

В.Г. Кравченко¹, Л.Г. Кулик², А.В. Кравченко³, Я.О. Ємченко¹¹Полтавський державний медичний університет²Полтавська обласна клінічна лікарня імені Н.В. Скліфосовського³Харківський національний медичний університет

Клінічні випадки веруциформної епідермодисплазії Левандовського — Лютца

Дані медичної літератури і власні спостереження випадків веруциформної епідермодисплазії Левандовського—Лютца (ВЕДЛЛ) свідчать, що існує багато питань, які необхідно вирішити або уточнити. Вони стосуються, зокрема, проведення генетичних досліджень з метою вивчення феномену і визначення закономірностей спадковості дерматозу. Виявлення в одного із наших пацієнтів доброякісного неопластичного утворення — лейоміоми стравоходу — зобов'язує лікарів ретельно обстежувати пацієнтів із ВЕДЛЛ, навіть за відсутності скарг на розлади тієї чи іншої системи організму. Чи не наводить такий випадок на думку про вірогідність неопластичної трансформації доброякісного характеру і не тільки з боку шкіри (папілом і бородавок)? Чи можуть віруси папіломи людини за ВЕДЛЛ зумовлювати, крім карциноми шкіри, виникнення пухлин внутрішніх органів? Також важливим завданням дерматологів є раннє виявлення дітей з поширеними формами бородавкоподібних ефлоресценцій. Можна припустити, що у частини пацієнтів захворювання певний час має латентний перебіг і проявляється лише під впливом несприятливих чинників (неадекватна інсоляція, стреси тощо). Тому важливим є виявлення тригерних чинників. Питання ВЕДЛЛ потребують від практикуючих дерматовенерологів не тільки клінічного діагностування бородавкоподібних дерматозів та їхньої диференційної діагностики, а й проведення лабораторних досліджень для ідентифікації дерматозу (біопсія, цитологія, ПЛР), що дасть змогу частіше виявляти ВЕДЛЛ. Оскільки рідкісність ВЕДЛЛ не сприяє накопиченню достатнього обсягу результатів з виявлення патогенетичних чинників дерматозу, зокрема імунологічних, проблема лікування таких хворих залишається актуальною. За розвитком ВЕДЛЛ необхідно проводити постійне спостереження з метою виявлення ранніх ознак неопластичної трансформації та предикторів, тобто прогностичних параметрів, і запровадження методик їхнього визначення.

Ключові слова

Веруциформна епідермодисплазія, віруси папіломи людини, неопластична трансформація, проблеми.

Опис веруциформної епідермодисплазії (*epidermodysplasia verruciformis*) уперше було зроблено 1922 р. F. Lewandowsky і W. Lutz [17]. З того часу багато авторів описували його під назвою «веруциформна епідермодисплазія Левандовського—Лютца» (ВЕДЛЛ) як рідкісний хронічний дерматоз, здебільшого спадкового походження, зумовлений вірусами папіломи людини (ВПЛ) [1, 2, 4, 5, 10–12]. Більшість дослідників пов'язують ВЕДЛЛ з преанкразом або раком шкіри [1–5, 7, 8, 10, 13, 14, 18, 20, 23]. ВЕДЛЛ пов'язана зі специфічними ВПЛ, основними з яких є віруси типів 3, 5, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 25, 36, 38, 46, 47, 49, 50 [8, 14, 19, 20]. Деякі

автори вважають, що ВЕДЛЛ спричиняють також інші типи ВПЛ і, зокрема, 20 [16]. Випадки ВЕДЛЛ описують як поодинокі (спорадичні) у дітей, народжених від батьків, які перебували у кровних зв'язках. Окремі автори відзначали захворювання в кількох поколіннях однієї родини [10, 15, 20], що, вірогідно, свідчить про певну значущість генетичного чинника в етіогенезі дерматозу. Значна частина пацієнтів заперечує наявність бородавок як у себе, так і відомому їм родоводі [2, 5]. Вірогідно, зазначені прояви були, але залишались поза увагою як дітей, так і батьків, тобто не були своєчасно ідентифіковані як важливі клінічні ознаки епідермодисплазії.

Можна також припустити, що інфекція ВПЛ у таких хворих упродовж тривалого часу має латентний перебіг і клінічно маніфестує пізніше під впливом певних чинників (ослаблення імунітету, надмірна інсоляція, стресові перевантаження тощо).

Клінічна картина ВЕДЛЛ зазвичай характеризується переважно множинною дисемінованою папульозною висипкою діаметром від 0,3 до 0,5 см, що має овальну, еліпсоподібну форму і різне забарвлення — від тілесного чи сірого до чорного, рожевого, світло-брунатного або червоного. Поверхня папул гладенька або луската, зовні елементи схожі з бородавками, схильні до групування, мають смугоподібне розташування та утворюють бородавчасті бляшки діаметром до 1 см, які локалізуються на кінцівках, тулубі та інших частинах тіла. На шкірі тулуба можливе дрібне висівкоподібне лущення. Суб'єктивних розладів висипка зазвичай не спричиняє, проте інколи пацієнти скаржаться на незначний і недошкульний свербіж [3, 4, 6].

Лікування хворих на ВЕДЛЛ наразі не є досконалим. Для медикаментозної терапії застосовують вітамін А та його похідні (локальні та системні ретиноїди). Бородавки видаляють методом хірургічної ексцизії або кріо- чи лазеротерапії [3, 5, 9].

За більше ніж 60 років дерматологічної практики нам довелося спостерігати двох пацієнтів з ВЕДЛЛ.

1. *Пацієнт О.*, 1971 р. н., мешканець Полтави. Народився першою дитиною в сім'ї, батьки в кровному зв'язку не перебували. Спадкові захворювання в родині (у батьків та молодших брата і сестри) заперечував. Перенесених захворювань у себе в дитинстві не пам'ятає, алергійних захворювань, випадків непереносності чи побічної дії ліків у минулому не було. Ніяких проявів хвороб шкіри в дитинстві не відмічав, наявність бородавок заперечував. Розвивався без особливостей, від ровесників не відставав. Середню школу закінчив успішно. Курить, алкоголем не зловживає. Туберкульоз і венеричні захворювання заперечував. У 2005 р. переніс хворобу Боткіна. З 2014 р. перебуває на службі в армії на контрактній основі, був на передовій на Донбасі під час АТО (старший сержант військової частини). В 2015 р. переніс інфаркт міокарда, після лікування почував себе здоровим і продовжував службу в армії. В квітні 2022 р. під час короткої відпустки виникла незначна висипка на шкірі тулуба після прийому біспрололу, амлодипіну і аміодарону з приводу підвищеного артеріального тиску. Через висип на шкірі звернувся до військового госпіталю, де йому призначили

лоратадин внутрішньо і преднізолонову мазь. Оскільки висипка поширювалася, хворого направили на консультацію в поліклініку обласної клінічної лікарні. 15.05.2022 р. в ургентному порядку був госпіталізований в алергологічне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні з діагнозом: Дифузний токсико-алергійний дерматит з важким перебігом, ускладнений еритродермією, спровокований, вірогідно, прийомом ліків внутрішньо. Спостерігали набряки гомілок і стоп, підвищення температури тіла, масивне відшарування епідермісу на долонях і стопах; на тулубі і кінцівках були бородавчасті утворення. Призначено «Солу-Медрол» 250 мг в/в крапельно на розчині Рінгера 200 мл та 0,9 % розчину натрію хлориду 200 мл і розчин «Димедролу» 1 мл в/м на ніч, місцево — гідрокортизонову мазь. 24.05.2022 р. пацієнта проконсультував професор кафедри шкірних і венеричних хвороб Полтавського ДМУ В.Г. Кравченко. Об'єктивно: хворий середнього зросту, нормальної маси тіла. Цілком адекватний, легкий в комунікації, охоче розповідає про розвиток хвороби, чітко відповідає на запитання, відхилення з боку центральної нервової системи відсутні. Відзначено позитивну динаміку в перебігу дифузного токсико-алергійного дерматиту, ускладненого еритродермією. Рекомендовано поступове зниження дози «Солу-Медролу» з повільним переходом на таблетовану форму стероїдів (за «Солу-Медролом»), ланоліновий крем, 1–2 % саліцилову мазь, «Бетасалік» на відшаровані ділянки шкіри, на еритродермічні — місцеві кортикостероїдні креми («Лорінден А», «Локоїд-крем»), емолієнти. Крім токсико-алергійного дерматиту, вираженість якого поступово зменшувалась, виявлено ознаки іншого дерматозу, які виявлялись: на тулубі та шкірі кінцівок — підвищеним дрібнопластинчастим (борошнистим) лущенням шкіри; на грудях та спині — рясними папульозно-бородавковими ефлоресценціями чорно-сірого забарвлення (рисунки), на розгинальних поверхнях кінцівок і решти ділянок шкіри — ізольованими або у вигляді бляшок скупченнями подібних бородавкових папул. Ці висипи у пацієнта існують давно, за його словами, вони виникли в дорослому віці, суб'єктивних розладів не спричиняли, інколи супроводжувались незначним свербіжем. Ніяких проявів захворювань шкіри в дитинстві не відмічав, наявність бородавок заперечував. З огляду на підозру щодо веруциформної епідермодисплазії рекомендоване поглиблене обстеження з метою виявлення явищ неоплазії, проведення біопсії ураженої шкіри та вірусологічного обстеження.

Результати клініко-лабораторного обстеження пацієнта: *гастроентеролог*: ерозивний гастрит



Рисунок. ВЕДЛА. Бородавкоподібні папули на грудях, кистях і животі

зі зниженою кислотоутворювальною функцією шлунку, неспецифічний реактивний гепатит без порушення дезінтоксикаційної функції печінки, дисфункція жовчного міхура за гіпомоторним типом. ФГДС 17.05.2022 р.: Стравохід і кардія вільно прохідні. У верхній третині стравоходу 25 см від різців по передній стінці виявлено під-

слизову рухливу пухлину діаметром 2 см. Взято біопсію. В шлунку — слизистий секрет. Слизова оболонка дифузно гіперемійована, набрякла, з дрібними ерозіями, рельєф не змінений. Пілорус вільно прохідний, слизова оболонка дванадцятипалої кишки без особливостей, рН 3,0–4,0. Висновок: Ерозивна гастропатія. Результат біопсії: лейоміома стравоходу. Клінічні аналізи крові від 15.05.2022, 18.05.2022, 23.05.2022, 30.05.2022: лейкоцитоз від $14,4 \cdot 10^9/\text{л}$ до $20,3 \cdot 10^9/\text{л}$ на тлі введення гормональних препаратів. Після їхньої відміни призначено повторний загальний аналіз крові. Ангіохірург 18.05.2022: патології магістральних судин не виявлено. Кардіолог 30.05.2022: гіпертонічна хвороба 3-го типу, 3-го ступеня з дуже високим ризиком, ХСН І ступеня зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (55%), дифузний постінфарктний кардіосклероз, стентування КА-3DES (2020 р.). Рентгенограма органів грудної клітки 31.05.2022: легеневі поля прозорі, корені фіброзні, синуси вільні. Серце — без особливостей. Консолідований перелом ребер зліва. УЗД щитоподібної залози 31.05.2022: ізоехогенно неоднорідна з численними кістозними ділянками і кальцинатами розміром 2–3 мм, капсула не виражена, перешийок 0,5–2 см. Права частка: об'єм — 5,9 см³; ліва — 5, см³. Імунологічне дослідження крові 31.05.2022: НЬ — 152%; лейкоцити — 20,5%; базофіли — 0%; еозинофіли — 0%; п/я — 2%; с/я — 72%; моноцити — 5%; лімфоцити — 18%; ШОЕ — 6 мм/год; Т-лімфоцити — 20% (15–30); CD4 — 19 (30–40); CD89 (Т-супресори/кілери) — 13 (15–20); CD22 (Т-супресори) — 20 (15–30); НСТ-тест 15 — 2,8; А — 2 г/л (N 1,25–2,5); М — 1,1 г/л (N 0,65–2,0); G — 15,6 г/л (7,5–18); фагоц. індекс — 67% (N 40–70); природні кілери — 18%. Біохімічний аналіз крові 1.06.2022: АлАТ — 21,8 од./л (норма — < 41); АсАТ од./л — 17,6 од./л (< 37); лужна фосфатаза — 88 од./л (39–118); білок загальний — 62,8 г/л (66–87); білірубін загальний — 9,0 мкмоль/л (1,7–21); білірубін прямий — 2,6 мкмоль/л (25% загального); білірубін непрямої — 6,4 мкмоль/л (75% заг.); креатинін — 66 мкм/л (62–115); сечовина — 6,4 ммоль/л (< 8,3); холестерин загальний — 5,63 ммоль/л (< 5,2); холестерин ЛПВЩ — 1,56 ммоль/л (> 0,9); холестерин ЛПНЩ — 3,2 ммоль/л (< 4,11); С-реактивний білок — 6–12 мг/л (< або рівний 6 мг/л); глюкоза — 4,7 ммоль/л (4,1–5,9). Гістологія ураженої бородавчастим папілоатозом шкіри 28.05.2022: акантоз і гіперкератоз, роговий шар у вигляді плетеної корзинки внаслідок вакуолізації рогових клітин. Дослідження на віруси не проводили через неможливість його здійснення в Полтаві. Діагноз: дифузний токсич-

ко-алергійний дерматит з важким перебігом, ускладнений еритродермією, спровокований, вірогідно, прийомом ліків внутрішньо. Верукозна епідермодисплазія Левандовського—Лютца. З приводу ВЕДЛЛ пацієнту призначено «АЕвіт» внутрішньо після їди щодня по 1 капсулі на добу протягом 30—40 днів, «Авірон» по 1—2 таблетки 2—3 рази на день за 15—20 хв до їди упродовж 1—3 міс (із 7-денною перервою щомісяця), місцево — крем з ацикловіром («Зовіракс», «Герпевір»), 2 % саліцилову мазь на бородавчасті елементи. На момент виписування зі стаціонару бородавчасто-папульозні елементи дещо сплющились. Рекомендовано продовжувати лікування в амбулаторних умовах під контролем дерматолога.

2. *Пацієнт К.*, 62 років, мешканець Полтавського району Полтавської області. Перебував у стаціонарі Полтавського обласного клінічного дерматовенерологічного диспансеру в 2001 р. На момент госпіталізації скаржився на бородавкоподібну висипку на кінцівках, яка його не турбувала. Звернувся до лікаря через збільшення кількості висипних елементів. Хворого направлено на консультацію до ОШВД. Пацієнт — вище середнього зросту, без надлишкової маси тіла. Перенесених захворювань, крім простудних, не відмічав, проявів шкірних захворювань, окрім нинішнього, не було.

Бородавчасті елементи на розгинальних поверхнях гомілок і стоп виникли приблизно 40 років тому. До лікарів не звертався, оскільки висипка його не турбувала і тільки інколи виникав незначний свербіж. Подібні прояви на шкірі у батьків, рідної сестри і близьких родичів заперечував, батьки в кровних зв'язках не були. Туберкульоз і венеричні захворювання заперечував. Після закінчення школи і технікуму працював у лісовому господарстві. Не курить, алкоголь вживає рідко. Зараз перебуває на пенсії. Дерматологічний статус: шкірний процес має поширений дисемінований характер (фото, на жаль, не збереглися). Виявлено папульозні бородавкоподібні елементи овальної, округлої, полігональної форми розміром від 0,2 до 0,5 см темно-сірого і чорно-брунатного забарвлення, локалізовані на вилицях, шиї, тулубі, розгинальних поверхнях верхніх і нижніх кінцівок. Місцями висип множинний, розташований скупчено (на грудях, розгинальних поверхнях кінцівок, особливо на пальцях кінцівок), інколи лінійно, зливаючись у бляшки розміром до 1 см. Елементи висипу розташовані ізольовано один від одного (обличчя, шия, бокові поверхні тулуба). На тулубі виявлено дрібне висівкоподібне лущення шкіри. Проведено диференційну діагностику

дерматозу та подібних захворювань шкіри, за яких відзначаються характерні бородавкові ефлоресценції, зокрема бородавчатого акрокератозу Гопфа, фолікулярного дискератозу Дар'є і плоских бородавок. Визначено суттєві відмінності таких дерматозів від веруциформної епідермодисплазії. Запропоноване гістологічне дослідження ураженої шкіри, на яке пацієнт дав згоду. *Результати загальноклінічного і лабораторного обстежень:* клінічні аналізи крові і сечі — без особливостей. *Кардіолог:* артеріальний тиск 150/75 мм рт. ст., тони серця приглушені, акцент ІІ тону на верхівці і в ділянці аорти. *УЗД серця:* ознаки гіпертрофії лівого шлуночка; під час аускультатії легень хрипів не виявлено, дихання везикулярне. *Рентгенограма органів грудної клітки:* фіброз у ділянці коренів, легеневі поля прозорі, синуси вільні. *УЗД щитоподібної залози:* залоза розташована типово, збільшена за рахунок правої частки. Сумарний об'єм — 10,29 см³, перешийок — 0,7 см. Паренхіма ізоехогенна. В нижньому сегменті правої частки виявлено ізоехогенне утворення розміром 1,6—1,7 см з невираженою межею, неоднорідне за структурою. *Висновок:* вузловий зоб? Рекомендовані повторне УЗД через 1—1,5 міс та консультація ендокринолога. *Біохімічний аналіз крові (клінічно-діагностична лабораторія ПОКЛ):* АЛАТ — 18 од/л (< 41); АсАТ — 20 од/л (< 37); альбумін — 40 г/л (40—53); білок загальний — 74 г/л (66—87); білірубін загальний — 20,1 мкмоль/л (1,7—21); білірубін прямий — 5,2 мкмоль/л (25 % заг.); білірубін непрямої — 14,9 мкмоль/л (75 % заг.); креатинін — 97 мкмоль/л (62—115); сечовина — 8,2 ммоль/л (< 8,3); холестерин загальний — 4,2 ммоль/л (< 5,2); фосфор неорганічний — 1,02 ммоль/л (0,87—1,45); магній — 0,9 ммоль/л (0,66—1,07); кальцій — 2,4 ммоль/л (2,15—2,55). Взято біопсію ураженої шкіри. Гістологічне дослідження проведено на кафедрі гістології і ембріології Української медичної стоматологічної академії (зав. кафедри д. мед. н., проф. Гасюк А.П.) Результат видано на руки пацієнту. *Результат гістологічного дослідження:* акантоз, гіперкератоз. Виявлено багато епітеліальних клітин із зонами просвітлення навколо зморщених (пікнотичних) ядер, що нагадує клітинну вакуолізацію; місцями — скупчення гранул керактогіаліну, вертикальні паракератотичні випучування, порожнини у вигляді чарунок. *Висновок:* гістологічна картина схожа з такою веруциформної епідермодисплазії. З приводу ВЕДЛЛ пацієнту призначено концентрат вітаміну А по 10 крапель тричі на день після їди (2 міс) з повторними курсами через 4 міс, локально — 3—5 % саліцилову мазь (під контролем лікаря).

На підставі даних медичної літератури і власних спостережень зроблено висновок, що проблема ВЕДЛЛ потребує додаткового вивчення. Це стосується, зокрема, проведення генетичних досліджень задля з'ясування феномену і визначення закономірностей спадковості дерматозу. Виявлення в одного з наших пацієнтів доброякісного неопластичного утворення (лейоміоми стравоходу) спонукає лікарів ретельно обстежувати пацієнтів з ВЕДЛЛ, навіть за відсутності скарг на розлади будь-якої системи організму. Наш випадок наводить на думку про вірогідність неопластичної трансформації доброякісного характеру не тільки з боку шкіри (папілом і бородавок). Тобто необхідно визначити, чи можуть ВПЛ за ВЕДЛЛ зумовлювати, окрім карциноми шкіри, пухлини внутрішніх органів. Ми припускаємо, що у частини пацієнтів упродовж певного

часу захворювання має латентний перебіг, а клінічні прояви виникають лише під впливом несприятливих чинників. Важливо з'ясувати тригерні чинники виникнення ВЕДЛЛ, а також якомога раніше виявляти дітей, у яких нерідко виникають поширені форми бородавкоподібних ефлоресценцій. Питання ВЕДЛЛ потребують від практикуючих дерматовенерологів не тільки клінічного діагностування бородавкоподібних дерматозів та їхньої диференційної діагностики, а й проведення лабораторних досліджень для ідентифікації дерматозу (біопсія, цитологія, ПЛР). Є сподівання, що це допоможе ідентифікувати ВЕДЛЛ. Оскільки рідкісність ВЕДЛЛ ускладнює виявлення патогенетичних чинників дерматозу, зокрема імунологічних, розроблення ефективних методів лікування залишається актуальним питанням.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження — В.Г. Кравченко; збір та опрацювання матеріалу — Л.Г. Кулик, В.Г. Кравченко; опрацювання літератури — А.В. Кравченко; написання тексту В.Г. Кравченко; редагування тексту — Я.О. Ємченко.

Список літератури

1. Абдулаев АХ. Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского—Литца. Вестн дерматол и венерол. 1980;12:40-42.
2. Ведрова ИИ. Свообразный случай верруциформной эпидермодисплазии. Вестн дерматол и венерол. 1949;2:46-48.
3. Дащук АМ, Петров БР. Кожные болезни. Х.: Основа; 2000. 391 с.
4. Диванян РС, Мокроусов МС. Свообразный случай верруциформной эпидермодисплазии Левандовского—Лютца. Вестн дерматол и венерол. 1977;1:54-56.
5. Каламкарян АА, Самсонов ВА. К вопросу о малигнизации верруциформной эпидермодисплазии Левандовского—Лютца. Вестн дерматол и венерол. 1977;1:48-51.
6. Кравченко ВГ, Кравченко АВ. Захворювання шкіри у дітей: Навчальний посібник. К.: Людмила; 2024. 372 с.
7. Ротар Д. Віруси як причина неопластичного процесу. Буковинський мед університет, 4.02.2016. <https://www.bsmu.edu.ua/blog/4077-virusi-yak-prichina-neoplastichnogo-protsezu>.
8. Степаненко РЛ. Генітальна папіломавірусна інфекція: сучасний стан проблеми та перспективи її розв'язання. Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2009;2:88-105.
9. Терлецкий ВБ, Шупенько ММ. Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского—Лютца и ее лечение криоапликатором КД-3 и витамином А. Вестн дерматол. и венерол. 1982;8:66-70.
10. Шмелев КА. О верруциформной эпидермодисплазии. Вестн дерматол и венерол. 1949;2:49.
11. Chen PJr, et al. Epidermodysplasia verruciformis in the setting of HIV infection. *Dermatol Online J.* 2008 Oct 15;14(10):1. PMID: 19061600.
12. Galla F, Dei Rossi CU. Caso di epidermodisplasia verruciforme di Lewandowski—Lutz. *Minerva Dermatol.* 1968 Sep;43(9):452-8. PMID: 5727899.
13. Garbuglia AR. Human papillomavirus in head and neck cancer. *Cancers (Basel).* 2014 Aug 18;6(3):1705-26. doi: 10.3390/cancers6031705.
14. Gewirtzman A, Bartlett B, Tying S. Epidermodysplasia verruciformis and human papilloma virus. *Curr Opin Infect Dis.* 2008 Apr;21(2):141-6. doi: 10.1097/QCO.0b013e3282f486c9.
15. Fierlbeck G, Fierlbeck B, Rassner G, Pfister H. Epidermodysplasia verruciformis bei einem Geschwisterpaar: HPV-16-induziertes spinzelluläres Karzinom in der Leiste-2 frères ayant une épidermodysplasie verruciforme de Lewandowsky Lutz. *Aktuelle Dermatologie.* 1989;15(5):150-153.
16. Fitzpatrick ThB, et al. *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*, New York, 1999 (переклад рос. М.: Практика, 1999). 1064 с.
17. Lewandowsky F, Lutz W. Epidermodysplasia verruciformis. *Archiv Dermatol Syph.* 1922;141:193-203.
18. Majewski S, Jablonska S. Epidermodysplasia verruciformis as a model of human papillomavirus-induced genetic cancer of the skin. *Arch Dermatol.* 1995 Nov;131(11):1312-8. PMID: 7503577.
19. Misiewicz J, Rubisz-Brzezinska J, Jablonska S. Epidermodysplasia verruciformis wywołana wirusem HPV 12. *Przegl Dermatol.* 1988 Jul-Aug;75(4):286-92. PMID: 2853427.
20. Rajagopalan K, et al. Familial epidermodysplasia verruciformis of Lewandowsky and Lutz. *Arch Dermatol.* 1972 Jan;105(1):73-8. PMID: 5009624.
21. Rollison DE, et al. Circulating immunosuppressive regulatory T cells predict risk of incident cutaneous squamous cell carcinoma. *Front Med (Lausanne).* 2021 Nov 2:8:735585. doi: 10.3389/fmed.2021.735585.
22. Zhao Y, et al. Cutaneous viral infections associated with ultraviolet radiation exposure. *Int J Cancer.* 2021 Jan 15;148(2):448-458. doi: 10.1002/ijc.33263.
23. Zahir A, et al. Epidermodysplasia verruciformis associated with HPV 10. *Dermatol Online J.* 2013 Apr 15;19(4):2. PMID: 24021362.

V.G. Kravchenko¹, L.G. Kulyk², A.V. Kravchenko³, Y.O. Yemchenko¹

¹*Poltava State Medical University*

²*Poltava Sklifosovsky Regional Clinical Hospital*

³*Kharkiv National Medical University*

Clinical cases of verruciform epidermodysplasia of Lewandovski—Luts

Data from the medical literature and own observations of verruciform epidermodysplasia of Lewandovski — Luts (VEDLL) indicate that there are many issues that need to be resolved or clarified. They relate, in particular, to carrying out genetic research — in order to prove the phenomenon and regularities of heredity of dermatosis. The detection of a benign neoplastic formation in one of our patients — esophageal leiomyoma — obliges doctors to carefully examine patients with VEDLL, even without complaints about disorders of one or another body system. Does such a case not suggest the possibility of neoplastic transformation of a benign nature and not only from the side of the skin (papillomas and warts)? Can HPV for VEDLL cause, in addition to skin carcinoma, the occurrence of internal organ tumors? An important task of dermatologists is the early detection of patients among children, who often have common forms of wart-like efflorescences. It can be assumed that in some patients, the disease is latent for some time and manifests itself only under the influence of adverse factors (inadequate insolation, stress, etc.). The issues of VEDLL require practicing dermatovenereologists not only to conduct clinical and differential diagnosis of wart-like dermatoses but also to carry out laboratory tests to identify dermatosis (biopsy, cytology, PCR), which will allow for more frequent detection of VEDLL. Since the rarity of VEDLL does not contribute to the accumulation of a sufficient amount of results on the detection of pathogenetic factors of dermatosis, particularly immunological ones, the treatment problem remains relevant. It is necessary to conduct permanent monitoring of the development of VEDLL to identify early signs of neoplastic transformation and determine predictors, that is, prognostic parameters, and introduce methods for their determination.

Keywords: verruciform epidermodysplasia, human papilloma viruses, neoplastic transformation, problems.

Стаття надійшла до редакції / *Received* 5.08.2024.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 6.09.2024.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2024;3:18-23. doi: 10.30978/UJDVK2024-3-18.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2024;3:18-23. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2024-3-18>.

Дані про авторів / *Author's informations*

Кравченко Володимир Григорович, д. мед. н, проф. кафедри шкірних і венеричних хвороб

<http://orcid.org/0000-0001-5538-3991>

E-mail: vladkrav38@gmail.com

Кулик Лариса Григорівна, лікар, зав. відділення алергології

Кравченко Андрій Володимирович, к. мед. н., асист. кафедри дерматовенерології з курсом ВІЛ/ СНІДу

E-mail: vladkrav38@gmail.com

Ємченко Яна Олександрівна, д. мед. н., доц., зав. кафедри шкірних і венеричних хвороб

<https://orcid.org/0000-0003-1207-7677>

E-mail: yanaumsa@ukr.net