



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

Синтия Христова

TECHNICAL ASSISTENT

Sintiya Christova

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Мери Ганчева

Димитър Господинов

Косара Дреновска

Развигор Дърленски

Жана Казанджиева

Карен Мануелян

Гриша Матеев

Валерия Матеева

Евгения Христатијева

Румяна Янкова

EDITORIAL BOARD

Mary Gantcheva

Dimitar Gospodinov

Kossara Drenovska

Razvigor Darlenski

Jana Kazandjjeva

Karen Manuelyan

Grisha Mateev

Valeria Mateeva

Evgenia Hristakieva

Rumiana Yankova

ЧУЖДЕСТРАННА КОЛЕГИЯ

Гюнтер Бург

Андрю Финлей

Андреас Кацамбас

Лауренс Париш

Йоханес Ринг

INTERNATIONAL BOARD

Günter Burg

Andrew Finlay

Andreas Katsambas

Lawrence Parish

Johannes Ring

ОБЗОРИ

РЕГРЕСИЯ ПРИ КОЖЕН МЕЛАНОМ: КЛИНИЧНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ЗНАЧЕНИЕ ЗА ДЕРМАТОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА	
Ива И. Гаврилова	3
СВИНСКАТА МАС В МЕДИЦИНАТА: ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ, СЪВРЕМЕННО ЗНАЧЕНИЕ И ПРИЛОЖЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИЯТА	
Синтия Христова, Николай Цанков	9

REVIEWS

REGRESSION IN CUTANEOUS MELANOMA: CLINICAL PITFALLS AND RELEVANCE TO DERMATOLOGICAL PRACTICE	
Iva I. Gavrilova	3
PIG LARD IN MEDICINE: HISTORICAL DEVELOPMENT, CONTEMPORARY SIGNIFICANCE AND APPLICATIONS IN DERMATOLOGY	
Sintiya Hristova, Nikolay Tsankov	9

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ACQUIRED DERMAL MACULAR HYPERPIGMENTATION СРЕД НЕОБИЧАЙНА ПОПУЛАЦИЯ: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ ПРИ ПАЦИЕНТ ОТ БЪЛГАРСКИ ПРОИЗХОД	
Вяра Борисова, Веселина Бельова, Свитлана Бачурска, Мирослава Кадурина, Бисера Котева, Стефана Дамевска, Десислава Г. Николаева.....	12
ПРОФЕСИОНАЛЕН ПЕРИУНГВАЛЕН АЛЕРГИЧЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ, ИНДУЦИРАН ОТ 2-ХДРОКСИЕТИЛМЕТАКРИЛАТ (НЕМА), ПРИ ФРИЗЬОРКА	
А. Найдова, М. Димова, Б. Котева Трифунова, К. Дамевска	18

CLINICAL CASES

ACQUIRED DERMAL MACULAR HYPERPIGMENTATION AMONG AN UNUSUAL POPULATION: A CLINICAL CASE IN A PATIENT OF BULGARIAN ORIGIN	
Vyara Borisova, Veselina Belyova, Svitlana Bachurska, Miroslava Kadurina, Bisera Koteva, Stefana Damevska, Dessyslava G. Nikolaeva	12
OCCUPATIONAL PERIUNGUAL ALLERGIC CONTACT DERMATITIS INDUCED BY 2-HYDROXYETHYL METHACRYLATE (HEMA) IN A HAIRDRESSER	
A. Naidova, M. Dimova, B. Kotevska Trifunova, K. Damevska	18

ДЕРМАТОЛОГИЯ В НАРОДНАТА МЕДИЦИНА

ЛЕЧЕБНИ И РИТУАЛНИ ПРАКТИКИ ЗА ПРЕМАХВАНЕ НА БРАДАВИЦИ В НАРОДНАТА МЕДИЦИНА НА ИЗТОЧНИТЕ РОДОПИ	
Димитър Т. Черкезов, Лидия А. Кирилова, Светла С. Михайлова, Тодор Д. Черкезов.....	22

DERMATOLOGY IN FOLK MEDICINE

HEALING AND RITUAL PRACTICES FOR REMOVING WARTS IN THE FOLK MEDICINE OF THE EASTERN RHODOPES	
Dimitar T. Cherkeзов, Lidia A. Kirilova, Svetla S. Mihaylova, Todor D. Cherkeзов	22

КОНГРЕСИ И КОНФЕРЕНЦИИ

ЛЯТНО УЧИЛИЩЕ ПО ПРАКТИЧЕСКА ДЕРМАТОЛОГИЯ „BACK TO SCHOOL“ – БУРГАС, 2026	
Иван Богданов.....	28
ПЪРВИ ЕДНОДНЕВЕН ТЕМАТИЧЕН КУРС НА ТЕМА „БОЛЕСТИ, ПРЕДАВАНИ ПО ПОЛОВ ПЪТ“	
Димитър Черкезов	31

CONGRESSES AND CONFERENCES

SUMMER SCHOOL OF PRACTICAL DERMATOLOGY „BACK TO SCHOOL“ – BURGAS, 2026	
Ivan Bogdanov	28
FIRST ONE-DAY THEMATIC COURSE ON THE TOPIC „SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES“	
Dimitar Cherkeзов	31

IN MEMORIAM	32
-------------------	----

IN MEMORIAM	32
-------------------	----

ОБЗОРИ

РЕГРЕСИЯ ПРИ КОЖЕН МЕЛАНОМ: КЛИНИЧНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ЗНАЧЕНИЕ ЗА ДЕРМАТОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА

Ива И. Гаврилова*

**Клиника по онкодерматология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София
dr@ivagavrilova.com*

REGRESSION IN CUTANEOUS MELANOMA: CLINICAL PITFALLS AND RELEVANCE TO DERMATOLOGICAL PRACTICE

Iva I. Gavrilova*

**Clinic of Oncodermatology, University Specialized Hospital for Active Treatment in Oncology
“Prof. Ivan Chernozemski”, Sofia
dr@ivagavrilova.com*

РЕЗЮМЕ

Регресията при първичния кожен меланом представлява частично или пълно заместване на туморните клетки от възпалителен инфилтрат, меланофаги, фиброза и съдови промени в резултат на противотуморен имунен отговор. Клиничното ѝ значение остава противоречиво. Целта на настоящия обзор е да представи регресията от практическата гледна точка на дерматолога, с акцент върху клиничното и дерматоскопското ѝ разпознаване, ограниченията при интерпретацията на дебелината по Breslow и данните за прогностичното ѝ значение. Обсъдени са систематични обзори, метаанализи и големи кохортни проучвания, както и илюстративни случаи от собствен клиничен архив. Съвременните данни не показват повишен риск от позитивен сентинелен лимфен възел (СЛВ) при наличие на регресия и в редица анализи тя се свързва с по-благоприятна преживяемост. Това обаче е популационна зависимост и не позволява регресиралата лезия при конкретния пациент да бъде приемана като нискорискова. Обширната спонтанна регресия може да остави малък резидуален инвазивен компонент и да затрудни

реконструкцията на предходния обем на тумора. Представените клинични примери подчертават необходимостта регресивните структури да се търсят целенасочено при дерматоскопия и подозрителните лезии да се ексцизират прецизно. Регресията не следва да намалява онкологичната бдителност, а да бъде интерпретирана в клинично-патологичен контекст.

Ключови думи: меланом; регресия; спонтанна регресия; дерматоскопия; Breslow; сентинелен лимфен възел; прогноза

ABSTRACT

Regression in primary cutaneous melanoma is characterized by partial or complete replacement of tumor cells by inflammatory infiltrates, melanophages, fibrosis and vascular changes as a consequence of an antitumor immune response. Its clinical significance remains controversial. This review addresses melanoma regression from the dermatologist's perspective, focusing on clinical and dermoscopic recognition, limitations in the interpretation of Breslow thickness and current evidence regarding prognosis. Systematic reviews, meta-analyses and large cohort studies are discussed together with

illustrative cases from our clinical archive. Current evidence does not indicate an increased risk of sentinel lymph node positivity in melanomas with regression, and several studies associate regression with favorable survival outcomes. However, this is a population-level association and should not be interpreted as evidence of low individual risk. Extensive regression may leave only a small residual invasive component and may complicate assessment of the previous tumor burden. The clinical examples emphasize the need to actively search for regression structures during dermoscopic examination and to perform adequate excision of suspicious lesions. Regression should not reduce oncological vigilance and should be interpreted within the overall clinical and histopathological context.

Key words: melanoma, regression, dermoscopy, Breslow thickness, sentinel lymph node, prognosis

ВЪВЕДЕНИЕ

Спонтанната регресия е добре познат, но все още дискуссионен феномен при кожния меланом. Тя отразява взаимодействието между тумора и имунната система и може да обхване ограничена част от лезията или почти целия тумор. За дерматолога проблемът е преди всичко практически: регресиралата зона може да промени клиничния и дерматоскопския образ и да остави само малък остатъчен компонент, по който впоследствие се извършва хистологичната оценка [1].

При дерматоскопия регресията най-често се разпознава чрез белегоподобна депигментация и синьо-сиви гранули (reppering). При почти напълно регресирани лезии диагностичната ориентация може да бъде трудна [1]. Поради това наличието на регресивни структури не бива да се възприема като успокояващ белег, а като основание за внимателна оценка на цялата лезия.

Исторически спонтанната регресия е разглеждана в две противоположни посоки. Според едната хипотеза тя може да прикрие предходен по-значим инвазивен компонент и да доведе до подценяване на риска. Според другата е морфологичен израз на ефективен противотуморен

имунен отговор и се асоциира с по-благоприятно протичане. Съвременните данни подкрепят по-скоро благоприятната ѝ прогностична асоциация, но не премахват необходимостта от внимателна индивидуална оценка [2-4].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Настоящата публикация е обзор с илюстративни клинични примери. За литературния анализ са използвани индексирани в PubMed публикации, разглеждащи дефиницията и хистологичните характеристики на регресията, дерматоскопските белези, връзката със статуса на сентинелния лимфен възел и преживяемостта [1-8]. Включени са систематични обзори и метаанализи, както и големи кохортни проучвания. Клиничната част представя шест подбрани примера от личния архив, представящи тънък (нискорисков) и среднодебел (високорисков) меланом в регресия, повърхностно разпространяващи се меланом с вертикална фаза на растеж и регресия и регресирали първични тумори с паралелна дисеминация. Клиничните случаи имат илюстративна цел и не са използвани за статистически анализ.

РЕЗУЛТАТИ

Дефиниция и форми на регресия

Хистологично спонтанната регресия се характеризира със загуба на меланомни клетки и заместването им от възпалителен инфилтрат, пигмент-натоварени макрофаги, фиброза, епидермална атрофия и съдови промени. Терминологията и количественото отчитане не са напълно унифицирани, което затруднява сравнението между отделните серии [1, 2].

При частична регресия жизнеспособният меланом остава ясно установим в част от лезията, докато в съседни участъци преобладават меланофаги, лимфоцити и фиброза. При обширна регресия по-голямата част от тумора е заместена от регресивни промени и може да се намира само малък остатъчен брой жизнеспособни меланомни клетки. При пълна регресия остатъчни меланомни клетки не се установяват. Именно

последните две ситуации поставят най-съществения клиничен въпрос: доколко резидуалният инвазивен компонент отразява предходния обем и биология на тумора [2].

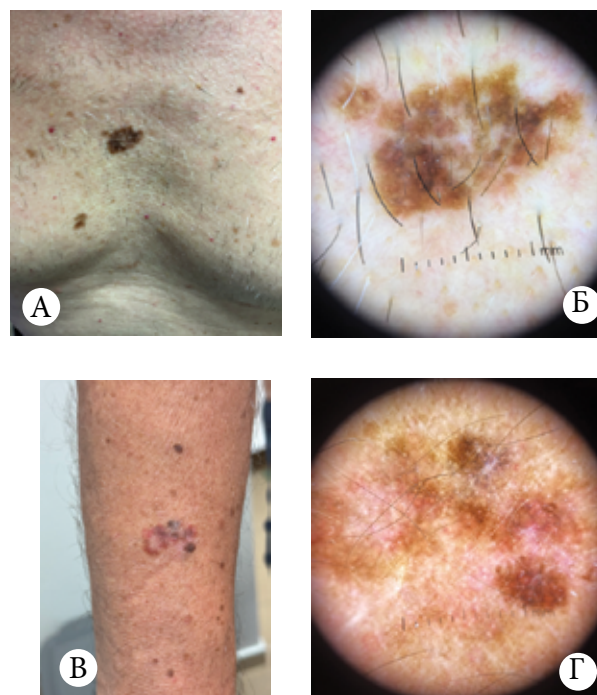
В практиката е полезно да се посочват наличието на регресия, приблизителният ѝ обхват и основните морфологични компоненти. Липсата на единна система за отчитане остава съществено ограничение на публикуваните данни [2, 5]. От друга страна, при липса на унифицирана патохистологична категоризация дерматоскопията остава водещ метод за диагностика, особено при напълно регресирани тумори. При последните не е рядък сценарият, при който заболяването се открива по наличието на метастази, а първичният тумор остава неустановен поради пълната му спонтанна регресия и липсата на хистологични данни.

Клинично и дерматоскопско разпознаване

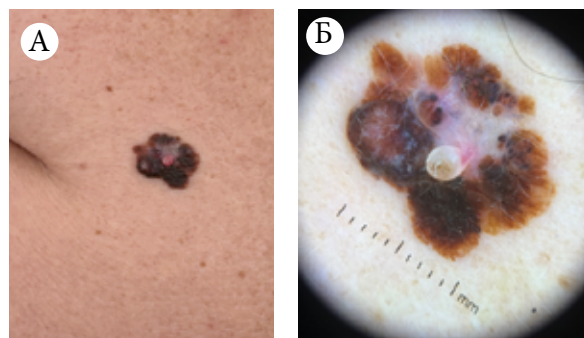
От дерматологична гледна точка регресиата има значение още преди хистологичната диагноза. Белегоподобната депигментация и синьо-сивите гранули (perpetring) са класически дерматоскопски белези, но могат да бъдат разпределени неравномерно и да съществуват заедно с остатъчни подозрителни структури [1]. Затова оценката трябва да обхваща цялата лезия, а не само най-пигментираната ѝ част.

При обширно регресирани меланоми малкият размер на остатъчния пигментен или инвазивен компонент не следва автоматично да се интерпретира като белег за малък първоначален тумор. Това е особено важно, когато клиничната и дерматоскопската находка изглеждат по-значими от резидуалната хистологична дебелина. В такива случаи клинично-патологичната корелация е съществена.

Представяме два клинични случая от практиката на пациенти със спонтанна регресия, вероятно като признак на добър имунен отговор: пациент с два синхронни тънки нискорискови меланом с частична регресия (фиг. 1) и пациент с високорисков меланом също в регресия, но с негативен сентинелен лимфен възел като биомаркер за добра прогноза (фиг. 2).



Фиг. 1. Мъж на 78 г. с два синхронни, повърхностно разпространяващи се меланом, стернално и на десния антебрахиум, с дебелина и при двата по Breslow под 1 mm и видим клинично и дерматоскопски признак на спонтанна регресия. **А.** Клиничен и **Б.** Дерматоскопски вид на меланом, стернално; **В.** Клиничен и **Г.** Дерматоскопски вид на меланом на десния антебрахиум (снимки: личен архив)



Фиг. 2. Мъж на 65 г. с високорисков повърхностно разпространяващ се меланом на лявото рамо, с дебелина по Breslow 2.5 mm, признак на улцерация и спонтанна регресия при негативен регионален лимфен възел в лявата аксила. **А.** Клиничен и **Б.** Дерматоскопски вид (снимки: личен архив)

По-ранни серии поставят под съмнение използването на регресиата като самостоятелна причина за биопсия на сентинелен лимфен възел. В проучването на Кауг и сътр. [3] пациентите с регресия не показват по-висока често-

та на позитивен сентинелен възел; при тънките меланом с регресия нодуларната дисеминация е рядка, а вертикалната фаза на растеж и други неблагоприятни характеристики изглеждат по-информативни [3].

Най-цитираният метаанализ по този въпрос включва 14 проучвания и 10 098 пациенти. Ribero и сътр. [1] установяват по-ниска вероятност за позитивен сентинелен лимфен възел (СЛВ) при наличие на хистологична регресия. Данните не подкрепят регресията като самостоятелна индикация за оперативно стадиране чрез биопсия на сентинелен лимфен възел [4]. Важно ограничение е хетерогенността на използваните дефиниции и липсата на стандартизирано количествено отчитане на регресията във включените проучвания [4].

Регресия и прогноза

Метаанализът на Gualano и сътр. [5], включващ 10 проучвания и 8557 пациенти, показва по-нисък относителен риск от смърт при пациентите с хистологична регресия (RR 0,77; 95% CI 0,61–0,97) [5]. Тези резултати подкрепят разбирането, че регресията по-често е белег на ефективен противотуморен имунен отговор, отколкото маркер за неблагоприятна биология.

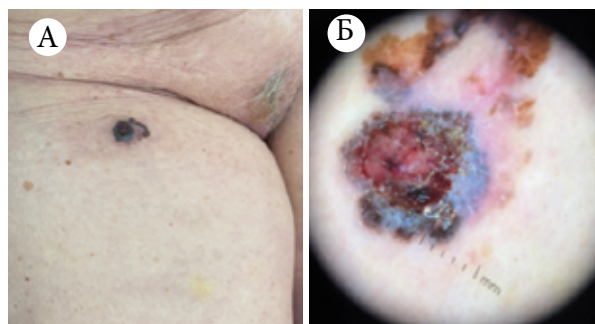
El Sharouni и сътр. [6] анализират две независими кохорти с общо 15 078 пациенти с инвазивен кожен меланом стадий I–II. Регресия е установена при 35,4% от пациентите в нидерландската и при 44,1% в австралийската кохорта. Тя се среща по-често при повърхностно разпространяващ се меланом, по-малка дебелина по Breslow и липса на улцерация, и е независимо свързана с по-благоприятни резултати. Ефектът е най-изразен при тумори с Breslow до 4 mm и при повърхностно разпространяващ се меланом [6].

Данните на Aivazian и сътр. [7] от 8693 последователни меланома потвърждават връзката между регресията, по-ниската честота на позитивност на СЛВ и по-благоприятната преживяемост, особено когато регресията е съчетана с тумор-инфилтриращи лимфоцити. Интерес представлява подгруповият анализ при стадий

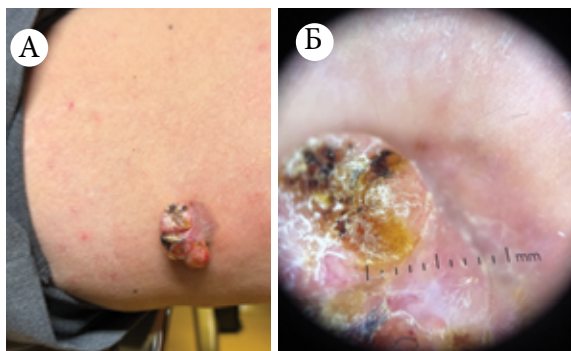
III, при който регресията се асоциира с по-ниска обща преживяемост и по-кратка преживяемост без рецидив. Този резултат не променя общата благоприятна асоциация, но показва, че значението на регресията може да зависи от стадия и биологичния контекст.

Обзорът на Cartron и сътр. [8] заключава, че наличните данни не подкрепят повишен риск от позитивен сентинелен възел, метастази или смъртност само поради наличие на регресия и че тя сама по себе си не трябва да променя стадирането или стандартното поведение. Авторите подчертават обаче значителните различия в критериите за докладване и необходимостта от стандартизация.

Представяме клинични примери за локално авансирал, повърхностно разпространяващ се меланом с вертикална фаза на растеж и изразена спонтанна регресия, като и в двата случая се установяват микрометастази в стражевите лимфни възли. При измерване на туморна дебелина от вертикалната фаза пациентите са стадирани като T4b с Breslow над 4 mm, но при хистологична верификация на повърхностно разпространяващия се компонент в регресия – фалшиво могат да бъдат приемани за T1a с дебелина в регресиралите полета до 1 mm по Breslow (фиг. 3 и 4).



Фиг. 3. Жена на 83 г. с повърхностно разпространяващ се меланом на дясното бедро в частична регресия и вертикална фаза на растеж с улцерация и микрометастаза в стражеви лимфен възел в дясната ингвинална област. А. Клиничен и Б. Дерматоскопски вид (снимки: личен архив)



Фиг. 4. Жена на 40 г. с анамнеза за лезия на вътрешната повърхност на лявото бедро с давност над 10 г. – повърхностно разпространяващ се меланом с почти пълна регресия и вертикална фаза на растеж с частична регресия, депигментирани и улцерация, както и микрометастази в стражеви лимфен възел в лявата ингвинална област. **А.** Клинична картина и **Б.** Дерматоскопски вид (снимки: личен архив)

По-ново кохортно проучване на Wagner и сътр. [9] при 1179 пациенти, подложени на сентинелна биопсия, също свързва регресията с отрицателен СЛВ и по-добра преживяемост без рецидив на заболяването и по-добра меланом-специфична преживяемост. При пациентите, достигнали неоперативен стадий, регресията е асоциирана и с по-добра преживяемост без регресия при лечение с инхибитори на имунните контролни точки, но изследването е ретроспективно и едноцентрово.

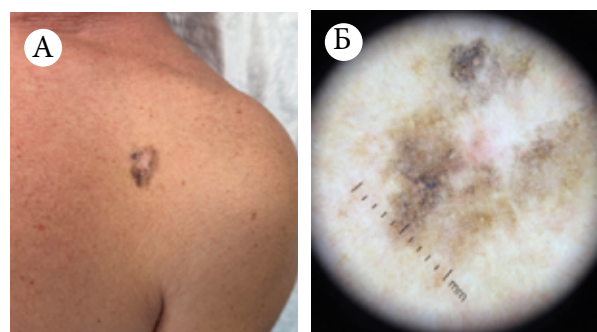
ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Натрупаните данни през последните години промениха историческото възприемане на регресията като задължително неблагоприятен белег. Метаанализите и големите кохорти последователно показват, че тя не увеличава вероятността за позитивен СЛВ и в много серии е свързана с по-добра прогноза [4-7,9]. Това е важен аргумент срещу автоматичното определяне на регресията като високорисков фактор.

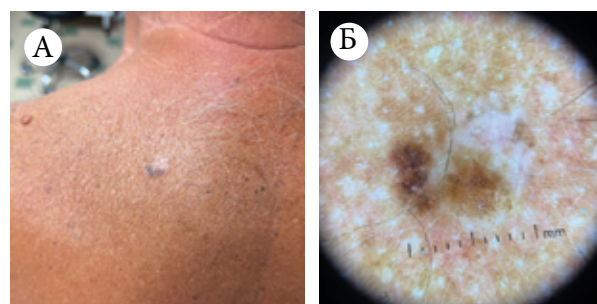
За клиничната практика обаче по-важен е другият аспект на проблема. Прогнозата не позволява да се направи заключение, че конкретната регресирала лезия е биологично нискорискова. При обширна регресия хистологично измеримият остатъчен компонент може да бъде ограничен, а реконструкцията на предходния

туморен обем е невъзможна. Поради това не е коректно дебелината по Breslow да бъде хипотетично „коригирана“, но също така не е разумно регресивните промени да бъдат игнорирани при клинично-патологичната интерпретация [2,8].

Демонстрираните клинични случаи илюстрират именно тази граница между статистическата прогноза и индивидуалното поведение. Представяме клинични примери при двама пациенти с напълно регресирали първични меланоми и паралелна дисеминация, които са насочени към специалист за физикално обследване за първичен тумор след хистологична верификация на нодална (фиг. 5) и далечна (фиг. 6) метастаза от меланом.



Фиг. 5. Мъж на 57 г. с повърхностно разпространяващ се меланом в областта на лявото рамо в пълна регресия, пакет патологични лимфни възли в лявата аксила, насочен след биопсия и потвърждение за нодална метастаза от меланом. **А.** Клиничен и **Б.** Дерматоскопски вид; (снимки: личен архив)



Фиг. 6. Мъж на 67 г. със соларно увредена кожа и повърхностно разпространяващ се меланом на гърба в пълна регресия, насочен след биопсия на чернодробна метастаза от меланом и данни за дисеминация в костите и белия дроб. Хистопатологично дебелината по Breslow не може да бъде определена. **А.** Клиничен и **Б.** Дерматоскопски вид (снимки: личен архив)

Тези наблюдения не опровергават резултатите от големите серии; те показват, че благоприятната асоциация на регресията не е абсолютна и не изключва агресивно протичане при отделен пациент. Подобен сигнал се наблюдава и в анализа на Aivazian и сътр. при пациентите със стадий III [7].

Практическото послание към дерматолога е следователно различно от опита регресията да бъде определена еднозначно като „добър“ или „лош“ прогностичен белег. Тя трябва да бъде разпозната. При наличие на белегоподобна депигментация, *reppering* или несъответствие между отделните зони на лезията, трябва целенасочено да се търсят остатъчни структури на меланом [1]. Подозрителната лезия трябва да бъде прецизно ексцизирана, а клиничната и дерматоскопската информация да бъде достъпна за патолога, особено когато хистологично се установяват обширна регресия и малък резидуален инвазивен компонент.

В настоящия обзор представените клинични случаи са селектирани с илюстративна цел и не позволяват оценка на честота или прогностичен риск. Освен това самата литература остава хетерогенна по отношение на дефиницията, фазата и количественото отчитане на регресията [2, 4, 8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Спонтанната регресия при кожния меланом е честа находка и в съвременните проучвания по-често се асоциира с благоприятни прогностични показатели. Тя не е самостоятелна индикация за биопсия на сентинелен лимфен възел и не следва сама по себе си да променя стадирането [4, 8].

Това не намалява значението ѝ за дерматолога. Регресивните структури могат да променят клиничния образ, да оставят дискретен остатъчен компонент и да затруднят оценката на предходния туморен обем. Затова регресия-

та трябва да се търси активно при клиничния и дерматоскопския преглед и да се интерпретира заедно с останалите характеристики на лезията.

Най-същественото практическо послание е, че благоприятната ѝ прогностична асоциация на популационно ниво не е равнозначна на нисък риск при отделния пациент. Регресираният меланом изисква същата диагностична прецизност и онкологична бдителност, както всеки друг подозрителен меланоцитен тумор.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ribero S, Moscarella E, Ferrara G, et al. Regression in cutaneous melanoma: a comprehensive review from diagnosis to prognosis. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 2016;30:2030-2037.
2. Cartron AM, Aldana PC, Khachemoune A. Reporting regression in primary cutaneous melanoma. Part 1: history, histological criteria and pathogenesis. *Clin Exp Dermatol*, 2021;46:28-33.
3. Kaur C, Thomas RJ, Desai N, et al. The correlation of regression in primary melanoma with sentinel lymph node status. *J Clin Pathol*, 2008;61:297-300.
4. Ribero S, Gualano MR, Osella-Abate S, et al. Association of histologic regression in primary melanoma with sentinel lymph node status: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*, 2015;151:1301-1307.
5. Gualano MR, Osella-Abate S, Scaioli G, et al. Prognostic role of histological regression in primary cutaneous melanoma: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*, 2018;178:357-362.
6. El Sharouni M, Aivazian K, Witkamp AJ, et al. Association of histologic regression with a favorable outcome in patients with stage 1 and stage 2 cutaneous melanoma. *JAMA Dermatol*, 2021;157:166-173.
7. Aivazian K, Ahmed T, El Sharouni MA, et al. Histological regression in melanoma: impact on sentinel lymph node status and survival. *Mod Pathol*, 2021;34:1999-2008.
8. Cartron AM, Aldana PC, Khachemoune A. Reporting regression in primary cutaneous melanoma. Part 2: prognosis, evaluation and management. *Clin Exp Dermatol* 2020;45:818-823.
9. Wagner NB, Knierim SM, Luttermann F, et al. Histopathologic regression in patients with primary cutaneous melanoma undergoing sentinel lymph node biopsy is associated with favorable survival and, after metastasis, with improved progression-free survival on immune checkpoint inhibitor therapy: a single-institutional cohort study. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:739-748.

СВИНСКАТА МАС В МЕДИЦИНАТА: ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ, СЪВРЕМЕНО ЗНАЧЕНИЕ И ПРИЛОЖЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИЯТА

Синтия Христова*, Николай Цанков*,**

*Клиника по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда, София

**Амбулатория за спешна медицинска помощ – групов практика по дерматология – Клиника Евродерма, София

sintiya.hristova@gmail.com

PIG LARD IN MEDICINE: HISTORICAL DEVELOPMENT, CONTEMPORARY SIGNIFICANCE AND APPLICATIONS IN DERMATOLOGY

Sintiya Hristova*, 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

Животинските мазнини са използвани като лекарства от древни времена и играят ключова роля в локалното лечение. Свинската мас е сред най-разпространените от тях. Използва се за мехлеми и компреси поради нейните омекотяващи свойства. Съвременното развитие на химията на липидите и биотехнологиите фокусира вниманието си върху изолирането на специфични липиди или фракции от тях, които имат потенциал на терапевтични агенти. Сред тях особено внимание се обръща на пречистените оментални липиди (Purified Omental Lipids, P.O.L.), извлечени от свински оментум, които се отличават с комплексния си липиден състав и ползотворно действие върху възстановяването на кожната бариера и процесите на регенерация на тъканите. Този обзор показва историческите употреби на свинската мас, роля на пречистените оментални липиди в съвременната наука и потенциални приложения в медицината и дерматологията.

Ключови думи: свинска мас, оментални липиди, оментум, кожна бариера, рани, епителизация

ABSTRACT

Animal fats have been used for medicinal purposes since ancient times and have played an important role in topical therapy. Lard has long been one of the most widely used animal fats and was traditionally applied in ointments and compresses because of its emollient properties and good skin compatibility. Advances in lipid chemistry and biotechnology have shifted scientific interest toward the isolation of specific lipids and lipid fractions with potential therapeutic applications. Among these, Purified Omental Lipids (P.O.L.), extracted from porcine omentum, have attracted considerable attention due to their complex lipid composition and their potential to promote skin barrier restoration and tissue regeneration. This review summarizes the historical use of lard in medicine, discusses the current scientific evidence regarding purified omental lipids, and highlights their potential applications in medicine, with particular emphasis on dermatology.

Key words: pork lard, purified omental lipids, omentum, skin barrier, wounds, epithelization

ВЪВЕДЕНИЕ

Лекуването на заболявания със свински мазнини се практикува от далечни времена. В Египет са открити рецепти за мехлеми, съдържащи животински мазнини, които са се използвали за лечение на рани, язви и различни кожни заболявания [1]. По-късно Хипократ и Гален са разширили използването им, като са ги предложили като основа за лекарствени средства, предназначени за локално приложение върху кожата [2]. Употребата на свинска мас остава популярна и предпочитана през вековете благодарение на достъпността и добрата поносимост и способността да задържа активните вещества върху кожата [2]. С развитието на фармацевтичната индустрия традиционните животински мазнини постепенно изчезват от ежедневно приложение. Въпреки това се появяват доказателства, че някои отделни липидни компоненти от животински произход имат биологични свойства, които могат да бъдат използвани за терапевтични цели [3]. През последните години са разработени методи за извличане и пречистване на липидната фракция от свински оментум. Получените продукти представляват стандартизиран екстракт, съдържащ основно триглицериди, както и фосфолипиди, гликолипиди, ганглиозиди и церамиди [3]. Благодарение на този състав те се считат за потенциално средство за възстановяване на кожната бариера и подпомагане на заздравяването на трудно заздравяващи рани [4, 5].

ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ НА ПРИЛОЖЕНИЕТО НА СВИНСКАТА МАС В МЕДИЦИНАТА

Преди появата на съвременните фармацевтични технологии свинската мас е била сред най-често използваните основи за приготвяне на мехлеми в Европа. Добрата ѝ пластичност, относителната химична стабилност и близкият до човешкия себум липиден профил са улеснявали локалното приложение на различни лекарствени вещества [2, 6]. В народната медицина намира приложение при лечение на екземи,

фисури, измръзвания, повърхностни изгаряния и трудно заздравяващи рани. Макар повечето от тези приложения да се основават на практически опит, а не на контролирани клинични изследвания, те поставят началото на интереса към ролята на липидите при възстановяването на кожата [6, 7].

В българската дерматологична литература употребата на свинска мас (*axungia porci*) се отбелязва в учебника на проф. Богомил Берон (1926 г.) в раздел „Мазилки“ (Лит.).

„От свинската мас ползуваме се сравнително рядко, защото се разлага, дразни и издава миризма. Затова трябва да се употребява прясна. Прибавката към свинската маст на $\frac{1}{2}$ – 2% *Tinctura benzoës* наистина предпазва масата от разлагане, но намалява поносимостта ѝ от кожата.“ [8].

Професор Любен Попов предлага следната „помада против псориазис“, която носи неговото име:

Rp./ Acidi pyrogallici 10,0
Plumbi oxydati 8,0
Sulfuri praecip. 10,0
Resorcini 10,0
Acidi salicylici 5-10,0
Axungia porci
Vaselini | *aa 50,0*

(със или без прибавка на *Ditranoli* или *Chrysarobini 0,25-1%*)

P.S. Рецептата е цитирана по начина, по който е написана в учебника [9].

През XX век употребата на свинската мас като основа за локални лекарствени форми постепенно намалява за сметка на синтетични основи, които предлагат по-голяма стабилност и стандартизирано производство. Това не води до отпадане на интереса към животинските липиди. Напротив, развитието на аналитичните методи позволява да бъдат изолирани отделни липидни компоненти с потенциално биологично действие [3].

Особено значение придобива оментумът – мастна тъкан с изключително богато кръвос-

набдяване, известна със способността си да подпомага процесите на тъканна регенерация. Именно това насочва вниманието към липидните екстракти, получени от свински оментум, които днес представляват предмет на редица експериментални и клинични проучвания [4, 5].

ПРИЛОЖЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИЯТА

Развитието на технологиите за пречистване на мазнини доведе до промяна във възприятието за тяхното приложение в медицината. Докато в миналото е използвана предимно като натурален продукт за приготвяне на мехлеми, сега се центрира върху изолирането на биологично активни мастни фракции с гарантирано качество и възпроизводими свойства [3]. Според изложените експериментални данни тези мазнини биха могли да подпомогнат епителизацията, да стимулират локалната микроциркулация, да насърчат тъканната регенерация. Изразява се също предположение, че мазнините могат да допринесат за възстановяване на нарушената бариерна функция на кожата и да намалят трансепидермалната загуба на вода [4, 10]. Всички тези ефекти могат да бъдат резултат от координираното действие на различните класове мазнини, а не само на един отделен компонент [4].

През последното десетилетие интересът към пречистените оментални липиди се фокусира върху лечението на състояния, асоциирани с увреждане на кожата бариера. Локални препарати с P.O.L. са били изследвани при пациенти с ксероза, хронични рани, декубитални язви и диабетно стъпало [4, 5]. Обзор на Romanelli и колеги обобщава настоящите клинични данни и отчита, че локалните препарати с P.O.L. биха могли да бъдат полезна терапевтична опция при пациенти с хронични рани, особено като част от мултимодалния подход за възстановяване на кожата бариера [5]. Авторите акцентират, че положителния ефект най-вероятно се дължи на комбинацията от бариерна функция, подобрена микроциркулация и стимулиране на епителното възстановяване [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Животинските мазнини са ключови в локалната терапия още от древността, като свинската мас се е използвала за основа на мехлеми и други лечебни препарати [1, 2]. Наскоро развитието на липидната химия пренасочва фокуса към пречистените оментални липиди, които са стандартизиран липиден екстракт с комплексен химичен състав и благоприятни ефекти върху тъканната регенерация [3, 4]. Някои от експерименталните и клинични данни, публикувани досега, са доста обещаващи при нарушения на кожата бариера, лечение на хронични рани, ксероза, декубитални рани и диабетно стъпало [4, 5]. Въпреки че традиционната свинска мас и пречистените оментални липиди не могат да се приемат за един и същ продукт, науката в последните години показва, че липидите от свински оментум заслужават място сред съвременните средства за локална терапия и възстановяване на кожата бариера [3, 5].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Ebbell B. The Papyrus Ebers: The Greatest Egyptian Medical Document. Copenhagen: Levin & Munksgaard; 1937.
2. Galen. On the Composition of Medicines According to Places. In: Kühn CG, editor. Claudii Galeni Opera Omnia. Leipzig: Cnobloch; 1826.
3. McCluer RH, Evans JE, Williams MA, et al. Characterization of lipids isolated from porcine omentum. *Lipids*, 1989;24 (11):951–956.
4. Puviani M, Milani M. Pure Omental Lipid (P.O.L.) for the treatment of fragile skin: a pharmacological and clinical review. *J Dermatol Res*, 2018;3:139–143.
5. Romanelli M, Dini V, Milani M. Topical purified omental lipid formulations in the prevention of skin ulcers: a narrative review. *J Wound Care*, 2019;28 (Suppl 4):4–10.
6. Zhang QX, Magovern CJ, Mack CA, et al. Vascular endothelial growth factor is the major angiogenic factor in omentum. *J Surg Res*, 1997;67:147–154.
7. Goldsmith HS, Griffith AL, Kupferman A, et al. Lipid angiogenic factor from omentum. *JAMA*, 1984;252:2034–2036.
8. Берон, Б. *Обща Дерматология*, Печатница „Художник“, 1926, С., с. 249.
9. Попов, Л. *Дерматология и венерология*, Мед и физк, С., 1963, с. 117.
10. Lin TK, Zhong L, Santiago JL. Anti-inflammatory and skin barrier repair effects of topical application of some plant oils. *Int J Mol Sci*, 2018;19:70.

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ACQUIRED DERMAL MACULAR HYPERPIGMENTATION СРЕД НЕОБИЧАЙНА ПОПУЛАЦИЯ: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ ПРИ ПАЦИЕНТ ОТ БЪЛГАРСКИ ПРОИЗХОД

Вяра Борисова*, Веселина Бельова**, Свитлана Бачурска***, Мирослава Кадуринна***, Бисера Котева*, Стефана Дамевска*, Десислава Г. Николаева*

*Клиника по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда – София

**УМБАЛ Лозенец

***Клиника по клинична патология, Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда – София
viara.hadjieva@gmail.com

ACQUIRED DERMAL MACULAR HYPERPIGMENTATION AMONG AN UNUSUAL POPULATION: A CLINICAL CASE IN A PATIENT OF BULGARIAN ORIGIN

Vyara Borisova*, Veselina Belyova**, Svitlana Bachurska***, Miroslava Kadurina***, Biserka Koteva*, Stefana Damevska*, Dessislava G. Nikolaeva*

*Department of Dermatology and Venereology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital – Sofia

**Lozenets University Hospital

***Department of Clinical Pathology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital – Sofia
viara.hadjieva@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Acquired dermal macular hyperpigmentation (ADMH, придобита дермална макуларна хиперпигментация) е общ термин за рядка група от заболявания с нарушение в пигментацията и често припокриващи се клиничко-хистопатологични белези. Характерни са предимно за географски райони с по-тъмен фототип като Латинска Америка, Индия, Китай, Япония и Близкия Изток. В тази група се включват ashy dermatosis (erythema dyschromicum perstans-EDP), lichen planus pigmentosus (LPP) и Riehl's melanosis/pigmented cosmetic dermatitis.

Представяме рядък клиничен случай на ADMH с неясна етиология, проявяващ се при пациент от кавказката раса, като по този начин се обогатяват публикациите извън известния демографски профил на това дерматологично състояние. Случаят допринася за разбирането на променливите прояви на тази група заболя-

вания с техните дискретни, но ключови клинични и хистопатологични белези, разграничаващи ги от други разновидности на нарушения в пигментацията.

Ключови думи: придобита дермална макуларна хиперпигментация, лихен планус пигментозус, ashy dermatosis, erythema dyschromicum perstans, придобита макуларна пигментация с неясна етиология

ABSTRACT

Acquired Dermal Macular Hyperpigmentation (ADMH) is an umbrella term for a rare group of pigmentary disorders with often overlapping clinicopathological features. They are predominantly characteristic of ethnographic regions of darker phototypes such as Latin America, India, China, Japan, and the Middle East. This group includes ashy dermatosis/erythema dyschromicum perstans (EDP), lichen planus pigmentosus (LPP), and Riehl's melanosis/pigmented cosmetic dermatitis.

We present a rare clinical case of ADMH of unknown etiology presenting in a Caucasian patient, thereby enriching the publications beyond the well-recognized demographic profile of this dermatological condition. This case contributes to understanding the variable manifestations of this group of diseases, as well as its discrete yet specific clinical and histopathological features that distinguish them from other forms of pigmentary disorders.

Key words: acquired dermal macular hyperpigmentation, lichen planus pigmentosus, ashy dermatosis, erythema dyschromicum perstans, acquired macular pigmentation of unknown etiology

ВЪВЕДЕНИЕ

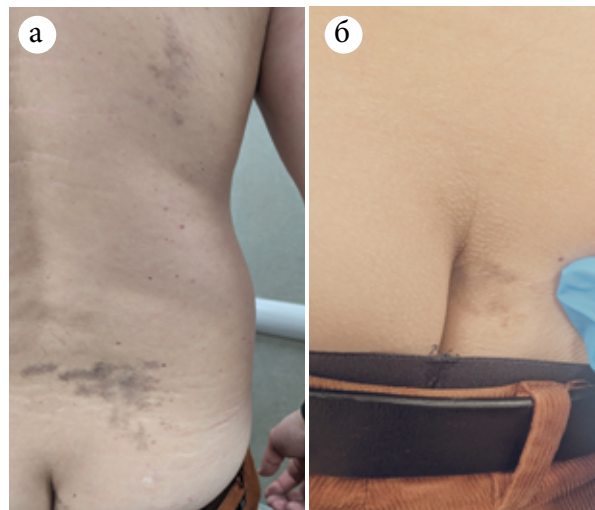
Придобитата дермална макуларна хиперпигментация е рядка група пигментни нарушения с хроничен ход [1]. Обикновено засяга хора на средна възраст с по-тъмен фототип кожа (III, IV по Fitzpatrick), типична за региони като Латинска Америка, Индия, Близкия Изток и Югоизточна Азия. Характеризира се със симетрични хиперпигментни сиво-кафяви макули с неясни граници, с наличие или без предхождаща възпалителна фаза.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме 47-годишен мъж от кавказката раса с оплаквания от поява на тъмнокафяво-сиви петна в областта на кръста с давност около 7 месеца. През последния месец са възникнали нови пигментации в дясната част на гърба и интерглютеалната гънка. Пациентът спонтанно е открил находката, отрича сърбеж или болка в съответните локализации. Не свързва обрива с хронично триене, приложение на козметика, парфюми или други контактни алергени. Преди няколко седмици е приложил за лечение локален кортикостероиден крем с незадоволителен ефект. Съобщава за прекаран инфаркт на миокарда преди 7 години и приема перорална терапия с метопролол, сакубитрил/валсартан, еплеренон, розувастатин/ezetимиб, пантопразол, ацетилсалицилова киселина и дапаглифлозин като съпътстващи медикаменти.

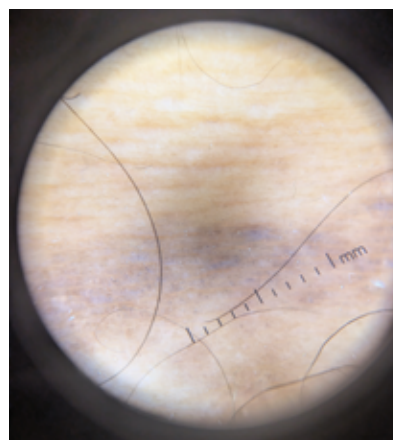
Дерматологичен статус

Патологичните изменения ангажират кожата на дясна скапуларна област, дясна част на сакрума и интерглютеалната гънка и се изразяват в неясно ограничени, бледосиви до кафяви хиперпигментни макули с неправилна форма и размер от 5 до 10 cm в диаметър (фиг. 1. а, б).



Фиг. 1. Макуларна хиперпигментация в дясна скапуларна, дясна сакрална и интерглютеална област с унилатерално десностранно разпределение

Отсъстват изменения по косми, нокти и лигавици. Периферни лимфни възли не се палпират увеличени. При дерматоскопския преглед се наблюдава ретикуларна неравномерна хиперпигментация от белезникаво-сиви и синьо-кафяви участъци с петнисто разпространение, кафяви точки и глобули, таргетоидни структури от тъмнокафяви точки с хипопигментно хало (фиг. 2).

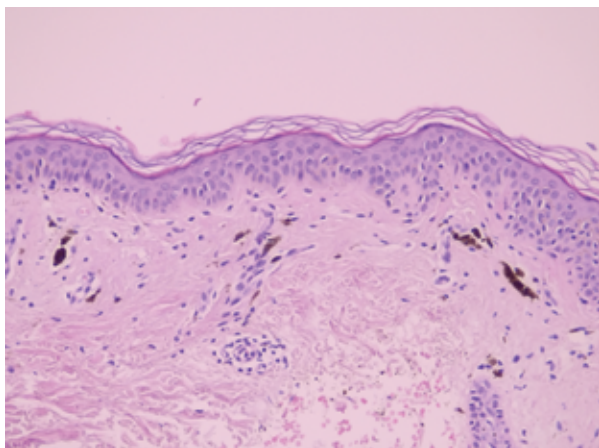


Фиг. 2. Дерматоскопско изследване: кафяви точки и глобули, таргетоидни лезии, синьосива перифоликуларна хиперпигментация с розетки

В диференциалнодиагностичен план бяха обсъдени следните диагнози: макуларна амилоидоза, ashy dermatosis, лихен планус пигментозус, лекарствено индуцирана хиперпигментация, болест на Адисон.

От консултация с ендокринолог и назначени лабораторни изследвания – АСТН, кортизол, Na⁺, K⁺, отсъстват патологични отклонения.

Проведено е хистопатологично изследване на материал от кожа от лезията в областта на гърба, което разкрива атрофичен епидермис и обилно количество изтърсен пигмент в горния дермален слой. Хистологичната картина е съвместима с ashy dermatosis/lichen planus в стадий на регресия (фиг. 3).



Фиг. 3. Хистологично изследване: атрофичен епидермис и обилно количество изтърсен пигмент в горния дермален слой

В контекста на клиничната картина и въз основа на хистопатологичните характеристики е поставена диагнозата придобитата дермална макуларна хиперпигментация с неясна етиология. Предвид доброкачествения характер на състоянието е препоръчана локална терапия с клобетазол пропионат по схема и клинично проследяване. Пациентът беше информиран относно хроничния ход на заболяването и възможността за персистиране на пигментацията.

ОБСЪЖДАНЕ

Придобитата дермална макуларна хиперпигментация (acquired dermal macular hyperpigmentation, ПДМХ, ADMH) включ-

ва заболяванията: ashy dermatosis/erythema dyschromicum perstans (EDP), lichen planus pigmentosus (LPP, ЛПП) и Riehl's melanosis/pigmented cosmetic dermatitis [1].

В представения клиничен случай диагнозата ADMH с неясна етиология се базира на анамнестична и клинично-патологична корелация, тъй като хистологично промените при ashy dermatosis/EDP и LPP често се припокриват. В настоящия случай смесените характеристики за:

- кавказка раса (по-често при ashy dermatosis/EDP),
- неясна етиология (ashy dermatosis/EDP или LPP; изключва Riehl's melanosis)
- липсата на активна еритемна периферия (LPP или късен ashy dermatosis),
- унилатералното разпределение (само случаи на LPP, казуистика за ashy dermatosis/EDP),
- извън фотоекспонираните участъци (ashy dermatosis/EDP),
- частично засягане на интерглутеалната гънка (LPP),
- дерматоскопската картина (по-скоро за LPP),

не можаха еднозначно и категорично да диференцират конкретна субдиагноза в спектъра на ADMH с неясна етиология. Това често се случва в клиничната практика и е наложило необходимостта от интегриране на общ термин от анамнестични, клинични, дерматоскопски и хистологични данни за правилното поставяне на диагнозата.

Поради голямото сходство между ashy dermatosis/EDP и LPP от десетилетия съществува спор дали представляват различни нозологични единици или различни прояви на едно и също заболяване. Част от дерматолозите ги разглеждат като еднакви състояния, докато други подчертават наличието на клинични и имунологични различия, които подкрепят разграничаването им.

Термините ashy dermatosis, erythema dyschromicum perstans, lichen planus pigmentosus

представяват един от най-големите номенклатурни проблеми в пигментните дерматози. През 1957 год. Ramírez описва сиви макули без възпалителен вал и ги нарича *ashy dermatosis* (*Dermatosis seniciencia*) при пациенти от латиноамерикански произход. [2] По-късно Convit публикува няколко клинични случая на пациенти със същите сивкави макули с леко надигнат еритемен ръб и Sulzberger въвежда името *erythema dyschromicum perstans* (EDP) [3]. След това се възприема, че това са различни стадии на едно и също заболяване и така започва преплитането на термините.

През 2008 год. Pittelkow и Daoud допълват, че LPP проявява значително сходство с *ashy dermatosis*/EDP и може да се припокриват във фенотипна изява на един и същи тип лихеноидно възпаление при по-тъмни фототипове [4]. През 2008 г. Zaunoun и сътр. предлагат опростена, но противоречива класификация на *ashy dermatosis* по клинични белези, като разделят случаите на:

- класическа *ashy dermatosis* – идиопатични еруптивни хиперпигментни макули, независимо от наличието или липсата на хистологични белези за интерфейс дерматит към момента на прегледа;
- *erythema dyschromicum perstans* (EDP) – при наличие или анамнеза за еритемни ръбове на лезиите;
- заболявания, които имитират тези състояния: *lichen planus pigmentosus* (LPP), актиничен *lichen planus*, поствъзпалителна хиперпигментация, медикаментозно индуцирани меланодермии и мастоцитоза [5].

Според тази класификация EDP е вид *ashy dermatosis* с еритемен ръб, а LPP прилича и имитира *ashy dermatosis*, но е отделно заболяване.

След международен конгрес в Сингапур (2014) и последвалия глобален консенсус (2019 г.) е достигнат изводът, че не може да се направи надеждно разграничение на тази група заболявания само по клиника и хистология [6]. Те са обединени под термина „**acquired macular pigmentation of unknown etiology**“ (ADMH) (придобити макуларни пигментации с неясна

етиология) и включват: *ashy dermatosis*/EDP, LPP и *idiopathic eruptive macular pigmentation* [7]. След настъпилите оживени дискусии, последвали консенсуса, според последната изчерпателна обзорна публикация, отразяваща научно-то развитие по темата, е окончателно възприет един нов общ термин „**acquired dermal macular hyperpigmentation**“ (Придобита дермална макуларна хиперпигментация) и обединява заболяванията: *ashy dermatosis*/EDP, LPP и Riehl's *melanosis/pigmented cosmetic dermatitis* [1].

Idiopathic eruptive macular pigmentation се характеризира с малки (< 3 cm в диаметър), ясно ограничени, дискретни хиперпигментни макули без сърбеж по тяло и крайници при деца и юноши [7, 8]. Понастоящем не се включва в по-новия термин ADMH поради отсъствие на дермално разпределение на пигмента.

Riehl's melanosis/pigmented cosmetic dermatitis попада в спектъра на ADMH, но е с изяснена етиология. Представява пигментен контактен дерматит към алергени в козметиката или текстила [1].

ADMH с неясна етиология включва *ashy dermatosis*/EDP и LPP. Двете заболявания имат значителни клинични и хистопатологични прилики, което често затруднява разграничаването им.

Ashy dermatosis/EDP се среща при възрастни и се характеризира с пепелявосиви макули, обикновено с леко надигнат еритемен ръб и симетрично разпределение. Ангажира най-често туловището, по-рядко горни крайници, шия, лице [7].

Лихен планус пигментозус (LPP) е заболяване при възрастни с поява на тъмнокафяви макули. Засяга обикновено фотоекспонираните участъци като лице и шия, но понякога може да ангажира трункус и крайници. Съществуват променливи клинични прояви отвъд типичното симетрично разпределение, включително атипични модели, като например едностранни линейни конфигурации [9], сегментни [10], зостериформни [11], по линиите на Блашко [12], по оралната мукоза [13] или генерализирани форми [14]. Въпреки че ЛПП се среща предимно при пациенти с по-тъмни фототипове, при

кавказката популация е описан по-рядък подвариант — лихен планус пигментозус инверсус, който ангажира основно интертригинозните области [15].

В клиничната практика ashly dermatosis/EDP и LPP и се различават главно по цвета, очертаванията и разпределението на кожните лезии. (Табл. 1) [7, 16].

Таблица 1. Клинико-патологични различия между Ashly dermatosis/EDP и LPP

Ashly dermatosis/EDP	LPP
Предимно възрастни	Предимно възрастни
Етиологията е неизвестна	Етиологията е неизвестна
Пепеляво оцветени полициклични макули, които не са ограничени до фото-експонираните области	Дискретни, конфлуирани кафяви макули по фото-експонираните участъци и туловището
Наличие на надигнат еритемен ръб, наподобяващ връв	Дифузни граници
Лека дегенерация на базалните клетки с периваскуларен мононуклеарен инфилтрат	Атрофичен епидермис. Вакуолна дегенерация на базалния клетъчен слой с лихеноиден инфилтрат в горна дерма
Инконтиненция на пигмент и наличие на меланофаги в дермата	Инконтиненция на пигмент и наличие на меланофаги в дермата
Отлагане на меланин в по-дълбоките слоеве на дермата, водещо до синьо-сив цвят, поради ефекта на Тиндал	Отлагане на меланин в повърхностна дерма

EDP: Erythema dyschromicum perstans

LPP: Lichen planus pigmentosus

Дерматоскопската находка при ADMH с неясна етиология включва тъмнокафяви, светлокафяви, сиви или белезникаво сини точки и глобули. Пигментната мрежа може да е дифузно заличена, петниста, ретикуларна или с правилно разпределение на пигмента в нормална псевдоретикуларна пигментна мрежа [17, 18]. Характерно за LPP е запазване на отворите на космените фоликули. При някои случаи се наблюдават розетки, синьо-бял воал или структурен тип „мишена“ (таргетовидни структури): тъмна точка, заобиколена от хипопигментно хало.

Хистологичната картина на заболяването се характеризира с атрофия на епидермиса, вакуолна дегенерация на базалния слой и кератиновитна апоптоза. В дермата се откриват лихеноид-

ден възпалителен инфилтрат, инконтиненция на пигмент и разпръснати меланофаги. [16, 19].

Тъй като еритемният ръб се вижда само в ранната фаза, а повечето пациенти посещават дерматолог по-късно, понастоящем ashly dermatosis и EDP се класифицират като синоними, а LPP се отграничава по дискретни анамnestични и клинично-патологични характеристики [7]. Въпреки това остава дискуссионен въпросът защо LPP продължава да се разглежда като отделна нозологична единица, при положение че често не може убедително да бъде разграничен клинично и хистологично от ashly dermatosis/EDP, което вероятно ще наложи бъдещи промени в класификацията.

В медицинската литература са описани асоциации на ashly dermatosis/EDP с ентеровирусни инфекции, хепатит С и HIV сероконверсия [6]. LPP може да се асоциира с други заболявания, като: хепатит С, фронтална фиброзираща алоpecia, акрокератоза на Базекс и нефротичен синдром [20, 21, 22, 23].

Придобитата дермална макуларна хиперпигментация обикновено е трудна за лечение, като повечето терапевтични подходи показват ограничена ефективност [1]. В литературата са описани различни възможности, включително приложение на перорални isotretinoin, транексамова киселина, clofazamine, dapsone, локални и системни кортикостероиди, както и локален tacrolimus. В отделни случаи са докладвани добри резултати след лечение с енергийно базирани устройства против пигментации като IPL, Q-switched Nd:YAG лазер. Задължителна е стриктната фотопротекция за изложените на слънце участъци.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представеният клиничен случай поставя за пореден път въпроса за затруднената класификация на заболяванията от спектъра на придобитата дермална макуларна хиперпигментация с неясна етиология. Макар и по-рядка тази диагноза не бива да се пропуска в диференциално-диагностично съображение при неясни състоя-

ния на хиперпигментация, включително при по-светли фототипове. Идентифицирането на АДМН при индивид от бялата раса поставя под въпрос традиционното възприятие за засягане предимно на лица с по-тъмна кожа. Настоящият случай разширява клиничния и демографски спектър на заболяването и подчертава значението на прецизната клинично-хистопатологична корелация.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Vinay K, Bishnoi A, Kamat D, et al. Acquired Dermal Macular Hyperpigmentation: An Update. *Indian Dermatol Online J*, 2021; 12(5):663-673.
2. Ramirez CO. Los cenicientos: Problema clinico; Proceedings of the First Central American Congress of Dermatology; 1957 Dec 5-8; San Salvador: 1957, 122-130.
3. Convit J, Kerdel-Vegas F, Rodríguez G. Erythema dyschromicum perstans: a hitherto undescribed skin disease. *J Invest Dermatol*, 1961; 36:457-462.
4. Pittelkow MR, Daoud MS. In: Lichen Planus. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. 7th ed. Wolff K, Goldsmith AL, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. New York: Mc Graw Hill, 2008, 247.
5. Zaynoun S, Rubeiz N, Kibbi AG. Ashy dermatoses – A critical review of the literature and a proposed simplified clinical classification. *Int J Dermatol*, 2008; 47(6):542-544.
6. Kumarasinghe S P W, Pandya A, et al. A global consensus statement on ashy dermatosis, erythema dyschromicum perstans, lichen planus pigmentosus, idiopathic eruptive macular pigmentation, and Riehl's melanosis. *Int J Dermatol*, 2009; 58:263-272.
7. Udompanich S, Vachiramon V. Acquired Macular Pigmentation of Unknown Etiology. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2019; 12(1):38-46.
8. Jang KA, Choi JH, Sung KS, Moon KC, Koh JK. Idiopathic eruptive macular pigmentation: report of 10 cases. *J Am Acad Dermatol*, 2001; 44(2):351-353.
9. Alasmari AA, Albrahim LI, Aleissa M. A unilateral linear pattern of lichen planus pigmentosus: a case report. *Dermatol Reports*, 2023; 15(3):9650.
10. Kumar YhK, Babu A. Segmental lichen planus pigmentosus: An unusual presentation. *Indian Dermatol Online J*, 2014; 5(2):157-7.
11. Cho S, Kyu-Kwang Whang. Lichen Planus Pigmentosus Presenting in Zosteriform Pattern. *J Dermatol*, 1997; 24(3):193-7.
12. Madiha Eljazouly, Agharbi FZ, Maha Alj, et al. Blaschko-Linear Lichen Planus Pigmentosus: An Unusual Presentation. *Cureus*, 2021; 13(11):e20047.
13. Laskaris GC, Papavasiliou SS, Bovopoulou OD, et al. Lichen planus pigmentosus of the oral mucosa: A rare clinical variety. *Dermatologica*, 1981; 162:61-63.
14. Li R, Zhang J, Jiang YQ, Chen K. A case of generalized lichen planus pigmentosus: an atypical clinical variety. *Adv Dermatol Allergol*, 2022; 39(3):627-628.
15. Gaertner E, Elstein W. Lichen planus pigmentosus-inversus: case report and review of an unusual entity. *Dermatol Online J*, 2012; 18(2):11.
16. Ghosh A, Coondoo A. Lichen Planus Pigmentosus: The Controversial Consensus. *Indian J Dermatol*, 2016; 61(5):482-486.
17. Elmas ÖF, Acar EM, Kilitçi A. Dermoscopic Diagnosis of Ashy Dermatitis: A Retrospective Study. *Indian Dermatol Online J*, 2019; 10(6):639-643.
18. Chamli A, Malek Mrad, Houda Hammami, et al. Dermoscopy of Lichen Planus Pigmentosus and Histopathological Correlation: A Case Series. *Dermatology Practical & Conceptual*, 2024; 14(4):e2024254. doi:10.5826/dpc.1404a254.
19. Leung N, Oliveira M, Selim MA, et al. Erythema dyschromicum perstans: A case report and systematic review of histologic presentation and treatment. *Int J Womens Dermatol*, 2018; 4(4):216-222.
20. Vachiramon V, Suchonwanit P, Thadanipon K. Bilateral linear lichen planus pigmentosus associated with hepatitis C virus infection. *Case Rep Dermatol*, 2010; 2:169-172.
21. Dlova NC. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: Is there a link? *Br J Dermatol*, 2013; 168:439-442.
22. Sassolas B, Zagnoli A, Leroy JP, et al. Lichen planus pigmentosus associated with acrokeratosis of Bazex. *Clin Exp Dermatol*, 1994; 19:70-73.
23. Mancuso G, Berdondini RM. Coexistence of lichen planus pigmentosus and minimal change nephrotic syndrome. *Eur J Dermatol*, 2009; 19:389-390.

ПРОФЕСИОНАЛЕН ПЕРИУНГВАЛЕН АЛЕРГИЧЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ, ИНДУЦИРАН ОТ 2-ХИДРОКСИЕТИЛМЕТАКРИЛАТ (HEMA), ПРИ ФРИЗЬОРКА

А. Найдова*, М. Димова*, Б. Котевска Трифунова, К. Дамевска***

**Клиника по дерматология, Медицински факултет, Университет „Св. Кирил и Методий“, Скопие, Република Северна Македонија*

***Клиника по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница, София
anitanajdova@yahoo.com*

OCCUPATIONAL PERIUNGUAL ALLERGIC CONTACT DERMATITIS INDUCED BY 2-HYDROXYETHYL METHACRYLATE (HEMA) IN A HAIRDRESSER

A. Naidova*, M. Dimova*, B. Kotevska Trifunova, K. Damevska***

**Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Ss. Cyril and Methodius University, Skopje, Republic of North Macedonia*

***Department of Dermatology and Venereology, Acibadem City Clinic Tokuda hospital, Sofia
anitanajdova@yahoo.com*

РЕЗЮМЕ

Честотата на акрилат-индуцирания алергичен контактен дерматит значително се увеличи през последното десетилетие. Последните европейски проучвания потвърждават, че HEMA (хидроксиетилметакрилатът) остава един от най-клинично значимите контактни алергени при жените. Професионалната експозиция представлява основният рисков фактор за развитие на сенсибилизация.

Представяме случай на професионален периунгвален алергичен контактен дерматит, индуциран от 2-хидроксиетилметакрилат (HEMA), при фризьорка.

Ключови думи: алергичен контактен дерматит, акрилати, периунгвален дерматит

ABSTRACT

The incidence of acrylate-induced allergic contact dermatitis has increased significantly over the past decade. Recent European studies confirm

that HEMA (2-hydroxyethyl methacrylate) remains one of the most clinically significant contact allergens among women. Occupational exposure represents the main risk factor for the development of sensitization.

We present a case of occupational periungual allergic contact dermatitis induced by 2-hydroxyethyl methacrylate (HEMA) in a hairdresser.

Key words: allergic contact dermatitis, acrylates, periungual dermatitis

ВЪВЕДЕНИЕ

Акрилатите и метакрилатите са нискомолекулни мономери, широко използвани в козметичната, стоматологичната, медицинската и индустриалната практика. Сред тях 2-хидроксиетилметакрилатът (HEMA) е един от най-често идентифицираните контактни алергени и намира широко приложение в гел системите за маникюр, продуктите за изкуствени нокти, стоматологичните материали, лепилата и ултравиолетово (UV) полимеризиращите се смоли [1, 2].

НЕМА притежава висок сенсibiliзиращ потенциал, тъй като в неполимеризираната си форма лесно прониква през епидермалната бариера и действа като мощен хаптен, способен да индуцира реакция на забавена свръхчувствителност (тип IV). След настъпване на сенсibiliзация повторната експозиция дори на минимални количества НЕМА или химически сродни метакрилати може да доведе до рецидивиращ или персистиращ алергичен контактен дерматит (АКД) [1, 2, 3].

Честотата на акрилат-индуцирания алергичен контактен дерматит значително се увеличи през последното десетилетие, успоредно с нарастващата употреба на гел лакове за маникюр както сред потребителите, така и сред професионалистите в козметичната индустрия. Последните европейски проучвания потвърждават, че НЕМА остава един от най-клинично значимите козметични алергени въпреки законодателните ограничения върху употребата му в продукти, предназначени за непрофесионална употреба [3, 4, 5, 6].

Професионалната експозиция представлява основният рисков фактор за развитие на сенсibiliзация. Маникюристи, козметици, лекари по дентална медицина, зъботехници и фризьори са особено уязвими поради многократния контакт с непълно полимеризирани продукти, съдържащи метакрилати. Недостатъчната защита с ръкавици, контаминацията на работните повърхности, директният контакт на кожата с неполимеризирани материали и многократната експозиция на ниски дози значително увеличават риска от сенсibiliзация [4, 6, 7, 8].

Клинично алергията към НЕМА най-често се проявява като хроничен периунгвален или папулозен дерматит, характеризиращ се с еритем, десквамация, болезнени фисури и хиперкератоза. В зависимост от степента и продължителността на експозицията могат да се развият още нокътна дистрофия, онихолиза и ектопичен дерматит, засягащ лицето, клепачите или шията. Поради сходството на тези клинични прояви с иритативен контактен дерматит, хронична екзема на ръцете, псориазис или хронична паронихия

диагнозата често се забавя, ако не бъде снета подробна анамнеза и не се извърши своевременно епикутанно тестване [1, 2, 9].

Представяме клиничен случай на професионален алергичен контактен дерматит, причинен от НЕМА, при 31-годишна фризьорка с двустранна периунгвална хиперкератоза и болезнени рагади, като подчертаваме значението на ранното разпознаване на професионалната експозиция и провеждането на целенасочено епикутанно тестване при пациенти с висок риск [2, 10].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

31-годишна жена постъпи в Клиниката по дерматология с двумесечна анамнеза за прогресивно влошаващ се периунгвален дерматит, ангажиращ двете ръце. Пациентката съобщава за постепенно развитие на болезнени фисури и задебеляване на периунгвалната кожа, без значим сърбеж или системни оплаквания. Анамнестичните данни не установяват предходни дерматологични заболявания, както и фамилна обремененост за атопичен дерматит, псориазис или хронична екзема. Пациентката работи като фризьорка от няколко години. Ежедневната ѝ професионална дейност включва честа експозиция на бои за коса, стилизиращи продукти, дезинфектанти и различни козметични средства. Освен това периодично извършва поставяне на гел лак и изграждане на нокти при свои клиенти, като признава непостоянна употреба на защитни ръкавици при работа с неполимеризирани продукти. Подобен модел на професионална експозиция е добре установен рисков фактор за развитие на сенсibiliзация към акрилати [1, 4, 7].

При дерматологичния преглед се установиха двустранна, симетрично разположена хиперкератоза на проксималните нокътни валове, съпроводена от изразени рагади, лек еритем и фина десквамация (фиг. 1). Нокътните плочки бяха интактни, без данни за дистрофия, а по дланите, китките и останалите участъци на кожата не се установиха патологични промени. Характерната периунгвална локализация на лезиите в

съчетание с професионалната анамнеза насочи-
ха към силно подозрение за алергичен контак-
тен дерматит, индуциран от акрилати [1, 2].



Фиг. 1. Хиперкератоза на проксимални нокътни ва-
лове, рагади, лек еритем и фина десквамация

Проведено беше епикутанно тестване с
Европейската базисна серия, включваща 2-хи-
дроксиетилметакрилат (НЕМА). Отчитането на
резултатите на 48-ия и 72-рия час показва сил-
но положителна реакция (++) към НЕМА, до-
като резултатът към всички останали тествани
алергени бе отрицателен (фиг. 2). Въз основа на
характерната клинична картина, професионал-
ната експозиция и клинично значимата поло-
жителна епикутанна проба беше поставена ди-
агнозата професионален алергичен контактен
дерматит, причинен от НЕМА [2, 5, 9].



Фиг. 2. Данни от епикутано тестване на 48 ч. По-
ложителна реакция към НЕМА

На пациентката беше препоръчано да пре-
установи контакта с продукти, съдържащи ме-
такрилати, да избягва директен контакт с не-
полимеризирани материали за гел маникюр и
да спазва подходящи мерки за професионална
защита. Назначено беше лечение с локален кор-
тикостероид със средна потентност в комбина-
ция с редовно приложение на емолиенти. При
контролния преглед шест седмици по-късно се
установи значително клинично подобрение с
почти пълно изчезване на рагадите и съществе-
но намаляване на периунгвалната хиперкерато-
за и еритема.

ОБСЪЖДАНЕ

Понастоящем НЕМА се счита за един от
най-клинично значимите метакрилатни алерге-
ни, свързани с козметичните продукти за нокти,
и е причина за нарастващ дял от случаите на
професионален алергичен контактен дерматит
сред специалистите в индустрията за красо-
та [1, 2, 3, 4]. Последните европейски проучва-
ния показват, че честотата на сенсibiliзацията
продължава да нараства въпреки въведените
законодателни ограничения върху продуктите,
съдържащи метакрилати, което показва, че на-
стоящите превантивни мерки все още не са дос-
татъчни за предотвратяване на професионална-
та експозиция [3, 4, 5, 6].

Представеният клиничен случай илюс-
трира типичната клинична картина на профе-
сионална алергия към НЕМА. Двустранната
периунгвална хиперкератоза, съпроводена с
болезнени рагади при пациент с редовна экс-
позиция на неполимеризирани продукти за гел
маникюр, трябва да насочва към силно подозре-
ние за акрилат-индуциран алергичен контактен
дерматит [1, 2]. Тъй като тези кожни промени
могат да наподобяват иритативен контактен
дерматит, хронична екзема на ръцете, псориа-
зис или хронична паронихия, диагнозата лесно
може да бъде пропусната, ако не бъде снет под-
робен професионален анамнезен разпит [1, 2].

Епикутанното тестване остава диагнос-
тичният златен стандарт за потвърждаване на

алергия към акрилати и за определяне на клиничната значимост на установената сенсibiliзация [2, 9]. След включването на НЕМА в Европейската стандартна серия диагностичното откриване на алергия към метакрилати значително се подобри. Въпреки това при пациенти със силно клинично подозрение може да бъде необходимо провеждането на разширена серия с акрилати, тъй като е възможна едновременно сенсibiliзация към други метакрилатни мономери [2, 5, 9].

Пълното избягване на причиняващия алерген остава основният принцип в лечението [2, 3]. Въпреки че защитните ръкавици намаляват директната контаминация на кожата, нито един вид ръкавици не осигурява пълна защита при продължителна експозиция на всички акрилатни мономери. Поради това правилните техники на работа, избягването на директен контакт с неполимеризирани продукти, адекватната полимеризация и стриктната хигиена на работното място представляват основни превантивни мерки [2, 8]. В представения случай прекратяването на професионалната експозиция доведе до бързо клинично подобрение, което допълнително потвърди клиничната значимост на положителната епикутанна реакция към НЕМА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представеният клиничен случай подчертава значението на НЕМА като важен професионален алерген в козметичната индустрия. Двустранната периунгвална хиперкератоза с болезнени рагади при пациенти с професионална експозиция на продукти за гел маникюр трябва да насочва към съмнение за акрилат-индуциран алергичен контактен дерматит. Навременното разпознаване на професионалната експозиция, провеждането на епикутанно тестване и стриктното избягване на причиняващия алерген са от съществено значение за поставяне на точна диагноза, предотвратяване на хронифицирането на заболяването и ограничаване на професионалната нетрудоспособност [2, 3, 9].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. De Groot AC, Rustemeyer T. 2-Hydroxyethyl methacrylate (HEMA): A clinical review of contact allergy and allergic contact dermatitis. Part 1. Introduction, epidemiology, case reports and case series. *Contact Dermatitis*, 2023;89(6):401–433.
2. De Groot AC, Rustemeyer T. 2-Hydroxyethyl methacrylate (HEMA): A clinical review of contact allergy and allergic contact dermatitis. Part 2. Cross- and co-sensitization, diagnosis, screening, prevention and treatment. *Contact Dermatitis*, 2024;90(1):1–16.
3. Steunebrink IM, de Groot AC, Rustemeyer T. Contact allergy to acrylate-containing nail cosmetics: a retrospective 8-year study. *Contact Dermatitis*, 2024;90(3):262–265.
4. Wilkinson SM, Aerts O, Agner T, et al. Contact allergy to methacrylate-containing nail products: lack of impact of EU legislation – an audit on behalf of the European Environmental Contact Dermatitis Research Group (EECDRG). *Contact Dermatitis*, 2025;92(3):283–290.
5. Hilewitz D, Trattner A, Reiter O, et al. Pandemic of sensitivity to acrylate-containing nail cosmetics among young Israeli women? Results of patch testing with 2-hydroxyethyl methacrylate in the European baseline series. *Contact Dermatitis*, 2024;91(6):485–490.
6. Steunebrink IM, de Groot AC, Rustemeyer T. Presence of 2-hydroxyethyl methacrylate and other (meth)acrylates in nail cosmetics, and compliance with EU legislation: an online market survey. *Contact Dermatitis*, 2024;90(1):60–65.
7. Gkousiaki M, Karalis VD, Kyritsi A, et al. Contact allergy caused by acrylates in nail cosmetics: a pilot study from Greece. *Contact Dermatitis*, 2024;90(3):273–279.
8. Ursberg AM, Engfeldt M, Isaksson M, et al. Is there a good in vivo method to show whether gloves are sufficiently protective when a nail technician is exposed to (meth)acrylates? An in vivo pilot study. *Contact Dermatitis*, 2016;75(1):62–65.
9. Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing—recommendations on best practice. *Contact Dermatitis*, 2015;73(4):195–221.
10. Kocabas G, Ipenburg NAI, de Groot AC, et al. Results of patch testing 2-hydroxyethyl methacrylate (HEMA) in the European baseline series: A 4-year retrospective study. *Contact Dermatitis*, 2024;90(5):466–469.

ДЕРМАТОЛОГИЯ В НАРОДНАТА МЕДИЦИНА

ЛЕЧЕБНИ И РИТУАЛНИ ПРАКТИКИ ЗА ПРЕМАХВАНЕ НА БРАДАВИЦИ В НАРОДНАТА МЕДИЦИНА НА ИЗТОЧНИТЕ РОДОПИ

Димитър Т. Черкезов*, Лидия А. Кирилова**, Светла С. Михайлова**,
Тодор Д. Черкезов***

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

***Регионален исторически музей – Кърджали*

****МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“, Кърджали*

dr.dcherkeзов@gmail.com

HEALING AND RITUAL PRACTICES FOR REMOVING WARTS IN THE FOLK MEDICINE OF THE EASTERN RHODOPE

Dimitar T. Cherkeзов*, Lidia A. Kirilova**, Svetla S. Mihaylova**,
Todor D. Cherkeзов***

**Department of Dermatology and Venereology, MHAT “Sv. Sofia”, Sofia, Bulgaria*

*** Regional Historical Museum – Kardzhali, Bulgaria*

**** MHAT “Dr. Atanas Daffovski”, Kardzhali, Bulgaria*

dr.dcherkeзов@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Народната медицина е част от националната ни култура, която отразява практическия опит и знание на народа при лечението на болестите в определен исторически период. Корените за лечението на кожните болести в народната медицина датират от древността. Източните Родопи са интересен природен и социокултурен феномен, където от векове съжителстват различни етноси, религии и традиции, съхранили рационалните методи на етномедицината в съчетание с магически религиозно-обредни практики.

В статията авторите са събрали, проучили и систематизирали споделения опит на поколения родопчани за лечението на кожните брадавици според утвърдените регионални традиции в народната медицина.

Ключови думи: брадавици, ритуални практики, етноси, религии, традиции, сугестия

ABSTRACT

Folk medicine is an integral part of our national culture, reflecting the practical experience and knowledge of the people regarding the treatment of diseases during specific historical periods. The roots of treating skin diseases within folk medicine date back to antiquity. The Eastern Rhodopes represent a fascinating natural and socio-cultural phenomenon where diverse ethnic groups, religions, and traditions have coexisted for centuries, preserving rational ethnomedicinal methods alongside magical religious-ritual practices. In this article, the authors have collected, studied, and systematized the shared experience of generations of Rhodope inhabitants regarding the treatment of skin warts, in accordance with established regional folk medicine traditions.

Key words: warts, ritual practices, ethnic groups, religions, traditions, suggestion

Брадавиците (*verrucae vulgares*) са често срещани доброкачествени епидермални лезии, причинени от човешкия папиломен вирус (HPV), засягащи всички възрасти, най-вече децата. Те имат склонност към самоограничаване и самоизлекуване, въпреки че са податливи на лечение с различни деструктивни методи. Интересът към тях през вековете е голям, тъй като те са много разпространени сред човешката популация, а освен това отдавна е установено повлияването им от психосугестивни въздействия.

От психосоматична гледна точка брадавиците се обясняват като отговор на скрити емоционални блокове, породени от чувство на вътрешен страх, малоценност или непривлекателност, завист, поглеждане с „лошо око“. Така са се наложили във времето различни практики с обредно-мистичен характер, които носят регионална специфика и етно-религиозна окраска [3].

Източнородопският край със своята противоречива съдба на превратности, подем и забравя представлява плътно усвоено през вековете пространство. Областта е изпъстрена с множество села, селца и махали, отделни къщи, накацали сред склоновете. Етническата картина е пестра – в „комшулук“ тук живеят от векове турци, българи, българомохамедани и на места – роми [4, 5]. Проблемите на религиозността и религиозното поведение в исторически и в съвременен план са особено важни за битието на населението в Източните Родопи, формирало се и преживяло столетия на сложен балкански кръстопът, където се срещат различни вери и езици. Затова тук се застъпва възгледът за абсолютното равенство на всички хора пред Бога, като някои го наричат с арабската дума Аллах [2, 5].

Лечебните и ритуалните практики в народната медицина на Източните Родопи са дълбоко повлияни от двете религии – християнство и ислям, и предавани от поколение на поколение [3]. Многобройни са преданията за лечение на брадавици, които лечителки от различните населени места в областта знаят. В миналото народните лечителки не са правили разлика между клавиус и плантарна брадавица, поради което

техните рецепти за лекуване на тези две болестни състояния са обединени.

В разказите на нашите респонденти прави впечатление, че мистичното и магическото въздействие присъства много силно в ритуалите за премахване на брадавиците:

Захаринка Михайлова, 84 г., с. Галище, общ. Мадан, се научила да лекува брадавици от свекърва си, а свекървата от своята баба – баба Куцка (защото ходейки, накуцвала): „Брадавиците се лекуват, като се земе от трънкушка (червен глог, *Crataegus monogyna* Jacq.), вейчица с три пишкальчета (трънчета). Откършва се ено и три пъти в кръг се обиграват (обикалят) брадавиците, като се вика: „Кат соя пишкаль търне да расте, тогаз и брадавиците да растат!“ и трънчето се забива в земята. С второто пишкальче – пак тъй три пъти и пак се забива в пръстта. Третото пишкальче само се прекършва, ама да се държи на пръчицата, и пак така, като с вейчицата се забива в земята и се казва: „Когат от тая вейка порасте трънкушка, тогаз и тия брадавици да търнат да растат, инак да окапят!“ – обяснява баба Захаринка и добавя: „То сега вече младите не тръсят такива стари лякове, ходят на доктор. Никой не ги и наема и така ще си отидат, няма да се помнят, както и ние много не научихме от старите люде. Имаше и друго, по-старо лекуване от това. Тоз, дет има брадавици се води на гробето (гровищата). От много стар мезар (гроб) на нероднина, се земат три каменчета. С първото три пъти в кръг се обиграва брадавицата и се вика: „Кат тоз умрял стане и търне да оди, тогаз и брадавиците да търнат да растат!“ И каменчето се оставя на същото място. С второто каменче – пак тъй, три пъти, и то се връща на мястото му. С третото – същото, но накрая се слага на мястото и се натиска да потъне в гроба. Пак се вика: „Га тоз чуляк (човек) стане и търне, тогава и брадавиците да растат, инак да се върнат кат тез каменчета!“.

Баба Захаринка си спомня, че и в близкото село Оградна, общ. Неделино, имало лечител, който лекувал брадавици, както на хора, така и на животни, например по вимето на крава. Той също използвал трънчетата на червения

глог (*Crataegus monogyna* Jacq.), но и баел. Лечебният ритуал протичал по следния начин: В близост до неговата къща растяла трънкушка. Лечителят водел човека или животното на място, като лекуваният заставал с лице към заник слънце. Мъжът отчупвал седем трънчета от глога, обикалял в кръг брадавицата с всяко едно от тях, като в същото време опявал седем пъти (баел някаква молитва, незаписана). Всяко опято трънче забивал в глава кромид лук (*Allium* сера L.), като бодилчетата описвали кръг около кромида. Най-накрая опявал набодената като таралеж лукова глава, поплювал отгоре ѝ и я давал на лекувания. Той трябвало да я окачи на огнището, изричайки следното: „Кат тая лукова глава изсърхне от огъня и паднат от нея всичките пишкали, тогаз и моисе (моите) брадавици да изсърхнат и окапят!“. В случаите, когато ставало въпрос за брадавици на животно и то не можело да бъде закарано, отивал стопанинът. Ритуалът бил същият, с трънчетата и кромида, но допълнително лечителят опявал и вода, с която да се мият брадавиците седем пъти и животното да пие от водата пак толкова пъти (респондент № 1, 84 г., 29.12.2022 г.).

Подобна практика съобщава и **Валя Кеха-йова, 70 г. от с. Еньовче, общ. Ардино**. Там брадавици и кокоши трън се лекували с баене и забиване на трънчета в лук или картоф. (респондент № 2, 70 г., 07.01.2023 г.).

В с. **Звиница, общ. Кърджали** и до днес лекуват брадавиците по следния начин: Вземат се 7 кристалчета морска сол. С всяко поотделно се прави кръг около брадавицата и се чете молитвено заклинание: „Em emremu emrem leine tubgrimum“ (от староарабски – в смисъл „както те са взели решение да се появят, така и ние вземаме решение да ги премахнем“). Чете се седем пъти за всяко кристалче сол. След това то се хвърля в течаща вода с думите: „Както се топи солта, така да се стопи брадавицата“ (респондент № 3, 04.01.2023 г.).

В гр. **Златоград** още е живо народното предание за лечение на брадавиците и други кожни болести с лечебна вода от местността Кушльова падина (Кушльовото). **Веска Пиличева, 99 г.,**

си спомня как баба ѝ е разказвала за чудодейната сила на водата по време на празника Гергьовден (Хадърлез) в нощта на 5 срещу 6 май. Преданието гласи, че преди векове през тази местност минал Св. Георги на кон, носейки брачен пръстен за Св. Екатерина, чието светилище се намира по-нагоре към върха на бърчината. Тя отказала да вземе пръстена, тъй като била дала обет пред Господа да остане небрачна и да служи на Него до края на дните си. Св. Георги много се натъжил от отказа и пришпорил толкова силно коня си, че той оставил следи от копитата в скалата, видими и до днес – в тези вдлъбнатини, наречени „коньови стъпки“, на празника се събирала лековитата вода. Този, който имал брадавици, трябвало да гребне от водата с охлювена черупка три пъти и три пъти да я отпие. После три пъти да се провре под корените на старото орехово дърво, в близост до камъка с „коньовите стъпки“. След това да измие ръцете си три пъти с тази вода, да запали свещ в чест на Св. Георги и да остави цветя на камъка до свещените стъпки (респондент № 4, 99 г., 01.09.2026 г.).

Интересни данни за премахването на брадавици дава **Фатма Мерицева, на 80 години от гр. Златоград**: „Йзин (благоволитията) за лечение на брадавици зех от Фатма (Фани) Хаджийска от квартал „Хаджи“ в Златоград, сега покойница. „Специално ми рече, че се е спрела на мене да продължа нейната дарба, която ме е глъждала дълго време дълбоко съм верваща и да не съм сребрелюбка. Неверието и сребрелюбието убиват дарбана (дарбата). Заръча ми да приидам люде само в ден среда, ага (когато) се крата (намалюва) месечинката – трета или последна сряда от месецът.“

Първо започвам с Корана – казвам неколко молитви. После очертавам всяка брадавица с отделно камънче седем пъти. Набрала съм ги предварително. След очертаването всяко камънче фърлям зад гърба си и са не обръщам да го тръся. После зимам трънчета от хлебничка (глог) и сека брадавица е обикарвам (обикалям) три пъти. Зимам малка глава кромид лук и забучам (забивам) секо трънче в нея. Колкото

са брадавиците, толкоз са трънчетата. Зима съ още парче хлеб. Разделя се на три части и се префърля от ръка в ръка отзад гърба три пъти. Полива се с водичка над кромидовата глава. Казва се „Къкто се кратя (намаля) месечината, тъй да се кратят и брадавичките“, „От мене – себап (доброто дело), от Аллаха – дерманъ“ (силата, лекарството). Намокрените части на хлеба се хапват от човека с брадавиците. До вечерта, дорде е още рано, и не е изгрела месечината, лукът трябва да се зарови в земята, но местото да е ежмаково (влажно).“

След различен период от време хората без разлика на пол, възраст, религия и етнос идват да благодарят на народната лечителка с думите „От тебе найдах себап“ (намерих полза). Трябва да оставят нещо, за да им се прихване, „да се повиди“. Питат лечителката, а тя казва „Колко-ну ти се откъсне от сърцено (сърцето)“. Никога условия за заплащане не се поставят, защото лечението може да бъде провалено, а дарбата – загубена. На сбогуване, довольна, че е помогнала, лечителката казва „Ачик (отворен) да ви е пътят!“ (респондент № 5, 80 г., 01.09.2026 г.).

В с. Шумнатица, община Кирково, област Кърджали, лечението на брадавици и до днес се практикува от народната лечителка **Фанка Декеджиева**, 80 г., родена на 28.04.1946 г. Получила „тестир“ (благословия) да лекува от три прабаби – на баща ѝ, на майка ѝ, и на мъжа ѝ. За да се спусне върху нея дарбата да лекува, е трябвало да мине през ритуал с вода, която според баба Фанка притежава не само пречистващи свойства, но и дълбоко символично духовно преобразяване. Три пъти се гребва вода от планинско изворче – точно тази течаща вода, според преданията, е способна да попива, съхранява и предава човешки мисли и чувства. Шепотът и бълбукането на планинската вода успокояват и зареждат с енергия. Три пъти пълната шепя с вода се промушва под сгънатото дясно коляно и след това водата се изпива – всички извори на сърцата се съживяват, всички зли сили се разсейват, а в нас бликва нов живот. След водния ритуал следва молитвата: „Аллахтан дер-

ман, бундан зейнеп“ (От Аллах вземам силата, на тебе давам знак). Тя се повтаря три пъти.

Човекът с брадавиците, потърсил помощ от лечителката, се отвежда от нея до стар и вече позабравен гроб. Нейните предшественички са ѝ показали в планината гробно място, за което има интересен разказ, предаващ се от поколение на поколение. Село Шумнатица е разположено в 5-километровата ивица до граничната бразда с Р. Гърция в рида Гюмюрджински снежник на южната граница в Източните Родопи. До 1934 г. селото се нарича Фъндаджик и на високата планинска бразда винаги е имало гранично деление и гранични постове. През четиридесетте години на миналия век в селото се случва голяма трагедия. Двама младежи на възраст 18 и 25 години отиват в близост до граничната бразда да търсят водоизточник за селската воденица. Възприети са за нарушители на границата, произведени са изстрели от граничарите и младежите са убити. Следите са заличени, като двамата са погребани набързо в общ гроб в гората, обявени са за дезертьори и невъзвращенци и никой повече не ги търси. Достъпът до мястото е забранен дълги години (погранична зона), истината се разкрива след десетилетия. Този гроб, обозначен в гората само с два продълговати камъка (характерни за старите мюсюлмански гробища), до днес обвит в тайнственост и мистика, е често посещаван от баба Фанка и нейните „пациенти“ с брадавици. Пристигайки на гроба лечителката носи в платнена торбичка малко пръст от собствената си градинка. Изкопава малко пръст от гроба, взема я в друга платнена торбичка, след което на освободилото се място изсипва пръстта от своята градинка – трябва да дадеш, за да вземеш. Следва трикратно обтриване на всяка една брадавица с пръст от гроба. Нарича три пъти: „Бисмиллях! (В името на Аллах!) Къкну змиясь сменя кожата, къкну горьсь сменя листето, тъй и вришь брадавици да липсат“ (Както змията сменя кожата си, както гората сменя листата си, така всички брадавици да изчезнат). Много често след време хората, потърсили баба Фанка за лечение на брадавици, идват да ѝ благодарят с думите: „Берекет вер-

син” (благодарност за получена помощ). Повечето от тях предлагат парично възнаграждение, но тя отказва с думите: „Аллах верди, Аллах алди” (Бог дал, Бог взел). Според баба Фанка хората трябва да имат вяра и да правят добро (респондент № 6, 80 г., 10.09.2026 г.).

Столетницата **Фатма Бекирова Меткова** от същото село Шумнатица, общ. Кирково, лекувала брадавици, които считала, че се дължат на уроки. Жената отдавна е покойница, но нейният правнук пази спомена за тази стара практика с елементи на езичество и криптохристиянство: „Прабаба ми слагаше на огъня в печката парченце рог от животно, заклано за курбан. Този рог беше чисто черен, направо овъглен. Беше някакви молитви и изваждаше загорения рог. Натъркваше го отгоре и с чесън (*Allium sativum*). Като поизстине, с него правеше кръстче на челото. Брадавиците намазваше три пъти със събрана от капчуците първа дъждовна вода, която стичайки се, правеше жълто-кафява пяна. След това ме водеше в покрайнините на селото, в дълбоко дере, дето имаше един „ралуп” (хралупа) на голяма изсъхнала върба (*Salix sp.*). В нея спокойно влизаше човек. Докато стоях вътре, тя отново баеше и накрая забиваше един гвоздей в дървото, та да „закове” брадавиците и уроките и те да останат там. Така „ошарен и обаен”, накрая ми ставаше леко и се чувствах прероден. Старото хралупено дърво ми приличаше на таралеж – цялото беше със забити в него пирони. Когато баба ми почина, с нея си замина и лекуването ѝ, никой не го наследи. Наскоро падна и „ралупът” с гвоздеите.” (респондент № 7, 40 г., 23.12.2022 г.).

Разказите на нашите респонденти несъмнено будят интерес, защото приложените психосугестивни методи водят до позитивни резултати в повечето случаи, въпреки че не почиват на здрава научна основа. Изчезването на брадавиците се потвърждава също така и от хора, потърсили помощта на цитираните лечители, които макар и неучи, са уважавани за своята дарба.

Лечението на кожните брадавици в народната медицина се среща още в средновековни писмени източници на монаси лечители,

а по-късно след Възраждането – в „Сборник за народни умотворения, наука и книжнина”, 1889 г. под редакцията на проф. Иван Шишманов [1]. В сборника методите за лечение на брадавици са обособени в три категории:

- **лечение с растения** – млечка (вълче мляко – *euphorbia resinifera*) и змийско мляко (жълтурец – *chelidonium majus*). Техният лютив сок има разяждащо действие; дива ябълка и разрязан картоф. Брадавиците се обтриват с тях, след което последните се заравят в земята. Вярвало се е, че когато ябълката или картофът изгният, брадавиците ще изчезнат.
- **магически практики**. Брадавиците са се възприемали като болест, дошла от уплаха или уроки – връзване на възли. С червен или вълнен конец над брадавиците се правят толкова възела, колкото е техният брой. Конецът се заравя под камък да изгние, тогава брадавиците символично падат. Друга магическа практика е броенето на звезди, или т.нар. „лунна магия”. Излиза се навън при новолуние и се показва брадавицата към луната, като се нарича молитва тя да „олекне” или да се „стопа”.
- **баяния и наричания** – наричането се комбинира с леене на вода или докосване с въглен, за да се прогони „живото месо” (брадавиците).

В българската дерматология този проблем е изследван подробно от проф. Богдан Бъчваров в неговата книга „Лечение на кожните болести в народната ни медицина”, издадена през 1965 г. от издателство „Христо Г. Данов”. Научен рецензент е проф. Петър Попхристов, а книгата се радва на голяма популярност и е преведена на немски и руски език [1].

Още в уводната част към раздела за лечение на брадавици проф. Бъчваров посочва следното: „Характерно за това вирусно заболяване е, че се влияе от сугестия повече от която и да е друга органична нозологична единица в човешката патология, поради което е трудно да се прецени какъв дял се пада на психичния ефект при разнообразните начини на лечение” [1]. В книгата

проф. Бъчваров е събрал и описал 29 рецепти за лечение на брадавици в българската народна медицина, датиращи от епохата на османското робство и след Освобождението до средата на XX век. Голяма част от рецептите включват използване на растителна дрога и на каустични химически агенти. От растителния свят са предпочитани червен лук (*Allium cepa*); млечка (*Euphorbia resinifera*); зайча стъпка (*Statice clinopodium*); дебела мара (*Sedum maximum*); невен (*Calendula officinalis*); синя слива (*Prunus domestica*); домати (*Solanum lycopersicum*); лимон (*Citrus limon*); чесън (*Allium sativum*). От химическите средства за лечение в рецептите се включват лимонена сол/лимонтозу (*Acidum citricum*); тебешир (*Calcium carbonicum*); нишадър (*Ammonium chloratum*); салицилова киселина (*Acidum salicylicum*).

Проф. Бъчваров споделя, че в Клиниката по дерматология и венерология към ВМИ гр. Пловдив за лечение на плантарни брадавици е внедрена и използвана с успех следната рецепта: Върху плантарната брадавица се поставя кашица от салицилова киселина и вода. За да не се увреди околната кожа, предварително върху съответния кожен участък се залепва широка лента левкопласт с изрязан отвор, отговарящ на големината на брадавицата. За да не се размаже и отстрани кашицата, отгоре се залепва втора лента левкопласт, така че салициловата киселина да остане фиксирана върху брадавицата. Тази манипулация се прави 5-6 пъти през 48 часа [1].

Направените проучвания сред респонденти и литературни източници за лечението на брадавиците в народната медицина, по дълбокото убеждение на авторите, имат преди всичко историческо значение. Дерматологът е този, който

трябва да прецени всяко свое действие от гледна точка на съвременната медицинска наука. Използването на нетрадиционни методи в лечението не освобождава лекаря от отговорността да има винаги предвид официалната фармакопея и токсикология.

РЕСПОНДЕНТИ*:

1. Захаринка Михайлова, 84 г.,
с. Галище, общ. Мадан, обл. Смолян
2. Валя Кехайова, 70 г.,
с. Еньовче, общ. Ардино, обл. Кърджали
3. Мухарем Мюмюн Алиосман, 44 г.,
с. Звиница, общ. Кърджали
4. Веска Пиличева (Лескова), 99 г.,
гр. Златоград, обл. Смолян
5. Фатма Меричева, 80 г.,
гр. Златоград, обл. Смолян
6. Фанка Декеджиева, 80 г.,
с. Шумнатица, общ. Кирково, обл. Кърджали
7. Александър Александров, 40 г.,
с. Кирково, обл. Кърджали

**респондент* – лат. respondere, лице, което отговаря на въпроси в интервю или анкета, Речник на българския език, БАН, Марин Дринов, т. 15:353.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бъчваров Б. Лечението на кожните болести в народната ни медицина, п/р проф. П. Попхристов, Христо Г. Данов, Пловдив, 1965:88-92.
2. Бейтулов М. Животът на населението от турски произход в България. С., 1975, 40-41.
3. Кирилова Л, Михайлова С. Лечебни и ритуални практики. Символи и апотропеи. С., Велес Консулт, 2024:13-19.
4. Стаменова Ж. Етносоциални аспекти на бита в Източните Родопи през 70-те и 80-те години, С., 1995:21-35.
5. Черкезов Т. Бит, традиции и здраве на населението от Източните Родопи. Ст. Загора, „АБ“, 2011:52-60.

КОНГРЕСИ И КОНФЕРЕНЦИИ

ЛЯТНО УЧИЛИЩЕ ПО ПРАКТИЧЕСКА ДЕРМАТОЛОГИЯ „BACK TO SCHOOL“ – БУРГАС, 2026

Иван Богданов

Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда София



Има нещо особено в Бургас в средата на септември. Плажът пред конгресния център вече е притихнал, морето още пази топлината на лятото, а въздухът носи онова познато усещане за начало – като първия учебен ден. Точно в това настроение от 10 до 13 септември 2026 г. 150 дерматолози от цялата страна отново седнаха на чиновете на Лятното училище по практическа дерматология „Back to School“, а пред тях застанаха 25 лектори от страната и чужбина.

Когато започнахме да го подготвяме, искахме формат, различен от познатите конференции – такъв, в който в центъра стоят клиничният дерматолог и неговият кабинет. Към всяка тема подхождахме с един и същ въпрос: какво

ще отнесе участникът със себе си и ще приложи още на първия работен ден след връщането си. Решихме да рискуваме и да оставим програмата без традиционните фирмени симпозиуми. Не защото не ценим партньорите си от индустрията, а защото искахме лекторите да имат време да развият темите докрай, а новостите да намерят естественото си място в реалните терапевтични схеми.

ДВЕ ГОЛЕМИ ТЕМИ И МНОГО РАЗГОВОРИ

Първата ос на програмата беше женското здраве в перименопаузата и менопаузата – период, в който жената дълго е била оставяна да се



справя сама и мълчаливо. Уъркшопът „Кожа и менопауза: мултидисциплинарен подход“, воден от д-р Анна Богданова, събра на една маса ендокринолог (д-р Райна Стоянова), гинеколог (д-р Анна Богданова), специалист по хранене (проф. д-р Теодора Ханджиева-Дърленска), а втората част бе водена от д-р Роси Денчева и бе ориентирана към практическите знания относно перименопаузата и менопаузата в областта на клиничната и естетичната дерматология с участието и на дерматолозите доц. д-р Иван Богданов, д-р Снежана Атанасова. Стана дума и за актуалните GLP-1 рецепторни агонисти – за мястото им в нашата практика и за корекцията на следите от приложението им върху кожата. Лекцията на д-р Алис Шапка (Румъния) „Dermatology and menopause: hair ageing“ изгради моста към трихологичния уъркшоп на д-р Лидия Тодорова, посветен на косата в тази възраст, и който впечатли публиката с актуалните данни, които представи, и терапевтичните схеми, безценни за всяка дерматологична практика.

Втората ос беше дерматохирургията. В малката зала, в групи до 30 души, участниците работиха с ръцете си върху животински модели – на курса „Основи на дерматохирургията“, на курса за напреднали „Дерматохирургия на ухо“ с д-р Андрю Морис (Обединеното Кралство) и на курса по криохирургия с д-р Паола Паскуали (Испания). В голямата зала доц. д-р Ива Гаврилова говори за хирургията и адювантното лечение при високорискови пациенти с меланом, както и за последните новини, свързани с разработването на ваксина за лечение на меланом, а доц. д-р Дончо Етугов – за трудно

зарастващите рани и улкуси. Доц. д-р Карен Мануелян и доц. д-р Иван Богданов представиха клинични случаи с интересни приложения на дерматоскопията и трихоскопията, както и последните новости от областта на приложението на ултразвуковите апарати и други неинвазивни методи за диагностика в дерматологията. Темата се затвори в неделя с работния семинар по терапия на белези на д-р Росица Денчева и д-р Иван Пеев – от патофизиологията до готов терапевтичен протокол, който бе богато илюстриран с различни клинични случаи, представени от колеги специализанти.

Имаше и сесии, които стояха извън двете главни теми, но са близо до всекидневното на всеки дерматолог. В събота проф. д-р Развигор Дърленски и психологът Таньо Танев изиграха на живо трудните разговори с пациентите – сцени, в които всеки в залата разпозна собствения си кабинет. Адв. Мария Шаркова ни показа къде са правните капани в практиката. Псориазисът (доц. д-р Карен Мануелян, доц. д-р Иван Богданов, доц. д-р Климентина Господинова) и гнойният хидраденит (проф. д-р Евгения Христакиева, д-р Гавраил Потеров, доц. д-р Таня Ганчева) имаха своите сесии със свободна дискусия, в която се обсъждаха трудни клинични решения.

В лекционната част на конференцията бяха представени изключително актуални и полезни теми като *Локална терапия – забравеното изкуство на магистралната рецепта* (проф. Николай Цанков), *Пътеводител на младия дерматолог* (проф. Евгения Христакиева), *Диагностика, терапия и профилактика на сифилис* (проф. Димитър Господинов), *Ултразвук в диагностиката на кожните тумори – 256 нюанса сиво* (д-р Анджи Чепилев, проф. Жана Казанджиева), *Summer vibes Dermatology* (проф. Здравка Демерджиева).

В ЧИСЛА: 4,98 ОТ 5

След всяка сесия помолихме участниците да я оценят онлайн – и те ни отговориха щедро. За деветте уъркшопа бяха попълнени 218 анкети, а средната оценка е 4,98 от 5. 98,2% от



оценките са максимални, а нито един уъркшоп не получи оценка под 4. Най-много отговори събраха сесиите по псориазис, психодерматология и „Кожа и менопауза“.

По-ценни от оценките са намеренията. 99,5% от участниците биха се върнали на уъркшоп със същата тематика, а 100% смятат, че темите трябва да останат в програмата и през 2027 г. Всеки лектор беше оценен високо от не по-малко от 94% от слушателите си. Което ни зарадва дори повече: цели 201 анкети съдържат и свободен коментар. Хората са отделили време да ни напишат своите впечатления.

ДУМИТЕ НА УЧАСТНИЦИТЕ

В коментарите най-често се повтаря една дума – конкретика. Един колега е написал за сесията по терапия на белези:

„Първият конгрес, който е реално толкова практически насочен. Хареса ми конкретиката в плана на лечение.“

Друг участник е оценил в сесията по псориазис слайдовете с реални препарати, рецепти, дозировки и продължителност на лечение: „Това рядко се случва на конгреси, повече се набляга на общото и обширни guidelines.“ За уъркшопа „Кожа и менопауза“ друг колега отбелязва, че кожните изменения в интимната област често остават „плаващи между няколко специалности“, и за първи път е получил сборна и практична информация по темата. За психодерматологията четем: „Получих ценни

знания, които бих могла да прилагам в ежедневната си клинична практика. С удоволствие бих участвала отново през 2027 г.“

Коментарите ни дадоха и посока. Участниците искат още повече клинични случаи за обсъждане. След сесията за раните няколко колеги пожелаха самостоятелен курс по съдови дерматози, защото те „са много застъпени в нашата практика“, а липсват в практическото обучение на младите дерматолози.

Благодарим ви – и до скоро!

Искрено благодарим на всички, които направиха тези четири дни толкова специални. На лекторите – за времето и сърцето, които вложиха във всяка лекция и всеки курс. На участниците – за въпросите, споровете и доверието да споделят собствените си случаи, идеи и практически съвети. На партньорите ни от индустрията – че повярваха в този по-различен формат. И на екипа, който остана зад кулисите, за да може всичко на сцената да се случи леко.

Преди началото писахме, че няма да е лесно да се състезаваме със ситния пясък и топлата септемврийска вода. Ангажираността ви във всяка сесия ни показва, че морето този път е изгубило обаянието си. Казахме също, че времето ще покаже дали форматът е верен. Ако съдим по думите на участниците, то вече започна да говори.

Училището затвори вратите си само до следващата есен. Очакваме ви отново от 9 до 12 септември 2027 г. – с нови теми, още повече клинични случаи и същото усещане за първи учебен ден.

ПЪРВИ ЕДНОДНЕВЕН ТЕМАТИЧЕН КУРС НА ТЕМА „БОЛЕСТИ, ПРЕДАВАНИ ПО ПОЛОВ ПЪТ“

Димитър Черкезов

Отделение по кожни и венерически болести, МБАЛ „Св. София“, София



На 25.09.2026 г. в Аджибадем СитиКлиник УМБАЛ Токуда – София се проведе първият тематичен курс на тема „Болести, предавани по полов път“.

В курса взеха участие над 35 лекари от цялата страна, както и специализанти по кожни и венерически болести.

Лектори на събитието бяха проф. Н. Цанков, проф. З. Демерджиева, доц. И. Богданов, доц. Х. Хайдудова, д-р Е. Петрова, д-р Р. Денчева, д-р Е. Тодорова и д-р Д. Черкезов. Те представиха актуална информация за мястото на венерологията като субспециалност в нашата страна, както и глобалните и регионални тенденции в областта на болестите, предавани по полов път.

Аудиторията имаше възможността да се запознае с най-новите диагностично-терапевтични алгоритми в сферата на венерическите заболявания. Бяха представени разнообразни и интересни клинични случаи с практическа стойност, предизвикателни за диагностика и лечение.

В последните години голяма част от пациентите в България търсят медицинска помощ по венерологични теми от уролози и акушер-гинеколози, затова лекторите обърнаха внимание и напомниха за пореден път, че дерматовенеролозите би следвало да окомплектоват редиците си и да направят необходимото, за да запазят венерологията в рамките на своите практики.

Всички участници в тематичния курс получиха сертификати за проведеното обучение.

IN MEMORIAM



д-р Иван Станчев

07.08.1949 г. - 17.08.2026

На 17.08.2026 г. той си отиде от този свят тихо и скромно, доказвайки, че „не сме се заблуждавали, че не сме живели напразно” – както обичаше да казва често в приятелски разговор.

Д-р Иван Станчев е роден на 07.08.1949 г. в с. Петково, обл. Смолян. Средното си образование завършва в гр. Кърджали, а медицина във ВМИ – Пловдив през 1974 г. През 1982 г. придобива специалност дерматология и венерология. Работил е в ХЕИ, Втора работническа поликлиника, Окръжна болница и ДКЦ-1 в Кърджали. Развива успешна дерматологична практика с подчертан интерес към редките и трудни случаи, които старателно описва и представя на национални и международни научни форуми. Притежава оригинална мисъл и стил, често прави аналогии с феномени, наблюдавани в природата. Пледира за „повече грижа и отговорност към кожата – естествен, уникален предел между човека и не по-малко сложния свят около него! Нека позволим кожата да бъде балансът: доколко природните дадености, агресии и приоритети да бъдат същност в човешкото тяло, определящи посоки в развитието ни”.

Освен десетките публикации в сп. „Дерматология и венерология“ той публикува статии и в сп. „Психосоматична медицина“. Работи по темата за стигматизацията в православие, която представя в Сан Франциско. Членува в БДД, Съюза на учените в България, Българско психосоматично дружество, National Geographic Society, The New York Academy of Sciences.

Д-р Станчев е творческа личност с многостранни интереси. Известни са изявите му в областта на литературата. Член е на Съюза на писателите лекари в България и има издадени няколко книги с разкази: „Звездите в нас” (1994); „Пречистена кръв” (2000); „Път за мен, път за теб” (2010); „Заключена врата” (2019). Стилът му е жив и оригинален, изпъстрен с родопски диалекти, с мъдрите разсъждения на хората от планината, с богатата фраза на автор сърцевед и познавач на живота.

Проф. Николай Цанков определя д-р Станчев като „бялата лястовица” в българската дерматология: „Наблюдателен, остроумен, с фино чувство за хумор, той представя своето ежедневие на лекар и с погледа си към околния свят през лупата на дерматолога. Понякога многословен, но добронамерен, уважаващ различията на хората, тъй като и самият той е различен”.

Така ще го помнят неговите колеги и многобройните му пациенти.

Нека лупата му на дерматолог отразява слънчевия лъч, който да прави светъл безкрайния му път към звездите!

ПОКЛОН ПРЕД ПАМЕТТА МУ!

Димитър Черкезов

IN MEMORIAM



д-р Валери Михайлов Попов
19.01.1962 г. – 07.10.2026 г.

На 7 октомври 2026 г., след мъчително боледуване, ни напусна нашият колега и приятел
д-р Валери Михайлов Попов

Д-р Валери Попов е роден на 19.01.1962 г., завършва гимназиалното си образование в гр. Враца, а през 1988 г. става магистър по медицина в МУ – Плевен. Специализира кожни и венерически болести в университетската дерматологична клиника в Плевен под ръководството на доц. д-р Мариана Трашлиева и придобива специалност през 1993 г. В периода 1989-1994 г. е асистент в Катедрата с преподаване на учебната дисциплина „Дерматология и венерология“. До кончината си практикува своята специалност в амбулаторната дерматологична практика в гр. Плевен.

Град Плевен и медицинската общност загубиха един всеотдаен лекар, който посвети живота си на здравето на своите пациенти. Достатъчно разпознаваем в страната, за нас, неговите колеги дерматолози, той беше пример за професионализъм, етика и благородство, а за своите близки и приятели, той остава символ на вярност, доброта и всеотдайност.

За нас беше чест и привилегия да извървим част от житейския и професионалния си път рамо до рамо с човек с толкова голямо сърце.

ПОЧИВАЙ В МИР, СЪЪПИ ПРИЯТЕЛЮ!

Димитър Господинов

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 (номерирани) и заглавия на таблиците, поставени непосредствено след номера на таблицата
10. Фигури (номерирани) 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.

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ 4/2026

ISSN 0417-0792

*Организационен секретар И. Митева
Езикова редакция (бълг. ез.) И. Митева
Редакция на англ. език Сн. Иванова
Страниране Е. Братоева*

Централна медицинска библиотека
*1431 София, ул. „Св. Г. Софийски“ № 1, тел. 02 952-23-93
e-mail: i_miteva@cml.mu-sofia.bg
<http://cml.mu-sofia.bg/>*

Печат: Таурус Адвертайзинг