



LXIV, БРОЙ 2/2025
ISSN 0417-0792

БЪЛГАРСКО ДЕРМАТОЛОГИЧНО ДРУЖЕСТВО

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY



Централна медицинска библиотека



Медицински университет – София

www.bg-derm.org



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 SECRETARIES

Miroslava Kadurina

Snejina Vassileva

ТЕХНИЧЕСКИ СЕКРЕТАР

Иван Богданов

TECHNICAL SECRETARY

Ivan Bogdanov

ТЕХНИЧЕСКИ СЪТРУДНИК

Лилия Тивчева

TECHNICAL ASSISTENT

Liliya Tivcheva

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Гюнтер Бург

Димитър Господинов

Жана Казанджиева

Андреас Кацамбас

Гриша Матеев

Лоурънс Париш

Йоханес Ринг

Андрю Финли

Евгения Христакиева

Румяна Янкова

EDITORIAL BOARD

Günter Burg

Dimitar Gospodinov

Jana Kazandjieva

Andreas Katsambas

Grisha Mateev

Lawrence Parish

Johannes Ring

Andrew Finlay

Evgenia Hristakieva

Rumiana Yankova

СЪДЪРЖАНИЕ

CONTENTS

ОБЗОРИ

КОЖНИ ПРОМЕНИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ
Ивета Венкова, Джемиле Дервиш, Димитър
Малинов, Николай Цанков..... 3

В ПОМОЩ НА ПРАКТИКАТА

ПРЕВОД НА СТАНДАРТИЗИРАНАТА
ДЕРМАТОСКОПСКА ТЕРМИНОЛОГИЯ
НА БЪЛГАРСКИ ЕЗИК
Мирослав Драголов, Бояна Анатолиева, Малена Герговска,
Ива Гаврилова, Карен Мануелян 13

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ЈАК ИНХИБИТОРИ В ТЕРАПИЯТА НА АТОПИЧЕН
ДЕРМАТИТ ПРИ ЮНОШИ
Джемиле Дервиш, Жана Казанджиева, Николай Цанков 23

СТЕАТОЦИСТОМА МУЛТИПЛЕКС
Синтия Христова, Здравка Демерджиева,
Николай Цанков 29

ИСТОРИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЯ

НАЦИОНАЛНАТА КОНФЕРЕНЦИЯ
„ОСОБЕНОСТИ НА КРАЕВАТА ДЕРМАТОЛОГИЧНА
И ВЕНЕРОЛОГИЧНА ПАТОЛОГИЯ” – КЪРДЖАЛИ,
21-24.04.1967 Г.
Тодор Черкезов, Димитър Черкезов..... 32

КОНГРЕСИ И КОНФЕРЕНЦИИ

ДВАДЕСЕТ ГОДИНИ ЗАЕДНО ПО ПЪТЯ
НА ВИСОКИТЕ МЕДИЦИНСКИ ПОСТИЖЕНИЯ
И МЕЖДУНАРОДНОТО СЪТРУДНИЧЕСТВО
В НАУКАТА
Тодор Черкезов 37

ПЪРВИ СИМПОЗИУМ ПО ДЕРМАТОХИРУРГИЯ –
ИЗГРАЖДАМЕ НАЦИОНАЛНА КОЛАБОРАТИВНА
МРЕЖА ЗА ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ
НА КОЖНИ ТУМОРИ
Ива Гаврилова, Гергана Шаламанова 39

КОНГРЕС НА ЕВРОПЕЙСКАТА АКАДЕМИЯ
ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ.
ПАРИЖ, 17-19 СЕПТЕМВРИ, 2025 Г.
Иван Богданов..... 43

ОТЛИЧИЕ ЗА БЪЛГАРСКИ ДЕРМАТОЛОГ

БЪЛГАРСКИ ДЕРМАТОЛОГ С ПРЕСТИЖНА
ЕВРОПЕЙСКА НАГРАДА
Развигор Дърленски..... 46

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ 47

REVIEWS

SKIN CHANGES IN PREGNANCY
Iveta Venkova, Dzhemile Dervish, Dimitar Malinov,
Nikolay Tsankov..... 3

HELPING PRACICE

TRANSLATION OF THE STANDARDIZED
DERMATOSCOPIC TERMINOLOGY INTO
BULGARIAN
Miroslav Dragolov, Boyana Anatolieva, Malena Gergovska,
Iva Gavrilova, Karen Manuelyan..... 13

CLINICAL CASES

JAK-INHIBITORS IN ADOLESCENT ATOPIC
DERMATITIS PATIENTS
Dzhemile Dervish, Jana Kazandjieva, Nikolay Tsankov 23

STEATOCYSTOMA MULTIPLEX
Sintiya Hristova, Zdravka Demerdzhieva,
Nikolay Tsankov..... 29

HISTORY OF THE BULGARIAN DERMATOLOGY

NATIONAL CONFERENCE “PECULIARITIES
OF REGIONAL DERMATOLOGICAL AND VENEREAL
PATHOLOGY” – CITY OF KARDZHALI,
21-24.04.1967
Todor Cherkeзов, Dimitar Cherkeзов 32

CONGRESSES AND CONFERENCES

TWENTY YEARS TOGETHER ON THE PATH
OF HIGH MEDICAL ACHIEVEMENTS
AND INTERNATIONAL COOPERATION
IN SCIENCE
Todor Cherkeзов 37

FIRST SYMPOSIUM ON DERMATOSURGERY –
BUILDING A NATIONAL COLLABORATIVE
NETWORK FOR THE SURGICAL TREATMENT
OF SKIN TUMORS
Iva Gavrilova, Gergana Shalamanova..... 39

CONGRESS OF THE EUROPEAN ACADEMY
OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY.
PARIS, SEPTEMBER 17-19, 2025
Ivan Bogdanov 43

BULGARIAN DERMATOLOGIST’ S AWARD

BULGARIAN DERMATOLOGIST WITH PRESTIGIOUS
EUROPEAN AWARD
Razvigor Darlenski..... 46

INSTRUCTIONS TO AUTORS 47

ОБЗОРИ

КОЖНИ ПРОМЕНИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ

Ивета В. Венкова*, Джемиле О. Дервиш*, Димитър В. Малинов*, Николай К. Цанков*,**

*Амбулатория за специализирана медицинска помощ – груповая практика по дерматология – Клиника ЕвроДерма, София

**Клиника по дерматовенерология, АСК Токуда болница, София

SKIN CHANGES IN PREGNANCY

Iveta V. Venkova*, Dzhemile O. Dervish*, Dimitar V. Malinov*, Nikolay K. Tsankov*,**

*Outpatient Clinic for Specialized Medical Care – Group Dermatology Practice – EuroDerma Clinic, Sofia

**Clinic of Dermatology and Venereology, ASC Tokuda Hospital, Sofia

РЕЗЮМЕ

През бременността организмът на една жена преминава през редица физиологични и патологични промени. Бременността е свързана с хормонални, имунологични и метаболитни отклонения, които се отразяват върху кожата, косата и ноктите. Разграничаването на различните състояния е ключово за добрата дерматологична практика. Представяме най-честите физиологични и патологични дерматологични промени по време на бременност, тяхната патогенеза, клинични прояви и подходи за диагностика и поведение.

Ключови думи: бременност, кожни промени, мелазма, акне, съдови промени, стрии

ABSTRACT

During pregnancy, the female body undergoes a number of physiological and pathological changes. Pregnancy is associated with hormonal, immunological, and metabolic alterations that affect the skin, hair, and nails. Differentiating between these conditions is essential for good dermatological practice. We present the most common physiological and pathological dermatological changes during pregnancy, their pathogenesis, clinical manifestations, and approaches to diagnosis and management.

Key words: pregnancy, skin changes, melasma, acne, vascular changes, stretch marks

ВЪВЕДЕНИЕ

Бременността е уникално физиологично състояние, при което организмът на жената претърпява значителни анатомични, хормонални, имунологични и метаболитни промени. Част от тях се проявяват върху кожата, косата и ноктите. Физиологичните изменения като хиперпигментации, съдови промени, стрии и промени в космения и нокътния растеж са чести и предсказуеми. Специфичните дерматози на бременността се срещат по-рядко, но могат да имат клинична значимост както за майката, така и за плода.

Правилното разграничаване между безобидни физиологични промени и дерматологични състояния, които изискват диагностика и лечение, е от съществено значение за добрата дерматологична практика. Същевременно някои предшествващи дерматози могат да променят хода си по време на бременност, като се обострят или влизат в ремисия, което допълнително усложнява клиничната картина.

КЛИНИЧНИ ПРОЯВИ

Пигментационни промени

Мелазма (*Melasma*, *Chloasma gravidarum*)

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Мелазмата, известна още като „маска на бременността“, се проявява при 15-50% от

жените. Наблюдава се по-често при лица с по-висок фототип по Fitzpatrick (III–VI). Също, мелазмата може да бъде идиопатична или провокирана при прием на контрацептиви, фотосенсибилизиращи медикаменти или развитие на естроген-секретиращи тумори. Често е усилена при излагане на слънце. [1]

Патогенеза:

Мелазмата представлява придобита меланодермия, под влияние на хормонална стимулация на меланоцитите от естроген, прогестерон и меланоцит-стимулиращ хормон (MSH), които повишават производството на меланин в кожата. [3]

Клинични прояви:

Мелазмата се проявява със симетрични хиперпигментни макули по лицето, които могат да конфлуират помежду си. Най-честата локализация е по бузите, челото и над горната устна. Обикновено избледнява напълно след бременност, но може да персистира и по-дълго. [3]

Лечение:

Превенцията включва строга слънцезащита (SPF 50+). Лечението се провежда с локални депигментиращи средства като витамин А и азелаинова киселина, витамин С, химичен пилинг и лазерни манипулации. Употребата на хидрохинон като локално средство трябва да бъде строго проследявана за потенциални странични реакции. [2]

Линия на бременността (*linea nigra*)

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Линията на бременността (*linea nigra*) представлява потъмняване на средната линия на корема (*linea alba* → *linea nigra*). Среща се при 70–90% от бременните жени и е по-силно изразена при фототипове IV–VI.

Клинични прояви:

Обикновено потъмняването се появява през втория триместър и прогресира до края на бременността. След раждането *linea nigra* постепенно избледнява и при повечето жени се връща към нормалния си тон в рамките на няколко месеца. Промяната е напълно физиологична. [4]

Физиологично потъмняват и ареолите на гърдите, вулвата и аксилите, както и вече съществуващи белези, лунички и бенки. Някои жени могат да забележат засилване на ефелидите или невусите.

Акне при бременност (*Acne gravidarum*)

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Акне вулгарис е хронично възпалително кожно състояние, което често се среща при жени по време на бременност. Счита се, че до 42% от бременните жени страдат от акне, като при по-голямата част от тях състоянието е съществувало още преди бременността. [5]

Акнето по време на бременност обикновено е най-тежко през втория и третия триместър. Потенциалните рискови фактори, свързани с тежко акне по време на бременност, включват млада възраст (≤ 25 години), първа бременност, предишна нередовна менструация, синдром на поликистозни яйчници, високо тегло на майката и ниско тегло на плода, както и женски пол на плода. [5]

Патофизиология:

По време на бременността хормоналните и метаболитни промени значително допринасят за развитието на акне. Повишените нива на прогестерон и естроген, заедно с увеличеното производство на андрогени (като дехидроепиандростерон сулфат), стимулират активността на мастните жлези, водейки до засилено отделяне на себум. Излишният себум създава среда, благоприятна за размножаването на *Corynebacterium acnes*, което може да предизвика възпаление. Едновременно с това хормоналните промени могат да доведат до хиперкератинизация на пилосебацейните фоликули, причинявайки запушване на порите и образуване на комедони. Тези комбинирани ефекти – себорея, оклузия на фоликулите, бактериална колонизация и възпаление – отразяват класическата патогенеза на акне, но могат да бъдат засилени или провокирани по време на бременността поради специфичния хормонален профил. Най-често засегнатите зони са по лицето, гърдите и гърба. [6]

Клинични прояви:

Клиничната проява на заболяването включва различни видове кожни лезии. Те могат да бъдат класифицирани като първични невъзпалителни лезии (микрокомедони, затворени комедони, отворени комедони), вторични възпалителни лезии (папули, пустули, нодули, кисти, абсцеси), както и постинфламаторни изменения и белези. Тежестта на акнето може да варира – от единични, разпръснати комедони и много малко на брой папули и пустули до по-интензивни възпалителни промени с наличие на нодули или кисти. [7]

Диагноза:

Диагнозата на акне при бременни жени се основава главно на клиничния преглед и оценка на кожните лезии. Обикновено не са необходими специфични лабораторни изследвания, освен ако се подозира свързано хормонално нарушение или друго заболяване. Лабораторните изследвания са полезни при съмнение за хормонален дисбаланс и други дерматологични състояния, които могат да имитират или влошат акнето. Те могат да включват определяне на нивата на андрогени (например тестостерон, дехидроепиандростерон сулфат), с цел изключване на ендокринни причини за тежко или трудно повлияващо се лечение. [7]

Диференциална диагноза:

Трябва да се има предвид диференциална диагноза с полиморфна екзема на бременността (PER), сърбящ фоликулит на бременността (PFP), розацея, периорален дерматит, лекарствено индуцирани акнеформни обриви и фоликулит. Правилното разграничаване е важно, тъй като терапията при тези състояния се различава.

Лечение:

Локалната терапия включва препарати, съдържащи бензоил пероксид, азелаинова киселина, клиндамицин, еритромицин, метронидазол са безопасни опции за лечение на акне по време на бременност.

Системната терапия включва орални макролиди (като еритромицин и азитромицин),

цефалексин или цефадроксил, амоксицилин, азитромицин и кортикостероиди могат да се разглеждат като вторични опции за лечение на тежкопротичащо акне при бременни жени.

Хормоналната терапия, антибиотици като тетрациклини, ко-тримоксазол и флуорохинолони, както и оралните и локални ретиноиди трябва да се избягват по време на бременност. [8]

Хиперхидроза (*Hyperhidrosis*)**Анамнеза и предразполагащи фактори:**

Хиперхидрозата представлява увеличено потоотделяне и се свързва с хормонални, метаболитни и циркулаторни промени по време на бременността. Повишените нива на естроген и прогестерон стимулират потните жлези, а увеличеният метаболизъм и сърдечен дебит водят до по-интензивно изпотяване. Бременността също води до увеличаване на теллото, което допълнително повишава телесната температура.

Клинични прояви:

Най-често се наблюдава по дланите, стъпалата, подмишниците и лицето, но понякога обхваща и цялото тяло. Обикновено симптомите намаляват или изчезват след раждането. [9]

Лечение:

За облекчаване на състоянието се препоръчват: използване на леки, дишащи дрехи, добра хигиена и избягване на силни физически натоварвания.

По време на бременност се избягват инвазивни методи за лечение на хиперхидроза, като инжектиране на ботулинов токсин.

Текстура и еластичност на кожата**Стрии (*Striae gravidarum*)****Анамнеза и предразполагащи фактори:**

Striae gravidarum (SG) са типични дермални лезии по време на бременност. В литературата честотата на SG е до 90% от бременните жени. Младата възраст на майката и наддаването на тегло по време на бременност са свързани с образуването на SG, докато теллото на плода, гестационната възраст при раждане и фамилен анамнез за SG са свързани със средни и тежки форми на стрии.

Клинични прояви:

SG се делят на striae rubrae (SR) – червени/лилави и плоски или леко изпъкнали, появяващи се в началния стадий, и striae albae (SA) — бели стрии в късния стадий, причинени от намаляване на меланина и атрофия. Често се локализируют по корема, гърдите, седалището и бедрата. [10]

Патофизиология:

Патогенезата на SG не е напълно изяснена, но преобладаващото мнение е, че тя е свързана с промени в компонентите на екстрацелуларния матрикс (ЕСМ), включително фибрилин, еластин и колагени. При пациенти със SG се наблюдава повишено съдържание на гликозаминогликани и значително намаление на вертикалните фибрилови влакна под дермоепидермалната връзка и еластичните влакна в дермата. Ориентацията на еластиновите и фибрилови влакна в дълбоката дерма е променена. В ранните стадии на SG еластиновата мрежа е силно нарушена, а новосинтезираните трополастинови фибрили са тънки и дезорганизирани, поради което не функционират като нормалните еластинови влакна, което води до отпускане на кожата. Заедно със значителното разделяне на колагеновите снопчета, новите дезорганизиращи колагенови фибрили не могат да възстановят колагеновите снопчета поради интензивното опъване на кожата, което води до атрофия на SG. [11]

Диференциална диагноза:

Диференциалната диагноза включва линейна склеродермия (морфея), lichen sclerosus et atrophicus, други кожни белези, както и кожни промени при синдроми като синдром на Cushing, еклампсия и прием на кортикостероиди.

Лечение:

Няма доказани методи за пълна профилактика на стрии по време на бременност. Въпреки това поддържането на здравословно телло, добрата хидратация и използването на емолиенти могат да намалят тежестта на състоянието. След раждането могат да се използват локални

ретиноиди, кортикостероиди, лазерни терапии (Intense Pulsed Light (IPL), Erbium Fractional Laser (Er:YAG), Ablative CO₂ Laser, Picosecond Laser, Long-pulsed Alexandrite Laser) и химични пилинги за изсветляване на стриите. Други методи включват радиочестотна терапия, микроиглена терапия и PRP. Съществуват литературни данни за по-добър терапевтичен ефект при комбиниране на методите. [12]

Пруритус (*Prurigo gestationis*)

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Пруритус по време на бременност е често срещан симптом, който може да се появи във всяка фаза на бременността, но най-често се проявява през третия триместър. Сърбежът може да бъде свързан с физиологични промени в кожата, хормонални колебания и метаболитни адаптации. В някои случаи той е първият признак на специфични дерматози като PUPPP или обструктивна холестаза на бременността, които изискват специално внимание и лечение.

Предразполагащи фактори:

Хормонални промени: Повишени нива на естроген и прогестерон влияят върху кожната бариера и могат да причинят сухота и сърбеж.

Кожни промени: Разтягането на кожата и ксерозата често водят до усещане за сърбеж.

Обструктивна холестаза на бременността: Системно заболяване, свързано с жлъчни нарушения, което често причинява силен сърбеж, особено по дланите и стъпалата.

Предишни кожни заболявания: Лица с анамнеза за atopичен дерматит или други хронични кожни заболявания могат да имат повишен риск от сърбеж по време на бременност.

Психологически фактори: Стрес и тревожност могат да усилят възприемането на сърбежа.

Други външни фактори: Горещи вани, използването на агресивни сапуни или климатични условия (студен или сух въздух) могат да влошат симптомите. [13]

Клинични прояви:

Сърбежът по време на бременност се характеризира основно с усещане за сърбеж, което може да бъде генерализирано или локализирано, например по дланите и стъпалата при обструктивна холестаза на бременността. При някои форми сърбежът се проявява без видими кожни промени. Специфичните дерматози на бременността, като PUPPP, се проявяват с еритематозни, уртикариални или папулозни обриви. Сухотата на кожата често допринася за по-силния сърбеж, който обикновено се засилва вечер и през нощта.

Диференциална диагноза:

По време на бременността пруритусът може да съпътства състояния с първични кожни лезии като полиморфна ерупция на бременността (PER), атопична ерупция на бременността (AEP), гестационен пемфигоид и пустулозен псориазис на бременността. От друга страна, първични кожни лезии не се наблюдават при психогенни разстройства, системни и неврологични заболявания, бъбречни и чернодробни аномалии, ендокринни нарушения, желязодефицитна анемия, злокачествени и ревматични заболявания, лекарствени реакции, системни инфекции, суха кожа или ксероза, както и при интрахепатална холестаза на бременността.

Лечение:

Използват се хидратиращи средства и емолиенти за суха кожа. За облекчаване на сърбежа се използват антихистамини като лоратадин и цетиризин, които са безопасни както по време на бременност, така и при кърмене. Локални кортикостероиди като хидрокортизон могат да се прилагат при възпалителни кожни лезии, но с повишено внимание и върху минимална площ. При тежки случаи на полиморфна ерупция или гестационен пемфигоид лечението може да включва системни кортикостероиди или имunosупресори, но тези медикаменти трябва да се използват само под строг медицински контрол по време на бременност и лактация. При интрахепатална холестаза стандартното лечение е урсодезоксихолева киселина. [14]

Сухота (*Xerosis cutis*)**Анамнеза и предразполагащи фактори:**

Xerosis cutis се среща често по време на бременност, но е важно да се разграничи от други дерматологични състояния, тъй като някои дерматози на бременността могат да носят рискове за майката или плода. Основните фактори, допълващи оценката на кожната сухота, включват началото на симптомите, локализацията на сърбежа, морфологията на лезиите и утежняващите или облекчаващи фактори.

Клинични прояви:

Характеризира се с груба, лющеща се и напукана кожа, често придружена от сърбеж. Най-засегнати са кожни участъци с по-малко мастни жлези – краката, ръцете, страничните части на тялото и долната част на гърба. Могат да се появят еритем, линейни ексориации, десквамация.

Патофизиология:

Ксерозата по време на бременност се дължи основно на хормонални промени и нарушена кожна бариера. Повишените нива на естроген и прогестерон влияят на липидния състав на епидермиса, като намаляват задържането на вода и водят до повишена трансепидермална загуба на вода (TEWL). Намалената продукция на себум, механичното разтягане на кожата и външни фактори (напр. студено време, често къпане) допълнително влошават състоянието. [15]

Диференциална диагноза:

При бременни жени с оплаквания от суха и сърбяща кожа е важно да се разграничат други състояния, които могат да имитират ксероза. Диференциалната диагноза включва: атопична ерупция на бременността, полиморфна ерупция на бременността, интрахепатална холестаза на бременността, гестационен пемфигоид, прурито на бременността, контактен дерматит, ихтиоза, системни заболявания (напр. диабет, хипотиреоидизъм, хронична бъбречна недостатъчност).

Лечение:

Основният подход при лечението на сухота по време на бременност включва поддържане

на добра хидратация на кожата чрез употреба на емолиенти, които съдържат серамиди, хиалуронова киселина и мастни киселини. Препоръчва се да се избягват горещи душеве и агресивни сапуни, както и да се използват меки почистващи продукти. При по-силно изразен сърбеж могат да се прилагат локални кортикостероиди с ниска до средна потентност, като винаги се съобразява безопасността за бременната и плода. Използването на антихистамини е възможно при силен сърбеж. Важно е да се осигури правилна грижа за кожата, за да се намали рискът от допълнително увреждане и инфекции. [15]

Съдови промени по време на бременност

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Съдовите промени са резултат от хормоналните и хемодинамични адаптации по време на бременността. Повишените нива на естроген и прогестерон водят до дилатация на капилярите и вените, докато увеличеният плазмен обем причинява венозен застой. Рискови фактори са фамилна анамнеза, наднормено тегло и продължително изправено положение [16, 17].

Клинични прояви:

Най-честите прояви включват spider angiomas, palmar erythema, варикозни вени и granuloma pyogenicum. Тези изменения обикновено влизат в обратно развитие спонтанно след раждането [16, 17].

Диагноза:

Диагнозата е клинична, потвърждавана при нужда с дерматоскопия. Биопсия се прави само при атипични лезии.

Диференциална диагноза:

Капилярни хемангиоми, телеангиектатични невуси, псевдоангиоматозна хиперплазия и меланом.

Лечение:

Обикновено не се изисква лечение. Препоръчва се компресивна терапия при варикозни вени. Granuloma pyogenicum може да се отстрани хирургично при необходимост [16].

Промени в косата по време на бременност

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Космените промени са резултат от хормоналните колебания по време на бременността. Повишените нива на естроген удължават анагенната фаза на растеж на косъма, което води до намалено опадане. След раждането, при рязък спад на естрогена, често се развива реактивен телогенен ефлувиум [17, 18].

Клинични прояви:

По време на бременността косата става по-гъста и лъскава. След раждането може да настъпи дифузен косопад (postpartum telogen effluvium), който обикновено започва 2–4 месеца след раждането и трае до 6–12 месеца [18].

Диагноза:

Диагнозата се базира на анамнезата и клиничния преглед. Трихоскопия може да потвърди преобладаването на телогенни косми. Не се налагат лабораторни изследвания освен при подозрение за анемия или хормонален дисбаланс [18].

Диференциална диагноза:

Андрогенна алопеция, дифузна медикаментозна алопеция или системни заболявания.

Лечение:

Не се изисква специфично лечение. Състоянието е самоограничаващо се. Препоръчват се балансирано хранене, избягване на химични процедури и нежна грижа за скалпа. Локална терапия с миноксидил не се препоръчва по време на бременност и кърмене [18].

Промени в ноктите по време на бременност

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Промените в ноктите по време на бременност се дължат на ускорен клетъчен метаболизъм и повишена васкуларизация. Хормоналните промени водят до ускорен растеж, но и до повишена чупливост [17, 19].

Клинични прояви:

Най-честите промени включват onycholysis (отлепване на нокътната плочка), koilonychia

(вдлъбнати нокти), пигментации, надлъжни линии (Beau lines) и ламеларно разслояване на ноктите (onychoschisis). Обикновено тези промени са обратими след раждането [19].

Диагноза:

Диагнозата е клинична. Дерматоскопия може да подпомогне разграничаването от онихомикоза [19].

Диференциална диагноза:

Онихомикоза, псориазис, лихен планус, травматични промени на ноктите.

Лечение:

Не се налага специфично лечение. Препоръчва се поддържане на добра хидратация на ноктите, прием на витамини от група В и биотин, и избягване на продължително излагане на вода и химикали. Локалната терапия с българския препарат Maxi Balm (балсам за нокти) води до добри резултати. При изразени промени терапията се отлага за след бременността [19].

СПЕЦИФИЧНИ ДЕРМАТОЗИ НА БРЕМЕННОСТТА

Съществуват четири основни състояния, специфични за бременността: атопична ерупция на бременността; сърбящи уртикариални папули и плаки на бременността; пемфигоид на бременността; интрахепатална холестаза на бременността.

Атопична ерупция на бременността

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Атопичният обрив по време на бременност (АЕР) е терминът, който се използва, когато по време на бременност настъпват атопични промени по кожата. АЕР обикновено се развива през първата половина на бременността (в 75% от случаите преди третия триместър).

Повечето жени развиват екзематозни промени за първи път по време на бременността (приблизително 80% от случаите на АЕР). Тези пациентки често имат история на чувствителна кожа с тенденция към сухота

и раздразнение (атопична диатеза). Те могат също да имат роднина от първа степен с екзема, астма и/или сенна хрема. Останалите 20% от случаите на АЕР са жени, които вече имат предишна история на екзема, но преживяват влошаване на заболяването по време на бременността.

Клинични прояви:

Основният симптом на АЕР е сърбежът. Той може да бъде толкова силен, че да пречи на съня. Две трети от пациентките имат еритемни, сухи, люещи се плаки по флексорните повърхности (лакътни и коленни сгъвки), лицето, шията, горната част на гърдите; папули и възелчета по екстензорните повърхности на крайниците и туловището. Когато екземата е много активна (по време на „flare-up“), може да се появят малки воднисти везикули по ръцете и стъпалата. [20]

Диагноза:

Основава се на характерна клинична картина, анамнеза за атопия. Обикновено липсват лабораторни отклонения. При част от пациентките – повишен общ IgE. Трябва да бъдат изключени други дерматози.

Диференциална диагноза:

Пемфигоид на бременността (по-късно начало, булозни лезии), полиморфна ерупция на бременността (по-често в трети триместър, започва от стрии и корем). Инфекциозни екзантеми или алергични обриви.

Лечение:

Емолиенти и щадящи хигиенни грижи за кожата. Локални кортикостероиди (ниско до среднопотентни) – първи избор. Антихистамини – за контрол на сърбежа. При тежки случаи – кратък курс на системни кортикостероиди (с внимание).

Прогнозата е добра. Обривите обикновено отзвучават след раждането. Няма риск за плода. Висока вероятност за рецидив в бъдещи бременности. Жените с АЕР имат по-висока вероятност от развитие или влошаване на атопичен дерматит по-късно.

Сърбящи уртикариални папули и плаки на бременността (Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy – PUPPP)

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Силно сърбяща дерматоза, ангажираща кожата на корема, особено в зоните на стриите. Започва обикновено през последния триместър и изчезва след раждането. PUPPP е без съмнение най-честата специфична дерматоза на бременността. Честотата е 1:200 бременни жени. Най-често се среща при първата бременност и много рядко при последващи бременности.

Етиологията е неизвестна, но съществуват теории, според които бързото разтягане на кожата уврежда съединителната тъкан, водейки до възпалителна реакция. Много са факторите, обсъждани в миналото, като асоциации с HLA, чернодробни заболявания и имунни депозити в кожата, които днес не се считат за значими. Бременността с близнаци се смята за рисков фактор.

Клинични прояви:

Сърбящите еритемно-едемни папули и плаки почти винаги се появяват първо в областта на стриите. PUPPP при отсъствието на стрии се среща много рядко. От корема лезиите се разпространяват върху седалището, бедрата, латерално по торса и ръцете. Лицето обикновено не е засегнато. Понякога се наблюдават везикули, но не се развиват булозни лезии. Началото обикновено е през последните 2-3 седмици на бременността и обратно развитие настъпва скоро след раждането. Освен сърбеж няма други симптоми и няма свързани системни заболявания. [21]

Диагноза:

Обикновено стойностите от рутинните лабораторни изследвания са в референтни граници при пациенти с PUPPP. При поставяне на диагнозата трябва да се оцени интензитетът на сърбежа, тъй като лечението е основно симптоматично. Теглото на майката и растежът на плода трябва да се проследяват през хода на бременността. PUPPP не се смята за показание за ранно родоразрешение.

Диференциална диагноза:

Важно е да се изключи уртикариален пемфигоид на бременността, тъй като клиничните прояви могат да се припокриват. Пемфигоидните лезии обикновено имат по-ранно начало и често засягат пъпа, съпроводени с данни за положителна имунофлуоресценция от перилезионална кожа. При екзема пациентите обикновено имат лична или семейна анамнеза за атопия, а обривът се характеризира със сърбящи еритематозни лезии по сгъвките на кожата. Лекарствени обриви, уртикария или вирусни екзантеми също могат да бъдат в диференциалната диагноза.

Лечение:

Системна терапия обикновено не е необходима, но могат да се използват седращи антихистамини, тъй като зрелият плод не е изложен на почти никакъв риск. Системни кортикостероиди се прилагат само при тежки случаи.

Локални средства с цинков оксид или такива, съдържащи анестетици (полидокаин), могат да се използват, както и локални кортикостероиди с ниска потентност. [22]

Пемфигоид на бременността (*Pemphigoid gestationis*)

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Рядко автоимунно, свързано с бременността, заболяване. Засяга приблизително 1:50 000 бременности. Често започва във втория или третия триместър, но може да се появи и веднага след раждането. Наблюдава се при жени с анамнеза за автоимунни заболявания или предишен пемфигоид на бременността при предишни бременности.

Клинични прояви:

Първоначалният симптом обикновено е силен сърбеж по кожата на корема. По-късно се появяват уртикариални плаки около пъпа. Те обикновено прогресират към болезнени булозни лезии, които могат да обхванат крайниците и туловището.

Патофизиология:

Специфичен фактор, наречен PG фактор, който представлява имуноглобулин тип G (IgG) в кръвта, се свързва с BP-180 протеин,

разположен в базалната мембрана на кожата, водейки до увреждане на тъканта и образуване на мехури. Обичайната функция на BP-180 е да свързва епидермиса с дермата, затова разкъсването при мехурите се случва именно в базалната мембрана.

BP-180 протеинът се среща и в плацентата. Именно плацентата предизвиква автоимунния отговор, което обяснява защо заболяването започва по време на бременност.

Диагноза:

Основава се на клиничната картина, биопсия с индиректна и директна имунофлуоресценция.

Диференциална диагноза:

Атопичен дерматит, уртикария на бременността, булезен пемфигоид, гестационен пруритус, полиморфен обрив на бременността.

Лечение:

При леки случаи – локални кортикостероидни кремове и антихистамини за сърбеж. Среднотезки до тежки случаи – системни кортикостероиди (преднизолон). При липса на отговор от системни КС – Azathioprine, Ciclosporin, интравенозен имуноглобулин. След раждането обикновено се наблюдава спонтанно подобрение, но понякога болестта може да рецидивира при следваща бременност или при менструации. [20]

Интрахепатална холестаза на бременността (*Cholestasis intrahepatica gravidarum*)

Анамнеза и предразполагащи фактори:

Това е заболяване на черния дроб, което причинява силен сърбеж в късните етапи на бременността. Холестазата се среща при приблизително 1–2 на 1000 бременности. Предразполагащи фактори са фамилна обремененост, многоплодна бременност, предшествашо чернодробно заболяване. Повишените нива на естроген и прогестерон по време на бременност влияят на способността на черния дроб да транспортира жлъчния сок, който се натрупва в кръвта, а това може да предизвика силен сърбеж.

Клинични прояви:

Основният симптом е интензивен генерализиран пруритус, по-силно изразен по дланите и стъпалата, особено вечер. Често без първични кожни лезии могат да се наблюдават вторични ексориации от разчесване. По-рядко – иктер, тъмна урина, светли изпражнения, отпадналост и липса на апетит.

Диагноза:

Поставя се на базата на клиничната картина (пруритус без обрив) и лабораторните данни: повишени серумни жлъчни киселини, повишени серумни трансаминази (ALT, AST), леко повишение на билирубина, изключване на други чернодробни заболявания.

Диференциална диагноза:

Вирусни хепатити, жлъчнокаменна болест, прееклампсия / HELLP синдром, други причини за пруритус по време на бременността (атопичен дерматит, пемфигоид на бременността, уртикария).

Лечение:

Урсодезоксихолева киселина (UDCA) – първа линия, подобрява симптомите и намалява серумните жлъчни киселини. Антихистамини – ограничен ефект, само частично облекчават сърбежа. Емолиенти и охлаждащи локални средства – за симптоматичен комфорт. При тежки случаи – обсъждане на индукция на раждане около 37–38-а гестационна седмица, поради риск от вътреутробна загуба. [20]

Симптомите обикновено отзвучават след раждането. Съществува висок риск от рецидив при следваща бременност, както и риск от развитие на холелитиаза или чернодробни заболявания по-късно в живота.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Zhao L, Fu X, Cheng H. Prevention of Melasma During Pregnancy: Risk Factors and Photoprotection-Focused Strategies. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2024;17:2301-2310.
2. Gan C, Rodrigues M. An Update on New and Existing Treatments for the Management of Melasma. Am J Clin Dermatol. 2024; 25(5):717-733.

3. Ali L, Al Niaimi F. Pathogenesis of Melasma Explained. *Int J Dermatol*, 2025; 64(7):1201-1212.
4. George AO, Shittu OB, Enwerem E, Wachtel M, Kuti O. The incidence of lower mid-trunk hyperpigmentation (linea nigra) is affected by sex hormone levels. *J Natl Med Assoc*. 2005; 97(5):685-688.
5. Kurzeja J, Maciejewska D, Bartczak M. et al. Acne vulgaris during pregnancy – management ensuring both maternal and fetal safety. *Eur J Clin Exp Med*, 2024; 22(3):646–652.
6. Yaghi A, Baboun N, Keri J. Acne and Pregnancy: A Clinical Review and Practice Pearls. *Cutis*. 2024.
7. Ly S, Kamal K, Manjaly P. et al. Treatment of Acne Vulgaris During Pregnancy and Lactation: A Narrative Review. *Dermatology and Therapy*, 2022; 13:115–130.
8. Smith R, Murphy R. Pregnancy Dermatoses: Diagnosis and Management. *Am J Clin Dermatol*, 2019; 20(3):351–366.
9. Dunford LJ, Radley K, McPhee M. et al. Setting research priorities for management and treatment of hyperhidrosis: the results of the James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *Clin Exp Dermatol*. 2022; 47(6):1109-1114.
10. Gupta SN, Madke B, Ganjre S, et al. Cutaneous Changes During Pregnancy: A Comprehensive Review. *Cureus*, 2024; 16(9): e69986.
11. Huang Q, Xu LL, Wu T, Mu YZ. New Progress in Therapeutic Modalities of Striae Distensae. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;15:2101-2115.
12. Zhu CK, Mija LA, Koulmi K et al. A Systematic Review on Treatment Outcomes of Striae. *Dermatol Surg*, 2024; 50(6):546-552.
13. Govrin-Yehudain Y, Wainstock T, Sheiner E et al. Maternal pruritus gravidarum and its long-term effect on dermatological morbidity in the offspring. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023; 37(4):587–593.
14. Shrikhande LA, Kadu PP. Pruritus in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol (India)*, 2024; 74(1):12-21.
15. Barco D, Gimenez-Arnau A. Xerosis: A dysfunction of the epidermal barrier. *Actas Dermosifiliogr*, 2008; 99(10):671–682.
16. Bean WB. Vascular changes of the skin in pregnancy; vascular spiders and palmar erythema. *Surg Gynecol Obstet*. 1949; 88(6):739–752.
17. Polnikorn N. Physiologic skin changes in pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 2019; 102(3):322–329.
18. Mirmirani P. Hair changes in pregnancy. *Clin Dermatol*, 2015; 33(3):317–321.
19. Khunger N, Pahwa P. Nail changes and disorders in pregnancy. *Int J Womens Dermatol*, 2022; 8(2):68–174.
20. Sävervall C, Sand FL, Thomsen SF. Dermatological Diseases Associated with Pregnancy: Pemphigoid Gestationis, Polymorphic Eruption of Pregnancy, Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy, and Atopic Eruption of Pregnancy. *Dermatol Res Pract*. 2015:979635.
21. Chouk C, Litaïem N. Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy. 2023 Jul 31. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
22. Ohlinger R, Seidlitz A, Volgmann T. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPPP) – a case report. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2003;207(3):107-109.

В ПОМОЩ НА ПРАКТИКАТА

ПРЕВОД НА СТАНДАРТИЗИРАНАТА ДЕРМАТОСКОПСКА ТЕРМИНОЛОГИЯ НА БЪЛГАРСКИ ЕЗИК

Мирослав Н. Драголов*, **, Бояна Т. Анатолиева*, Малена Й. Герговска****,
Ива И. Гаврилова*****, Карен Л. Мануелян***

**Клиника по кожни и венерически болести, УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“, Стара Загора*

***Университет “Проф. Д-р Асен Златаров”, Медицински факултет, Бургас*

****Онкологичен център в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, Плевен*

*****Дерматологична клиника “Евродерма”, София*

******Клиника по онкодерматология в УСБАЛО “Проф. Иван Черноземски”, София
dr.mdragolov@gmail.com*

TRANSLATION OF THE STANDARDIZED DERMATOSCOPIC TERMINOLOGY INTO BULGARIAN

Miroslav N. Dragolov*, **, Boyana T. Anatolieva*, Malena Y. Gergovska****,
Iva I. Gavrilova*****, Karen L. Manuelyan***

**Dermatology and Venereology Clinic, “Prof. Dr. Stoyan Kirkorovich” Hospital, Stara Zagora*

***Medical Faculty, “Prof. Dr. Asen Zlatarov” University, Burgas*

****Oncology Center, “Dr. Georgi Stranski” Hospital, Pleven*

*****EuroDerma Dermatology Clinic, Sofia*

******Oncodermatology Clinic, “Prof. Ivan Chernozemski” Oncology Hospital, Sofia
dr.mdragolov@gmail.com*

Настоящата работа е извършена с подкрепата на Българска асоциация по дермато-онкология (БАДО)

УВОД

Дерматоскопията е неинвазивен диагностичен метод, който значително повишава точността при разграничаване на пигментни доброкачествени и злокачествени кожни лезии. Терминологията на метода се обогати и усложни с разширяването на приложението ѝ в други области на дерматологията. Това доведе до необходимост от стандартизация.

През 2016 г. Международното дружество по дерматоскопия публикува консенсусна статия, целяща систематизиране на описателните и метафоричните термини и създаване на унифициран речник.

Представяме превод на речника с дерматоскопски термини, публикуван в *Journal of the*

American Academy of Dermatology през 2016 г. Статията е ключов документ, утвърждаващ единен език и понятия в дерматоскопията, приет от международната общност. Преводът на този речник ще помогне за по-доброто разбиране и прилагане на дерматоскопските термини в ежедневната клинична практика и научна работа в България.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Първоначалният превод на термините и определенията беше извършен от трима специалисти по кожни и венерически болести – д-р Бояна Анатолиева, д-р Малена Герговска и д-р Мирослав Драголов. След това индивидуалните им предложения бяха обединени в обща табли-

ца и номерирани на случаен принцип, с цел запазване анонимността на преводача.

Таблицата беше рецензирана от доц. д-р Карен Мануелян (кожни и венерически болести) и доц. д-р Ива Гаврилова (хирургия и онкология). Най-подходящият превод се отбелязваше със зелен цвят, а при липса на консенсус се добавяше коментар с алтернативно предложение. Когато мненията на двамата рецензенти съвпадаха, съответният превод се приемаше. В случаите на несъгласие се провеждаше допълнителна консултация с лингвист/преводач, който извърши и малки стилистични корекции по останалите термини. Финалният списък беше обсъден на консенсусна среща между всички петима участници в процеса, като за одобряване на даден термин беше необходимо съгласието на поне трима от тях.

Процесът на превод среща най-големи затруднения при няколко конкретни понятия. Например за „pattern“ предпочетохме за превод думата „модел“ пред „шарка“. Последната може да създаде объркване поради друго утвърдено значение в медицински контекст. Един от най-предизвикателните за превод термини беше „clod“. Въпреки неблагозвучието му предпочетохме буквалния превод „бучка“. Алтернативи като „кълбце“, „кълъстър“ и други не отразяваха точно значението. Терминът „линеарен“ е добре установен в българската медицинска литература и практика, например в изрази като „линеарна IgA дерматоза“ или „линеарно отлагане на имуноглобулини“. Поради това решихме да запазим формата „линеарни съдове“ вместо „линейни съдове“. Терминът „perforating“ беше предаден на български като „лепъринг“ с цел да се запази звучността и да се използва като една непрекъсната дума. Смесово той може да бъде преведен като „поръсен с пипер“.

Взехме концептуално решение да използваме вече утвърдени чуждици в случаите, когато те са разпространени в медицинската литература, с надеждата това да улесни българските специалисти при справки в международни източници. За пълнота публикуваме тези термини заедно с техните български еквиваленти:

- Арборизиращи – дървовидно разклоняващи се съдове
- Ангулирани / полигонални – начупени, многоъгълни

● Гранулираност, гранули – зърнистост, зърна

- Овоидни – яйцевидни
- Полихроматични – многоцветни
- Радиални – лъчисти
- Ретикуларни – мрежовидни
- Серпигинозни – змиевидни
- Таргетоидни – мишенеподобни
- Фибриларен – нишковиден.

РЕЗУЛТАТИ

Преведените термини са представени в три таблици, които съответстват на оригиналните таблици в публикацията на International Society of Dermoscopy (табл. 1, 2 и 3).

ОБСЪЖДАНЕ

Преводът на дерматоскопските термини на български език представлява предизвикателство поради няколко причини. Част от метафоричните наименования (напр. „leaflike areas“, „starburst pattern“) са лесно разбираеми и имат естествен аналог, докато други изискват адаптация или оставяне в оригинал. Важен принцип е избягването на дублиращи се синоними, които могат да създадат объркване в клиничната практика.

Вярваме, че предложената адаптация ще улесни обучението по дерматоскопия, ще подпомогне комуникацията между дерматолозите в България и ще създаде база за бъдещи научни публикации на национално и международно ниво.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представяме първи унифициран превод на консенсусната дерматоскопска терминология на български език. Той може да допринесе за по-широкото и стандартизирано използване на дерматоскопията у нас в клиничната практика, обучението и научната дейност.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Kittler H, Marghoob AA, Argenziano G et al. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: Results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. J Am Acad Dermatol. 2016;74(6):1093-1106.

Таблица 1. Описателни и метафорични термини, с техните клинични значения

Descriptive terminology	Описателна терминология	Metaphoric terminology	Метафорична терминология	Significance	Значение
Lines	Линии				
Lines, reticular	Линии, ретикуларни	Pigment network	Пигментна мрежа	Melanocytic lesions, dermatofibroma, solar lentigo	Меланоцитни лезии, дерматофиброма, соларно лентиго
Lines, reticular and thick	Линии, ретикуларни и плътни	Broadened network	Задебелена мрежа	Melanoma	Меланом
Lines, reticular and thin	Линии, ретикуларни и тънки	Delicate network	Фина мрежа	Melanocytic nevus	Меланоцитни невуси
Lines, reticular and thick or reticular lines that vary in color	Линии, ретикуларни и плътни или ретикуларни линии, които варират по цвят	Atypical pigment network	Атипична пигментна мрежа	Melanoma	Меланом
Lines, reticular, white	Линии, ретикуларни, бели	.	.	Melanoma, Spitz nevus, dermatofibroma	Меланом, невус на Spitz, дерматофиброма
Lines, reticular, hypopigmented, around brown clods	Линии, ретикуларни, хипопигментни, около кафяви бучки	Negative pigment network	Негативна пигментна мрежа	Melanoma, Spitz nevus	Меланом, невус на Spitz
Lines, white, perpendicularly	Линии, бели, перпендикулярни	Shiny white streaks	Лъскави бели ивици	Melanoma, BCC, Spitz nevus, dermatofibroma	Меланом, базалноклетъчен карцином (БКК), невус на Spitz
Lines, branched	Линии, разклонени	Branched streaks	Разклонени ивици	Melanocytic lesion	Меланоцитна лезия
Lines, radial (always at periphery)	Линии, радиални (винаги в периферията)	Streaks	Ивици	Reed nevus, melanoma, recurrent nevus	Невус на Reed, меланом, рекурентен невус
Lines, radial and segmental	Линии, радиални и сегментни	Radial streaming	Радиални повлекла	Melanoma, recurrent nevus	Меланом, рекурентни невуси
Lines, radial, connected to a common base	Линии, радиални, свързани с обща основа	Leaflike areas (sometimes variously shaped large clods have also been termed leaflike areas)	Листоподобни участъци (Понякога различни по форма големи бучки също са били описвани като листоводобни)	BCC	Базалноклетъчен карцином (БКК)
Lines, radial, converging to a central dot or clod	Линии, радиални, събиращи се към централна точка или бучка	Spoke wheel area (sometimes a clod within a clod has also been termed spoke-wheel area/concentric structure)	Спицовидна зона (понякога бучка в бучка също се описва като спицовидна зона/концентрична структура)	BCC	БКК
Lines, curved and thick	Линии, извити и плътни	Cerebriform pattern	Церебриформен модел	SK	Себорейна кератоза (СК)
Lines, brown, curved, parallel, thin	Линии, кафяви, извити, успоредни, тънки	Fingerprinting	Структура, подобна на пръстов отпечатък	Solar lentigo	Соларно лентиго
Lines, curved and thick, in combination with clods	Линии, извити и плътни, в комбинация с бучки	Crypts	Крипти	SK	СК
Lines, parallel, short, crossing ridges (volar skin)	Линии, успоредни, къси, пресичащи хребети (воларна кожа)	Fibrillar pattern	Фибриларен модел	Acral nevus	Акрални невуси
Lines, parallel, thick, on the ridges (volar skin)	Линии, успоредни, дебели, върху хребетите (воларна кожа)	Parallel ridge pattern	Модел успоредни хребети	Acral melanoma	Акрален меланом
Lines, parallel, thin, in the furrows and crossing the ridges (volar skin)	Линии, успоредни, тънки, в браздите и пресичащи хребетите (воларна кожа)	Lattice-like pattern	Решетъчен модел	Acral nevus	Акрални невуси

Продължение на табл. 1

Descriptive terminology	Описателна терминология	Metaphoric terminology	Метафорична терминология	Significance	Значение
Lines, parallel, thin, in the furrows (volar skin)	Линии, успоредни, тънки, в браздите (воларна кожа)	Parallel furrows pattern	Модел успоредни бразди	Acral nevi	Акрални невуси
Lines, angulated or polygonal (facial skin)	Линии, разположени под ъгъл или полигонални (лицева кожа)	Rhomboids/zig-zag pattern	Ромбоиден/зигзаг модел	Lentigo maligna	Лентиго малигна
Lines, angulated or polygonal (non-facial skin)	Линии, разположени под ъгъл или полигонални (нелицева кожа)	Angulated lines/polygons	Линии, разположени под ъгъл, полигони	Lentiginous melanomas (nonfacial, nonacral)	Лентигинозни меланоми (нелицева, неакрална)
Clods	Бучки	.	.	.	.
Clods, small, round or oval	Бучки, малки, кръгли или овални	Globules	Глобули	Various diagnoses	Различни диагнози
Clods, brown, circumferential	Бучки, кафяви, обиколни	Rim of brown globules	Пръстен от кафяви глобули	Growing nevi	Растящи невуси
Clods, brown, yellow, or orange (rarely black)	Бучки, кафяви, жълти, или оранжеви (рядко черни)	Comedo-like openings	Комедоподобни отвори	SK	СК
Clods, brown or blue, concentric (clod within a clod)	Бучки, кафяви или сини, концентрични (бучка в бучка)	Concentric globules	Концентрични глобули	BCC	БКК
Clods, brown or skin colored, large and polygonal	Бучки, кафяви или с цвят на кожата, големи и полигонални	Cobblestone pattern	Калдъръмен модел	Dermal nevi	Дермални невуси
Clods, blue, large, clustered	Бучки, сини, големи, скупчени	Blue-gray ovoid nests	Синьо-сиви овоидни гнезда	BCC	БКК
Clods, blue, small	Бучки, сини, малки	Blue globules	Сини глобули	BCC	БКК
Clod within a clod (concentric clods)	Бучка в бучка (концентрични бучки)	Variant of spoke wheel area	Вариант на спицовидна зона	BCC	БКК
Clods, white, shiny	Бучки, бели, лъскави	Shiny white blotches and strands	Лъскави бели петна и нишки	BCC	БКК
Clods, pink and small	Бучки, розови и малки	Milky-red globules	Млечно-червени глобули	Melanoma	Меланом
Clods, red or purple	Бучки, червени или лилави	Red lacunes	Червени лакуни	Hemangioma	Хемангиом
Dots	Точки	.	.	.	.
Dots, any color	Точки, всякакъв цвят	Granularity or granules	Гранулираност или гранули	Various diagnoses	Различни диагнози
Dots, gray	Точки, сиви	Peppering	Пепъринг (като поръсено с пипер)	Melanoma, LPLK	Меланом, лихен планус-подобна кератопа (ЛППК)
Dots, gray, and circles, gray	Точки, сиви, и кръгове, сиви	Annular-granular pattern	Ануларно-грануларен модел	Lentigo maligna	Лентиго малигна
Dots or clods, white, clustered or disseminated	Точки или бучки, бели, скупчени или разпръснати	Milia-like cysts, cloudy or starry	Милиумподобни кисти, мътни или звездовидни	SK	СК
Dots, white, four arranged in a square	Точки, бели, четири подредени в квадрат	Rosettes	Розетки	Various diagnoses but mainly AK, SCC, actinic-damaged skin	Различни диагнози, но предимно актинична кератопа (АК), плоскоклетъчен карцином (ПК), фотоувредена кожа

Продължение на табл. 1

Descriptive terminology	Описателна терминология	Metaphoric terminology	Метафорична терминология	Significance	Значение
Dots, peripheral, arranged in lines	Точки, периферни, подредени в линии	Linear dots	Линеарни точки	Pigmented Bowen disease	Пигментиран морбус Боуен
Dots, brown, central (in the center of hypopigmented spaces between reticular lines)	Точки, кафяви, централни (в центъра на хипопигментирани пространства между ретикуларните линии)	Targetoid dots	Таргетондни точки	Congenital nevi	Конгенитални невуси
Circles	Кръгове	.	.	.	.
Circles, white	Кръгове, бели	.	.	SCC	ПК
Circles, concentric	Кръгове, концентрични	Circle within a circle	Кръг в кръг	Lentigo maligna	Лентиго малигна
Circles, incomplete	Кръгове, непълни	Asymmetric pigmented follicular openings	Асиметрични пигментирани фоликуларни отвори	Lentigo maligna	Лентиго малигна
Pseudopods	Псевдоподи	.	.	.	.
Pseudopods, circumferential or lines, radial, circumferential	Псевдоподи, обиколни, или линии, радиални, обиколни	Starburst pattern	Звездообразен модел	Reed nevus	Невус на Reed
Structureless	Безструктурни	.	.	.	.
Structureless zone, brown or black	Безструктурна зона, кафява или черна	Blotch	Петно	If centric hypermelanotic: Clark (dysplastic) nevus; if eccentric: melanoma	Ако е централно хипермеланотично – Clark (диспластичен) невус, ако е ексцентрично – меланом
Structureless zone, blue	Безструктурна зона, синя	Blue-whitish veil	Синьо-бел воял	Melanoma	Меланом
Structureless zone, pink	Безструктурна зона, розова	Milky-red areas	Млечно-червени зони	Melanoma	Меланом
Structureless zone, white	Безструктурна зона, бяла	Scarlike depigmentation	Депигментация като белег	Melanoma	Меланом
Structureless zone, white, central	Безструктурна зона, бяла, централна	Central white patch	Централно бяло петно	Dermatofibroma	Дерматофибром
Structureless zone, polychromatic	Безструктурна зона, полихроматична	Rainbow pattern	Модел дъга	Various diagnoses	Различни диагнози
Structureless zone, red, interrupted by follicular openings	Безструктурна зона, червена, прекъсната от фоликуларни отвори	Strawberry pattern	Модел ягода	AK	AK
Structureless zone, brown (tan), eccentric	Безструктурна зона, кафява (светлокафява като тен), ексцентрична	.	.	Melanoma	Меланом
Structureless zone, any color	Безструктурна зона, всякакъв цвят	Homogenous pattern	Хомогенен модел	Various diagnoses	Различни диагнози
Structureless zone, brown, interrupted by follicular openings (facial skin)	Безструктурна зона, кафява, прекъсната от фоликуларни отвори (лицева кожа)	Pseudonetwork	Псевдомрежа	Facial pigmented lesions	Пигментни лезии на лице
Else	Други	.	.	.	.
Sharply demarcated, scalloped border	Рязко очертана, назъбена граница	Moth-eaten border	Проядена от молци граница	Solar lentigo, actinic keratosis (AK), basal cell carcinoma (BCC), lichen planus-like keratosis (LPLK), squamous cell carcinoma (SCC), seborrheic keratosis (SK)	Соларно лентиго, актинична кератоза (AK), базално-клетъчен карцином (БКК), лихен планус-подобна кератоза (ЛПЛК), плоско-клетъчен карцином (ПК), себорейна кератоза (СК)

Таблица 2. Дефиниции на метафоричните термини

Metaphoric term	Метафоричен термин	Definition	Определение
Pigment network	Пигментна мрежа	Gridlike pattern consisting of interconnecting pigmented lines surrounding hypopigmented holes	Решетъчна шарка, състояща от взаимосвързани пигментирани линии, обграждащи хипопигментирани отвори
Typical pigment network	Типична пигментна мрежа	Network with minimal variability in the color, thickness, and spacing of the lines; symmetrically distributed	Мрежа с минимални разлики в цвета, дебелината и разстоянието между линиите; разпределена симетрично
Delicate network	Фина мрежа	Light-brown, thin network lines	Светлокафяви, тънки мрежести линии
Atypical pigment network	Атипична пигментна мрежа	Network with increased variability in the color, thickness, and spacing of the lines of the network; asymmetrically distributed; gray color	Мрежа с по-големи разлики в цвета, дебелината и разстоянието между линиите в мрежата; асиметрично разпределена; сива на цвят
Broadened network	Задобелена мрежа	Widening of the network lines	Задобеляване на линиите в мрежата
Negative network	Негативна мрежа	Serpiginous interconnecting broadened hypopigmented lines that surround elongated and curvilinear globules	Серпигинозни взаимосвързани разширени хипопигментирани линии, обграждащи удължени и криволинейни глобули
Shiny white structures	Лъскави бели структури		
Shiny white streaks	Лъскави бели ивици	Short discrete white lines oriented parallel and orthogonal (perpendicular) to each other seen only under polarized dermoscopy	Къси дискретни бели линии, ориентирани успоредно и под прав ъгъл (перпендикулярно) една спрямо друга, видими само при поляризирана дерматоскопия
Shiny white blotches and strands	Лъскави бели петна и нишки	White structures in the form of circles, oval structures, or large structureless areas that are bright-white, with longer and less well-defined lines oriented parallel or distributed haphazardly, or forming blotches (shiny white clods); seen only under polarized dermoscopy	Бели структури под формата на окръжности, овални структури или големи безструктурни зони, които са ярко бели, с по-дълги и по-малко отчетливи линии, ориентирани успоредно или хаотично разпределени, или образувачи петна (лъскави бели бучки); наблюдават се само при поляризирана дерматоскопия
Rosettes	Розетки	Four bright white dots or clods arranged together as a square (or a 4-leaf clover)	Четири ярки бели точки или бучки, подредени заедно под формата на квадрат (или четирилистна детелина)
Globules	Глобули		
Regular	Равномерни	Globules with minimal variability in their color, size, and shape	Глобули с минимални разлики в цвета, размера и формата
Cobblestones	Калдъръм	Polygonal globules symmetrically distributed throughout lesion	Полигонални глобули, разпределени симетрично по цялата лезия
Rim of brown globules	Пръстен от кафяви глобули	Globules distributed at the periphery of lesion	Глобули, разположени по периферията на лезията
Irregular	Неравномерни	Globules with variability in color, size, shape, or spacing and distributed in an asymmetric fashion	Глобули с вариабилност в цвета, размера, формата или разстоянието помежду им, разпределени асиметрично
Dots	Точки		
Regular	Равномерни	Dots clustered at the center of the lesion, or located on the network lines (also called target network)	Точки, скупчени в центъра на лезията или разположени върху линиите на мрежата (нарича се още таргетна мрежа)
Irregular	Неравномерни	Any distribution of dots other than dots as described for regular dots	Всяко разположение на точки, различно от ообозначеното като равномерно
Streaks	Ивици		
Radial streaming	Радиални повлекла	Radial linear extensions at the lesion edge	Радиални линейни удължения по ръба на лезията
Pseudopods	Псевдоподи	Bulbous and often kinked projections seen at the lesion edge, either directly associated with a network or solid tumor border	Подобни на луковци, често извити изпъкналости, наблюдавани по ръба на лезията, пряко свързани с мрежа или с граница на солиден тумор

Продължение на табл. 2

Metaphoric term	Метафоричен термин	Definition	Определение
Branched streaks	Разклонени ивици	Broadened or widened network with broken lines and incomplete connections	Задебелена или разширена мрежа с начупени линии и непълни връзки помежду им
Patterns	Модел		
Starburst pattern	Звездовиден модел	This pattern consists of peripheral globules, pseudopods, or streaks (or a combination of them), located around the entire perimeter of the lesion	Този модел представява периферни глобули, псевдоподи или ивици (или комбинация от тях), разположени по целия периметър на лезията
Homogeneous pattern	Хомогенен модел	A pattern lacking any definable pigment structures, structureless pattern	Модел без определими пигментни структури; безструктурен модел
Cerebriform pattern	Церебриформен модел	Thick curved lines created by gyri and keratin-filled sulci; these gyri and sulci coalesce forming a brainlike appearance pattern	Дебели извити линии, образувани от гънки и изпълнени с кератин бразди; тези гънки и бразди се сливат, оформяйки модел, наподобяващ структурата на мозъка
Fingerprint pattern	Модел пръстов отпечатък	Light-brown thin curved lines that do not interconnect to form a network; these tend to be linear to curvilinear; they correspond to small and thin gyri	Светлокафяви тънки извити линии, които не се свързват в мрежа; те са прави до криви и съответстват на малки и тънки гънки
Rainbow pattern	Модел дъга	Circumscribed structureless areas displaying colors of the whole spectrum of visible light	Очертани безструктурни зони с цветове от целия спектър на видимата светлина
Strawberry pattern	Модел ягода	Reddish pseudonetwork (erythema and wavy fine vessels) around hair follicle openings that are accentuated with a white halo appearance	Червеникава псевдомрежа (еритем и вълнообразни малки съдове) около отворите на космените фоликули, открити с бял ореол
Blotch	Петно	Dark structureless areas	Тъмни безструктурни зони
Regular	Раномерно	One blotch within center of lesion and surrounded by network	Едно петно в центъра на лезията, заобиколено от мрежа
Irregular	Неравномерно/и	More than one blotch or a blotch that is located off center	Повече от едно петно или петно, разположено извън центъра
Regression structures	Структури с регресия		
Peppering/granularity	Пепъринг / грануларност	Consists of fine dots with a blue-gray color	Състои се от фини точки със синьо-сив цвят
Scarlike depigmentation	Депигментация като белег	Area of white that is whiter than surrounding normal-appearing skin (true scarring); it should not be confused with hypopigmentation or depigmentation caused by simple loss of melanin; shiny white structures and blood vessels are not seen in areas of regression	Бяла зона, която е по-бяла от околната, нормално изглеждаща кожа (истински белег); не трябва да се бърка с хипопигментация или депигментация, причинена от загуба на меланин; лъскави бели структури и кръвоносни съдове не се наблюдават в зоните на регресия
Blue whitish veil	Синьо-бял воал	An irregular shaped blotch of blue hue with an overlying whitish ground-glass haze	Неправилно оформено петно със син нюанс и белезникаво отражение на матово стъкло
Angulated lines (polygons, zig-zag pattern)	Линии под ъгъл (политони, зигзаг модел)	Gray-brown lines that are connected at an angle or coalescing to form polygons	Сиво-кафяви линии, свързани под ъгъл или сливащи се, образуващи многоъгълници
Central white patch	Централно бяло петно	Central white structureless area	Централна бяла безструктурна зона
Leaflike areas	Листоподобни участъци	Brown to gray/blue discrete linear or bulbous structures coalescing at a common off-center base creating structures that resemble a leaflike pattern	Кафяви до сиви/сини дискретни линейни или луковични структури, които се сливат в обща нецентрирана основа, наподобяващи листоподобни структури
Spoke wheel area	Спицовидна зона	Well-circumscribed radial projections, usually light brown but sometimes blue or gray in color meeting at a central darker clod that has a dark brown, black, or blue color	Добре ограничени радиални проекции, обикновено светлокафяви, но понякога сини или сиви, срещани се в централна по-тъмна бучка с тъмнокафяв, черен или син цвят

Продължение на табл. 2

Metaphoric term	Метафоричен термин	Definition	Определение
Blue gray ovoid nest	Синьо-сиви овоидни гнезда	Well-circumscribed ovoid structures with confluent or near confluent blue-gray pigmentation	Добре очертани яйцевидни структури с конфлуираща или почти конфлуираща синьо-сива пигментация
Milia-like cyst (cloudy or starry)	Милиумподобни кисти (мътни или звездовидни)	White to yellowish round opalescent structures corresponding to intraepidermal cysts; when they are small and bright they are called starry; when they are larger and less bright they are called cloudy	Бели до жълтеникави кръгли опалесциращи структури, съответстващи на интраепидермални кисти; когато са малки и ярки, се наричат „мътни“; „звездни“; когато са по-големи и по-малко ярки, се наричат „мътни“
Comedolike opening	Комедоподобни отвори	Round to oval keratinfilled clefts	Кръгли до овални цепнатини, запълнени с кератин
Cysts	Крипти	Keratin-filled invaginations that are larger than comedo-like openings	Изпълнени с кератин инвагинации, които са по-големи от комедоподобни отвори
Moth-eaten border	Проядена от молци граница	Border with concave or sharp punched-out invaginations	Граница с вдлъбнати или остри перфориращи инвагинации
Milky-red areas	Млечно-червени зони	Milky-white appearance or pinkish structureless areas (strawberry and ice cream alike), consisting of a red vascular blush with no specific distinguishable vessels	Млечнобели на вид или розови безструктурни зони (наподобяващи ягода и сладолед), представляващи съдово зачервяване без конкретни отличаващи се съдове
Facial skin	Лицева кожа		
Annular granular pattern	Ануларно-грануларен модел	Dots and structureless areas arranged around follicle openings (and involving adnexal opening)	Точки и безструктурни зони, разположени около отворите на фоликулите (и засягащи аднексалните отвори)
Rhomboids	Ромбоиди	Gray-brown angulated lines forming a polygonal shape around adnexal openings	Сиво-кафяви разположени под ъгъл линии, образуващи многоъгълна форма около аднексалните отвори
Pseudonetwork	Псевдомрежа	A structureless pigment area interrupted by nonpigmented adnexal openings	Безструктурна пигментна област, прекъсната от непигментирани аднексални отвори
Asymmetric pigmented follicular openings	Асиметрични пигментирани фоликуларни отвори	Pigment associated with adnexal opening that does not uniformly surround the entire opening or curved (or crescent-shaped) pigment lines partially surrounding adnexal openings	Пигмент, свързан с аднексален отвор, който неравномерно обгражда целия отвор, или частично разположени (във формата на полумесец) пигментни линии, частично заобикалящи аднексалните отвори
Volar skin	Воларна кожа		
Parallel furrow pattern	Модел успоредни бразди	Volar pigmentation forming solid or dotted lines, parallel, thin, on the furrows (sulci superficiales or invaginations in dermatoglyphics); the lines are occasionally doubled, each line is beside the furrows	Пигментация на длани/стъпала, образуваща плътни или пунктирани линии, успоредни, тънки, върху браздите (sulci superficiales или инвагинации в дерматоглифите); линиите понякога се удвояват, като всяка линия е до браздите
Parallel ridge pattern	Модел успоредни хребети	Volar pigmentation forming lines, parallel, diffuse, and irregular, along the ridges or cristae superficiales (raised portion of the dermatoglyphics)	Пигментация на длани/стъпала, образуваща линии, успоредни, дифузни и неправилни, по протежение на гребените или cristae superficiales (повдигнатата част на дерматоглифите)
Lattice-like pattern	Решетъчен модел	Volar pigmentation forming thin lines, parallel on the furrow or sulci superficiales (invaginations in dermatoglyphics) and crossing perpendicular on the ridges	Пигментация на длани/стъпала, образуваща тънки линии, успоредни на браздата или sulci superficiales (инвагинации в дерматоглифите) и перпендикулярно кръстосване на гребените
Fibrillar pattern	Фибриларен модел	Linear pigmented filamentous lines of similar length with one end at the furrows and oriented at a certain angle to the furrows and crossing the ridges	Линейни пигментирани нишковидни линии със сходна дължина, като в единия край на браздите линиите са ориентирани под определен ъгъл спрямо браздите и пресичащи хребетите

Таблица 3. Термини за съдови структури – морфология, подреждане и диагностично значение

Descriptive term	Описателен термин	Metaphoric term	Метафоричен термин	Definition	Определение	Significance	Значение
Vessel morphology	Морфология на съдовете	.	.	.	.		
Dots	Точки	Red-purple lacunes	Червено-лилави лакуни	Tiny pinpoint vessels	Малки точковидни съдове	Flat melanocytic lesions, inflammatory diseases, Bowen disease	Плоски меланоцитни лезии, възпалителни заболявания, морбус Боуен
Clods	Бучки	.	.	More or less sharply demarcated, roundish, or oval areas with a reddish, red-bluish, maroon, or dark-red to black coloration, separated from each other by intervening stroma, without vessels inside the lacunae	Повече или по-малко рязко ограничени кръгловати или овални области с червеникаво, червено-синкаво, кестеняво или тъмночервено до черно оцветяване, разделени от включена строма, без съдове вътре в лакуните	Hemangioma	Хемангиом
Linear	Линеарни	.	.	Linear, mildly curved vessels, considered irregular when different sizes, shapes, and curves with a haphazard, or random, distribution are presented and considered regular when short and fine (thin) linear vessels prevail	Линеарни, леко извити съдове се считат за неправилни, когато са с различни размери, форми и извивки с хаотично или произволно разпределение, и се считат за правилни, когато преобладават къси и фини (тънки) линеарни съдове	Various diagnoses	Различни диагнози
Coiled	Навити	Glomerular	Гломерулни	Tightly coiled vessels resembling the glomerular apparatus of the kidney	Плътни навити съдове, наподобяващи гломерулния апарат на бъбрека	Bowen disease	Морбус Боуен
Looped	Като примка	Hairpin	Като фиба за юса	Two parallel linear vessels forming a half looped or hairpin-like structure	Два успоредни линеарни съда, образувачи полупримка или подобна на фиба структура	Seborrheic keratosis, viral warts	Себорейна кератоza, вирусни брадавици
Serpentine	Серпигинозни	Linear irregular	Линеарни неравномерни	Linear vessels with multiple bends	Линейни съдове с множество извивки	Flat BCC, melanoma	Плосък базалноклетъчен карцином (БКК), меланом
Helical	Спираловидни	Corkscrew	Като тирбушон	Twisted looped vessels with bends twisted along a central axis	Усукани, спираловидни съдове, завити около централна ос	Melanoma, metastasis	Меланом, метастази
Curved	Извити	Comma	Като запетая	Linear, curved, short vessels	Линейни, извити, къси съдове	Dermal nevi	Дермални невуси
Monomorphous	Мономорфни	.	.	One type of vessel dominates	Преобладава един вид съдове	Various diagnoses	Различни диагнози
Polymorphous	Полиморфни	.	.	Multiple types of vessels are present	Налице са много видове съдове	May indicate malignancy in appropriate context, for example in flat melanocytic lesions	Могат да са индикация за злокачествен процес при подходящ контекст, например в плоски меланоцитни лезии

Продължение на табл. 3

Descriptive term	Описателен термин	Metaphoric term	Метафоричен термин	Definition	Определение	Significance	Значение
Vessel arrangement	Подреждане на съдове	.	.				
Radial Crown vessels	Радиални съдове като корона	Crown vessels	Като корона	Radial, serpentine, or arborizing vessels at the periphery of the lesion that radiate toward the center but do not cross the midline of the lesion	Радиални, серпигинозни или арборизиращи съдове в периферията на лезията, които се разпростират към центъра, но не пресичат срединната ѝ линия.	Sebaceous hyperplasia	Себацейна хиперплазия
Serpiginous	Серпигинозни	String of pearls	Като наниз от перли	Coiled or dotted vessels arranged in lines	Навити или точковидни съдове, подредени в линии	Clear cell acanthoma	Светлоклетъчен акантом
Branched	Разклонени	Arborizing vessels	Арборизиращи съдове	Bright-red, sharply in focus, large or thick-diameter vessels dividing into smaller vessels	Яркочервени, отчетливи, големи съдове с пълен диаметър, разделящи се на по-малки съдове	BCC	БКК
Clustered	Скупчени	.	.	Coiled or glomerular vessels arranged in groups	Навити или гломерулни съдове, подредени в групи	Bowen disease	Морбус Боуен
Centered dots	Централно разположени точки	Targetoid vessels	Таргетойдни съдове	Red dots (vessels) in the center of hypopigmented space between reticular lines	Червени точки (съдове) в центъра на хипопигментирано пространство между ретикулирани линии	Congenital melanocytic nevus; Basal cell carcinoma (BCC)	Конгенитален меланоцитен невус, БКК

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ЈАК ИНХИБИТОРИ В ТЕРАПИЯТА НА АТОПИЧЕН ДЕРМАТИТ ПРИ ЮНОШИ

Джемиле О. Дервиш*, Жана С. Казанджиева*, Николай К. Цанков**

*Клиника ЕвроДерма, София

**Клиника по дерматовенерология, АСК Токуда болница, София

dzhemledervish@gmail.com

JAK-INHIBITORS IN ADOLESCENT ATOPIC DERMATITIS PATIENTS

Dzhemile O. Dervis*, Jana S. Kazandjieva*, Nikolay K. Tsankov**

*EuroDerma Clinic, Sofia

**Clinic of Dermatology and Venerology, ASC Tokuda Hospital, Sofia

dzhemiledervish@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Атопичният дерматит (АД) е хронично възпалително кожно заболяване с нарастваща честота при юноши, изискващо ефективни и добре поносими системни терапии. Представен е клиничен случай на 13-годишна пациентка с умерено до тежко протичане на АД, която не се повлиява от стандартна локална терапия. Лечението с пероралния JAK-1 инхибитор upadacitinib (15 mg дневно) води до значимо подобрение още до 4-та седмица от терапията. Поради настъпили рецидиви и недостатъчен контрол на симптомите, дозата е увеличена до 30 mg дневно, което осигурява по-добро овладяване на заболяването. След стабилизиране на клиничната картина и отсъствие на странични ефекти, дозата е успешно редуцирана до първоначалните 15 mg. Терапията с upadacitinib показва добра ефективност, контрол върху симптомите и гъвкавост при дозиране, което я прави подходяща опция за лечение на АД при подрастващи.

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin disease with increasing prevalence among adolescents, requiring effective and

well-tolerated systemic therapies. We present a clinical case of a 13-year-old patient with moderate to severe AD, who did not respond to standard topical treatment. Therapy with the oral JAK-1 inhibitor upadacitinib (15 mg daily) led to significant improvement by the 4th week of treatment. Due to relapses and insufficient symptom control, the dose was increased to 30 mg daily, resulting in better disease management. After stabilization of the clinical condition and absence of side effects, the dose was successfully reduced to the initial 15 mg. Treatment with upadacitinib demonstrated good efficacy, symptom control, and dosing flexibility, making it a suitable option for managing AD in adolescents.

ВЪВЕДЕНИЕ

АД в юношеска възраст се наблюдава при 5–10% в повечето европейски държави, 15–20% в Обединеното кралство и Южна Америка, и 0–5% в Азия. През първите 2 години от живота АД повече засяга момчетата, но в пубертета и в зряла възраст женският пол е по-често засегнат. Не се наблюдава разлика в тежестта на заболяването през пубертета между момчетата и момичетата. 75% от пациентите с АД се подобряват или

възстановяват по време на детството, а при 15% АД продължава и в зряла възраст [1, 2].

Рискът от развитие на астма при деца, засегнати от АД, варира от 25% до 80%. Юношите с АД често показват сенсibiliзация към инхалаторни алергени, като полени, треви и бреза (44.4% и 55.6% съответно) и орален алергичен синдром (22%) към растителни храни [3].

Причините за възникване на АД не са напълно изяснени, но съвременните проучвания акцентират върху връзката между генетични и външни фактори, ролята на имунната дисрегулация, нарушенията в бариерната функция на кожата и микробиома. Основен фактор, който се свързва с развитието на АД, са мутациите в гена на филагрина (FLG). Генът за FLG обуславя образуването на профилагрин, който по-късно се разпада до филагринови мономери. Липсата на тези мономери позволява на алергените, иритантите и бактериите лесно да преодоляват укрепената кожна бариера. Повишената експресия на IL-4 и IL-13 допълнително стимулира Th-2 имунния отговор [4].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме момиче на 13 години, диагностицирано с atopичен дерматит на 10-годишна възраст. Няма фамилен анамнез за atopия или други кожни заболявания. Оплаква се от чести екзацербации, които са свързани с периоди на силен психоемоционален стрес. Като провокатори на влошаването на симптомите са посо-

чени разклатената семейна динамика в отношенията между родителите и детето, промяна в местоживеенето, училищната и социалната среда. Лечението с локални кортикостероиди води до незадоволителен терапевтичен ефект. Субективно оплакванията са от силен сърбеж, който значително влошава качеството на сън и качеството на живот.

Дерматологичен статус: Наблюдава се засягане предимно на кожата на врата, шията, гръдния кош и горните крайници. Кожните промени включват еритемни макули и папули, на места сливащи се в плаки. Наблюдава се лихенификация, предимно в областта на шията и горните крайници. Вторични лезии включват ексориации и жълтеникави до тъмнокафяви крусти.

Базовите оценки за тежестта на заболяването включват Eczema Area and Severity Index (EASI), изчислен на 21.8, Body Surface Area (BSA) – 35%, и Средноседмична оценка на максималния сърбеж (PPNRS) – 4.

Пациентката започна лечение с перорален JAK-1 инхибитор (upadacitinib) по 15 mg дневно.

На втората седмица от лечението има видимо подобрение в клиничния статус. EASI е изчислен на 10.8, BSA – 25%, PPNRS – 3.5. На седмица 4 от терапията наблюдаваме значително подобрение в клиничната картина – EASI: 7, BSA – 25%, PPNRS – 0.28, което отчита значително намаляване на тежестта на сърбежа. Подобрението в оценката на EASI на седмица 4 спрямо нейната стойност на седмица 0 е 67,9%.



Дерматологичен статус преди начало на терапията



Фиг. 1. Седмица 4

Таблица 1

	EASI	BSA%	NRS Average Score
Преди лечение	21,8	35%	4
Седмица 2	10.8	25%	3,5
Седмица 4	7	20%	0,28

След четвъртата седмица от лечението пациентката преживява два рецидива в рамките на 2 месеца, като най-тежкият от тях наблюдаваме на седмица 12. Влошаването отново е свързано със стресов период в личния живот на детето. Освен клиничния статус се увеличава значително и тежестта на сърбежа, което влошава допълнително качеството на съня. Завърта се характерният за АД патологичен кръг на период на психоемоционален стрес, водещ до обостряне на симптомите на АД, което допълнително влошава качеството на живот и води до нов стресов епизод за пациента.

Въз основа на честите рецидиви след седмица 4 от началото на терапията, неповлиява-

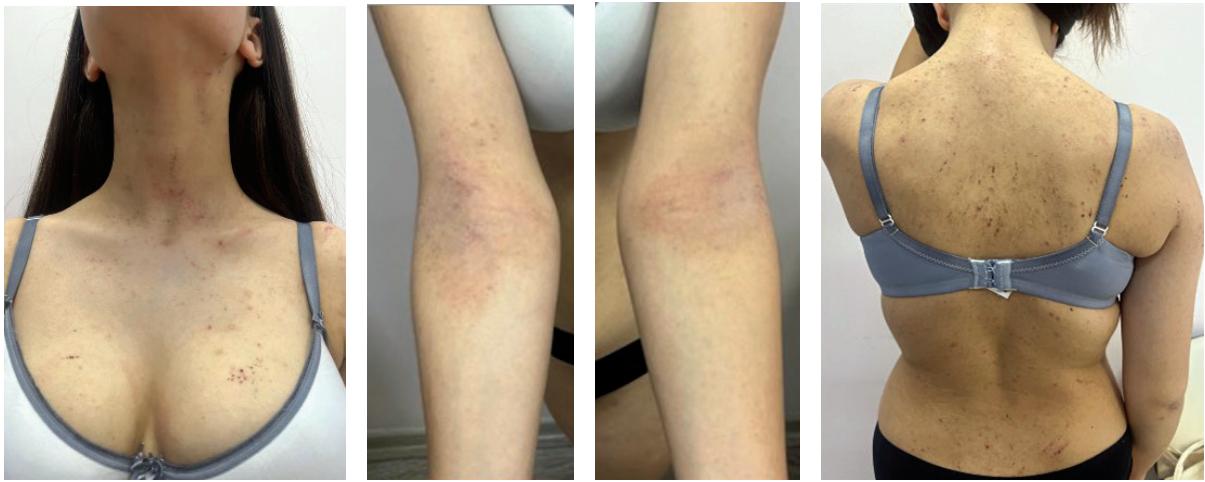
нето от локалните кортикостероиди и липсата на странични ефекти от медикамента, се взе решение да се увеличи дозата до 30 mg дневно, разделени в два приема.

На седмица 16 и 20 се наблюдава лекостепенно, но незадоволително повлияване на симптомите. На седмица 32 регистрираме поредния и най-тежък до момента рецидив на заболяването, свързан с психическото напрежение от предстоящи изпити, за които детето споделя.

След седмица 32 и преминаване на този силен стресов епизод за пациентката тя бе проследявана за оценка на състоянието. Съобща за значително подобрение в състоянието на кожата, както и в симптомите на сърбеж и качество-

Таблица 2

	EASI	BSA%	NRS Average Score
Седмица 8	7,2	20%	1,66
Седмица 12	9,4	30%	6



Фиг. 2. Седмица 32

Таблица 3

	EASI	BSA%	NRS Average Score
Седмица 16	8,4	25%	2,5
Седмица 20	9,6	20%	3
Седмица 32	10,8	30%	7

то на съня. Не съобщи за нови екзацербации в периода след седмица 32 от началото на терапията с upadacitinib 15 mg и седмица 16 от ескалирането на дозата до 30 mg.

Въз основа на липсата на нов епизод на влошаване, липсата на странични реакции към медикамента и значителното подобрене в дерматологичния статус и симптомите се взе решение дозата на upadacitinib отново да се на-

мали на 15 mg дневно. На месец 15 момичето се яви на контролен преглед, на който се оцени стойност на EASI-1,9; BSA-7% и PPNRS-1.

ОБСЪЖДАНЕ

Юношите с АД страдат от влошено качество на живот, включително повишена честота на депресия и тревожност. Като се



Фиг. 3. Месец 15

има предвид значението на психосоциалното развитие през юношеството, АД също така влияе върху идентичността, изграждането на взаимоотношения, самочувствието и представянето в училище. Освен това развитието на самостоятелност и независимост през този период може да окаже влияние върху придържането към лечението и склонността към рисково поведение, което затруднява лечебните планове. Има и съобщения за повишена честота на суицидно поведение сред юноши с АД. С оглед на негативното му въздействие върху качеството на живот при юношите остава необходимостта от налични и подходящи терапии за тази група пациенти [5].

В миналото възможностите за системно лечение за средно тежък и тежък АД се свеждаха до системни имunosупресанти, които носеха риск от много странични ефекти, или фототерапия, която често се оказва трудно достъпна за юношите и техните семейства. Инжекционните биологични терапии са средства на избор от първа линия на системна терапия. Въпреки това инжекционното лечение на юношите на всеки две седмици може да бъде предизвикателство, а понякога и биологичната терапия не е достатъчно ефективна [6].

В началото JAK инхибиторите бяха одобрени за лечение на пациенти с АД над 18-годишна възраст. В последните години, с набиране на данните за ефективност и профил на безопасност, JAK-1 селективните инхибитори са одобрени за лечение на юноши над 12-годишна възраст с умерена до тежка форма на заболяването. JAK инхибиторите влияят директно както на възпалението на кожата, така и бързо намаляват симптомите на силен сърбеж. Възможността за орален прием на медикаментите осигурява по-добра нагласа на пациентите с АД към терапията [7].

Упадацитиниб е перорален, селективен JAK инхибитор с по-висока инхибиторна активност към JAK1 в сравнение с JAK2, JAK3 или тирозин киназа 2. Той е одобрен в Европейския съюз, Япония, Канада и САЩ, за лечение на умерен до тежък АД при пациенти

над 12 години. Upadacitinib е добавен към терапевтичния арсенал за юноши (≥ 12 години) с АД, както и към поетапния лечебен план за тази група в последната версия на *European clinical practice guidelines on the management of atopic eczema* [8]. Публикувани са проучвания, отразяващи реалния клиничен опит с употребата на упадацитиниб при възрастни пациенти с АД, но данните за неговата употреба при юноши са ограничени [9, 10].

Нашият опит с този пациент показва различни резултати и възможност за вариране на дозата в зависимост от психоемоционалното състояние.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При подрастващи, при които повече от един рецидив в рамките на два месеца е съчетан със значителен стрес, наблягаме на възможността за увеличение на дозата на upadacitinib при липса на противопоказания в зависимост от степента на повлияване и клиничен отговор. Това предоставя гъвкавост при регулиране на дозата до задържане на най-ниската ефективна доза за поддържане на отговора, което често е необходимо в реалната практика.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Paller AS, Mendes-Bastos P, Siegfried E. et al. Upadacitinib in Adolescents With Moderate to Severe Atopic Dermatitis: Analysis of 3 Phase 3 Randomized Clinical Trials Through 76 Weeks. *JAMA Dermatol*, 2024;160(12):1304–1313.
2. Tsankov N, Kazandjieva J, Dervish D. Late-onset atopic dermatitis. *Medinfo*, 2025;3:8-11.
3. Chu CY. Treatments for childhood atopic dermatitis: an update on emerging therapies. *Clin Rev Allergy Immunol*, 2021;61:114–127.
4. Kamata M, Tada Y. Optimal use of Jak inhibitors and biologics for atopic dermatitis on the basis of the current evidence. *JID Innov*, 2023;3.
5. Kisieliene I, Mainelis A, Rudzeviciene O et al. The Burden of Pediatric Atopic Dermatitis: Quality of Life of Patients and Their Families. *J Clin Med*. 2024 ;13(6):1700.

6. Fomina DS, Mukhina OA, Mikhailova VI et al. Treatment of atopic dermatitis with upadacitinib: adcare single center experience. *Frontiers in Medicine*. 2024;11.
7. Patruno C, Lauletta G, Pezzolo E et al. Effectiveness and Safety of Upadacitinib for Adolescents with Atopic Dermatitis in a Real-World Setting. *Clin Drug Investig*, 2024;44:629-634.
8. Paller AS, Ladizinski B, Mendes-Bastos P et al. Efficacy and Safety of Upadacitinib Treatment in Adolescents With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Analysis of the Measure Up 1, Measure Up 2, and AD Up Randomized Clinical Trials. *JAMA Dermatol*, 2023;159(5):526–535.
9. Huang L, Zhao D, Lin H et al. Efficacy and safety of upadacitinib in the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis in adolescents: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*, 2024; 20:103-118.
10. Silverberg JI, Bunick CG, Hong HC et al. Efficacy and safety of upadacitinib versus dupilumab in adults and adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis: week 16 results of an open-label randomized efficacy assessor-blinded head-to-head phase IIIb/IV study (Level Up). *Br J Dermatol*, 2024;192(1):36-45.

СТЕАТОЦИСТОМА МУЛТИПЛЕКС**Синтия Христова*, Здравка Демерджиева*, Николай Цанков*,******Клиника по дерматология и венерология, Аджибадем Сити клиник УМБАЛ Токуда, София**** Амбулатория за специална медицинска помощ – групов практика по дерматология –**Клиника Евродерма, София**sintiya.hristova@gmail.com***STEATOCYSTOMA MULTIPLEX****Sintiya Hristova*, Zdravka Demerdzhieva*, Nikolay Tsankov*,******Department of Dermatology and Venereology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia**** Outpatient Clinic for Specialized Medical Care – Group Dermatology Practice –**Euroderma Clinic, Sofia**sintiya.hristova@gmail.com***РЕЗЮМЕ**

Стеатоцистома мултиплекс е рядко доброкачествено заболяване с хроничен ход, което се характеризира с появата на множествени себум-съдържащи дермални кисти. Обикновено възниква в пубертета, може да бъде наследствено (при мутации в KRT17*) или спорадично. Заболяването засяга предимно горната част на тялото и лицето.

Представяме случай на 34-годишна жена със стеатоцистома мултиплекс, с множествени кистозни образувания по гърба, трункуса, подмишниците, врата и челото. Пациентката досега е лекувана системно с изотретиноин в продължение на седем месеца без ефект. Проведена бе консултация с пластичен хирург, който предложи хирургично отстраняване на лезиите на челото чрез фейс-лифтинг техника. Бе назначен локален Davercin гел върху възпалените участъци. Обсъдиха се клиничните особености, диагностичните предизвикателства и терапевтичните възможности.

Ключови думи: стеатоцистома мултиплекс, кистозни лезии, изотретиноин, хирургично лечение

*Keratin 17 (type I cytokeratin)

ABSTRACT

Steatocystoma multiplex is a rare benign cystic disorder with a chronic course, characterized by the development of multiple sebum-containing dermal cysts. It usually arises during puberty, may be familial (associated with KRT17 mutations) or sporadic. Predominantly affects the upper body and face.

We present a case of a 34-year-old woman with steatocystoma multiplex, presenting with multiple cystic lesions on the back, truncus, axillae, neck and forehead. The patient was treated with oral isotretinoin for seven months without improvement. Surgical removal of forehead nodules via a facelift technique was proposed by a plastic surgeon. Topical Davercin gel was prescribed for inflamed lesions. The clinical features, diagnostic challenges and therapeutic options of this condition are discussed.

Key words: steatocystoma multiplex, cystic lesions, isotretinoin, surgical treatment

ВЪВЕДЕНИЕ

Стеатоцистома мултиплекс е рядко наследствено или спорадично заболяване, което се проявява с множество дермални кисти, из-

пълнени със себум. Заболяването е описано за първи път от James Jamieson през 1873 г. [1], а терминът е въведен от John James Pringle през 1899 г. [1]. На електронномикроскопско ниво се наблюдават структурни характеристики, подобни на тези на себацейните канали и мастните жлези в рамките на пилосебацейния фоликул. Индексът на пролиферация – 3H-thymidine в стената на кистата – независимо от наличието или отсъствието на себацейни канали – е по-нисък в сравнение с този при нормалните себацейни фоликули, което предполага намалена микоточна активност на клетките на кистозната стена [2]. Клинично лезиите са меки при палпация, подвижни, жълтеникави възли [3, 4, 5], вариращи по размер от няколко милиметра до 1.5 сантиметра [6]. Засяга предимно горната част на тялото и лицето. Заболяването има хроничен, доброкачествен ход и е резистентно на консервативно лечение. Пациентите имат психичен проблем, дължащ се на трайните козметични дефекти.

В настоящата публикация представяме случай на стеатоцистома мултиплекс при жена на 34 години с хронично протичане и липсващ ефект от системна ретиноидна терапия.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Анамнеза

Пациентка на 34 години, без придружаващи заболявания, е насочена за дерматологичен преглед по повод множество подкожни образувания по гърба, подмишниците, тялото, врата и челото, развиващи се от няколко години с хроничен ход. Оплакванията включват лек дискомфорт и усещане за козметичен дефект. Липсват сърбеж и болка, освен при възпаление на отделни лезии. Пациентката е провеждала системна терапия с изотретиноин (Roaccutane®) 2 таблетки дневно (2 x 20 mg) в продължение на 7 месеца, без съществено подобрение.

Status dermatologicus

В областта на челото (фиг. 1 и 2), аксилите, врата и гърба (фиг. 3) се установяват многобройни полусферични и сферични, подвижни,

мекоеластични нодули с размер от няколко милиметра до 1.5 сантиметра, с гладка повърхност и нормален цвят на кожата. На места се наблюдават единични иритирани лезии с еритем по повърхността и лека болезненост. Общото състояние е добро, без данни за системно засягане.



Фиг. 1. Симетрично разположени множествени куполовидни, дермални папули и възловидни образувания с различна големина. Лезиите са неболезнени, без изразена еритема



Фиг. 2. Дясна темпорална област и чело



Фиг. 3. Гръб. Многобройни полусферични и сферични, подвижни, мекоеластични нодули с размер от няколко милиметра до 1.5 сантиметра

Диагноза и лечение

Поставена е клинична диагноза Steatocystoma multiplex. Пациентката е консултирана с пластичен хирург, който препоръчва хирургично отстраняване на нодулите по челото чрез фейс-лифтинг техника с цел минимизиране на белезите. Назначена е локална терапия с Davercin гел върху възпалените участъци, без особен ефект. Планира се поэтапно хирургично отстраняване на останалите лезии по желание на пациентката.

ОБСЪЖДАНЕ

Steatocystoma multiplex е придобита или наследствена кистозна дерматоза, свързана с аномалия в развитието на кожата. Характеризира се с множество бавнонарастващи плътни кистозни лезии с жълтеникав цвят.

Изотретиноинът често се използва при възпалителните форми, но ефектът му е временен [7, 8]. Хирургичното лечение остава най-ефективният метод за трайно отстраняване на лезиите. В

представения случай липсата на ефект от системни ретиноиди и локализираните лезии на челото насочват към избор на хирургичен подход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стеатоцистомата мултиплекс е хронично, доброкачествено, но терапевтично трудно повлиявано заболяване.

Необходим е индивидуализиран подход според локализацията и активността на процеса. Комбинацията от локално приложени антибиотици и селективно хирургично отстраняване дава най-добър естетичен и клиничен резултат.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Kamla TH, Gadgil AP, Orhal GA et al. Steatocystoma Multiplex – A Rare Genetic Disorder: A Case Report and Review of the Literature. J Clin Diagn Res, 2013; 7(1):166-168.
2. Plewig G, Wolff HH, Braun-Falco O et al. Steatocystoma multiplex: anatomic reevaluation, electron microscopy and autoradiography. Arch Dermatol Res, 1982; 272(3-4):363-380.
3. Marley WM, Buntin DM, Chesney TM et al. Steatocystoma multiplex limited to the scalp. Arch Dermatol, 1981; 117:673-674.
4. Georgakopoulos JR, Ighani A, Yeung J. Numerous asymptomatic dermal cysts: Diagnosis and treatment of steatocystoma multiplex. Can Fam Physician, 2018; 64(12):892-899.
5. Kumakiri M, Yajima C. Eruptive steatocystoma multiplex on the scalp. J Dermatol, 1991; 18:537-539.
6. Santana CN, Pereira DD, Lisboa AP. et al. Steatocystoma multiplex suppurativa: a case report of rare condition. An Bras Dermatol, 2016; 91 (5 suppl 1):51-53.
7. Rosen BL, Brodtkin RH. Isotretinoin in the treatment of steatocystoma multiplex: a possible adverse reaction. Cutis. 1986; 37(2):115-120.
8. Moritz DL, Silverman RA. Steatocystoma multiplex treated with isotretinoin: a delayed response. Cutis. 1988; 42(5):437-439.

ИСТОРИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЯ

**НАЦИОНАЛНАТА КОНФЕРЕНЦИЯ „ОСОБЕНОСТИ НА КРАЕВАТА
ДЕРМАТОЛОГИЧНА И ВЕНЕРОЛОГИЧНА ПАТОЛОГИЯ” –
КЪРДЖАЛИ, 21-24.04.1967 Г.**

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

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

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

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

Todor D. Cherkeзов*, Dimitar T. Cherkeзов**

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

***Department of Dermatology and Venereology, MHAT “Sv. Sofia” – Sofia
dimitarcherkeзов@abv.bg*

Част втора:

Преглед на регионалната патология в Кърджалийска област през 60-те години на XX век

Кърджали е неслучайно избрано място за провеждане на Националната конференция, посветена на краевата патология.

Източните Родопи, разположени на кръстопътя на превратната историческа съдба, винаги са привличали вниманието на изследователите със специфичния си бит, култура и традиции, обусловени от мултиетническата и религиозна среда на прекрасния Югоизток. Здравето е ценност от древността, за което свидетелстват останките от светилища на здравеносните божества Асклепий, Хигия и Панацея в Желязна врата, Странджево, Пелевун, Паничково и множеството извори и оброчни плочи в Дамбала, Равен, Устра, Кузбунар. Въпреки това местното население е подложено на големи изпитания през вековете. Опустошителните набези на кръстоносците са последвани от нашествието на османските завоеватели и от тези векове насам сифилисът е постоянен спътник в живота на хората, като придобива ендемичен характер. През 1837 г. чумната епидемия обезлюдява стотици села в региона. Предания разказват, че тогава тя „изтръшкала много свят”. През 1864-1875 г. холерата взела хиляди жертви от невежото и суеверно население. През 1881 г. управителят на Източна Румелия Алеко Богориди довежда първия лекар в Кърджали, д-р Садък ефенди Хаджиюсеинов, който през 1909 г. е избран за народен представител. Войните в началото на XX век носят много бедност, болести и смърт на изстрадалото население. Белодробната туберкулоза обхваща 85% от работещите в тютюневите фирми, осигуряващи тогава основния поминък в района. През 1924 г. са регистрирани над 4000 болни от сифилис, в нечувани размери се ширят петнист тиф,

кореман тиф, малария. В същата година за околийски лекар е назначена д-р Тонка Тонева, завършила медицина в Германия и специализирала там кожни болести. Тя започва истинска битка със заразните болести. През 1926 г. в района пристига д-р Сергей Ростовцев като началник на новоформирания противосифилистичен отряд със специална задача от д-р Иван Кесяков от Главна дирекция „Народно здраве“: „проучване, лечение и ограничаване на болестта сифилис между местното население“. Д-р Ростовцев завършва медицина в Санкт Петербург, след което специализира кожни и венерически болести и УНГ. Напуска родината си след Октомврийската революция и се установява в България. В Източните Родопи между 1926 и 1946 г. развива мащабна по обхват дейност. В първите две години преглежда 32 000 души, сред които с активна форма на сифилис 653 и около 1000 преболели. Така стартира многогодишната борба с ендемичния сифилис. През втората половина на миналия век започнатото дело доразвива д-р Тодор Черешев, дерматолог, който работи в първия специализиран кожен кабинет, разкрит през 1955 г. В годините се налага като всепризнат практик с авторитет и богат клиничен опит в цялата дерматологична професионална общност. През 1961 г. д-р Черешев оглавява новооткритото кожно-венерологично отделение в Окръжна болница – гр. Кърджали.

През 1967 г. проф. Петър Попхристов, директор на НИДВ при Медицински факултет на ВМИ – София, предлага да се организира Национална конференция за краевата патология в гр. Кърджали – в окръга, засегнат в най-голяма степен от ендемичния сифилис, където да бъде обявено успешното приключване на работата по неговото ликвидиране като медицински и социален проблем сред населението.

Вторият ден на конференцията е посветен на най-разпространените кожни и венерически болести в Кърджалийски окръг. Научната програма стартира с демонстрация на интересни клинични случаи от практиката на д-р Тодор Черешев. При обсъждането на случаите проф. Попхристов заявява: „Основен метод за диагноза на кожните и венерическите болести си остава морфологията. Най-доброто описание и най-финото лабораторно изследване не могат да заместят в дерматологията това, което дава гледането, морфологичният образ на кожните промени. Задача на ръководителите и обучаващите в нашите кожно-венерологични заведения е да развиват и поддържат на високо ниво диагностичните възможности в областта на дерматологията и венерологията“.

Научната програма продължава с доклад на д-р Тодор Черешев „Особености на краевата патология на Кърджалийски окръг“. Още в началото въпросът с дерматомикозите в района е поставен като водещ проблем. Почти половината от ежегодно регистрираните в страната дерматомикози са в Кърджалийски окръг. Така през 1961 г. болестността за окръга е 8% при 3,2% за цялата страна. През 1962 г. болестността в окръга е 11% при 5,1% за страната, а през 1965 г. болестността показва значително завишаване – 22%, и поставя окръга на първо място в страната. През първите две години пациентите с дълбоки пиломикози са насочвани за лечение към кожно-венерологичния диспансер в гр. Хасково, като след рентгенова епилация на засегнатите участъци по капилициума пациентите са връщани в Кърджали за довършване на лечението с ликуден. В кожното отделение на 20 легла и кушетки ежедневно са лекувани по 30-40 деца. Но случаите са толкова много, че през 1965 г. в с. Попско, Ивайловградско, се открива летен лагер за микотично болни, където е проведено лечение на 100 микотично болни деца. Лечението изисква 30-дневно пребиваване на децата и персоналят среща много трудности да осигури всичко необходимо като лекарства, консумативи, храна, транспорт и др. Една от трите командировани в лагера медицински сестри отговаря за правилното разпределение на лекарствата и всички консумативи и материали, за редовното подстригване и измиване на децата. След изписване от лагера децата продължават лечение в дома с ликуден и грицин, но скоро резервите в страната се изчерпват. В същото време случаите с дерматомикози

се увеличават на 818 до края на годината и докато заболялите в селата нарастват неимоверно, градските пациенти са не повече от 10%. С циркулярно писмо до всички окръжни к.-в. диспансери и до всички окръжни аптечни управления в страната здравните власти в Кърджали молят за помощ да бъдат изпратени максимални количества гризеофулвин за лечение на болните деца. Но нито едно аптечно управление не се отзовава на призива, а от к.-в. диспансер Хасково е изпратено много ограничено количество, което е крайно недостатъчно. В тази критична обстановка със съдействието на проф. Попхристов и д-р Боцов е установен контакт с търговското представителство на ГДР, което предоставя 2000 таблетки грицин, а от Разград пристигат 25 000 таблетки гризеофулвин. Така се дава възможност и за провеждане на домашно лечение с контролни прегледи в края на първия месец и в края на шестия месец от началото на терапията. Резултатите са много добри, не се установяват рецидиви. Обхванати са всички деца, участъковите лекари са задължени да провеждат профилактични прегледи два пъти годишно във всички училища.



д-р Тодор Черешев



д-р Черешев и проф. Попхристов

Увеличеният брой на случаи с дълбока трихофития на капилициума и сведенията за заболяли домашни животни поставят на дневен ред необходимостта от включване в борбата на ветеринарномедицинските служби в окръга. Предвидени са обиколки на дерматолог и ветеринарен лекар в ДЗС и ТКЗС, кравеферми и домове с отглеждане на едър рогат добитък, но тъй като дерматологът и ветеринарят са единствени специалисти в окръга, тази идея не се осъществява. В доклада се подчертава, че подобряването на лошите битови условия на населението и повишаването на общата и здравната култура са важни фактори за справяне с дерматомикозите в бъдеще.

Във втората част на доклада д-р Черешев споделя, че борбата с венеричните заболявания в Кърджалийски окръг е успешна „тъй като след 1955-а година броят им започва да се снижава чувствително. Докато дотогава броят на сифилистично болните се движеше към 280 човека, страдащи изключително от ендемичен битов сифилис, то в последните 6 години броят на новорегистрираните болни от сифилис се движи между 10 и 20 – всички с латентни форми и само трима с пресен сифилис, граждани от циганското малцинство в града”.

Пред конференцията д-р Черешев споделя десетилетен опит в протичането, диагностиката и лечението на ендемичния сифилис, много характерен за региона на с. Бойно, с. Кобиляне, с. Велишане и др., като посочва специфичните му особености. Резервоар на инфекцията са децата, живеещи в крайно нехигиенични условия и ползващи общи съдове за хранене и предмети от бита. Входна врата обикновено е лигавицата на устната кухина, очите, наранената и охлузена кожа. Инкубацион-

ният период е средно три седмици. Първичните прояви са невинаги манифестни. Понякога се извяват ерозии по букалната лигавица, рагади по ъглите на устата, лимфаденит. Първичен шанкър обикновено липсва. Тези прояви изчезват спонтанно за около 1 месец. Ранният период продължава от първия месец до една година от началото на инфекцията. Започва с оскъден екзантем в началото, но най-характерни са папулозните лезии, разположени перианално, перигенитално и по ъглите на устата, ареоларната алопеция, дисхромичните петна по дланите и ходилата. Следва латентен период, който може да продължи 3-5 и повече години, а след него – късният стадий на нелекувания ендемичен сифилис с образуване на гумозни изменения. Най-често се засягат структурите на носоглътката и на дългите кости на крайниците. Настъпва улцерация на гумозните лезии, деструкция на носната преграда, на мекото небце, на увулата и на аркусите. По костите се развиват остити и периостити с некротични изменения, костна секвестрация, спонтанни патологични изменения.

Зад забулените лица на мюсюлманките в селата често се скривали обезобразяващи белези от ендемичен сифилис – липса на нос, деструкция на устни, неправилно зараснали костни фрагменти и др.



Фиг. 1. *Trichophytia profunda capilitii*



Фиг. 2. Ендемичен сифилис (дете)



Фиг. 3. Ендемичен сифилис (мъж)



Фиг. 4. Ендемичен сифилис (жена)

Като изводи към доклада д-р Черешев посочва, че докато в миналото широкото разпространение на ендемичния сифилис го поставя на първо място в краевата патология, в последните 2-3 години първенството се владее от дерматомикозите, като голям проблем са децата от селския регион с тежки форми на дълбока трихофития на капилициума. Предлага се държавата да достави рентгеново-тера-

пептична уредба на окръга или при липса на такава възможност да се осигуряват ежегодно по 55 000 таблетки гризеофулвин. Прави се предложение да се разкрие втора лекарска длъжност за дерматолог в гр. Кърджали и по една длъжност за дерматолог в общините Ардино, Крумовград и Ивайловград. Ангажирането на участъковите здравни служби в борбата с дерматомикозите да бъде по-активно, а ветеринарните здравни служби да лекуват своевременно заболялите животни и по този начин да допринесат за ликвидирането на този медицински и социален проблем.

В края на научното заседание на конференцията проф. П. Попхристов обобщава, че в резултат на въвеждането на нови форми в структурата, организацията и методите на работа в цялата дермато-венерологична мрежа вече се вижда, че българската дерматологична школа е в състояние да решава големи задачи като ликвидиране на огнищата с ендемичен сифилис, ограничаване на венеричната и масовата микотична заболяемост сред населението. „Докладът за краевата патология в Кърджалийски окръг е ярко доказателство за нашите възможности, когато сме си поставили високи цели”. „Основен метод на работа е диспансерният: активно откриване на новозаболените, ранна диагностика и профилактично лечение на контактните, въпреки многото трудности от обективен и субективен характер. Здравната просвета с противовенерична тематика е много важна за успешното овладяване на сифилиса и гонореята и тук искам да подчертая положителния факт, че през 1965 г. дерматолози и участъкови лекари в София са изнесли над 3000 здравни беседи сред работници и служители в заводи и учреждения. „Конференцията, която проведехме в Кърджали, ще бъде запомнена с обмяна на информация за водещата и съпътстващата патология във всеки окръг на страната и в търсенето на възможни решения за справяне с най-разпространените кожни заболявания. Що се касае до венерическите болести, да не се успокояваме, нито да си правим илюзия, че с това, което сме издирили, сме решили проблема веднъж завинаги. Бавно и подмолно сифилисът се увеличава, заболяемостта от гонорея непрекъснато расте, особено през летните и есенните месеци, като много често източниците са пътуващи към курортите летовници – българи и чужденци. Очаква ни много работа сред рисковите групи и поне един път в годината профилактични прегледи с изследвания за гонорея и сифилис. Предстои изготвяне на нови инструкции за лечението на сифилиса и гонореята. Това ще даде реални шансове в борбата срещу венерическите болести там, където сте вие, на предния фронт.

Благодаря на всички участници в Националната конференция и още веднъж на домакините за отличната организация. До нови срещи!”

Думи на авторите:

В подкрепа на заключителния анализ на проф. П. Попхристов следва да подчертаем, че независимо от флукуациите на заболяемостта от болести, предавани по полов път, стават все по-актуални практическите проблеми на венерологията. За съжаление, днес венерологията не се намира в апогея на своето развитие поради обстоятелства от обективен и субективен характер. Дискусиите за бъдещето на венерологията ще продължат, вероятно ще се търсят по-нови и по-адекватни решения, отговарящи на съвременните реалности. Но вековният опит на първоучителите неминуемо ще ни напомня, че венерологията, като част от нашата специалност, е била и ще бъде важно направление за научни наблюдения и изследвания и през новото столетие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архив на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски” – АД, Кърджали.
2. Личен архив на д-р Тодор Черешев.
3. Ростовцев, С. Историческа справка, Държавен архив, Кърджали, ЛС № 94, 96, 1-15.
4. Цанков, Н. Quo vadis venerologia? Дерматол. и венерол, 2022;62 (1): 3-5.
5. Черкезов, Т. Бит, традиции и здраве на населението от Източните Родопи, изд. АБ, 2011.
6. Черкезов, Т, Черкезов, Д. Ендемичният сифилис в Кърджалийския регион – здравен проблем и социално предизвикателство през XX век. Дерматол и венерол, 2019, 58(2): 24-29.

КОНГРЕСИ И КОНФЕРЕНЦИИ

ДВАДЕСЕТ ГОДИНИ ЗАЕДНО ПО ПЪТЯ НА ВИСОКИТЕ МЕДИЦИНСКИ ПОСТИЖЕНИЯ И МЕЖДУНАРОДНОТО СЪТРУДНИЧЕСТВО В НАУКАТА

Тодор Д. Черкезов



Четиринадесетият конгрес на Югоизточноевропейския медицински форум (SEEMF) се проведе от 03 до 08 септември 2025 г. в Международния конгресен център на гр. Бургас и отбеляза нова страница в 20-годишната история на тази неправителствена организация. Присъстваха над 250 лекари и професионалисти в здравеопазването от 16 страни.

При откриването на конгреса президентът на SEEMF проф. д-р Андрей Кехайов, дм, подчерта значението на форума за обмен на научна информация и опит в медицинската наука и практика, за изграждане на нови познанства и незабравими приятелства. В научната програма на конгреса традиционно участват значими и международно признати лектори. Висок интерес предизвикват дискутираните теми в организираната кръгла маса по пробле-

мите на здравеопазването: киберсигурността и изкуственият интелект, правната и институционалната рамка на здравната помощ, недостигът на медицински специалисти, етичните аспекти в медицинската професия, ролята на съсловните организации.

Като гости на конгреса със свои доклади се представиха д-р Алесандра Спедикато, президент на Европейската федерация на работещите медицински специалисти (FEMS), и проф. Пол Де Рейв, генерален секретар на Европейската федерация на медицинските сестри (EFN). Българското участие в международния конгрес бе отбелязано с научни доклади от чл.-кор. проф. д-р Иво Петров, проф. Ивона Даскалова, проф. д-р Атанас Щерев, проф. Илин Савов, проф. д-р Тодор Черкезов, доц. Васил Пандов, г-жа Милка Василева и др.



Дерматологичната тематика бе добре представена на конгреса. С особено внимание аудиторията изслуша доклада на чл.-кор. проф. д-р Николай Цанков, дмн, „Българските дерматологични изследвания в Антарктика”, представен с богат снимков материал.

Интерес предизвика и докладът на проф. д-р Жана Казанджиева, дмн, на тема „Фотоалергия – отвъд хоризонта”.

Конгресът завърши с традиционен празник, на който бяха връчени отличия за принос в медицинската наука и практика.

Септември 2025

ПЪРВИ СИМПОЗИУМ ПО ДЕРМАТОХИРУРГИЯ – ИЗГРАЖДАМЕ НАЦИОНАЛНА КОЛАБОРАТИВНА МРЕЖА ЗА ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА КОЖНИ ТУМОРИ

Ива И. Гаврилова*, Гергана К. Шаламанова**

**Учредител и секретар на Българската асоциация по дерматоонкология (БАДО)*

Клиника по онкодерматология, УСБАЛ по онкология „Проф. Иван Черноземски“ – София

***Председател на Българската асоциация по дерматоонкология (БАДО)*

Отделение по медицинска онкология и дерматология, КОЦ – Пловдив

e-mail: dr@ivagavrilova.com

FIRST SYMPOSIUM ON DERMATOSURGERY – BUILDING A NATIONAL COLLABORATIVE NETWORK FOR THE SURGICAL TREATMENT OF SKIN TUMORS

Iva I. Gavrilova*, Gergana K. Shalamanova**

**Founder and Secretary of the Bulgarian Association of Dermato-Oncology (BADO)*

Oncodermatology Clinic, University Hospital of Oncology „Prof. Ivan Chernozemski“ – Sofia

***President of the Bulgarian Association of Dermato-Oncology (BADO)*

Department of Medical Oncology and Dermatology, Clinical Center – Plovdiv

e-mail: dr@ivagavrilova.com

ВЪВЕДЕНИЕ

От 26 до 28 септември 2025 г. в гр. Хисаря се проведе първият по рода си **Симпозиум по дерматохирургия**, организиран от **Българската асоциация по дерматоонкология (БАДО)**. Форумът – специализирано събитие изцяло с хирургична насоченост – събра **повече от 80 специалисти** в областта на дерматохирургията и онкохирургията от цялата страна, за да обменим опит и да обсъдим най-новите постижения в диагностиката, стадирането и хирургичното лечение на меланом и кожни карциноми.

Това бе **дългоочаквана инициатива** за екипа ни, чиято цел бе подобряване на комуникацията между специалистите, за уеднаквяване на хирургичните практики и техники, познаване на стандартите, на възможностите за системно лечение, когато е с приоритет пред хирургично-

то, и най-важното – ранно насочване на пациентите към оперативно стрдиране в специализираните онкологични центрове.

ЦЕЛИ И КОНЦЕПЦИЯ

Симпозиумът бе създаден с идеята да обедини хирурзи от различни лечебни заведения и с различна специализация – дерматохирурзи, онкохирурзи, общи и пластични хирурзи, които ежедневно се сблъскват с предизвикателствата на оперативното лечение на кожни тумори. Благодарни сме за големия интерес от професионалната общност и сме щастливи, че заедно поставихме основите на **ефективна мрежа за експертно сътрудничество**, в която колегите дерматохирурзи да намерят подкрепа и възможност за следдипломно обучение сред хирурзите в страната. Вярваме в екипността и обмена на знания между колеги с различна експертиза,

което носи високо качество на медицинската услуга и по-добра грижа за пациентите, които разчитат на нас.

НАУЧНА ПРОГРАМА

Подготвихме програма с **широк спектър от теми**, за да обхванем хирургичната практика в пълнота. Посветихме панели на:

- новостите в диагностиката и алгоритми за ранното стадиране на меланом;
- иновации в хирургичното и комбинираното лечение;
- новости в клиничната класификация на кожни карциноми;
- терапевтични алгоритми при кожни карциноми;
- съвременни подходи при сентинелна биопсия;
- реконструктивни техники и постоперативно проследяване.

Особен акцент бе поставен върху лекцията на чуждестранния гост-експерт **проф. Пьотр Рутковски** от Националния изследователски институт по онкология „Мария Склодовска-Кюри“ във Варшава, Полша – един от водещите учени и изследователи в Европа. Той сподели практическия си опит в техниките при **сентинелна лимфна биопсия** и представи най-новите европейски стандарти в **лечението на III стадий с лимфно засягане на меланом**.

ПРАКТИЧЕСКА СТОЙНОСТ

Форумът продължи с **мултидисциплинарни обсъждания на редки и сложни клинични случаи**, които стимулираха обмена на знания и насърчиха сътрудничеството между отделните центрове. Много от участниците споделиха, че именно тези дискусии са породили идеи за бъдещи партньорства и съвместни инициативи в надграждащи обучения и в клиничната практика.

Екипът на БАДО сме привърженици на обединението на експертиза – стъпка към централизирането на специализираната онкологична грижа в областта на кожните тумори. Това е силата

на този формат, който постави началото на трайна традиция за усъвършенстване на хирургичната практика и прилагането на най-високи стандарти в лечението на кожни тумори в България.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Първият симпозиум по дерматохирургия утвърди **нов модел на колаборация** между дерматохирурзи, онкохирурзи, общи и пластични хирурзи в България. Той не само създаде пространство за професионален обмен и следипломно обучение, но и даде начало на **устойчива национална платформа** за развитие на хирургичните стандарти и подобряване качеството на грижа за пациентите с кожни тумори. В БАДО вярваме, че най-големият напредък идва, когато работим заедно – не за да оставим следа, а за да превърнем знанието и опита в реални промени – в по-високи стандарти, по-добра координация и повече надежда за хората, на които помагаме.



Снимка 1: Д-р Гергана Шаламанова, председател на Българската асоциация по дерматоонкология и доц. Ива Гаврилова, съучредител и секретар на БАДО – организатори на Симпозиума по дерматохирургия



Снимка 2: Разгорещена интердисциплинарна дискусия, под модераторството на доц. Ива Гаврилова, с участието на (от ляво надясно): д-р Регина Хатър – председател на Българската асоциация по пластична, естетична и реконструктивна хирургия, д-р Гергана Шаламанова – председател на БАДО и доц. Гриша Матеев – председател на Българското дерматологично дружество



Снимка 3: Отлична колаборация между дерматохирурги, пластични и онкохирурги (от ляво надясно): д-р Иван Литов, д-р Регина Хатър, д-р Славяна Ушева, доц. Иван Богданов, доц. Ива Гаврилова, д-р Гергана Шаламанова и доц. Гриша Матеев



Снимка 4: Разговорите за най-добрите решения за пациентите с кожни тумори продължават и в неформална среда (от ляво надясно): доц. Иван Богданов, доц. Ива Гаврилова, проф. Развигор Дърленски, д-р Преслав Василев



Снимка 5: Обсъждане на клинични случаи от практиката, под модераторството на (от ляво надясно) доц. Карен Мануелян и проф. Развигор Дърленски

КОНГРЕС НА ЕВРОПЕЙСКАТА АКАДЕМИЯ ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ ПАРИЖ, 17-19 СЕПТЕМВРИ, 2025 Г.

Иван А. Богданов

Клиника по дерматология и венерология

Аджибадем-Сити клиник УМБАЛ Токуда – София

Отминалият конгрес на ЕАДВ в Париж, може би най-успешният конгрес на Академията от създаването ѝ досега, е удобна отправна точка във времето за равностетка. На ЕАДВ за свършената работа и постигнатите резултати и на мен като член на Борда на представителите.

За ЕАДВ можем спокойно да кажем, че последните няколко години са повече от успешни. Като мъж трябва да призная, че дамите начело на организацията са свършили отлична работа и имаше много с какво да се похвалят в техните доклади. Като източноевропейец и балканец мога да кажа, че съм изключително доволен от това, че зад тези успехи стоят представителки на 2 балкански държави: председателят на ЕАДВ – Проф. Бранка Маринович (Хърватска) и секретарят на ЕАДВ – Проф. Кармен Салавастру (Румъния). Матриархатът в ЕАДВ предстои да бъде продължен от други 2 дами: президент-елект проф. Мари-Алет Ришар (Франция) и новия секретар на ЕАДВ – проф. Маргарита Гонзало (Португалия). Пожелавам им успех!



Но да се върнем към резултатите на ЕАДВ, представени на AGM 2025 в Париж на 19 септември. За последните 4 години броят на членовете на ЕАДВ се е удвоил до 13 000 и почти достига този на Американската академия. Най-голям брой членове има Румъния – 1000, следвана от Турция – 687 и Обединеното Кралство – 599.

Конгресът в Париж също отбелязва рекорд по посещаемост с повече от 20 000 делегати и близо 600 лектори от цял свят.

На фона на тези сериозни успехи и въпреки успешната работа на ръководството на ЕАДВ (в лицето на двете дами от Балканите), както и сериозният прираст на членове от Източна Европа, за

поредна година видяхме диспропорционално малко лектори от този регион. Когато започна моят мандат като член на борда, си поставих за цел да засиля представителството на България, както сред лекторския състав, така и сред членовете на комисии и останалите структури на ЕАДВ.



С известно задоволство мога да кажа, че от 1 лектор на конгреса в Берлин, в Париж имахме 4: д-р Лидия Тодорова, д-р Иван Пеев, проф. Жана Казанджиева и проф. Развигор Дърленски (надявам се не изпускам никого).

Далеч съм от мисълта да си приписвам заслуги за поканата към тези лектори, които без всякакво съмнение се дължат единствено на постиженията и авторитета им. Все пак трябва да отбележа, че постоянното ми настояване пред председателя на научната комисия и изказването ми на последното заседание на Борда, доведе до писмо от секретаря на ЕАДВ и новия председател на научната комисия с молба към членовете на Борда, да дадат своите предложения за лектори, нещо, което отдавна не се беше случвало. Продължаваме да работим в тази посока. Позволявам си да го кажа в множествено число, защото силно вярвам, че с новия член на борда – проф. Р. Дърленски, ще имаме още по-добра координация и ще успеем да постигнем повече като екип.

Тази година успяхме да получим едно място в комисия – проф. Василева продължава своята работа като член на Етичната комисия. Искам да ѝ благодаря за конструктивния дух, в който се развиваше работата ни в борда и да ѝ пожелаем много успехи в новата ѝ функция. Убеден съм, че работата ѝ ще е от полза за ЕАДВ и за българската дерматология.



Пожелавам си и повече активност и желаещи за учатие в комисиите и работните групи от страна на българските дерматолози. Всеки, който вижда своето място и своя принос в работата на Академията, може да ни потърси. Надявам се догодина да успеем да разширим представителството си в тези структури.

Моят път към дерматологията започна като студент през 2005 г. на пролетния симпозиум на ЕАДВ в София, където като студенти ни беше дадена възможността да работим. От учащ с дете на 1 година такива възможности не се изпускат и аз досега виждам пръста на съдбата в тази работа. Това домакинство без никакво съмнение се дължи на авторитета и работата на проф. Н. Цанков, но въпреки всички предпоставки и подходящи условия да приемем Пролетен симпозиум, такава възможност не се е появявала отново оттогава.

Според решение на ЕАДВ домакинството на тези събития се поема на ротационен принцип последователно от по 1 държава в Източна, Западна, Северна и Южна Европа. Последното кандидатстване се е случило преди моето влизане в Борда и не успях да подам документи за участие в процедурата за 2029 година (домакинството отиде в Краков, Полша). Следващото домакинство на Източна Европа ще бъде през 2033 г. Може би изглежда далеч, но аз мисля, че имаме добри шансове и трябва да опитаме. Вече направих първи стъпки в тази посока, но документи ще се подават вероятно през следващата година.

„Който играе – печели!“

И понеже споменах проф. Цанков и неговия принос за издигането на международния престиж на българската дерматология (само отбелязването на Пролетния симпозиум през 2005 е твърде недостатъчно, но изреждането ще отнеме повече от страница), оставям новината, свързана с неговото награждаване, като черешка на тортата на българското участие на конгреса в Париж. На церемония по време на официалната вечеря за закриване на конгреса проф. Николай Цанков беше удостоен с престижната награда „Clinical Care Award“ на Европейската академия по дерматология и венерология. Това е събитие без прецедент в историята на българската дерматология и е признание за една изключителна кариера от европейския и световния елит в областта.

Честито, Професоре!

ОТЛИЧИЕ ЗА БЪЛГАРСКИ ДЕРМАТОЛОГ

БЪЛГАРСКИ ДЕРМАТОЛОГ С ПРЕСТИЖНА ЕВРОПЕЙСКА НАГРАДА

Развигор Б. Дърленски*, **

*АСК Токуда болница – София

**Секция по дерматовенерология, Медицински факултет,
Тракийски университет – Стара Загора
dalrnenski@gmail.com

Член-кореспондент проф. д-р Николай Цанков, дмн, беше удостоен с престижната награда „Clinical Care Award“ на Европейската академия по дерматология и венерология (EADV). Отличието му бе връчено на 19 септември 2025 г. в рамките на официалната церемония на конгреса на EADV в Париж – най-значимото европейско събитие в областта на дерматологията, което тази година събра над 20 000 специалисти от различни държави.

Наградата „Clinical Care Award“ се връчва на личности, доказали изключителна отдаденост и принос в клиничната практика. За първи път нейният носител е български дерматолог – факт, който подчертава високото международно признание за постиженията на българската дерматологична школа.

Проф. Николай Цанков е сред най-авторитетните имена в европейската дерматология. Той е автор на повече от 430 научни публикации в България и чужбина, изнесъл е 37 пленарни лекции на международни форуми, както и 3 на световни конгреси, и е почетен член на 17 научни дерматологични дружества в Европа и САЩ. Неговите трудове засягат широк спектър от теми, като най-голямо внимание привличат изследванията му върху адаптацията на кожата в екстремни климатични условия.

В периода на участие в пет български антарктически експедиции проф. Цанков провежда уникални изследвания, които дават начало на ново направление в медицинската наука. Той е първият дерматолог, публикувал научни статии за кожните промени в Антарктика, а приносът

му беше увековечен и с географски обект – през 2020 г. остров от архипелага на Южния континент получи неговото име – Tsankov Island.

Признанието от EADV е не само личен успех на проф. Цанков, но и значим етап в развитието на българската дерматология. То подчертава ролята на страната ни в международния научен обмен и отдадеността на поколения специалисти, посветили труда си на грижата за пациентите и усъвършенстването на клиничната практика.

С награждаването на проф. Николай Цанков името на България застава редом с водещите европейски школи, а неговата работа продължава да вдъхновява младите лекари и да допринася за утвърждаването на нашата страна като активен участник в световната дерматологична общност.



Фиг. 1. Чл. кор проф. д-р Николай Цанков (по средата) с двамата си ученици – доц. Иван Богданов (вдясно) и проф. Развигор Дърленски (вляво)

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ

Изпращането на ръкописите става по електронен път на e-mail: **dermatol.venerol@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 1 до 3 рецензенти, като задължително изпращат и техните e-mail адреси.

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.

Авторите посочват рубриката, за която считат, че е насочена тяхната статия.

Окончателното решение за това може да бъде взето от главния редактор.

НАЧИН ЗА 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. Имена на авторите, които са изписани 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. 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.

Например:

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 на български и английски език – от 3 до 5
4. Въведение
5. Материал и методи
6. Резултати

7. Обсъждане на резултатите
8. Литература
9. Таблицы (номериращи) и заглавия на таблиците, поставени непосредствено след номера на таблицата
10. Фигури (номериращи) и заглавия, поставени непосредствено след номера на фигурата

ЛИТЕРАТУРА:

1. Имена на авторите
2. Заглавие на статията
3. Година на издаване; том; страници от-до.

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.“.

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.

Монографии, учебни помагала и книги се цитират по следния начин:

1. Автор и/или автори. Заглавие. Под редакцията (П/р) на редактор(и). Град, издателство, година, страници от-до.

Пример:

Дурмишев А., Дурмишев Л. Приложна дерматотерапия. София (С.), Марин Дринов, 2004.
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, учебното 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. София (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.

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, МФ София, 2008.

Всички номера от библиографията в текста на статията се слагат в средни скоби.