

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2025.5.103>

## Синдром Роуэлла в практике врача-педиатра (клинический случай)

О.С. Зуева, Н.Н. Зувев

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2025. – Том 24, №5. – С. 103-109.

## Rowell's syndrome in the practice of pediatrician (clinical case)

O.S. Zueva, N.N. Zuev

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2025;24(5):103-109.

---

### Резюме.

Системная красная волчанка (СКВ) – одно из самых распространённых форм аутоиммунных заболеваний в детском возрасте. В виду многоликости своих клинических проявлений оно требует пристального внимания со стороны врача любой специальности на этапе диагностики данной патологии, так как своевременная постановка диагноза влияет на дальнейшую тактику лечения, наблюдение и ведение пациентов с СКВ, определяет долгосрочный прогноз для жизни и здоровья ребенка с указанной аутоиммунной патологией. В связи с этим в современной медицинской практике, врачам любой специальности необходимо проявлять повышенную настороженность в отношении вероятности наличия аутоиммунной патологии и, при возникновении диагностических затруднений, активно взаимодействовать с коллегами смежных специальностей. В нашей практике мы столкнулись и представляем вашему вниманию редкий и сложный случай клинического течения СКВ, диагностированный нами у девочки-подростка в отделении для лечения детей с кардиологическими и ревматологическими заболеваниями учреждения здравоохранения «Витебский областной детский клинический центр» при учреждении здравоохранения «Витебская детская областная клиническая больница» (УЗ ВДОКЦ ВОДКБ), – синдром Роуэлла. Несмотря на то, что синдром Роуэлла является специфичным кожным проявлением данного аутоиммунного заболевания, его наличие часто затрудняет процесс верификации указанной патологии, и, следовательно, может послужить причиной задержки назначения адекватной терапии.

*Ключевые слова:* дети, системная красная волчанка, диагностика, кожные проявления, синдром Роуэлла.

### Abstract.

Systemic lupus erythematosus (SLE) is one of the most common forms of autoimmune diseases in childhood, which, due to the multifaceted nature of its clinical manifestations, requires close attention from a physician of any specialty to the issue of diagnosing this pathology, since a timely diagnosis significantly affects further tactics of treatment, observation and management of patients with SLE, determines the long-term prognosis for the life and health of a child with this autoimmune pathology. In this regard, in modern medical practice, doctors of any specialty must be highly alert to the possibility of autoimmune pathology and, if diagnostic difficulties arise, interact actively with colleagues of the related specialties. In our practice, we have encountered and present to your attention a rare and complex case of clinical course of SLE, diagnosed by us in a teenage girl at the department for treating children with cardiological and rheumatological diseases of the healthcare institution of Vitebsk Regional Children's Clinical Center of Vitebsk Regional Children's Clinical Hospital – Rowell's syndrome, which, despite the fact that it is a specific skin manifestation of this autoimmune disease, often causes significant difficulties in verifying this pathology, and as a result, unfortunately, to a delay in prescribing the adequate therapy.

*Keywords:* children, systemic lupus erythematosus, diagnostics, skin symptoms, Rowell's syndrome.

Несмотря на значительные достижения в области изучения системной красной волчанки (СКВ), данное аутоиммунное заболевание по-прежнему остается достаточно сложной патологией для диагностики в виду наличия многочисленных клинических проявлений в картине течения заболевания, вовлечение в патологический аутоиммунный процесс разных органов и систем, зачастую непредсказуемое течение патологии [1, 2, 3]. Симптомы СКВ могут развиваться постепенно, в течение месяцев или даже лет, меняя свои клинические проявления и степень активность во времени, характеризуясь волнообразным течением, когда периоды улучшения (ремиссии) сменяются периодами обострения. Неспецифические симптомы, такие как усталость, потеря веса, лихорадка, гематологические изменения, могут быть схожи с проявлениями других заболеваний, что существенно затрудняет раннюю диагностику и начало патогенетической терапии СКВ. Кроме того, часто диагноз СКВ устанавливают, ориентируясь на систему критериев, предложенную Американской коллегией ревматологов, однако в ситуациях атипичного течения заболевания или на ранней стадии развития СКВ они не позволят с уверенностью и без сложностей выставить правильный диагноз [1, 2, 3].

СКВ чаще всего встречается у девочек-подростков (они болеют примерно в 4,5 раза чаще, чем мальчики). Нередко дебют заболевания может быть связан с началом менструаций. Среди факторов, которые могут стать триггером аутоиммунного процесса, отмечают ультрафиолетовое излучение, дефицит витамина D, избыточную массу тела, чрезмерное употребление кофеин-содержащих продуктов питания, инфекционные заболевания вирусной (цитомегаловирус, герпес-вирус, вирус Эпштейна-Барр) и бактериальной (хламидиоз, микоплазмоз) природы, состояние микробиоты кишечника и многие другие.

Значимое место в патогенезе СКВ отводится наследственной предрасположенности: диагностированная СКВ у матери повышает риск развития СКВ у дочери примерно 1:40, а у сына – 1:250. Также часто в семейном анамнезе пациентов с СКВ встречаются иные заболевания аутоиммунной природы [2, 3].

Подъем заболеваемости СКВ приходится на школьный и подростковый возраст (у детей дошкольного возраста частота встречаемости данной патологии невелика). Важно понимать и учитывать, что в детской популяции болезнь на-

чинается внезапно и сопровождается более тяжелыми симптомами, протекая агрессивнее, чем у взрослых; рецидивы в данной возрастной группе возникают также чаще.

Клиническая картина СКВ у детей в сравнении с взрослыми пациентами очень разнообразна и затрагивает практически все органы и системы организма (лишь у 20% пациентов болезнь начинается с поражения одного органа), по причине чего процесс диагностики данного аутоиммунного заболевания значительно затрудняется. Важными клиническими симптомами СКВ являются кожные проявления. Они встречаются у большинства пациентов (55-90% случаев): у значительной части (20-30%) являются первыми проявлениями заболевания, в 60-70% случаев кожные изменения развиваются уже по мере прогрессирования процесса. При этом важно понимать, что поражение кожи при СКВ вовсе не банальная косметическая проблема, влияющая на самочувствие и психологическое состояние ребенка, а сигнал о системности поражения при данной патологии. В тоже время зачастую поражения кожи и/или слизистых оболочек при СКВ в период отсутствия системных проявлений аутопатологии остаются неучетными и не воспринимаются ни пациентом, ни его родителями, ни даже педиатром, как проявления СКВ. Подобная ситуация приводит к тому, что многие дети длительное время наблюдаются у дерматологов по поводу кожной симптоматики, не проходя необходимых диагностически значимых для постановки верного диагноза лабораторных и инструментальных методов исследования, что становится причиной диагностических ошибок и затягивает назначение адекватной терапии данного заболевания (табл. 1) [4, 5].

Следует отметить, что все поражения кожи при СКВ можно разделить на две основные значимые группы: специфичные (дискоидные высыпания, веррукозная волчанка, люпус-панникулит, опухолевидная волчанка, анулярно-полициклические и псориазиформные поражения, синдром Роуэлла и характерная сыпь в виде "бабочки" на лице) и неспецифичные (повышенная чувствительность к солнечному свету (фотосенсибилизация), лейкоцитокластический и уртикарный васкулиты, телеангиэктазии, сетчатое ливедо, злокачественный атрофический папулез, синдром Рейно), причем последние встречаются значительно чаще [4, 5].

Особый интерес с нашей точки зрения представляет синдром Роуэлла – редкий синдром, при

Таблица 1 – Кожные проявления и поражения слизистых оболочек при СКВ [4, 5]

Поражение кожи и ее придатков при системной красной волчанке (наблюдается у 80–95% детей)	Поражение слизистых оболочек при системной красной волчанке (диагностируется более чем у 30% детей в активном периоде заболевания)
<p>Волчаночная «бабочка» (симметричные эритематозные высыпания на коже лица) отмечается у 80% детей, из них у 40% уже в дебюте заболевания.</p> <p>Эритематозные высыпания на открытых участках кожи – в области верхней трети груди и спины (область декольте), над локтевыми, коленными суставами и другими.</p> <p>Дискоидные очаги преимущественно на коже волосистой части головы, лица, шеи, наблюдаются обычно при хроническом течении системной красной волчанки.</p> <p>Фотосенсибилизация (эритематозные высыпания на коже у детей в весенне-летний период с увеличением яркости после пребывания на солнце или лечения УФ-облучением).</p> <p>Капиллярит у большинства детей в остром периоде заболевания.</p> <p>Геморрагические симметричные высыпания на коже дистальных отделов конечностей</p> <p>Сетчатое ливедо на коже нижних, реже верхних конечностей и туловища.</p> <p>Синдром Рейно (частота у детей меньше, чем у взрослых)</p> <p>Алопеция (гнездное или диффузное облысение), возможно выпадение бровей и ресниц</p>	<p>Волчаночная энантема в области твердого нёба, по периферии пятен нередко образуются телеангиоэктазии.</p> <p>Афтозный стоматит.</p> <p>Хейлит (чаще поражается нижняя губа).</p>

котором в клинической картине заболевания имеет место сочетание признаков красной волчанки (дискоидной или системной) с другими проявлениями, а именно: выпадение волос, появление на коже элементов сыпи, напоминающей экссудативную эритему, а также положительные маркеры ревматических заболеваний (табл. 2).

Впервые этот синдром был описан в 1963 году N. R. Rowell, J. S. Beck, J. R. Anderson, которые, наблюдая 120 пациентов с дискоидной красной волчанкой, выделили из этой группы 4 пациентов с высыпаниями на коже, напоминающими многоформную экссудативную эритему. У этих же пациентов, помимо сыпи, наблюдались лихорадка, суставной синдром, в крови определялись антинуклеарный и ревматоидный факторы в значительных, превышающих референтные. Имело место отсутствие эффекта от стандартной терапии, длительное сохранение клинических симптомов заболевания и отсроченное во временном отношении регрессирование симптомов (от полутора до двух месяцев от начала дебюта заболевания). В дальнейшем сочетание красной волчанки и сыпи, похожей на многоформную экссудативную эритему, в медицинском сообществе стало именоваться как синдром Роуэлла [1, 2, 6].

В данной статье представлен клинический случай, который мы наблюдали в отделении по

лечению детей с кардиологическими и ревматологическими заболеваниями УЗ «Витебский детский областной клинический центр» (УЗ «ВОДКЦ») УЗ «Витебская детская областная клиническая больница (УЗ «ВДОКБ»). Девочка-подросток (13 лет) поступила в отделение в январе 2025 года с жалобами на отечность периартикулярных тканей, боль, деформацию, ограничение движений, как активных, так и пассивных, в лучезапястных суставах, пальцах обеих кистей, а также на преходящие непостоянные боли в локтевых, плечевых и тазобедренных суставах без существенных ограничений активных движений в них. При опросе отмечала частую сухость слизистой оболочки полости рта, першение в горле, которые заставляли девочку регулярно пользоваться в повседневной жизни жевательной резинкой либо часто пить, чтобы устранить перечисленные неприятные ощущения в ротовой полости. При физикальном осмотре обращал на себя внимание выраженный синдром Рейно – больше на кистях, в меньшей степени на стопах.

Были проведены рентгенография обеих кистей (костно-деструктивных изменений не выявлено), общеклинические лабораторные исследования, где выявлены следующие изменения: в общем анализе крови – уровень гемоглобина был 116 г/л, лейкоциты  $4,4 \times 10^{12}/л$ , СОЭ 22 мм/

Таблица 2 – Специфические маркеры для верификации системной красной волчанки [2, 3].

Антинуклеарные антитела (АНА) для верификации системной красной волчанки	Частота встречаемости, специфичность, чувствительность АНА
Антинуклеарный фактор (АНФ)	выявляется у 93-98% пациентов, специфичность невысокая (выявляется при других ревматических и неревматических заболеваниях), при высоком титре является маркером СКВ и при отсутствии антител к двуспиральной ДНК и антител к экстрагируемым ядерным антигенам (ENA)
Антитела к двуспиральной ДНК	выявляются у 40–70% пациентов; высокоспецифичный маркер СКВ, уровень обычно коррелирует с активностью волчаночного нефрита и наличием нейропсихических расстройств
Антитела к гистонам	более характерны для лекарственного волчаночно-подобного синдрома, могут выявляться также у больных с волчаночным нефритом
Антитела к нуклеосомам*	обнаруживаются у 60-90% пациентов с волчаночным нефритом, у большинства с лекарственной волчанкой, уровень антител коррелирует со степенью активности заболевания
Антитела к Sm-антигену*	выявляются у 10–30% пациентов, высоко специфичны для СКВ, однако могут выявляться и при других системных заболеваниях соединительной ткани, а также у пациентов с Эпштейна-Барр вирусной инфекцией
Антитела к SSA/Ro-антигену	выявляются у 22-50% пациентов с СКВ, ассоциированы с фотосенсибилизацией и гематологическими нарушениями, наблюдаются у 37% пациентов с волчаночным нефритом, характерны для подострой кожной волчанки (70-80% случаев)
Антитела к SSB/La-антигену*	не специфичны для СКВ, указывают на низкую вероятность развития волчаночного нефрита, выявляются у трети пациентов с подострой кожной волчанкой
Антитела к U1RNP	низко специфичны для СКВ, обнаруживаются лишь в 20-30% случаев, в случае наличия рассматриваются как предиктор неблагоприятного течения заболевания с развитием синдрома Рейно и тяжелого поражения внутренних органов
Антитела к PCNA	высокоспецифичные для СКВ, но выявляются лишь у 5-10% пациентов
Антитела к фосфолипидам крови (антитела к фосфолипидам, к кардиолипину, к бета-2-гликопротеину в крови, волчаночный антикоагулянт)	обнаруживаются у 50–60% детей с СКВ и, как и ложноположительная реакция Вассермана, являются серологическими маркерами АФС
Ревматоидный фактор	нередко выявляют у детей с СКВ при наличии в клинической картине выраженного суставного синдрома
Снижение общей гемолитической активности комплемента и его компонентов (С3, С4)	обычно коррелирует с активностью волчаночного нефрита, в отдельных случаях может быть следствием генетически детерминированного дефицита

Примечание: \* – при подозрении на диагноз СКВ обследование на антитела к Sm-антигену, анти-Ro и анти-La должны быть обязательно включены в план обследования детей.

час, остальные показатели в пределах возрастной нормы; в биохимическом анализе крови показатели ЦИК составили 90 ед., остальные маркеры были без патологии. В коагулограмме имело место снижение фибриногена до 1,68 г/л (норма 2-4 г/л), назначена ревмопанель на АНА.

Из анамнеза: с июля 2024 года после возвращения с отдыха на море (семьей отдыхали в Анапе) девочку стали беспокоить непрерывно рецидивирующие зудящие высыпания на теле по

типу крапивницы, по поводу которых она обратилась к участковому педиатру, а затем к аллергологу в поликлинику по месту жительства. Был назначен клемастин в средние терапевтической дозе курсом на 10 дней, в виду отсутствия значимого клинического эффекта произведена смена на внутримышечный преднизолон на двое суток (дозу подросток не помнит), однако указала, что имела место незначительная положительная динамика – высыпания несколько уменьшились, стал менее

интенсивным зуд. Однако после отмены преднизолона вновь возникло обострение заболевания, осложнившееся еще и ангионевротическим отеком. Была госпитализирована в аллергологическое отделение УЗ «ВДОКБ» (рис.).

При госпитализации, помимо вышеперечисленных жалоб, выявлены периодические подъемы температуры тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , общеклинические лабораторные показатели были без изменений, исследования на маркеры вирусных гепатитов,



Рисунок – Кожная сыпь при синдроме Роуэлла

боррелиоз, токсоплазмоз, токсокароз, микоплазмоз, лямблиоз, вирус Эпштейн-Барр, цитомегаловирусную инфекцию не выявили перечисленных заболеваний. Иммунограмма без иммунотипирования была в пределах нормативных значений. В иммуноблоте выявлены специфические IgE в клинически и лабораторно незначимых значениях в отношении следующих аллергенов: к альфа-лактоглобулину – 0,29 U/ml, казеину – 0,14 U/ml, к эпителию и шерсти собаки – 0,18 U/ml, к шмелю – 0,16 U/ml, к помидору – 0,71 U/ml, к изюму обыкновенному – 0,1 U/ml. Выставлен диагноз хроническая крапивница. Дуадено-гастральный рефлюкс (ДГР) средней степени тяжести (по данным ФГДС). Нефроптоз справа. Гепатоспленомегалия, мезаденит (по результатам УЗИ брюшной полости). МАРС: ДХЛЖ, НК0 (по данным ЭХО-кардиографии). Проведена медикаментозная терапия антигистаминными препаратами, преднизолоном в дозе 0,25 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней. Выписана с рекомендациями амбулаторно продолжить прием аллеркапса, фамотидина, гефала, тримебутина; наблюдаться у педиатра, аллерголога по месту жительства.

Через некоторое время после выписки из стационара девочку продолжила беспокоить непрерывно рецидивирующая сыпь с ощущением, что кожа «печет» в месте высыпаний, несмотря на прием рекомендованных лекарственных препаратов. В период высыпаний имела место плохая переносимость физической нагрузки. На фоне высыпаний отмечался субфебрилитет (37,3-37,5), сыпь усиливалась при менструации. В декабре 2024 года подросток обратилась за консультативной помощью в отделение клеточной терапии НИИ «Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси». Помимо жалоб на высыпания, она отмечала появление в течение последней недели до обращения болезненности в межфаланговых суставах, незначительной боли в плечевом суставе слева, обоих височно-подчелюстных суставах, шейно-воротниковой зоне с сохранением объема активных движений в перечисленных суставах. На момент консультации на коже верхних конечностей и туловища имели место разновеликие многоформные элементы сыпи (уртикарные, угасающие петехиальные, мишеневидные), пальпировались множественные мягкоэластичные лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные, паховые) размером до 1,5-2,0 см, умеренно болезненные при пальпации, пальпаторно определялась печень (+1,0-2,0 см из-под

края реберной дуги), пальпировался край селезенки. Выставлен диагноз: Дебют системного заболевания недифференцированного? Уртикарный васкулит? Суставной синдром. Гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия. Субфебрилитет. ДГР. Правосторонний нефроптоз. Даны рекомендации: сдать ревмопанель на АНА, васкулиты, провести биопсию кожи для исключения васкулита, при выраженном обострении экзантемы начать прием преднизолона в дозе 90 мг 2 раза в сутки курсом на 1-2 дня.

На основании данных анамнеза, результатов физикального обследования, характера суставного синдрома (при настоящей госпитализации и анамнестических сведений), результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, осмотра специалистов был выставлен предварительный диагноз: ЮРА, полиартикулярный вариант, серонегативный по АЦЦП, активность 2 степени. Дифференцировать с Системной красной волчанкой! Назначен дексаметазон в дозе 8 мг 2 раза в сутки внутривенно в течение 5 дней. На фоне гормональной терапии было отмечено снижение уровня СОЭ с 22 мм/час до 18 мм/час, имела место явная положительная клиническая динамика: нивелировался отек периартикулярных тканей, ушел болевой синдром, исчезли ограничения движений в суставах кистей, нормализовалась температура тела, улучшилось психоэмоциональное состояние пациентки (подросток стала активной, улыбчивой, с удовольствием вступала в контакт и общалась с персоналом отделения, соседями по палате, что до этого для нее не было характерно – ранее чаще девочка была замкнутой, плакала). Противовоспалительная терапия была продолжена метилпреднизолоном в суточной дозе 20 мг (из расчета 0,25 мг/кг/сутки). Однако через 7 дней на фоне неярко выраженных проявлений острой респираторной инфекции (у девочки возникли заложенность носа, скудные слизистые выделения из носовой полости) на коже тыльной стороны кистей появилась мелкоочечная папулезная сыпь, что заставило повысить дозу гормональной терапии до 28 мг в сутки (0,5 мг/кг/сутки), высыпания исчезли и больше не беспокоили подростка. Результаты ревмопанели, назначенной в отделении, выявили следующие антинуклеарные антитела (АНА, IgG): Sm+++, RNP/Sm+++, CENT-B +++, dsDNA +, Histones +, Nucleosomes+, что позволило нам выставить заключительный клинический диагноз: Системная красная волчанка, подострое течение.

Синдром Роуэлла. После чего тактика ведения и терапия пациентки были построены с учетом клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями» Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2024 № 167.

### Заключение

Таким образом, мы убедились на практике в том, что системные заболевания соединительной ткани могут иметь многочисленные «клинические маски» и не всегда типичное течение, что значительно затрудняет своевременную диагностику данной группы заболеваний и существенно оттягивает назначение адекватного своевременного лечения указанной патологии. В современных реалиях врач любой специальности при не совсем типичной клинической картине должен быть насторожен в отношении возможного наличия у любого пациента аутоиммунной патологии и в сомнительных случаях поддерживать тесный междисциплинарный профессиональный контакт с коллегами других специальностей.

### References

1. Tlish MM, Naatyzh ZhYu, Sycheva NL, Kuznetsova TG, Irizelyan GA, Psavok FA. Systemic red lupus: an interdisciplinary approach to diagnosis. Rossiiskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh boleznei. 2016;19(3):141-147. (In Russ.). doi: 10.18821/1560-9588-2016-19-3-141-147
2. Marusina AA. A mixed disease of connective tissue and systemic red lupus with Rowell's syndrome. Vrach. 2020;31(9):58-62. (In Russ.). doi: 10.29296/25877305-2020-09-10.
3. Clinical protocol «Diagnosis and treatment of patients (child population) with immuno-inflammatory rheumatic diseases»: postanovlenie M-va zdravookhraneniya Resp Belarus' ot 03

### Литература

1. Системная красная волчанка: междисциплинарный подход к диагностике / М. М. Тлиш, Ж. Ю. Наатыж, Н. Л. Сычева [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2016. Т. 19, № 3. С. 141–147. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-3-141-147
2. Марусина, А. А. О смешанном заболевании соединительной ткани и системной красной волчанкой с синдромом Роуэлла / А. А. Марусина // Врач. 2020. Т. 31, № 9. С. 58–62. DOI: 10.29296/25877305-2020-09-10
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями»: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 03 дек. 2024 г. № 167 // ЭТАЛОН : информ.-поисковая система (дата обращения 08.08.2024).
4. Поражение кожи при системной красной волчанке / А. И. Дядык, А. Э. Багрий, В. Б. Гнилицкая [и др.] // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. 2018. № 2. С. 17–28.
5. Шумилова, А. А. Поражение кожи при системной красной волчанке. Часть 2: клинические и гистологические особенности / А. А. Шумилова, Е. И. Травкина, Т. М. Решетняк // Современная ревматология. 2022. Т. 16, № 4. С. 7–14. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-4-7-14
6. Галлямова, Ю. А. Синдром Роуэлла в практике дерматолога / Ю. А. Галлямова // Лечащий врач. 2011. № 10. С. 22–24.

*Поступила 15.05.2025 г.*

*Принята в печать 21.10.2025 г.*

dek 2024 g. № 167. V: ETALON: inform-poiskovaya sistema [Accessed 8th August 2025].

4. Dyadyk AI, Bagriy AE, Gnilitkaya VB, Khristulenko AL, Zborovskiy SR, Rakitskaya IV. Skin disease in systemic red lupus. Torsuevskie Chteniya: Nauchno-prakticheskii Zhurnal po Dermatologii Venerologii Kosmetologii. 2018;(2):17-28. (In Russ.).
5. Shumilova AA, Travkina EI, Reshetnyak TM. Skin damage in systemic red lupus. Part 2: clinical and histological features. Sovremennaya Revmatologiya. 2022;16(4):7-14. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2022-4-7-14
6. Gallyamova YuA. Rowell's syndrome in dermatologist practice. Lechashchii Vrach. 2011;(10):22-24. (In Russ.).

*Submitted 15.05.2025*

*Accepted 21.10.2025*

### Сведения об авторах:

Зуева Олеся Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры педиатрии №2 с курсом ФПК и ПК, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», e-mail: olesyador@mail.ru;

Н.Н. Зуев – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом ФПК и ПК, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

### Information about authors:

Olesya S. Zueva – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Chair of Hospital Surgery with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, e-mail: olesyador@mail.ru;

N.N. Zuev – Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Chair of Hospital Surgery with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.