

<https://doi.org/10.25208/vdv1176>

Сифилис в практике врачей смежных специальностей

© Евсеева А.Л.¹, Рябова В.В.¹, Кошкин С.В.^{1,2*}, Коврова О.С.²

¹ ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России
610027, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112

² КОГБУЗ «Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер»
610000, Россия, г. Киров, ул. Семашко, д. 2а

В статье представлены клинические случаи сифилитической инфекции из собственной практики, не распознанные врачами смежных специальностей на ранних этапах развития заболевания. В первом наблюдении проявления сифилиса были расценены как хирургическая патология у пациента, что повлекло за собой оперативное вмешательство, в котором не было необходимости как таковой. Следующий клинический случай демонстрирует поражения слизистых оболочек при сифилисе, ошибочно распознанные терапевтом как стрептококковая ангина. Атипичный твердый шанкр в заключительном наблюдении дезориентировал хирурга, что повлекло отсрочку постановки верного диагноза и соответственно назначения адекватного лечения. Врачам, вне зависимости от специальности, не следует забывать о многообразии проявлений сифилиса во всех периодах его развития. Отсутствие настороженности у смежных специалистов способствовало несвоевременной постановке диагноза и позднему назначению специфической противосифилитической терапии.

Ключевые слова: сифилис, паховый лимфаденит, шанкр-панариций, высыпания на миндалинах, клинический случай.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Согласие пациента. Все пациенты добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Для цитирования: Евсеева А.Л., Рябова В.В., Кошкин С.В., Коврова О.С. Сифилис в практике врачей смежных специальностей. Вестник дерматологии и венерологии. 2020;96(6):42–47. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1176>

Syphilis in the practice of doctors of related specialties

© Anna L. Evseeva¹, Vera V. Ryabova¹, Sergei V. Koshkin^{1, 2*}, Olga S. Kovrova²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
K. Marx str., 112, Kirov, 610027, Russia

² Kirov Regional Dermatology Hospital
Semashko str., 2a, Kirov, 610000, Russia

The article presents clinical cases of syphilitic infection from our own practice, which were not recognized by doctors of related specialties at the early stages of the development of the disease. In the first observation, the manifestations of syphilis were regarded as a surgical pathology in the patient, which entailed surgical intervention, which was not necessary as such. The following clinical case demonstrates lesions of the mucous membranes in syphilis, mistakenly recognized by the therapist as streptococcal angina. The atypical hard chancre in the final observation disorientated the surgeon, that led to a delay in the correct diagnosis and, accordingly, in the appointment of adequate treatment. Regardless of the specialty, everyone should not forget about the variety of manifestations of syphilis in all periods. The lack of alertness among doctors of related specialties contributed to the delayed diagnosis and the appointment of specific anti-syphilitic therapy.

Keywords: syphilis, inguinal lymphadenitis, chancre-felon, rashes on the tonsils, case report.

Conflict of interest: the authors declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Patient Informed Consent. All patients voluntarily signed an informed consent for the publication of personal medical information in anonymized form.

For citation: Evseeva AL, Ryabova VV, Koshkin SV, Kovrova OS. Syphilis in the practice of doctors of related specialties. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2020;96(6):42–47. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1176>

Актуальность

С проявлениями сифилиса в своей практике могут встретиться врачи любой специальности. Отсутствие настороженности у медицинских работников смежных специальностей приводит к тому, что заболевание бывает «просмотрено», а диагноз в итоге ставится на более поздних этапах. Многообразие клинических проявлений сифилитической инфекции (поражение кожи и слизистых оболочек, лимфатической и нервной систем, кровеносных сосудов, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата) зачастую вызывает определенные сложности в ранней ее диагностике [1]. Наиболее «богатую» клиническую картину можно наблюдать при вторичном периоде сифилиса: сыпь на коже может варьировать от красных пятен (розеола) до псориазиформных, себорейных или распространенных гнойничковых элементов, при этом специфический лимфаденит является неизменным спутником высыпаний [2–4].

Лимфаденопатия — состояние, проявляющееся увеличением лимфатических узлов. Часто причину ее развития выявить затруднительно, так как реакция со стороны лимфоузлов может встречаться при различных заболеваниях и состояниях организма (инфекционные и воспалительные заболевания, болезни крови, злокачественные новообразования). Иногда лимфаденопатия выступает в качестве предварительного диагноза. Построение грамотного диагностического алгоритма и выявление этиологического фактора позволят своевременно назначить адекватную терапию. В свою очередь термин «лимфаденит» подразумевает под собой лимфаденопатию с установленной этиологией (воспалительный процесс в лимфоузле, имеющий бактериальную, вирусную, паразитарную или грибковую природу) [5–7].

Регионарный лимфаденит является одним из наиболее ранних проявлений сифилиса. Уже спустя 2–4 часа после заражения бледная трепонема по лимфатическим сосудам попадает в регионарные лимфоузлы [2]. Сифилитический бубон формируется через 5–8 дней после появления первичной сифиломы и характеризуется следующими признаками: увеличенный размер, плотно-эластическая консистенция, подвижность, отсутствие болезненности и изменений окраски кожи над ним. С появлением сыпей вторичного периода в специфический процесс вовлекаются лимфоузлы других локализаций [4].

Описание клинического случая № 1

Больной 1990 г. рождения поступил в венерологическое отделение Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КОККВД) 24.10.2013 переводом из хирургического стационара с диагнозом: гнойный лимфаденит (прооперирован), сифилис первичный (реакция микропреципитации (МР) 4+ (резкоположительная) от 22.10.2013). Из анамнеза: со слов больного, язва на половом члене появилась 4 недели назад, еще через неделю в области паха появилась «припухлость». Самостоятельно обрабатывал язву раствором перекиси водорода без эффекта. Неделю назад стал отмечать слабость, недомогание, незначительное повышение температуры тела. Образование в паховой области увеличилось до размеров грецкого ореха, появились тянущие боли. С данными жалобами обратился к хирургу по месту жительства. Был госпитализирован 22.10.2013 с диагнозом: гной-

ный лимфаденит, язва МПЧ неясного генеза, экстренно прооперирован. По результатам обследования от 22.10.2013 — МР 4+, пациент переведен в венерологическое отделение КОККВД. При поступлении активно жалоб не предъявлял.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное, температура тела 37,1 °С. Миндалины не увеличены, язык чистый, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 19. Хронические заболевания и аллергические реакции отрицает. Патологии внутренних органов не выявлено.

Локальный статус: патологический кожный процесс распространенный, островоспалительного характера. На коже туловища и бедер немногочисленные розеолезно-папулезные высыпания до 0,5 см в диаметре. Выпадение волос не наблюдалось. На передней поверхности полового члена язвенный дефект на плотном основании диаметром до 1,5 см, безболезненный при пальпации, поверхность покрыта геморрагической коркой. Паховые лимфоузлы справа при пальпации плотные, безболезненные, подвижные, до 1,5 см в диаметре. На коже паховой складки слева (в проекции локализации паховых лимфоузлов) — открытая послеоперационная рана до 4 см в длину с ровными краями, без признаков инфицирования (рис. 1).

Лабораторные исследования: в общем анализе крови от 25.10.2013 СОЭ — 18 мм/ч, остальные показатели — в пределах нормы. Биохимический анализ крови — билирубин — 14,7 ммоль/л; АСТ — 0,23 мкмоль/л; АЛТ — 0,42 мкмоль/л; глюкоза 5,0 ммоль/л; холестерин общий 3,8 ммоль/л. В общем анализе мочи от 25.10.2013 патологических изменений не выявлено.



Рис. 1. Язвенный дефект на коже полового члена. Послеоперационная рана в области левой паховой складки

Fig. 1. Ulcerative defect on the penis skin. Postoperative wound in the left inguinal fold

МР от 25.10.2013: 4+; иммуноферментный анализ (ИФА) от 25.10.2013: 4+ титр 1:256; *Tr. pallidum* в отделяемом с язвы на половом члене методом темнопольной микроскопии 25.10.2013 не обнаружена. Антитела к ВИЧ, HBs-ag и анти-HCV не обнаружены от 25.10.2013.

На основании клинических данных и лабораторных обследований поставлен диагноз: А51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Регионарный лимфаденит.

Назначено специфическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 20 дней [8]. После первого введения антибактериального препарата наблюдалась реакция обострения Яриша — Герксгеймера в виде повышения температуры тела до 39,5 °С. Получил лечение в полном объеме, выписан на диспансерный учет по месту жительства.

Описание клинического случая № 2

Больная 1976 г. рождения поступила в КОККВД 11.03.2014 с диагнозом: вторичный сифилис кожи и слизистых (МР 4+ от 07.03.2014). Из анамнеза: в конце февраля пациентка отметила дискомфорт при глотании и осиплость голоса, в течение нескольких дней самостоятельно лечилась дома (пастилки для рассасывания, полоскания горла раствором фурацилина) без эффекта. Обратилась к терапевту по месту жительства 28.02.2014, после осмотра был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, и назначена антибиотикотерапия (амоксциллин по 1,0 в сутки в таблетках). На второй день проводимого лечения пациентка отметила появление розовых пятен на груди и животе и повышение температуры до 38,2 °С, при повторном обращении к терапевту был назначен супрастин, амоксициллин заменен на азитромицин (по 0,5 в сутки на 3 дня). Положительной динамики пациентка не отметила (сыпь, дискомфорт в горле, осиплость голоса сохранились). 07.03.2014 назначено лабораторное обследование (МР). По результатам обследования 11.03.2014 пациентка направлена в венерологическое отделение КОККВД.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное, температура тела 36,8 °С. На языке — налет серо-белого цвета, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 20. Хронические заболевания и аллергические реакции отрицает. Патологии внутренних органов не выявлено.

Локальный статус: патологический процесс распространенный, островоспалительного характера. Слизистые оболочки задней стенки ротоглотки, небных дужек, миндалин гиперемированы, разрыхлены. Обе миндалины увеличены, на поверхности правой миндалины эрозивные папулезные высыпания (рис. 2). На коже груди и живота наблюдаются немногочисленные розеолезные высыпания бледно-розового цвета до 0,5 см в диаметре. Выпадения волос не наблюдалось. Наружные половые органы свободны от специфических высыпаний, при осмотре в зеркалах: шейка матки чистая, выделения из цервикального канала отсутствуют. Подчелюстные лимфоузлы при пальпации плотные, безболезненные, подвижные, до 1,5 см в диаметре.

Лабораторные исследования: в общем анализе крови от 12.03.2014 СОЭ — 16 мм/ч, остальные показатели — в пределах нормы. Биохимический анализ кро-



Рис. 2. Эрозивные папулезные высыпания на поверхности правой миндалины
Fig. 2. Erosive papular rashes on the surface of the right tonsil

ви — билирубин — 16,3 ммоль/л; АСТ — 0,18 мкмоль ч/л; АЛТ — 0,22 мкмоль ч/л; глюкоза 4,8 ммоль/л; холестерин общий 4,0 ммоль/л. В общем анализе мочи от 12.03.2014 патологических изменений не выявлено.

МР от 12.03.2014: 4+; ИФА от 12.03.2014: 4+ титр 1:612. Антитела к ВИЧ, HBs-ag и анти-HCV не обнаружены от 12.03.2014.

На основании клинических данных и лабораторных обследований поставлен диагноз: А51.3. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Регионарный лимфаденит.

Назначено специфическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 20 дней [8]. Получила лечение в полном объеме, выписана на диспансерный учет по месту жительства.

Описание клинического случая № 3

Больной 1976 г. рождения поступил в венерологическое отделение Кировского областного клинического кожно-венерологического диспансера (КОККВД) 21.06.2013 переводом из хирургического стационара ЦРБ с диагнозом: сифилис первичный (МР 4+ от 20.06.2013). Из анамнеза: со слов больного в начале июня появилась «припухлость» дистальной фаланги указательного пальца правой руки, через 2 дня отметил болезненность пальца, лечился самостоятельно (ванночки с перманганатом калия), болезненность не уменьшилась, на кончике пальца появилась язва. Обратился к хирургу по месту жительства 10.06.2013. После осмотра был поставлен диагноз: панариций. Назначено амбулаторное лечение: повязки с мазью «Левомеколь». В течение недели положительной

динамики не отмечалось, при повторном визите к хирургу было принято решение о госпитализации. При поступлении в хирургический стационар выявлена резко положительная МР (4+) от 20.06.2013, пациент переведен в венерологическое отделение КОКВД.

При поступлении предъявлял жалобы на болезненность дистальной фаланги указательного пальца правой кисти.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 °С. Миндалины не увеличены, язык чистый, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 18. Хронические заболевания и аллергические реакции отрицает. Другой патологии внутренних органов не выявлено.

Локальный статус: патологический кожный процесс ограниченный, островоспалительного характера. Кожа дистальной фаланги указательного пальца правой руки гиперемирована, отечна, напряжена и умеренно болезненна при пальпации. На подушечке пальца наблюдается эрозивно-язвенный дефект диаметром до 0,7 см в стадии эпителизации (рис. 3). Кожа туловища и конечностей, наружных половых органов, видимые слизистые свободны от специфических высыпаний. В подмышечной впадине справа пальпируется плотный, безболезненный, подвижный лимфоузел до 2 см в диаметре.

Лабораторные исследования: в общем анализе крови от 24.06.2013: все показатели — в пределах нормы. Биохимический анализ крови — билирубин — 15,2 ммоль/л; АСТ — 0,32 мкмоль/ч/л; АЛТ — 0,46 мкмоль ч/л; глюкоза 5,5 ммоль/л; холестерин общий 4,5 ммоль/л. В общем анализе мочи от 25.06.2013 патологических изменений не выявлено.

МР от 24.06.2013: 4+; ИФА IgM от 24.06.2013: 2+; ИФА IgG от 24.06.2013: не обнаружены; *Tr. pallidum* в отделяемом с язвы на пальце методом темнопольной микроскопии 24.06.2013 не обнаружена. Антитела к ВИЧ, HBs-аg и анти-HCV не обнаружены от 24.06.2013.

На основании клинических данных и лабораторных обследований поставлен диагноз: А51.2. Первичный сифилис других локализаций. Регионарный лимфаденит.

Назначено специфическое лечение: натриевая соль бензилпенициллина по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 10 дней [8]. После первого введения антибактериального препарата наблюдалась реакция обострения Яриша — Герксгеймера в виде повышения температуры тела до 37,5 °С. Получил лечение в полном объеме, выписан на диспансерный учет по месту жительства.

Обсуждение

На фоне эпидемического благополучия в отношении сифилиса при постановке диагноза могут возникнуть сложности у врачей смежных специальностей. Так, например, характер диагностических ошибок в оториноларингологии однотипен: при обращении пациента с болью в горле специалист будет искать проблему по своему профилю в первую очередь. Стрептококковая ангина, в отличие от сифилитического поражения миндалин, имеет более острое течение, сопровождается выраженным отеком и болями при глотании, а процесс на фоне антибиотикотерапии разрешается в течение нескольких дней. Важно помнить, что расположение



Рис. 3. Эрозивно-язвенный дефект кожи дистальной фаланги в стадии эпителизации

Fig. 3. Erosive and ulcerative skin defect of the distal phalanx at the stage of epithelization

высыпаний при неспецифической ангине отмечается исключительно на миндалинах, а при папулезной сифилитической — поражаются еще и небные дужки, а также слизистая гортани, что сопровождается длительной безболезненной осиплостью голоса [9]. При этом важное значение в диагностике будет иметь наличие других проявлений сифилитической инфекции на коже и слизистых [7, 10].

При обнаружении плотных безболезненных регионарных лимфоузлов, не спаянных между собой и с окружающими тканями, особенно в сочетании с дефектами кожи и слизистых на половых органах, в первую очередь следует исключить сифилитический бубон. А при генерализованной лимфаденопатии и наличии высыпаний на коже алгоритм диагностики включает скрининговые исследования на ВИЧ и сифилис [6].

В структуре амбулаторного хирургического приема среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей диагноз «панариций» занимает лидирующие позиции, составляя до 30% от всех впервые обратившихся. Клиника гнойного панариция характеризуется резкой пульсирующей болью, которую пациент запоминает на всю оставшуюся жизнь [11]. Вялотекущая клиника «панариция» и специфический регионарный лимфаденит в первую очередь подразумевают исключение сифилиса.

Заключение

Описанные клинические примеры демонстрируют затруднения в своевременном диагностировании сифилитической инфекции. Каждый врач (любого профиля) должен быть настороженным в отношении возможного наличия сифилиса у пациента. Следует помнить о разнообразии клинических форм заболевания и необходимости исключения сифилитической инфекции у пациента до назначения каких-либо диагностических и лечебных манипуляций [9, 12]. ■

Литература/References

1. Торшина И.Е. Анализ ошибок диагностики висцерального сифилиса (по материалам Смоленской области). Вестник РУДН. Серия: МЕДИЦИНА. 2010;4:471–474. [Torshina IE. Analysis of diagnosis errors of viscerasyphilis (according to the Smolensk region). RUDN Journal of MEDICINE. 2010;4:471–474 (In Russ.)]
2. Соколовский Е.В., Михеев Г.Н., Красносельских Т.В. и др. Дерматовенерология: Учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / Под ред. Соколовского Е.В. СПб.: СпецЛит. 2017;687 с. [Sokolovskiy EV, Mikheev GN, Krasnoselskikh TV, et al. Dermatovenerology: textbook for students of institutions of higher prof. med. education. St. Petersburg: M.2015:601–602. Ed. by Sokolovskiy EV (In Russ.)]
3. Кошкин С.В., Черных Т.В. Клинические проявления ранних форм сифилиса. Атлас, 2010. [Koshkin SV, Chermnykh TV. Clinical manifestations of early forms of syphilis, 2010 (In Russ.)]
4. Утц С.Р., Завьялов А.И., Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л. О патоморфозе ранних форм сифилиса в настоящее время (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал. 2012;8(2):660–663. [Utz SR, Zavyalov AI, Slesarenko NA, Bakulev AL. Pathomorphism in early forms of syphilis today (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012;8(2):660–663 (In Russ.)]
5. Ковригина А.М. Морфологическая характеристика реактивных изменений лимфоузлов. Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. 2009;2(4):297–305. [Kovrigina AM. Morphological characteristics of lymph node reactive changes. Clinical oncohematology. Basic research and clinical practice 2009;2(4):297–305 (In Russ.)]
6. Меликян А.Л. Алгоритмы диагностики неопухолевых лимфаденопатий. Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. 2009;2(4):306–315. [Melikyan AL. The diagnostic algorithms for non-malignant lymphadenopathies. Clinical oncohematology. Basic research and clinical practice. 2009;2(4):306–315 (In Russ.)]
7. Миранович С.И., Черченко Н.Н., Глинник А.В., Самсонов С.В. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий челюстно-лицевой области. Современная стоматология. 2018;1(70):9–14. [Miranovich SI, Cherchenko NN, Glinnik AV, Samsonov SV. Differential diagnostic of lymphadenopathy of oral and maxillofacial region. Modern dentistry. 2018;1(70):9–14 (In Russ.)]
8. Дерматовенерология, 2010. (Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов) / Под ред. Кубановой А.А. М.: ДЭК-ПРЕСС, 2010. [Dermatovenerology 2010. (Clinical guidelines. Clinical recommendation (Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists)). Ed. by Kubanova A.A. M.: DEKS-PRESS; 2010 (In Russ.)]
9. Дядькин В.Ю., Хитров В.Ю. Поражения слизистой оболочки полости рта при сифилисе. Практическая медицина. 2009;1(33):48–52. [Dyadkin VY, Khitrov VY. Defeat of a mucous membrane of an oral cavity at a syphilis. Practical medicine. 2009;1(33):48–52 (In Russ.)]
10. Завадский В.Н. Патогномоничные проявления вторичного сифилиса на слизистой оболочке рта и губ: клинические наблюдения. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2018;21(2):130–138. [Zavadsky VN. Pathognomic manifestations of secondary syphilis on oral mucosa and lips: clinical cases. Russian journal of skin and venereal diseases. 2018;21(2):130–138 (In Russ.)] doi: 10.18821/1560-9588-2018-21-2-130-138
11. Крайнюков П.Е., Травин Н.О., Сафонов О.В., и др. Эмпирический выбор антимикробной терапии при гнойных заболеваниях кисти. Военно-медицинский журнал. 2017;3:29–36. [Krainyukov PE, Travin NO, Safonov OV, et al. Empiric selection of antimicrobial therapy in case of purulent diseases of hand. Voenno-meditsinskiy magazine. 2017;3:29–36 (In Russ.)]
12. Уфимцева М.А., Вишневская И.Ф., Бочкарев Ю.М., и др. Особенности клинических проявлений сифилиса в челюстно-лицевой области. Часть II. Стоматология. 2018;97(3):62–64. [Ufimtseva MA, Vishnevskaya IF, Bochkarev YuM, et al. Clinical manifestations of syphilis in maxillofacial area. Part II. Stomatologiya. 2018;97(3):62–64 (In Russ.)] doi: 10.17116/stomat201897362

Информация об авторах

*Сергей Владимирович Кошкин — д.м.н., доцент; адрес: Россия, 610027, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6220-8304>; eLibrary SPIN: 6321-0197; e-mail: koshkin_sergei@mail.ru
 Анна Леонидовна Евсеева — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6680-283X>; eLibrary SPIN: 2409-6034; e-mail: jls0105@icloud.com
 Вера Владимировна Рябова — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6594-6652>; eLibrary SPIN: 5573-6747; e-mail: ryabova.vv@gmail.com
 Ольга Сергеевна Коврова — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4472-0141>; e-mail: kf11@kirovgma.ru

Information about the authors

*Sergei V. Koshkin — MD, Dr. Sci. (Med.), assistant professor; address: 112 K. Marx street, 610027, Kirov, Russia; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6220-8304>; eLibrary SPIN: 6321-0197; e-mail: koshkin_sergei@mail.ru
 Anna L. Evseeva — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6680-283X>; eLibrary SPIN: 2409-6034; e-mail: jls0105@icloud.com
 Vera V. Ryabova — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6594-6652>; eLibrary SPIN: 5573-6747; e-mail: ryabova.vv@gmail.com
 Olga S. Kovrova — ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4472-0141>; e-mail: kf11@kirovgma.ru

Статья поступила в редакцию: 09.10.2020
 Принята к публикации: 27.11.2020
 Дата публикации: 30.12.2020

Submitted: 09.10.2020
 Accepted: 27.11.2020
 Published: 30.12.2020