАТА ДЕРМАТОЛОГИЧНА СЛАДКАРНИЦА**

Иван Богданов
iv.bogdanov@gmail.com

**ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY,
ORLANDO, 07-11.03.2025 – THE GREAT DERMATOLOGIC CANDY SHOP**

Ivan Bogdanov
iv.bogdanov@gmail.com



Орландо определено не е най-интересният град в САЩ. Той дори не е най-интересният град във Флорида. Тази година обаче бе може би най-интересното място за около 20 000 дерматолози, делегати на Годишната среща на Американската академия по дерматология. От 6 до 11 март в конгресния център на Ориндж Каунти в Орландо се проведе едно от все още най-добрите дерматологични събития в света. За поредна година стандартите за дерматологична наука се задават от ААД, което ни дава възможност да се запознаем с всичко най-ново в областта на диагностиката и терапията на кожните и венерическите болести.

В последните години усещам у себе си желанието да се спася от вълната нови молекули с все по-екзотични и сложни имена в комфортната практичност не сесиите по дерматохирургия, в които дори да няма някакво революционно ново постижение, човек винаги може да открие по някое практическо бижу, с което да направи практиката си по-лесна, ефективна и комфортна. Тази година акцентът бе върху ергономията и опазването на здравето на самите хирурзи, които често страдат от проблеми с опорно-двигателния апарат, вследствие на неудобните пози, които се налага да заемат.

Все пак трябва да отбележа, че ако има акцент върху нещо тази година, то това е локалната терапия. С години пренебрегвана от големите фармацевтични компании, които се съревноваваха кой ще направи по-скъп и ефективен биологичен медикамент, тази година в тази област определено има ренесанс. Чувствахме се длъжници на хората, чиито заболявания не бяха достатъчно тежки, за да бъдат лекувани със системна и биологична терапия и ето на – фарма-индустрията се взе в ръце и вече имаме множество локални JAK инхибитори, PDE4 инхибитори, tapinarof 1% cream, та дори и локални TNF α и IL-17 инхибитори във фаза 3 на проучвания или готови за пазара. Като цяло възходът на малките молекули освен в системната терапия се пренася и при локалните медикаменти и се появяват много нови индикации.

При системните медикаменти новото е свързано с едно изцяло ново поколение биологични препарати, което стана известно под наименованието “нанотела”. При този вид медикаменти се използват само части от молекулата на антитялото, която има биологична активност и се прибавя епитоп за свързване с албумина, което подпомага разтворимостта и разпространението на медикамента. Очаква се това значително да повиши ефективността на биологичните медикаменти.

Новото в терапията на меланом е разрешителното от FDA на нов клас медикаменти, които се използват при пациенти с липса на ефект от таргетна и имунотерапия. Това е т.нар. тумор-инфилтрираща лимфоцитна терапия (TIL therapy) или клетъчно-базирана терапия, която може да бъде използвана при пациенти с напреднала форма на меланом.

Както винаги си тръгнах от Годишната среща на ААД със смесените чувства на дете, стоящо пред витрината на сладкарница с 5 ст. в джоба. От една страна виждам колко много възможности предоставя съвременната медицинска (сладкарска) наука, а от друга знам, че още дълго няма да можем да си ги позволим у дома... поне докато не пораснем и имаме достатъчно пари да си ги купим (стига да не ни ги забранят заради високите нива на кръвна захар :).



ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ

Изпращането на ръкописите става по електронен път на e-mail: **buldermsociety@gmail.com**

В списанието се публикуват статии, които не са публикувани в други български или чуждестранни списания. Всички статии подлежат на рецензия. Авторите могат да предложат от 1 до 3 рецензенти, като задължително изпращат и техните e-mail адреси. Авторите посочват рубриката, за която считат, че е насочена тяхната статия. Окончателното решение за това може да бъде взето от главния редактор.

СПИСАНИЕ „ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ” ПУБЛИКУВА СТАТИИ В СЛЕДНИТЕ РУБРИКИ

- ▶ Уводни статии;
- ▶ Обзори;
- ▶ Оригинални научни статии;
- ▶ Терапия на кожните болести и болестите, предавани по полов път;
- ▶ Редки клинични случаи;
- ▶ Писма до редакцията;
- ▶ Репортажи и съобщения за предстоящи конгреси, новини от международната дерматологична общност и дейността на БДД.

НАЧИН НА НАПИСВАНЕ НА СТАТИЯТА

Всяка страница от изпратената статия трябва да бъде номерирана, като се започне от заглавната страница. Тя трябва да съдържа:

1. Заглавие на статията на български и английски език
2. Имената на авторите, които са написани както следва: собствено име, инициал на бащино име, фамилно име (Иван П. Великов) на български и английски език
3. Пълен адрес на университетската клиника, болницата, отделението, ДКЦ или частния кабинет на автора на български и английски език. Служебните адреси се отбелязват със звездичка (*), поставена след името на автора. Ако статията е написана от автори, работещи на различни места, адресът на следващия автор се отбелязва с две звездички (**) и т.н.

Пример:

Иван П. Великов*, Иванка К. Пенчева**, Кирил С. Ганев***

* Клиника по дерматология и венерология, МФ, МУ, София

** Клиника по дерматология и венерология, МФ, МУ, Пловдив

*** Отделение по дерматология и венерология, ОБ, Кърджали

Към адресите следва да бъде поставен и e-mail на автора.

ИЗПРАТЕНИТЕ СТАТИИ ТРЯБВА ДА ИМАТ СЛЕДНАТА СТРУКТУРА

1. Заглавна страница
2. Резюме на български и английски език не повече от 250 думи.
3. Ключови думи 3-5. Поставят се след резюметата, съответно на български и английски език.
4. Въведение
5. Материал и методи
6. Резултати
7. Обсъждане на резултатите
8. Библиография
9. Таблицы (номерирани) и заглавията към таблиците се поставят непосредствено след номера на таблицата
10. Фигури (номерирани) и заглавията към фигурите се поставят непосредствено след номера на фигурата

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Имената на авторите.
2. Заглавие на статията,
3. Година; том: начална страница - последна страница.

Пример:

Петров Н, Иванов Н, Иванов Г. Атопичен дерматит. Дерматол и Венерол, 2016; 53: 34-39.
Barband A., F. Granel, How to manage hypersensitivity reactions to biological agents? Eur J Dermatol, 2011; 21: 667-674.

ВСИЧКИ НОМЕРА ОТ БИБЛИОГРАФИЯТА В ТЕКСТА НА СТАТИЯТА СЕ СЛАГАТ В СРЕДНИ СКОБИ.

МОНОГРАФИИ, УЧЕБНИ ПОМАГАЛА И КНИГИ СЕ ЦИТИРАТ ПО СЛЕДНИЯ НАЧИН:

Автор и/или автори. Заглавие. Под редакцията (П/р) на редактор(и). Град, Издателство, Година

Пример:

Дурмишев А, Дурмишев Л, Приложна дерматотерапия. С., Марин Дринов, 2004. (град София се изписва като „С.”)

Manual of Gender Dermatology. Parish L. C., Brenner S., Parish J.L. Editors. London, Jones&Bartlett Learning. 2011.

ГЛАВИ ОТ МОНОГРАФИИ, УЧЕБНИ ПОМАГАЛА И КНИГИ СЕ ЦИТИРАТ ПО СЛЕДНИЯ НАЧИН:

Автор(и). Заглавие В: Редактор(и). Заглавие на монографията, учебно помагало, Книга. Град, Издателство, Година: Страници от-до.

Пример:

Берова Н, Попов Я, Златков Н. Уртикария, Пруриго, Пруритус. В: Никола Ботев-Златков (Редактор), Дерматология и сексуално предавани болести. С., Арсо, 1997:217-234.

Weinstein L, Swartz M. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Zoderman W. jr., Zoderman W, Editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia. Saunders, 1974, 457-472.

Когато авторите на съответните статии, учебници, монографии са повече от трима се цитират имената само на първите трима автори, като се добавя за българските публикации: „и сътр”, а за чуждестранните публикации: „et al.”

ДИСЕРТАЦИИ СЕ ЦИТИРАТ ПО СЛЕДНИЯ НАЧИН:

Автор. Заглавие. Описание на дисертацията (д.м. или д.м.н.) Катедра или Клиника, Факултет или Болница, Град, Година.

Пример:

Иван С. Гроздев., Терапевтични подходи при болни от псориазис. Дис., Д.М. Катедра по дерматология и венерология, МУ, С., 2008.

ТЕХНИЧЕСКИ ИЗИСКВАНИЯ

1. Авторите трябва да изпращат статиите си с монтираните в тях снимки, диаграми, таблици и т.н. като текстови файл във формат „WORD”.
2. Таблици, графики, схеми и др. трябва да са черно-бели и да бъдат изпращани всеки от тях като отделен файл върху отделна страница във формат „WORD”.
3. Наименованията на снимките, таблици, графики, схеми и др. трябва да са същите като тези в текста на статията.
4. Снимките /файловете/ към статиите да бъдат:
 - ♦ снимани само с фотоапарат /желателно във формат „RAW”/. Ако са снимани във формат „JPEG” да са с големина над 1 MB, разделителна способност – 300 ppi и минимум 1120 x 1800 px.
 - ♦ снимките се изпращат в оригинал /без каквато и да било обработка/. Те се изпращат най-късно 30 дни преди датата на издаването на списанието за предпечатна обработка.
5. Авторите не трябва да изпращат файлове във формат „PDF” с вградени снимки, таблици, графики, текстове и др.

© Space Vision, графично оформление, предпечат, печат - 2025.

© Авторите на статиите - 2025.