

УДК 616.24-002.5-036.3

118 лет изучения туберкулеза кожи в Санкт-Петербурге: 1899–2017 годы

А.Л. Чужов

Межрайонный Петроградско-Приморский противотуберкулезный диспансер № 3,
Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

118 years of study of skin tuberculosis in St. Petersburg: 1899–2017

A. Chuzhov

TB dispensaries N 3 Petrogradsky and Primorsky districts, St. Petersburg
St. Petersburg Scientific Research Institute of Phthisiopulmonology

© А.Л. Чужов, 2018 г.

Резюме

Статья охватывает 118-летний период изучения проблем туберкулеза кожи и становления в Ленинграде/Санкт-Петербурге специализированной медицинской помощи больным начиная с 1899 г. Особое внимание уделено разработке научных проблем туберкулеза кожи, ставшей результатом многолетнего сотрудничества клиницистов Ленинградского люпозория и ученых Ленинградского НИИ хирургического туберкулеза/Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии.

Ключевые слова: туберкулез кожи, фтизиодерматология, история медицины, Санкт-Петербург, Россия

Summary

The article covers the 118-year period of studying the problems of tuberculosis of the skin and the formation of specialized medical care for patients in Leningrad/St. Petersburg since 1899. Special attention is paid to the development of scientific problems of tuberculosis of the skin resulting from many years of cooperation of the Leningrad lophosoria clinicians and scientists of the Leningrad Institute of surgical tuberculosis/St. Petersburg Scientific Research Institute of Phthisiopulmonology.

Keywords: tuberculosis of the skin, ftiziopulmonologiya, history of medicine, St. Petersburg, Russia

Как сообщалось в ранее опубликованной статье, охватывавшей период до 2011 г., история изучения туберкулеза кожи в Санкт-Петербурге может быть прослежена с конца XIX века [1]. Первые сведения о распространенности туберкулеза кожи были получены из Амбулаторной кожной клиники профессора А.Г. Полотебнова при Императорской Военно-медицинской академии, где за период 1872–1885 гг. наблю-

далось 107 больных туберкулезной волчанкой¹ (2,1% всех больных). Основываясь на числе забракованных для военной службы люпозных больных и статистике обращаемости в больницы и клиники, О.В. Петерсен оценивал заболеваемость туберкулезной волчанкой в 100 на 100 тыс. населения. Среди факторов риска развития заболевания он выделял высокую распространенность туберкулеза легких, холодный и влажный

¹ Туберкулезная волчанка (*resp. tuberculosis cutis luposa* по терминологии Й. Ядассона) — наиболее характерное и разрушительное по своим последствиям туберкулезное поражение кожи.

климат, бедность и низкий культурный уровень преобладающего в стране сельского населения, плохие бытовые условия [2].

Несмотря на актуальность этой проблемы для Санкт-Петербурга, в конце XIX в. в столичном городе было развернуто всего лишь 10–15 коек для кожно-туберкулезных больных в кожно-венерологической Калининской больнице, располагавшейся на набережной реки Фонтанки недалеко от Калининского (Калинкина) моста. Условия содержания в этой больнице, учрежденной как полицейско-исправительное заведение для страдающих венерическими заболеваниями «непотребных жен и девок», мало способствовали излечению. Но и такая медицинская помощь для большинства нуждающихся оставалась недоступной, что приводило к накоплению контингентов больных с запущенными, тяжелыми и уродующими формами заболевания. Это положение усугублялось еще и тем, что подлинно научной основы фтизиодерматологии в то время еще не существовало.

Новый этап в этой работе наступил после учреждения Народного комиссариата здравоохранения и Секции борьбы с туберкулезом. В феврале 1922 г. в труднейших условиях был организован второй в стране¹ Ленинградский люпозорий на 45 коек, который располагался на станции Разлив в 30 км от Ленинграда, недалеко от Сестрорецка. Его главными организаторами были А.А. Сохновская, О.Н. Подвысоцкая и И.В. Маркон. Люпозорий занимал трехэтажное каменное здание, где располагались больные, с двухэтажным флигелем для служащих и двухэтажное каменное здание, в котором размещались прачечная, дезинфекционная камера и баня. В первый год существования люпозория отапливался только один этаж основного корпуса, поэтому на госпитализацию отбирались исключительно женщины и дети. Штатное расписание включало 37 должностей, и постоянно имевшийся дефицит работников компенсировался за счет больных. К 1924 г. количество коек возросло до 90, а к 1929 г. — до 140. Из 98 больных туберкулезом кожи, поступивших в Ленинградский люпозорий за первые 2 года его существования, 88 (89,8%) страдали туберкулезной волчанкой. Среди больных преобладали жители Ленинградской, Псковской, Новгородской, Тверской и Череповецкой губерний. За период 1932–1933 гг. в люпозории получили лечение 206 человек, 87% из которых страдали туберкулезной волчанкой [3, 4].

История Ленинградского люпозория неразрывно связана с именем академика АМН СССР Ольги Николаевны Подвысоцкой (1884–1958), до конца жизни являвшейся его бессменным научным руководителем (рис. 1).



Рис. 1. Ольга Николаевна Подвысоцкая — научный руководитель Ленинградского люпозория в 1922–1958 гг.

Уже в первые годы существования люпозория на его базе началось становление научной работы. Продолжительное систематическое наблюдение за больными позволило выявить характерные особенности туберкулеза кожи. В частности, бросалось в глаза необычное и труднообъяснимое многообразие клинических проявлений и характера течения этого заболевания, обилие переходных форм. В таких условиях диагностика основывалась на результатах биопсии кожи и клинико-морфологического сопоставления, осуществлявшегося в процессе обсуждения каждого случая клиницистом и патоморфологом. Это стимулировало широкое внедрение биопсии кожи в клиническую практику.

В экспериментальных исследованиях под руководством О.Н. Подвысоцкой проводилось изучение патогенеза туберкулеза кожи и роли в нем нервной системы (1927, 1931), фильтрующихся форм микобактерий туберкулеза (1931), смешанной инфекции (1927). Изучались также вопросы диагностики и лечения кожного туберкулеза (1928, 1935, 1943), в том числе у детей [5].

Свои представления о различных аспектах этой патологии О.Н. Подвысоцкая обобщила в сборнике «Туберкулез кожи», опубликованном под ее редакцией в 1927 г., и в главе монографического характера «Туберкулезные заболевания кожи» в руководстве «Клиника болезней кожи», вышедшем под редакцией А.П. Иордана (1931). В 1935 г. ею описана особая форма этого заболевания — ранняя инфильтративная волчанка. Она характеризуется островоспалительным, диффузным и массивным характером поражения, быстрым прогрессирующим в течение 0,5–2 лет и ранним вовлечением в деструктивный процесс хрящевой ткани носа и ушных раковин. Такое течение сближает раннюю инфильтративную волчанку, развивающуюся

¹ 21 ноября 1921 г. в Москве при непосредственном участии М.М. Бреженера был открыт люпозорий на 30 коек.

предположительно вследствие массивной экзогенной суперинфекции, с остро прогрессирующим туберкулезом в современном понимании. В 1936 г. О.Н. Подвысоцкая предложила собственный вариант классификации, включающей три группы: туберкулез кожи, туберкулиды, паратуберкулез кожи [6].

К этому же периоду относятся выполненные на добровольцах исследования М.Р. Борока¹ и М.М. Пика (1927), которые внесли существенный вклад в понимание специфической реактивности поверхностного и глубокого слоев кожи при их отдельной иммунизации туберкулином, а также — соотношения между местными (дермальными и гиподермальными) и общими иммунными реакциями² [7]. Эта работа обогатила представления Клеменса Пирке (1907) и его последователь об аллергии и сенсibilизации при туберкулезе.

В 1938–1939 гг. Ленинградский люпозорий, имевший 190 коек, являлся филиалом Института туберкулеза³. Это способствовало разработке и развитию методов диагностики и лечения туберкулеза кожи. В условиях люпозория применялись такие передовые для того времени методы лечения, как туберкулинотерапия, разрушающие пасты, жидкость И.Н. Гордеева, антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка по А.А. Богомольцу, вакцина Dreuer, рентгенотерапия, лампа Финзена, лимфотерапия, органоспецифическая сыворотка, витаминотерапия (прежде всего витамин D₂), аутогемотерапия, бессолевая диета. По мере введения в лечебную практику противотуберкулезных препаратов эти методы утрачивали свое значение. Уже в 1950 г. О.Н. Подвысоцкая сообщила о перспективности наружного применения ПАСК при туберкулезной волчанке, в первую очередь — при язвенной форме и поражении слизистых оболочек.

Активно развивались и хирургические методы лечения туберкулеза кожи, базировавшиеся на концепции радикально-профилактической некрэктомии академика П.Г. Корнева (1930, 1935, 1964). О.М. Векслером (1937) было проведено хирургическое лечение 993 больных Ленинградского люпозория. Хирургические методы применялись при мутилирующей туберкулезной волчанке, скрофулодерме и бородавчатом туберкулезе кожи [8].

В 1947 г. люпозорий возобновил работу в поселке Вырица (Гатчинский р-н Ленинградской обл.), расположившись в деревянном здании, построенном в 1906 г. для общины трезвенников Иоанна Чурикова (рис. 2).

В послевоенные годы заболеваемость туберкулезом кожи резко возросла. По мнению наиболее авто-



Рис. 2. Люпозорий в поселке Вырица в 1947–1965 гг.



Рис. 3. Анна Михайловна Чихарь (1923–2012) — крупнейший фтизиодерматолог нашей страны конца XX в.

ритетного фтизиодерматолога конца XX века А.М. Чихарь (рис. 3), существенную роль сыграли предельные психоэмоциональные перегрузки, потенцирующие влияние физических лишений, характерных для того времени. Продолжалась научная работа по изучению физиологии кожи в условиях патологии [9] и методов лечения туберкулезных поражений [10].

В 1965 г. люпозорий переехал во вновь построенное трехэтажное каменное здание (рис. 4). Главным врачом люпозория в те годы была М.А. Абрамова (рис. 5).

В составе люпозория на 160 коек имелось три отделения. Кроме больных туберкулезом кожи, там находились также больные с туберкулезными поражениями глаз и лимфатических узлов.

О контингенте больных, лечившихся в люпозории, судить трудно, поскольку в открытой печати статистические данные в абсолютном исчислении не публиковались⁴. Известно, что больные поступали преимущественно из северных областей СССР. Среди больных

¹ Борок Михаил Рувимович — директор Научного туберкулезного института (Ленинград) в 1927–1931 гг.

² Применительно к легочной ткани формирование ограниченных «зон гиперсенсibilизации» описывал В.А. Равич-Щербо (1953).

³ В настоящее время — ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Росмедтехнологий».

⁴ Систематический мониторинг эпидемиологического процесса при туберкулезе кожи осуществляется с 1971 г.

диссеминированными формами преобладали горожане, а формами локализованными — сельские жители. Доля туберкулезной волчанки в структуре заболеваемости составляла 55,4%. По воспоминаниям А.М. Чихарь, нередко наблюдались множественные (два-три-четыре) туберкулезные поражения, например, поражения кожи могли сочетаться с костно-суставным туберкулезом, туберкулезным лимфаденитом, туберкулезом глаз и слизистой оболочки носа. У 1,5% больных была выявлена люпус-карцинома, спровоцированная рентгенотерапией. Прогноз для этих больных оставался пессимистичным, несмотря на временные эффекты радиорадонотерапии. Эффективность лечения больных по критерию полного излечения составляла 56%, в 36% случаев наблюдалось значительное улучшение. В связи с частотой рецидивов при локализованном туберкулезе кожи рекомендовалось 10 противорецидивных курсов (весной и осенью), при диссеминированном — 6 [11, 12].

Следует отметить, что изучением туберкулеза кожи в Ленинграде занимались и другие выдающиеся клиницисты и ученые. А.Н. Аравийский изучал ассоциированные формы поражений кожи (туберкулез и сифилис, туберкулез и фавус). С.Т. Павловым в 1969 г. была предложена классификация туберкулеза кожи, развивавшая подход Ф. Lewandowsky (1916) и остающаяся в настоящее время наиболее распространенной [13].

Результатом сотрудничества Ленинградского люпозория, который с 1986 г. был рассчитан на 90 коек, и Ленинградского научно-исследовательского института хирургического туберкулеза стали подготовленные в 1981 г. Ю.Г. Жаровым методические рекомендации, почти на три десятилетия определившие подходы к этой патологии [14].

Эксперименты по моделированию различных форм туберкулеза кожи у лабораторных животных, выполненные Э.Н. Беллендиром¹ [15, 16], явились дальнейшим развитием исследований С.С. Вайля (1929) и Я.Л. Рапопорта (1937). В ходе этих исследований получены и проанализированы туберкулезные поражения, в патогенетическом отношении соответствующие основным клиническим формам туберкулеза кожи у человека. Наиболее значимой в этом отношении оказалась работа 1979 г. [17]. Экспериментальный материал был получен в опытах, поставленных на 22 зараженных непосредственно в кожу культурой микобактерий туберкулеза кроликах, 19 из которых были предварительно подвергнуты специфической сенсibilизации. Наблюдения проводили в сроки от 1 до 6 мес после заражения. Для выявления микроциркуляторного русла кровеносные сосуды инъециро-



Рис. 4. Здание люпозория в поселке Вырица (1965–1991)



Рис. 5. Маргарита Александровна Абрамова, главный врач люпозория в 1940–1950-е гг.

вали оригинальным методом. Клинико-экспериментальные параллели проводились с гистологическими препаратами биоптатов кожи 410 больных туберкулезом кожи. В результате было установлено, что туберкулез кожи возникает и развивается в зависимости от особенностей микроциркуляции в коже, главным образом в субэпидермальной сосудистой сети с ее своеобразной архитектурой и взаимоотношениями с окружающими тканями. Выполнению этой работы способствовало то, что сосудисто-тканевые корреляции в коже относительно просты и легкодоступны анализу, а их наглядность способствовала обогащению идеи о разнообразии туберкулеза в целом.

В результате была разработана целостная и внутренне непротиворечивая система представлений о существовании двух основных патогенетических механизмов развития туберкулеза кожи: гранулематозного и инфекционно-аллергического. Отметим, что существует не много заболеваний человека, представления о которых опирались бы на прочный экспериментальный фундамент. В ходе дальнейшего развития этих идей в 1986 г. Э.Н. Беллендиром предложена

¹ Беллендир Эдуард Николаевич (1926–2010) — ведущий специалист по внелегочному туберкулезу в СССР и России, доктор медицинских наук (1969), профессор (1971), лауреат Государственной премии Российской Федерации (1993), председатель Координационного совета по внелегочному туберкулезу в РСФСР (1990), член проблемных комиссий по РСФСР и странам СНГ.

четырёхстадийная эволюционно-патогенетическая классификация гематогенных форм туберкулезных поражений кожи. Эти вопросы были изложены в ряде публикаций [18] и обобщены в монографии [19].

Развитие фтизиодерматологии в Ленинграде/Санкт-Петербурге являет собой удачный пример тесной связи и взаимного обогащения теоретических разработок и клинической практики. Научное и практическое наследие выдающихся ученых, о котором шла речь, сохранили такие талантливые клиницисты, как А.М. Чихарь, Н.Э. Кронберг, Р.И. Гракович и А.И. Кучерявенко, и сотрудники кафедры дерматовенерологии ЛенГИДУВа [20].

После закрытия в 1991 г. Ленинградского люпозория (Вырица), имевшего на тот момент 60 коек, правопреемником люпозория стал Пушкинский противотуберкулезный диспансер, на базе которого вначале существовало фтизиодерматологическое отделение на 80, а с 1998 г. — на 30 коек (рис. 6).

В последние полтора десятилетия активное участие в разработке теоретических вопросов, связанных



Рис. 6. 3-е отделение (фтизиодерматологическое) Пушкинского противотуберкулезного диспансера

с патологией туберкулеза кожи, принимает профессор Б.М. Ариэль [21]: особенности патоморфологии туберкулеза кожи (2009, 2011), сочетание туберкулеза кожи с туберкулезом внутренних органов (2009), патоморфоз туберкулеза кожи (2011), патоморфологические основания для разработки классификации туберкулеза кожи (2013), патоморфология туберкулеза кожи в свете учения Ранке (2017). В сложных диагностических случаях, когда патоморфологическая картина поражения кожи не имеет характерных для туберкулезного поражения признаков и заключение врача-патологоанатома основывается на так называемом «стечении туберкулезных признаков», мнение Бориса Михайловича как эксперта, учитывающего особенности патогенеза различных форм туберкулеза кожи и полиморфизм возбудителя, оказывается наиболее ценным.

Сокращение коечного фонда происходило с связи со уменьшением числа больных активным туберкулезом кожи. Так, за последние 46 лет заболеваемость снизилась в 14,3 раза с 0,6 (1971) до средней за последние годы 0,042 на 100 тыс. населения, распространенность за тот же период снизилась в 33,8 раза — с 7,1 (1971) до средней за последние годы — $0,21 \pm 0,1$ на 100 тыс. населения. В среднем на диспансерном наблюдении находились 4–5 больных [22]. Эти эпидемиологические показатели переводят туберкулез кожи в категорию орфанных заболеваний.

В 2017 г. 3-е туберкулезное отделение Пушкинского противотуберкулезного диспансера на 30 коек, на базе которого осуществлялась работа с кожно-туберкулезными больными, прекратило свое существование¹. Так некогда огромные пласты науки — труды целой плеяды исследователей, канули в Лету — легендарную реку забвения, оставив на поверхности современности лишь единичные небольшие островки. На сегодняшний день фтизиодерматология стала уделом отдельных энтузиастов.

Список литературы

1. Чужов А.Л., Ариэль Б.М., Пирятинская В.А., Левашев Ю.Н. Очерки истории фтизиодерматологии в Ленинграде/Санкт-Петербурге // Туберкулез и болезни легких. 2012. № 9. С. 49–54. Chuzhov A.L., Ariehl' B.M., Piryatinskaya V.A., Levashev Yu.N. Ocherki istorii ftiziodermatologii v Leningrade/Sankt-Peterburge // Tuberkulez i bolezni legkih. 2012. N 9. S. 49–54.
2. Петерсен О.В. О распространении кожных болезней в России. Казань: Типо-литография Императорского Казанского Университета, 1899. С. 5. Petersen O.V. O rasprostranenii kozhnyh bolezney v Rossii. Kazan': Tipo-litografiya Imperatorskogo Kazanskogo Universiteta, 1899. S. 5.
3. Подвысоцкая О.Н., Сахновская А.А. Кожный туберкулез по данным люпозория на ст. Разлив за 1922–1923 г. // Матери-

алы по борьбе с туберкулезом в Ленинграде. Сборник № 2. Л.: Санпросвет Ленинградгубздравотдел, 1924. С. 62–80. Podvysockaya O.N., Sahnovskaya A.A. Kozhnyj tuberkulez po dannym lyupozoriya na st. Razliv za 1922–1923 g. // Materialy po bor'be s tuberkulezom v Leningrade. Sbornik N 2. Leningrad: Sanprosvet Leningradgubzdravotdel, 1924. S. 62–80.

4. Подвысоцкая О.Н. Госпитализация больных кожными и венерическими болезнями в Ленинграде // Здравоохранение. 1929. № 5. С. 54–62. Podvysockaya O.N. Gospitalizaciya bol'nyh kozhnyimi i venericheskimi boleznyami v Leningrade // Zdravooohranenie. 1929. N 5. S. 54–62.

5. Подвысоцкая О.Н. Кожный туберкулез у детей // Туберкулез кожи: сб. науч. работ Ленинградского люпозория / под ред. О.Н. Подвысоцкой. М.-Л.: Издательство Ленинградского медицинского журнала, 1927. С. 126–132. Podvysockaya O.N.

¹ Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 26.04.2017 г. № 599-р «О мощности и профиле коечного фонда Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пушкинский противотуберкулезный диспансер».

- Kozhnyj tuberkulez u detej // Tuberkulez kozhi: Sbornik nauchnyh rabot Leningradskogo Iyupozoriya / pod red. O.N. Podvysockoj. Moscow — Leningrad: Izdatel'stvo Leningradskogo medicinskogo zhurnala, 1927. S. 126–132.
6. *Подвысоцкая О.Н.* Туберкулезные заболевания кожи // БМЭ. М.: ОГИЗ РСФСР, 1936. Т. 33. С. 232–246. *Podvysockaya O.N.* Tuberkulyoznye zabolevaniya kozhi // ВМЕh. Moscow: OGIz RSFSR, 1936. Т. 33. С. 232–246.
 7. *Борок М.Р., Пик М.М.* К вопросу о взаимоотношении между общим и местным иммунитетом / Труды Ленинградского научного института 1922–1926 гг. / под ред. А.Я. Штернберга. Т. 1. Л.: Ленинградский медицинский журнал, 1927. С. 197–203. *Borok M.R., Pik M.M.* K voprosu o vzaimootnoshenii mezhdu obshchim i mestnym immunitetom / Trudy Leningradskogo nauchnogo instituta 1922–1926 gg. / pod red. A.Ya. Shternberga. Т. 1. Leningrad: Leningradskij medicinskij zhurnal, 1927. S. 197–203.
 8. *Векслер О.М.* Хирургическое лечение волчанки кожи // Пробл. туб. 1937. № 9. С. 79–88. *Veksler O.M.* Hirurgicheskoe lechenie volchanki kozhi // Probl. tub. 1937. N 9. S. 79–88.
 9. *Гокинаева Л.И.* Динамика кожногальванического рефлекса у больных туберкулезом кожи // Сборник тезисов рефератов и докладов научной сессии Института кожного туберкулеза, 24–26 июня 1954 г. / под ред. И.Н. Агапкина. М., 1955. С. 27. *Gokinaeva L.I.* Dinamika kozhnoagal'vanicheskogo refleksa u bol'nyh tuberkulezom kozhi // Sbornik tezisev referatov i dokladov nauchnoj sessii Instituta kozhnogo tuberkuleza, 24–26 iyunya 1954 g. / pod red. I.N. Agapkina. Moscow, 1955. S. 27.
 10. *Абрамова М.А.* Лечение больных туберкулезом кожи препаратами гидразида изо-никотиновой кислоты // Сборник тезисов рефератов и докладов научной сессии Института кожного туберкулеза, 24–26 июня 1954 г. / под ред. И.Н. Агапкина. М., 1955. С. 63–65. *Abramova M.A.* Lechenie bol'nyh tuberkulezom kozhi preparatami gidrazida izo-nikotinovoj kisloty // Sbornik tezisev referatov i dokladov nauchnoj sessii Instituta kozhnogo tuberkuleza, 24–26 iyunya 1954 g. / pod red. I.N. Agapkina. Moscow, 1955. S. 63–65.
 11. *Санталова О.В., Чихарь А.М., Кронберг Н.Э.* Туберкулез кожи по данным Ленинградского люпозория // Вестн. дерматол. 1966. № 7. С. 80–82. *Santalova O.V., Chihar A.M., Kronberg N.Eh.* Tuberkulez kozhi po dannym Leningradskogo Iyupozoriya // Vestn. dermatol. 1966. N 7. S. 80–82.
 12. *Абрамова М.А.* Опыт работы Ленинградского люпозория // Тезисы докладов к VI Всероссийской конференции по внелегочному туберкулезу. Ленинград, 1971. С. 85–86. *Abramova M.A.* Opyt raboty Leningradskogo Iyupozoriya // Tezisy dokladov k VI Vserossijskoj konferencii po vnelegochnomu tuberkulezu. Leningrad, 1971. S. 85–86.
 13. *Павлов С.Т.* Туберкулез кожи. Кожные и венерические болезни. Л.: Медицина, 1969. С. 146–164. *Pavlov S.T.* Tuberkulyoz kozhi. Kozhnye i venericheskie bolezni. Leningrad: Medicina, 1969. S. 146–164.
 14. Организация лечебно-профилактической помощи больным туберкулезом кожи: Методические рекомендации / под ред. И.Н. Петрова. Л., 1981. 52 с. *Organizaciya lechebno-profilakticheskoy pomoshchi bol'nym tuberkulezom kozhi: Metodicheskie rekomendacii / pod red. I.N. Petrova.* Leningrad, 1981. 52 s.
 15. *Беллендир Э.Н.* Патогенез внелегочных локализаций туберкулеза // Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / под ред. А.В. Васильева. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. С. 36–49. *Bellendir Eh.N.* Patogenez vnelegochnyh lokalizacij tuberkuleza // Vnelegochnyj tuberkulez: rukovodstvo dlya vrachej / pod red. A.V. Vasil'eva. St. Petersburg: IKF «Foliant», 2000. S. 36–49.
 16. *Чужов А.Л., Ариэль Б.М., Сердобинцев М.С.* Жизнь, отданная науке. Памяти профессора Эдуарда Николаевича Беллендира (1926–2010) // Медицинский альянс. 2017. № 4. С. 6–14. *Chuzhov A.L., Ariehl' B.M., Serdobincev M.S.* Zhizn', otdannaya nauke. Pamyati professora Ehduarda Nikolaevicha Bellendira (1926–2010) // Medicinskij al'yans. 2017. N 4. S. 6–14.
 17. *Беллендир Э.Н., Наконечный Г.Д., Чихарь А.М., Жаров Ю.Г.* Изменения микроциркуляторного кровеносного русла при развитии локализованного туберкулеза кожи // Пробл. туб. 1979. № 6. С. 59–64. *Bellendir Eh.N., Nakonechnyj G.D., Chihar A.M., Zharov Yu.G.* Izmeneniya mikrocirkulyatornogo krovenosnogo rusla pri razvitii lokalizovannogo tuberkuleza kozhi // Probl. tub. 1979. N 6. S. 59–64.
 18. *Беллендир Э.Н., Чужов А.Л., Чихарь А.М., Ариэль Б.М.* Патогенез и дифференциальная диагностика туберкулеза кожи // Пробл. туберкулеза и болезней легких. Ч. 1. 2005. № 11. С. 51–58; Ч. 2. 2005. № 12. С. 50–55. *Bellendir Eh.N., Chuzhov A.L., Chihar A.M., Ariehl' B.M.* Patogenez i differencial'naya diagnostika tuberkuleza kozhi // Probl. tuberkuleza i boleznej legkih. Ch. 1. 2005. N 11. S. 51–58; Ch. 2. 2005. N 12. S. 50–55.
 19. *Чужов А.Л., Беллендир Э.Н.* Туберкулез и другие микобактериальные инфекции кожи (патогенез, диагностика, лечение) / под ред. Ю.Н. Левашева. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. 128 с. *Chuzhov A.L., Bellendir Eh.N.* Tuberkulez i drugie mikobakterial'nye infekcii kozhi (patogenez, diagnostika, lechenie) / pod red. Yu.N. Levasheva. St. Petersburg: EhLBI-SPb, 2007. 128 s.
 20. *Ежков Г.А., Самцов А.В.* Туберкулез кожи и саркоидоз: лекция для врачей. СПб.: СПбИУВ, 1991. 20 с. *Ezhkov G.A., Samcov A.V.* Tuberkulez kozhi i sarkoidoz: Lekciya dlya vrachej. St. Petersburg: SPbIUUV, 1991. 20 s.
 21. *Чужов А.Л., Ариэль Б.М.* Туберкулез кожи: взгляд сквозь призму учения К.Э. Ранке (к 100-летию выхода работы «Primäraffekt, sekundäre u terziäre Stadien der Lungentuberkulose, auf Grund von histologischen Untersuchungen der Lymphdrüsen der Lungenpforte») // Медицинский альянс. 2017. № 1. С. 36–42. *Chuzhov A.L., Ariehl' B.M.* Tuberkulez kozhi: vzglyad skvoz' prizmu ucheniya K.Eh. Ranke (k 100-letiyu vyhoda raboty «Primäraffekt, sekundäre u terziäre Stadien der Lungentuberkulose, auf Grund von histologischen Untersuchungen der Lymphdrüsen der Lungenpforte») // Medicinskij al'yans. 2017. N 1. S. 36–42.
 22. *Чужов А.Л., Прусакова Н.В.* Эпидемиология туберкулеза кожи в Ленинграде/Санкт-Петербурге за 46 лет наблюдения // VI Конгресс Национальной ассоциации фтизиатров с международным участием, 23–25 октября 2017 г., Санкт-Петербург: тезисы докладов / под ред. П.К. Яблонского. СПб., 2017. С. 249–251. *Chuzhov A.L., Prusakova N.V.* Ehpideemiologiya tuberkuleza kozhi v Leningrade/Sankt-Peterburge za 46 let nablyudeniya // VI Kongress Nacional'noj associacii ftiziatrov s mezhdunarodnym uchastiem, 23–25 oktyabrya 2017 g., Sankt-Peterburg: tezisy dokladov / pod red. P.K. Yablonskogo. St. Petersburg, 2017. S. 249–251.

Поступила в редакцию 16.05.2018 г.

Сведения об авторе:

Чужов Александр Львович — фтизиатр, дерматовенеролог, кандидат медицинских наук, заведующий 4-м отделением с дневным стационаром (стационаром на дому) Межрайонного Петроградско-Приморского противотуберкулезного диспансера № 3; 197343, Санкт-Петербург, Студенческая ул., д. 16, лит. А; e-mail: ptd3@zdrav.spb.ru chuzhov@mail.ru.