

Curierul medical

SCIENTIFIC MEDICAL JOURNAL

Ministry of Health of the Republic of Moldova
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy

Ministerul Sănătății
al Republicii Moldova.
Universitatea de Stat de Medicină și
Farmacie „Nicolae Testemițanu”



Issued bimonthly

Министерство здравоохранения
Республики Молдова.
Государственный университет медицины и
фармации им. Н. А. Тестемитану

Vol. 59, No 3
Iunie, 2016



Conectarea efectului antihipertensiv



Deconectarea tusei

Nr. 14493; 14494 din 01.10.2009

Schimbă tusea provocată de IECA pe Sentor

Eficacitatea losartanului este similară inhibitorilor ECA,
dar losartan nu provoacă tusea la pacienții care
au acuzat tusea la administrare de IECA.

losartan®
SENTOR



GEDEON RICHTER

REPREZANȚA ÎN REPUBLICA MOLDOVA Chișinău, str. A. Pușkin, 47/1, bl. A, of. 1 Tel./Fax: 22-14-49; 22-26-71; www.gedeonrichter.md

SENTOR® Comprimate filmate 50 mg și 100 mg, 10 și 30 comprimate în ambalaj. **Indicații terapeutice:** Hipertensiune arterială. Reducerea riscului de accidente cerebrovasculare la pacienții hipertensivi cu hipertrofie ventriculară stângă. **Tratamentul complicațiilor renale.** Losartan este indicat în tratamentul complicațiilor renale la pacienții cu diabet de tip II, proteinurie și hipertensiune arterială. **Tratamentul insuficienței cardiace** atunci când inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sunt contraindicați. Trecerea pacientului cu insuficiență cardiacă stabilizată cu IEC la Sentor nu se recomandă. **Doze și mod de administrare:** Comprimatele se administrează o dată pe zi, la aceeași oră a zilei, indiferent de mese. Losartan poate fi utilizat în asociere cu alte antihipertensive. **Hipertensiunea arterială.** Doza uzuală recomandată de inițiere și întreținere pentru tratamentul cu Sentor este 50 mg o dată pe zi. Efectul antihipertensiv maxim este atins după 3-6 săptămâni de la inițierea tratamentului. La unii pacienți, pentru obținerea efectului optim, poate fi necesară creșterea dozei până la 100 mg pe zi, administrată într-o priză. Doza zilnică maximă recomandată este de 100 mg. La pacienții cu hipovolemie (de ex., pacienții care administrează doze mari de diuretice) doza inițială recomandată constituie 25 mg. Reducerea riscului de accidente cerebrovasculare la pacienții hipertensivi cu hipertrofie ventriculară stângă. Doza inițială uzuală recomandată este de 50 mg o dată pe zi. În funcție de valorile tensiunii arteriale se poate adăuga o doză redusă de hidroclorotiazidă și/sau doza de Sentor poate fi crescută la 100 mg o dată pe zi. Complicațiile renale la pacienții cu diabet de tip II, proteinurie și hipertensiune arterială. Doza inițială uzuală recomandată este 50 mg o dată pe zi. Doza poate fi crescută la 100 mg o dată pe zi în funcție de răspunsul tensiunii arteriale. Losartan poate fi administrat împreună cu alți agenți antihipertensivi (diuretice, blocante de Ca, α - sau β -blocante și agenți cu acțiune centrală), de asemenea și cu insulină și alți agenți hipoglicemizanți folosiți curent (sulfonilureice, glitazone și inhibitori de glucozidază). **Insuficiența cardiacă.** La pacienții cu insuficiență cardiacă doza inițială recomandată de Sentor este de 12,5 mg o dată pe zi. În general doza trebuie să fie titrată la intervale săptămânale (exemplu 12,5 mg/zi, 25 mg/zi și 50 mg/zi) până la doza de întreținere uzuală recomandată de 50 mg o dată pe zi, în funcție de toleranța pacientului. **Stări însoțite de hipovolemie.** Numai la un număr redus de pacienți se înregistrează scăderea volumului circulant, ceea ce este ca rezultat al administrării dozelor mari de remedii diuretice. În acest caz doza inițială constituie 25 mg pe zi. **Utilizarea la pacienții cu afectare renală.** Nu este necesară ajustarea dozelor la pacienții cu afectare renală ușoară (clearance-ul creatininei 20-50 ml/min). La pacienții cu afectare renală moderată spre severă (clearance-ul creatininei < 20 ml/min) sau la pacienții dializați, se recomandă inițierea tratamentului cu o doză mai mică, de 25 mg/zi. **Utilizarea în caz de afectare hepatică.** La pacienții cu antecedente de afectare hepatică doza inițială constituie 25 mg pe zi. **Utilizarea la vârstnici.** Pacienții până la 75 de ani: nu este necesară ajustarea dozei inițiale la acest grup de pacienți. Pacienții peste 75 de ani: în prezent există o experiență clinică limitată la acest grup de pacienți; se recomandă inițierea tratamentului cu o doză mai mică, de 25 mg o dată pe zi. **Utilizarea la copii.** Nu au fost încă determinate eficiența și siguranța tratamentului cu losartan la copii.

Editorial Board

Editor-in-Chief

Boris Topor, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova

Editors

Ion Ababii, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Ruxanda Glavan**, MD, Chisinau, the Republic of Moldova

Emeritus Editor

Gheorghe Ghidirim, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova

Emeritus Editor-in-Chief

Stanislav Groppa, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova

Managing Editor

Anatol Calistru, MD, PhD, Associate Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Editorial Advisory Board****Ion Bahnarel**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Alin Bour**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Olga Cernetchi**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Gheorghe Ciobanu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Valentin Friptu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Susan Galandiuk**, MD, Professor, Louisville, KY, USA**Mihai Gavriluc**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Victor Ghicavai**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Nicolae Gladun**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Aurel Grosu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Eva Gudumac**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Gabriel M. Gurman**, MD, Emeritus Professor, Beer Sheva, Israel**Eugen Gutu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Raymund E. Horch**, MD, Professor, Erlangen, Germany**Vladimir Hotineanu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Hisashi Iwata**, MD, PhD, Emeritus Professor, Nagoya, Japan**Sawa Kostin**, MD, PhD, Professor, Bad Nauheim, Germany**Vitalie Lisnic**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Ion Lupan**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Sergiu Matcovschi**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Ion Moldovanu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Petru Moroz**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Anatol Nacu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Murali Naidu**, BDS, MMedSc, PhD, Associate Professor, Kuala Lumpur, Malaysia**Anatoliy V. Nikolaev**, MD, PhD, Professor, Moscow, Russia**Igor Iu. Olijnyh**, MD, Professor, Chernivtsi, Ukraine**Hiram C. Polk, Jr.**, MD, Emeritus Professor, Louisville, KY, USA**Irinel Popescu**, MD, PhD, Professor, Bucharest, Romania**Mihai Popovici**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Viorel Prisacari**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**William B. Rhoten**, PhD, Professor, Macon, Georgia, USA**Gheorghe Rojnovanu**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Valeriu Rudic**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Sergio Serrano**, PhD, Professor, Milan, Italy**Larisa Spinei**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Eugen Tarcoveanu**, MD, PhD, Professor, Iasi, Romania**Gheorghe Tabarna**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Valeriy M. Zaporozhan**, MD, PhD, Professor, Odessa, Ukraine**Emeritus Members of the Editorial Advisory Board****Ion Corcimaru**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Constantin Etco**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Valentin Gudumac**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Nicolae Opopol**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Ieremie Zota**, MD, PhD, Professor, Chisinau, the Republic of Moldova**Editorial Staff****Marina Guzun**

Editorial assistant

Ludmila Covalschi

Romanian copy editor

Ludmila Martinenko

English copy corrector

Curierul medical

SCIENTIFIC MEDICAL JOURNAL

Ministry of Health of the Republic of Moldova
Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and PharmacyMinisterul Sănătății
al Republicii Moldova.
Universitatea de Stat de Medicină și
Farmacie „Nicolae Testemițanu”Министерство здравоохранения
Республики Молдова.
Государственный университет медицины и
фармации им. Н. А. Тестемитцану

Issued bimonthly

Vol. 59, No 3
Iunie 2016**Welcome to the scientific and medical journal
Curierul Medical!**

From its debut in 1958 the journal has striven to support the interests of Moldovan medicine concerning the new concepts of its development. The Editorial Board warmly welcomes both the readers of and the authors for the journal, all those who are enthusiastic in searching the new and more effective ways of solving numerous medicine problems. We hope that those who want to make their contribution into the science of medicine will find our journal helpful and encouraging.

The journal is accredited by the National Council for Accreditation and Attestation. The journal publishes official papers, scientific articles, editorials, clinical studies and cases, lectures, methodological guides, reviews, brief reports and correspondence. The journal welcomes articles in English, Romanian and Russian. The journal editorial policy provides the prompt publication of papers within 12 weeks after receiving them.

**Bine ați venit la revista științifică medicală
Curierul Medical!**

De la prima apariție în 1958, revista susține și dezvoltă noile idei în domeniul medicinei, în Republica Moldova. Colegiul de redacție agreează cu multă considerație atât cititorii cât și autorii articolelor, pe toți acei care cu mult entuziasm caută noi și mult mai efective metode de soluționare a multiplelor probleme ale medicinei. Sperăm, că toți acei care doresc să-și aducă aportul la dezvoltarea științelor medicale, vor găsi revista noastră utilă și atractivă.

Revista este acreditată de către Consiliul Național de Acreditare și Atestare. Revista publică comunicări oficiale și, totodată, sunt editate diverse publicații, inclusiv independente: articole științifice, editoriale, cercetări și prezentări de cazuri clinice, prelegeri, îndrumări metodice, articole de sinteză, relatări scurte, corespondențe și recenzii. Revista publică articole în limba engleză, română și rusă. Politică de editare a revistei prevede examinarea operativă și publicarea articolelor timp de 12 săptămâni după înaintare.

**Добро пожаловать в научно-медицинский журнал
Curierul Medical!**

С первого дня своего выпуска в 1958 году журнал стремится поддерживать и развивать новые идеи в области медицины в Молдове. Редакционная коллегия всегда рада как читателям, так и авторам статей, всем тем, кто с энтузиазмом ищет новые, более эффективные способы решения многочисленных задач медицины. Мы надеемся, что все те, кто хотят внести свой вклад в медицинскую науку, найдут наш журнал полезным и вдохновляющим.

Журнал аккредитован Высшей Аттестационной Комиссией Республики Молдова. В журнале печатаются официальные материалы, научные статьи, наблюдения из клинической практики, обобщающие статьи, краткие сообщения, методические указания, рецензии и корреспонденция. В журнале публикуются статьи на английском, румынском и русском языках. Издательская политика журнала предусматривает оперативное рассмотрение и публикацию статей в среднем в течение 12 недель после поступления.

Address of the Editorial Office192, Stefan cel Mare Avenue, Chisinau, MD-2004
the Republic of Moldova

Phone: (+37322) 244751, (+37322) 205209

Fax: (+38322) 295384

www.curierulmedical.org

editor@curierulmedical.org, secretary@curierulmedical.org

Index for subscription – 32130



Printing House "Tipografia Sirius"
2, A. Lapusneanu str., Chisinau, MD-2004
the Republic of Moldova
www.sirius.md

9 771857 066600

CUPRINS

MATERIALELE CONGRESULUI V NAȚIONAL DE DERMATOLOGIE CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ

Ruxanda GLAVAN	7
Mesaj de salut	
Mircea BEȚIU	7
Cuvânt înainte	
Particularitățile epidemiologice ale pilomicozelor în Republica Moldova Mircea BEȚIU, Gheorghe MUȘET, Iulian OLTU, Viorel CALISTRU, Nina FIODOROVA, Angela SAVIN, Dumitru RUBANOVICI, Iulia EMEȚ, Elena GRIB	10
Kerion Celsi provocat de <i>Microsporum canis</i> – cazuri clinice Vasile STURZA, Dumitru RUBANOVICI, Irina IACOVLEVA, Veronica COVALI, Iulia EMEȚ, Elena GRIB, Nina FIODOROVA, Angela SAVIN	11
Tricoftizie zooantropofilă cu manifestări clinice diferite – prezentare de caz Valeriu CAPROȘ	12
Incidența scabiei și pilomicozelor la copii, în raionul Anenii Noi Ion RUSU, Vasile VLAS, Olga Rusu	12
Evaluarea rezultatelor studiului imunologic la copiii cu dermatită atopică Nadejda DOLMA, Mircea BEȚIU	13
Rolul barierei cutanate și mutațiile genei filagrinei în patogenia dermatitei atopice Nadejda DOLMA, Mircea BEȚIU	18
XeraCalm AD cremă în tratamentul adjuvant al dermatitei atopice Mircea BEȚIU, Irina BATÎR, Tatiana CAISÎM, Nina FIODOROVA, Iulia EMEȚ	23
Gama Secalia în tratamentul dermatitei atopice Gheorghe MUȘET	24
Posibilități terapeutice în xeroză la atopici Nadejda DOLMA, Mircea BEȚIU, Nina FIODOROVA, Iulia EMEȚ	25
Abordări în tratamentul urticariei – reviu literaturii Vera ONU, Marina CASAPCIUC, Iraidă SEREBREANSCHI, Natalia RACOVITĂ, Daniela BALAGURA	25
Observații asupra mastocitozei cutanate la copii Nadejda DOLMA	26
Tehnologiile informaționale în medicină Boris NEDELCIUC, Ion DUMBRĂVEANU, Corina CARDANIUC	27
Abordări și tendințe contemporane în acneea vulgară Boris NEDELCIUC	27
Gama Exfoliac în tratamentul dermatitei seboreice și al acneei vulgare Gheorghe MUȘET	28
Natinuel – o nouă opțiune în terapia acneei vulgare Elena ANDRESE, Adriana PĂTRAȘCU, Dan VĂȚĂ, Tatiana ȚĂRANU, Laura Gheucă SOLOVĂSTRU	29
Fizioterapie în acneea vulgară Elena NASTAS, Valeriu CAPROȘ	29
Aprecierea eficacității tratamentului local în acneea vulgară, utilizând crema și gelul Actipur Noreva în combinație cu tratamentul sistemic standard Rodica BODRUG, Vasile ȚĂBĂRNĂ, Mariane Nicole PUȘCAȘU, Ana NEDELCIUC	30

Avantajele terapeutice în tratamentul topic al acneei vulgare cu Klyntopic gel Nadejda ȘMIGUN, Cezara BOLOCAN	31
Particularitățile rozaceei – studiu pe 112 pacienți Vasile ȚĂBĂRNĂ, Rodica BODRUG, Mariane Nicole PUȘCAȘU, Diana TINCU	31
Siguranța MetroCreme Ivatherm în tratamentul topic al rozaceei la femei Rodica BODRUG, Vasile ȚĂBĂRNĂ, Mariane Nicole PUȘCAȘU, Ana NEDELCIUC	32
Particularitățile ale dermatitei seboreice – studiu pe 64 pacienți Irina BATÎR, Oleg BRATU, Dinu ARDELEANU	35
Estimarea eficacității clinice a cremei și șamponului Kelual DS în tratamentul topic al dermatitei seboreice Irina BATÎR, Dinu ARDELEANU	36
Fotoprotecția – o necesitate a zilelor noastre Elena ANDRESE, Adriana PĂTRAȘCU, Dan VĂȚĂ, Tatiana ȚĂRANU, Laura Gheucă SOLOVĂSTRU	37
Eficacitatea tratamentului cu Laser Fraxel în cicatrici și hiperpigmentații Cezara BOLOCAN, Vasile MORCOV	37
Eficacitatea Meso-Genesis BP3 în tratamentul modern al alopeciei Ina TRESTIAN, Grigore MORCOV	38
Tratament combinat de rejuvenare: PRP + photorejuvenare IPL Vera MALCOCI, Grigore MORCOV	40
Dermatoscopia în patologia scalpului și părului – reviu literaturii Elena URSU, Ina MACOVSCAIA	41
Некоторые аспекты клинической практики по применению ботулотоксина типа А в эстетической косметологии Ирина ТКАЧ	41
Psoriazisul la copii și adolescenți Gheorghe MUȘET, Mircea BEȚIU, Olga RUSU, Vasile STURZA, Ion RUSU	42
Comorbidități metabolice în psoriazisul exudativ Boris NEDELCIUC, Veronica IACUB, Mircea BEȚIU, Sergiu POPA	45
Avantajele fototerapiei UVB în bandă îngustă în psoriazis Nina FIODOROVA, Mircea BEȚIU, Vladislav GOGU, Iulia EMEȚ, Sergiu RUSU	46
Diabetul zaharat în dermatologie: studiu bazat pe 182 de cazuri clinice Vasile ȚĂBĂRNĂ	47
Aspecte dermatologice ale diabetului zaharat, tip I Ion RUSU, Natalia Nastas, Eugenia Rusu, Olga Rusu	51
Ihtiozele ereditare – studiu clinic Mircea BEȚIU, Nina FIODOROVA, Ala STRIJCA, Gheorghe MUȘET, Vasile STURZA, Boris NEDELCIUC, Leonid GUGULAN, Grigore MORCOV, Vladislav GOGU, Iulia EMEȚ	51
Epidermolizele buloase – studiu clinic Mircea BEȚIU, Nina FIODOROVA, Gheorghe MUȘET, Angela SAVIN, Viorel CALISTRU, Dumitru RUBANOVICI, Iulia EMEȚ, Elena GRIB, Nadejda DOLMA	52
Pemfigus benign familial Hailey-Hailey – prezentare de caz Vasile STURZA, Cristina ONICA, Margareta COMENDANT	53
Leziunile erozive ale mucoasei orale: algoritm de diagnostic pornind de la cazuri clinice Tatiana ȚĂRANU, Mirela GRIGOROVICI, Veronica Ariadna MARDARI, Cornel GANȚAȚUC, Mihaela Paula TOADER	54
Sindromul Pringle-Bourneville, asociat cu microsporidie – caz clinic Vasile STURZA, Corina VASILACHE, Elena GRIB, Nina FIODOROVA	54
Lupus vulgar la copil – prezentare de caz Mircea BEȚIU, Iulia EMEȚ, Vasile STURZA, Vladislav GOGU, Nina FIODOROVA	55

Eritem papulos circinat migrator – prezentare de caz Vasile STURZA, Nina FIODOROVA, Mircea BEȚIU, Boris NEDELICIUC, Alexandru BALTĂ	56
Larva migrans cutanată – cazuri clinice Alexandru BALTĂ, Mircea BEȚIU	56
Sindromul Sweet idiopatic, asociat cu afectare hepatică – prezentare de caz Lilia REZMERIȚA, Vladislav GOGU, Mircea BEȚIU, Alexandru BALTĂ, Vasile TÂBÂRNĂ	57
Granulom inelar generalizat – prezentare de caz Vladislav GOGU, Mircea BEȚIU, Lilia REZMERIȚA, Alexandru BALTĂ, Boris NEDELICIUC, Tatiana CAISÎM, Vasile TÂBÂRNĂ	58
Aspecte clinice și terapeutice ale granulomului inelar la copii Nina FIODOROVA, Rodica CHITIC, Vasile STURZA, Dumitru RUBANOVICI, Iulia EMEȚ, Elena GRIB	59
Sclerodermia la copii – particularități clinico-evolutive și de tratament Vasile STURZA, Tatiana NISTOR, Dumitru RUBANOVICI, Iulia EMEȚ, Elena GRIB, Nina FIODOROVA	60
Capcane de diagnostic și încadrare a sclerodermiei sistemice Daciana Elena BRĂNIȘTEANU, Andreea DIMITRIU, Laura ANDRES, Cristina GRINEA, Gabriela STOLERIU, Alexandru OANȚĂ, Daniel Constantin BRĂNIȘTEANU	63
Morfeea buloasă – prezentare de caz Irina BATÎR, Mircea BEȚIU, Grigore MORCOV	64
<i>Incontinentia pigmenti</i> – cazuri clinice în 3 generații Grigore MORCOV, Vasile ȚÂBÂRNĂ, Diana TINCU	65
Patologia unghiei în lichen plan Alexandru BALTĂ, Ina MACOVSCAIA, Petru GUTIUM, Rodica BODRUG	65
Pilitortoza – cazuri clinice Elena URSU, Ina MACOVSCAIA	66
Zona Zoster la copii Vasile STURZA, Nina FIODOROVA, Crisina ZBÂRNEA, Dumitru RUBANOVICI, Iulia EMEȚ, Elena GRIB	67
Eficacitatea metodelor combinate în tratamentul condiloamelor acuminat Oleg BRATU, Valeriu OGLINDĂ, Tatiana COȘCODAN, Cristina NICHIFORCIUC, Ina TRESTIAN	67
Manifestări cutanate la bolnavii cu hepatită B și C Ion RUSU, Liuba STRATAN, Eugenia RUSU, Olga RUSU	68
Noi tehnici de diagnostic în neoplazia cutanată Elena ANDRESE, Adriana PĂTRAȘCU, Dan VĂȚĂ, Tatiana ȚĂRANU, Laura Gheucă SOLOVĂSTRU	69
Tumori ale pielii de origine mezenchimală – particularități clinico-morfologice Ion MEREUȚĂ, Dumitru BUTUCEL, Diana EFTODI, Sergiu MURA, Veronica ȘVEȚ	69
Diagnosticul precoce al melanomului – necesitate imperioasă pentru un prognostic favorabil Maria ROTARU	70
Importanța tratamentului keratozelor actinice în managementul carcinoamelor cutanate Maria ROTARU	70
Tumorile local-avansate ale pielii părții anterioare aabei piciorului versus tratamentul chirurgical Dumitru BUTUCEL	71
Micozis fungoid tumoral Vidal-Brocq – prezentare de caz Alexandru BALTĂ, Elena URSU, Elena SUDACEVSCAIA	72
Metodă de modelare a leziunilor de tipul pemfigusului Olga MACAGONOVA, Gheorghe MUȘET, Adrian COCIUG, Mariana JIAN, Vitalie COBZAC, Violeta SAREV, Viorel NACU	72
Tehnologii de cultivare <i>in vitro</i> a fibroblastelor din piele pentru tratamentul pacienților cu ulcere cronice Tatiana MALCOVA, Diana CIRIMPEI, Octavian CIRIMPEI, Viorel NACU	79

Rezultatele la nivel național privind eliminarea transmiterii materno-fetale a sifilisului: principalii indicatori de impact Mircea BEȚIU, Iulia EMEȚ	82
Sifilis primar, asociat cu gonoree și trihomoniază, la un copil preșcolar – caz clinic Vasile STURZA, Iulia EMEȚ, Rodica CHITIC, Nina FIODOROVA	89
Manifestări psihosomatice în sifilis Gabriela STOLERIU, Anamaria CIUBARĂ, Daniel Constantin BRĂNIȘTEANU, Florina Mihaela Filip CIUBOTARU, Alexandru OANȚĂ, Daciana Elena BRĂNIȘTEANU	90
Manifestările cutaneo-mucoase în infecția HIV/SIDA Vladislav GOGU, Mircea BEȚIU, Lucia PĂRȚĂNĂ, Angela NAGĂȚ, Svetlana POPOVICI, Irina CUCEROVA, Tatiana CAISÎM, Anna IASINCOVSCAIA, Vasile ȚĂBĂRNĂ	91
Spectrul infecțiilor transmise sexual, depistate prin controlul medical profilactic Ion RUSU, Eugenia RUSU, Vasile VLAS, Olga RUSU	92
Experiența internațională în domeniul parteneriatului public privat în sănătate Iulian OLTU	93
Mycosis fungoides foliculotrop – prezentare de caz Vasile BENEĂ, Simona-Roxana GEORGESCU, Mircea TAMPA, Alice RUSU, Mihaela-Anca BENEĂ-MĂLIN, Diana LEAHU, Vitalie NEAMȚU	95
Infecția retrovirală acută Vasile BENEĂ, Simona-Roxana GEORGESCU, Mircea TAMPA, Mihaela-Anca BENEĂ-MĂLIN, Diana LEAHU, Vitalie NEAMȚU	95
Sindromul Melkersson-Rosenthal – prezentare de caz Natalia JARDAN, Sergiu VASILIȚA, Ecaterina PÂNTEA	95
Tranziția epitelial-mezenchimală în patologia cutanată Mihail ALECU, Gabriela COMAN	96
Aportul tehnologiei Western Blot (Reacția Imunoblot) în elucidarea reacțiilor fals-pozitive la sifilis Oleg TABUICA	96

SIMPOZIOANE

Berlin-Chemie Menarini

Псориаз. Современные представления о роли топических стероидов в терапии

Богдан Литвиненко, врач дерматовенеролог, онколог

Директор универсальной дерматологической клиники "ЕвроДерм", ассистент кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования

им. П. Л. Шупика, Киев, Украина..... 99

Bayer Healthcare

Managementul dermatomicozelor cu componentă inflamatorie

Prof., dr. Călin Giurcăneanu, Președinte SRD, București, România..... 99

Becor

The latest developments in cutaneous homeostasis

Dr. Philippe Faure, Institut de Biologie Paris Seine, France..... 99

Ivatherm-Apă termală Herculane

Toleriskin – soluția pentru îngrijirea pielii sensibile intolerante

Dr. Alin Nicolescu, Secretar General SRD, București, România..... 100

Farmaprim

Klyntopic gel – combinație efektivă și sigură în tratamentul acneei vulgare

Dr., conf. Vladislav Gogu, Chișinău, Republica Moldova..... 100

Plasmolifting

Eficiența corecției modificărilor involutive cutanate la utilizarea asociată a tehnologiei Plasmolifting (APT – autoplasma trombocitară) și preparatelor pe bază de acid hialuronic – Restylane, Emervel

Dr. Alexandru Bulat, Director Plasmolifting Moldova, Chișinău, Republica Moldova 101

Skinboosters – rolul acidului hialuronic în tratamentul cicatricilor postacneice

Dr. Ina Șoșoacă, medic specialist dermato-venerologie, doctor în științe medicale

Antrenor internațional pentru metode și tratamente în medicină estetică

Consultant științific al companiei IME, director medical Bella Medical SPA, Bucuresti, Romania 102

Аутологичная плазма. Заметки на полях

Олеся Чиркова, врач хирург-косметолог, ассистент кафедры косметологии

Преподаватель института ДПО ИПХиФК, Москва, Россия 104

Plasmoliftingul – o soluție modernă de regenerare a pielii

Cristina Nichiforciuc, Clinica de Medicină estetică Sancos, Chișinău, Republica Moldova 106

ARTICOLE DE SINTEZĂ

Elena CIOBANU, Ala BAJUREA, Boris TOPOR

Cranioplastia cu biomateriale osteoinductive 109

Costina GROZA, Ion DASCALIUC, Boris TOPOR

Alogrefele în tumorile osoase benigne 114

GHID PENTRU AUTORI 120

SPONSORI ȘI PARTENERI

Sponsor de platină

Berlin-Chemie Menarini, Germania

Sponsori de aur

Bayer Healthcare, Germania

Becor, Moldova

Ivatherm – Apa termală Herculane, România

Farmaprim, Moldova

Plasmolifting, Moldova

Sponsor de argint

Dita Estfarm, Moldova

Sponsori

Gedeon Richter, Ungaria

Amofarm, Moldova

Yuv Pharm & Kusum Healthcare, India

World Medicine, Marea Britanie

Sancos, Moldova

Bilim Pharmaceuticals, Turcia

Servier, Franța

Sindicatul Sănătatea

Parteneri

Health & Beauty Online Journal, Moldova

Medazur Med SPA, Moldova

Tetis International Co, Moldova

Gerovital, România

Miltonia Pharma, Moldova

Electrostrat SRL, Moldova

Congresul V Național de Dermatologie cu participare internațională

Chișinău, 9-11 iunie 2016

Mesaj de salut



Stimați colegi!

Este onoarea și plăcerea mea să Vă salut la festivitatea de deschidere, prilejuită de Congresul V Național de Dermatologie cu participare internațională.

De la fondare și până în prezent, societatea dermatologilor din Republica Moldova a lăsat o urmă frumoasă în istoria medicinei autohtone. Chiar dacă, de-a lungul timpului, preocupările breslei profesionale au fost diferite – dermatozele infecțioase și parazitare în perioada postbelică, dermatozele cronice inflamatorii și ITS în anii 1980-1990, iar mai nou problemele cu rezonanță dermato-estetică – 3 lucruri fundamentale au caracterizat dintotdeauna activitatea domniilor voastre: competența, perseverența și altruismul.

Problemele dermatologiei și venerologiei s-au regăsit cu regularitate în agenda politicilor de sănătate ale Ministerului Sănătății. Iar rezultatele nu au întârziat să apară. Grație eforturilor depuse de către Societatea de Dermatologie din Republica Moldova și catedra de profil a USMF "Nicolae Testemițanu", în ultimii ani, s-a produs o deschidere fără precedent către cooperarea cu diverse organisme internaționale: OMS, IUSTI, EADV, SRD etc. În acest context, suntem mândri de faptul că, recent, o delegație a OMS-ului a inițiat procedura de validare privind eliminarea transmiterii materno-fetale a sifilisului.

Ministerul Sănătății apreciază mult eforturile Dumneavoastră. Îmi exprim speranța că, și în anii care urmează, ne vom conjuga împreună acțiunile în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a poporului nostru, în scopul alinierii Republicii Moldova la standardele europene de performanță și calitate.

Vă urez baftă și într-un ceas bun!

Ruxanda Glavan

Ministrul Sănătății al Republicii Moldova

Cuvânt înainte



Stimați colegi, onorată asistență!

În numele Societății de Dermatologie din Republica Moldova, precum și a Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", sunt onorat să Vă salut la Congresul V Național de Dermatologie cu participare internațională, organizat la Chișinău, în perioada 9-11 iunie 2016. Ediția este una aniversară, dedicată celor 70 de ani de la fondarea Catedrei și Clinicii de Dermatologie, în cadrul Institutului de Medicină din Chișinău.

Pe durata acestui eveniment, Chișinăul, supranumit "orașul din piatră albă", va deveni, sper eu, capitală și gazdă primitoare pentru toți invitații și oaspeții noștri. Sub egida sloganului "Dermatologie: actualități și provocări", ne-am reunit, în acest început de cireșar, dermatologi, lideri de opinie din domeniu, dar și colegi de alte specialități, din Republica Moldova, România, Ucraina, Franța, Israel, Rusia. Mulțumesc tuturor participanților din țară și din afară, tuturor medicilor, rezidenților și studenților, pentru efortul de a ne onora cu prezența.

Exprim, totodată, recunoștința sponsorilor noștri, care au contribuit la realizarea acestui for. Aria expozițională, destinată principalelor companii farmaceutice, vă oferă prilejul de a cunoaște cele mai noi achiziții dermatocosmetice, care ne permit nouă, clinicștilor, să îmbunătățim calitatea actului medical. Ambianța plăcută, programul științific și social, vor completa eforturile noastre de a vă oferi momente de neuitat.

Bine ați venit, dragi prieteni!

Mircea Bețiu, dr. șt. med., conferențiar
Președintele Congresului



**SOCIETATEA DE DERMATOLOGIE
DIN REPUBLICA MOLDOVA**



www.e-dermatologie.md

- medicină estetică
- medicină sexuală
- medicină reproductivă

Health & Beauty Online Journal

- Revistă online de sănătate și frumusețe
- Cel mai popular site de dermatologie din Moldova

Particularitățile epidemiologice ale pilomicozelor în Republica Moldova

*Mircea BEȚIU¹, Gheorghe MUȘET¹, Iulian OLTU², Viorel CALISTRU²,
Nina FIODOROVA¹, Angela SAVIN², Dumitru RUBANOVICI², Iulia EMET¹, Elena GRIB²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Generalități. S-a efectuat un studiu cu utilizarea metodei de analiză retrospectivă a datelor statistice prin morbiditatea pilomicozelor (microsporidie, tricofitii, favus) în perioada 1950-2015 și a datelor Laboratorului micologic, acumulate în Dispensarul Dermatovenerologic Republican, astăzi Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Rezultate. Morbiditatea prin pilomicoze în RM, în anii 1950-2015, este caracterizată în felul următor: o dominanță netă a tricofitiei până în anul 1963, provocată în marea ei majoritate de fungi antropofili, cu un vârf al incidenței în anii 1954 și 1956; o scădere ulterioară evidentă a morbidității prin tricofitii până în prezent și modificarea spectrului micologic; prevalența microsporidiei zooantropofile, începând cu anul 1964, cu o creștere progresivă a morbidității, maximele observându-se în anii 1974-1976, fără o scădere esențială în ultimele decenii, comparativ cu anii 1980-1990; lipsa favusului din anul 1974. Media raportului microsporidiei, tricofitiei și favusului în perioada susnumită a oscilat, respectiv: anii 1950-1959 – 1:34:1,9; anii 1960-1969 – 1:1,2:0,01; anii 1970-1979 – 5:1:0,0002; anii 1980-1999 și 2000-2015 – 9:1:0. Media incidenței teritoriale în RM (nordul, sudul, centrul, Găgăuzia, Chișinău) a microsporidiei/tricofitiei în ultimii 5 ani (2011-2015) a constituit, respectiv: 15,04/1,64; 30,56/1,79; 36,72/3,94; 28,12/0,9; 31,8/0,9. De asemenea, în anii 2000-2015, se observă o prevalență absolută a fungilor zoofili, respectiv, *Microsporum canis* – 100% și *Trichophyton mentagrophytes var. gypseum* – 98,3% cazuri.

Concluzie. Astfel, microsporia zooantropofilă rămâne pilomicoza cea mai des înregistrată în RM (anul 2015) – 31 de cazuri la 100 000 populație, media incidenței în centrul RM fiind cea mai înaltă (36,72 cazuri la 100 000 populație).

Cuvinte-cheie: pilomicoze, incidență, Republica Moldova.

Epidemiological peculiarities of trichomycosis in the Republic of Moldova

Overview. A retrospective study was done analyzing statistical data on morbidity with trichomycosis (microsporosis, trichophytosis and favus) during 1950-2015 and data presented by mycological lab of Hospital of Dermatology and Communicable Diseases.

Results. Morbidity due to trichomycosis in the Republic of Moldova during 1950-2015 is characterized as follows: negligible predominance of trichophytosis until 1963 caused, in majority of cases, by antropophylic fungi, the highest level was achieved in 1954 and 1956, respectively; then a significant decrease in cases number is observed until present days with changing of fungi causative agents; prevalence of zooantropofylic microsporia started to increase in 1964, the highest level was achieved in 1974-1976, and is still on top our days comparative with 80s-90s of XX century; cases of favus haven't been registered since 1974. Microsporosis, trichophytosis and favus ratio has oscillated during the estimated period as follows: 50s-1:34:1.9, 60s – 1:1.2:0.01, 70s – 5:1:0.0002, 80-90s – and 2000-2015-9:1:0. Territorial incidence media of microsporosis, trichophytosis and favus in the Republic of Moldova (North, South, Centre, Chisinau and Gagauzia) in recent 5 years (2011-2015) amounted as follows: 15.04/1.64; 30.56/1.79; 36.72/3.94; 28.12/0.9; 31.8/0.9. Also, during 2000-2015 was observed an absolute prevalence of zooantropofylic fungi: *Microsporum canis* – 100% and *Trichophyton mentagrophyte var. gypseum* – 98.3% cases respectively.

Conclusions. Thus, zooantropofylic microsporosis still represents the most frequent form of trichomycosis, in 2015 in the Republic of Moldova have been registered 31 cases per 100.000 population, average incidence in the central part of the country was the highest one (36.72 cases per 100.000 population).

Key words: trichomycosis, morbidity, the Republic of Moldova.

Kerion Celsi provocat de *Microsporium canis* – cazuri clinice

*Vasile STURZA¹, Dumitru RUBANOVICI², Irina IACOVLEVA¹, Veronica COVALI¹,
Iulia EMEȚ¹, Elena GRIB², Nina FIODOROVA¹, Angela SAVIN²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Generalități. Au fost analizate 21 de fișe de observație clinică a bolnavilor, tratați în anii 2000-2015, în spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile pentru *Tinea capitis* infiltrativ-purulentă, provocată de *Microsporium canis*.

Rezultate. Total bolnavi – 21, dintre care fete – 7, băieți – 14. Repartizarea conform vârstei a fost următoarea: până la 1 an – 1, 1-3 ani – 6, 4-7 ani – 11 și 8-9 ani – 3 pacienți, vârsta medie constituind 4 ani. Majoritatea pacienților erau din mediul rural (80%). La 15 pacienți, durata maladiei a variat între 2-4 săptămâni, iar la 6 pacienți – între 1 și 3 luni. Majoritatea pacienților (17) au fost depistați în perioada vară-toamnă. Tratamentul ambulator, anterior spitalizărilor în clinica noastră, a inclus: corticosteroizi topici – 13 cazuri, antibiotice – 15 cazuri. Au fost înregistrate următoarele maladii concomitente: anemie nutrițională – 9, enterobioză intestinală – 7 cazuri. Tabloul clinic, la internare, prezenta formațiuni pseudotumorale multiple de tip Kerion Celsi (14 cazuri), cu aspect acut inflamator, purulent, zemuire pronunțată, cu dimensiuni între 2-3 și 10-15 cm în diametru, cu margini regulate și bine delimitate, dureroase la palpare. Erupții solitare cu același aspect s-au observat la 7 pacienți. Fluorescența verde-pal a fost identificată la 7 pacienți, utilizând lampa Wood. Adenopatia regională (retroauriculară, cervical-posterioră, submandibulară) a fost semnalată la 16 pacienți. Diagnosticul clinic a fost completat cu cel paraclinic prin prezența artrosporilor de tip *Microsporium* și filamentelor miceliene scurte în materialul recoltat. La toți pacienții a fost identificată cultura *Microsporium canis*. Pacienții au fost supuși tratamentului corespunzător: Grizeofulvină (20 mg/kg corp/zi), keratoplastice (ung. Ictiol 10%, ung. Levomycol), coloranți anilini (liquori Castellani, sol. Albastru de metilen 2%), tinctură de Iod 2-5%. Alopecia cicatricială reziduală s-a constatat la 6 copii.

Concluzii. Cazurile clinice aduse în discuție confirmă prezența micozelor de tip Kerion Celsi, provocate de *Microsporium canis*, la copiii cu un fundal morbid predispozant. Depistarea tardivă și tratamentele neadecvate ale pacienților sunt soldate frecvent cu sechele sub formă de alopecie cicatricială. Menționăm, totodată, raritatea formelor descrise.

Cuvinte-cheie: Kerion Celsi, *Microsporium canis*, copii.

Kerion Celsi caused by *Microsporium canis* – clinical cases

Overview. Were analyzed 21 clinical observation sheets of patients treated in the years 2000-2015 in Hospital of Dermatology and Communicable Diseases for infiltrative-purulent *Tinea capitis* caused by *Microsporium canis*.

Results. Total number of patients – 21, of which girls – 7, boys – 14. Age distribution was as follows: up to 1 year old – 1, 1-3 y.o. – 6, 4-7 y.o. – 11 and 8-9 y.o. – 3 patients, average age being 4 years. Most patients came from rural areas (80%). The duration of disease in 15 patients was observed 2-4 weeks, in 6 patients – 1 to 3 months. Most patients (17) were found summer-autumn. The treatment before hospitalization included: topical corticosteroids – 13 cases, antibiotics – 15 cases. Among concomitant diseases were recorded: nutritional anemia – 9, intestinal enterobioza – 7 cases. The clinical features on admission included multiple pseudotumoral formations Kerion Celsi with a purulent acute-inflammatory aspect, pronounced press, having sizes 2-3 up to 10-15 cm in diameter with regular edges, well defined, painful on palpation. Unique eruptions with the same clinical features were observed in 7 patients. The pale-green fluorescence with Wood lamp was identified in 7 patients. Regional lymph nodes (retroauricular, posterior cervical, submandibular) were detected in 16 patients. The clinical diagnosis was completed with the paraclinical one: the presense of arthrospores type *Microsporium* and short mycelial filaments in the collected material. In all patients was identified *Microsporium canis* culture. The treatment included: Grizefulvine (20mg/kg/day), keratoplastiks (ung. Ictiol 10%, ung. Levomycol), aniline dyes (Liq. Castellani, Sol. Methilene blue 2%), iodine tincture 2-5%. The residual scar alopecia was observed in 6 children.

Conclusions. Clinical cases brought to discussion confirm the presence of forms of Kerion Celsi type caused by *Microsporium canis* in children with predisposing morbid background. Late detection and improper treatment of patients commonly are resulting sequelae in the form of scar alopecia. Must be mentioned the rarity of described cases.

Key words: Kerion Celsi, *Microsporium canis*, children.

Tricofitție zooantropofilă cu manifestări clinice diferite – prezentare de caz

Valeriu CAPROȘ

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: valeriu.capros@usmf.md

Generalități. Prezentăm cazul unui pacient, 56 de ani, locuitor rural, spitalizat în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, în 16 februarie 2015. La examenul clinic obiectiv, pe partea anterior-medială a antebrațului drept s-a constatat un focar de formă ovală, 6-8 cm, cu eritem bine conturat, puțin infiltrat, la periferie – vezicule cu mici cruste elevate, descuamație furfuracee, pustule. La examenul de laborator, microscopic s-au depistat filamente miceliene, în cultură – *Trichophyton ectothrix gypseum*. Sub aspect epidemiologic, este notabil faptul, că în gospodărie există iepuri cu suspiciu de micoză zooantropofilă. Tratamentul a inclus îndepărtarea mecanică a firelor de păr, alcool iodat 2%, unguent sulfo-salicilic 3%, grizeofulvină 0,125, câte 2 pastile, de 3 ori pe zi, timp de 3 săptămâni.

Material și metode. Regresia focarului – peste 40 de zile. La 30 iunie 2015, la un control repetat, focarul de pe antebraț a regresat, cu depigmentare; pe fese și părțile dorsale ale coapselor – pete roz-roșietice multiple, confluențe, delimitate, cu descuamație furfuracee.

Examinare: *Trichophyton gypseum*. Tratament recomandat: grizeofulvină 0,125, câte 2 pastile – de 6 ori, ung. sulfo-salicilic 3%, *t-rae iodi* 1%, cu rezolvarea erupției.

Concluzii. Cazul prezintă interes pentru clinica tricofitției zooantropofile cu aspect de *tinea* inflamatorie și *tinea* superficială cutanată.

Cuvinte-cheie: tricofitție zooantropofilă, prezentare de caz.

Zooantropophyll trichophytosis with various clinical manifestations – a case report

The author presents a case of 56 years old male from rural region, who was admitted to the Hospital of Dermatology and Communicable Diseases on the 16th of February 2015. During clinical inspections an oval, 6-8 cm in diameter, well-marked, erythematous-infiltrative plaque has been revealed; vesicles, pustules, crusts and desquamation have been seen on the periphery part of the lesions; eruptions were localized on the anterior-medial surface of the right shoulder. Microscopic examination of the scales detected filaments of mycelium and culture identified *Trichophyton ectrix gypseum*. Personal history revealed that the patient was in habitual contact with rabbits which had lesions similar to trichophytosis. Treatment included mechanical extraction of the infected hair shafts, 2% iodine solution, 3% sulfur-salicylic acid, Griseofulvin 125 mg 2 pills 3 times per day, 3 weeks.

Foci of infection have regressed during 40 days. On the 30th of June 2015 the patient came for follow-up control: lesion on the shoulder had disappeared, only secondary hyperpigmentation remained; but on the buttocks and inner surface of the thighs an erythematous red color, confluent, well marked macules were seen, covered with white scales. An additional therapy with Griseofulvin 125 mg 2 pills 6 times per day, 3% sulfur-salicylic acid, 1% iodine solution was administered and lead to complete regression of the lesions.

Key words: zooantropophyll trichophytosis, a case report.

Incidența scabiei și pilomicozelor la copii, în raionul Anenii Noi

Ion RUSU, Vasile VLAS, Olga RUSU

Spitalul Raional Anenii Noi, Anenii Noi, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Studiul retrospectiv a vizat 6639 de copii, cu vârste cuprinse între 1-18 ani (b/f – 4144/2495), asistați în secția dermatovenerologică a Spitalului Raional Anenii Noi, pe parcursul anilor 2011-2015.

Rezultate. În cohorta respectivă a fost depistat următorul spectru de maladii contagioase: tricofitție – 6 bolnavi (vârstă – 7-17 ani; b/f – 3/3); microsporidie – 309 bolnavi (b/f – 160/149), fiind cu vârste cuprinse între 1-6 ani, în jumătate din cazuri; scabie – 257 de bolnavi, dintre care 71,3% din cazuri, cu vârste cuprinse între 1-14 ani.

Concluzii. Studiul efectuat relevă prevalența microsporidiei și scabiei la copiii consultați. Menționăm prevalența microsporidiei din totalul pilomicozelor, fiind constatată în marea lor majoritate, la copiii mici și preșcolari. Media raportului microsporidie/tricofitție a fost 51,5/1.

Cuvinte-cheie: scabie, pilomicoze, copii.

Scabies and trichomycosis incidence in children from Anenii Noi region

A retrospective research, in 6639 children aged 1 to 18 years old (m/f – 4144/2495), treated by a dermatologist in Anenii Noi Regional Hospital during 2011-2015, has been done.

Results. A range of cutaneous infections were detected, such as: trichophytosis in 6 cases (aged 7 to 17 years old, m/f-3/3); microsporidiosis in 309 cases (a half of patients were aged 1 to 6 years old, m/f-160/149); scabies in 257 patients from whom 71,3% aged 1 to 14 years old.

Conclusions. Present study reveals the prevalence of microsporidiosis and scabies among of examined children. It is important to mention predominance of microsporidiosis in toddlers and preschool age children. Average ratio between microsporidiosis and trichophytosis was 51.5/1.

Key words: scabies, trichomycosis, children.

Evaluarea rezultatelor studiului imunologic la copiii cu dermatită atopică***Nadejda DOLMA¹, Mircea BEȚIU²**¹Institutul Mamei și Copilului, ²Catedra Dermatovenerologie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: nadin.virlan@gmail.com

The results evaluation of the immunological study in children with atopic dermatitis**Abstract**

In children with atopic dermatitis there are some expected changes of IL-2, IL-4 and TNF- α in blood serum. In all clinical forms of the disease an increase of serum cytokine levels of IL-2, IL-4 and TNF- α was detected, which was combined with the increase in the SCORAD index and the total serum IgE levels. There were no significant differences in the levels of these cytokines for extrinsic and intrinsic forms of atopic dermatitis patients. The significant correlations were revealed between IL-4 and IgE levels in all forms of atopic dermatitis, confirming the ongoing Th2 response in atopic dermatitis flares. The positive correlations between IL-2 and TNF- α suggest the pro-inflammatory ground towards infiltrative and chronic forms of atopic dermatitis.

Key words: atopic dermatitis, childhood, SCORAD score, cytokines, IL-2, IL-4, TNF- α , IgE total.**Introducere**

Dermatita atopică (DA) este cea mai precoce manifestare din totalul maladiilor atopice și, adesea, reprezintă primul pas în așa-numitul "marș atopic", conducând în 10-60% cazuri spre astm bronșic și rinită/conjunctivită alergică [3, 11, 34, 36, 38, 40]. Patogenia DA nu este complet elucidată. Au fost propuse câteva ipoteze, inclusiv și cea imunopatologică. De menționat complexitatea și echivocitatea reacțiilor alergice în DA [1, 19, 22, 21, 23, 26, 47].

În DA răspunsul imun sistemic este caracterizat prin: majorarea IgE totale și specifice în serul sanguin; creșterea nivelului citokinelor IL-4, IL-5 și IL-13; reducerea nivelului INF-gama și activității celulelor natural killers (NK); instalarea eozinofiliei [1, 6, 8, 11, 21, 26]. Conform nivelului IgE totale, DA se separă în două forme: extrinsecă DAe (70-80%), dirijată de sensibilizări la alergeni alimentari și/sau aeroalergeni, agenți microbieni sau autoantigeni, precum și cea intrinsecă DAi (20-30%) cu niveluri normale de IgE totale, având debut și sensibilizări specifice mai tardive [2, 8, 11, 15, 21, 26, 29, 35, 42, 51]. Datele literaturii de specialitate privind corelarea nivelului IgE totale și severitatea maladiei sunt contradictorii. Unii autori relevă creșterea nivelului IgE totale în serul sanguin în DA, care reprezintă o consecință a procesului autoimun [51]. Creșterea IgE-specifice este corelată cu gravitatea DA [12] și reprezintă un marker în dezvoltarea unui proces alergic la nivelul sistemului respirator [11]. În genere, DA extrinsecă, comparativ cu cea intrinsecă, are un prognostic mai puțin favorabil pe termen lung [53].

Răspunsul imun adaptiv cutanat este determinat de citokinele și celulele notabil implicate, rezultând un pattern bifazic Th2/Th1 și manifestări imune diferite în fazele acute Th2 și cronice Th1 [8, 10, 14, 21, 27, 31, 33]. Prin expresia crescută a limfopoetinei timice stromale (TSLP), precum și a IL-4 în procesul de antigen prezentare, sunt activate celulele Th2, celulele Langerhans (CLs) cu receptori Fc ϵ RI pentru IgE și,

respectiv, rezultă majorarea nivelului setului de citokine Th2 (IL-4, IL-5, IL-13, IL-17, IL-31 etc.), concomitent cu micșorarea numărului de citokine Th1 (INF- γ , IL-12) în leziunile acute [1, 6, 8, 21, 23, 33]. Citokinele, fiind glicoproteine și neavând specificitatea imună, asigură o interacțiune intercelulară în sistemul imunitar [25] și sunt implicate în perpetuarea DA. Astfel, IL-4 reglementează sinteza IgE și IgG4 cu un efect stimulant deosebit [21, 53]. IL-2 se consideră ca un factor autocrin de stimulare, acceptând diferențierea și proliferarea clonală a limfocitelor T antigen active, creșterea și diferențierea limfocitelor B, monocitelor și macrofagelor [1], având un impact indirect asupra mediatorilor pruritului.

Keratinocitele și celulele Langerhans (CLs), prin expresia exagerată a factorilor epidermali de creștere, induc eliberarea chemokinelor gen proteină hemoatractantă monocitară 1 (MCP-1 sau CCL-2) și RANTES (CCL-5), precum și a IL-8, IL-10 stimulate de TNF- α și INF- γ [1, 8, 16, 17, 33, 24]. Aceste dereglări pot fi accentuate și de pruritul caracteristic pentru DA, cu eliberarea în exces a citokinelor proinflamatorii (IL-2, TNF- α , IL-1 β), rezultând un cerc vicios – inflamație, deteriorare a stratului cornos, pierderi de apă, xeroză etc. Citokinele proinflamatorii joacă un rol important în declanșarea unui răspuns imun adaptiv, având un impact asupra cantității și activității funcționale a celulelor efectoare [1, 5, 8, 41, 42, 53].

Studii privind nivelul citokinelor IL-2, IL-4, TNF- α circulante au fost efectuate de mulți autori [9, 14, 18, 28, 32, 39, 44, 45, 46, 47, 51, 52, 53], datele obținute fiind contradictorii. Astfel, se constată diferențe semnificative la bolnavii cu DA, comparativ cu subiecții sănătoși, dar și absența acestora în alte studii [41, 43, 51].

În acest context, mecanismul patogenetic imunopatologic în DA este unul complex, bifazic Th2/Th1, concurent în esență, fiind exprimat clinic prin succedarea leziunilor exudative acute, caracteristice pentru răspunsul Th2 cu leziuni infiltrative cronice ce țin de răspunsul Th1. Aportul citokinic și cel al IgE în delimitarea clinico-imunologică și sta-

dializarea DA rămâne o problemă de cercetat, în contextul datelor contradictorii ale studiilor efectuate.

Scopul lucrării. Studiarea nivelului citokinelor IL-2, IL-4, TNF α serice la copiii cu DA de vârstă diversă, în forme extrinsece și intrinsece, raportate la gradul de severitate al bolii (SCORAD) și nivelul IgE serice totale.

Material și metode

Au fost incluși în studiu 110 pacienți cu DA, cu vârste cuprinse între 3 luni – 18 ani. Evidența bolnavilor s-a efectuat în cadrul Institutului Mamei și Copilului, pentru o perioadă de 4 ani (2012-2015). S-au exclus bolnavii cu patologii congenitale, autoimune, neurologice, endocrine, infecțioase intercurrente active, parazitoze și alte maladii alergice (astm bronșic, rinită alergică etc.). Stabilirea diagnosticului s-a efectuat conform criteriilor Hanifin și Rajka (13). Severitatea maladiei s-a calculat conform scorului SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) [20]. Nivelul IgE serice totale și a citokinelor de studiu (IL-2, IL-4, TNF- α) în serul sanguin s-a determinat prin metoda imunoenzimatică ELISA cu folosirea „test-sistemului pentru aprecierea IgE totale” și a „test-sistemului Vector-Best” (Rusia). Prelucrarea statistică a datelor cantitative s-a efectuat la calculatorul personal IBM PC, folosind formule statistice programate în Microsoft® Excel 2007. S-a calculat media aritmetică (M), veridicitatea diferenței valorilor medii (m) și coeficientul de veridicitate a datelor parametrice (eșantioane independente), utilizând criteriul Student (t), precum și a celor neparametrice (grupuri dependente) cu Wilcoxon test (T). Verificarea corelațională s-a executat cu ajutorul coeficientului de corelație Spearman's rho (rs). Diferența statistic semnificativă a datelor parametrice și neparametrice s-a constatat de la $p < 0,05$, iar corelațiile s-au identificat ca slabe (sub $\pm 0,3$), moderate ($\pm 0,3-0,6$) și înalte ($\pm 0,6-1$). Lotul de control s-a constituit din 110 copii „condiționat sănătoși”, cu vârste cuprinse între 2-18 ani.

Rezultate

Lotul de studiu a cuprins 110 pacienți cu DA și 110 copii „condiționat sănătoși” (lot de control). Caracteristicile demografice au relevat prevalența pacienților din mediul rural cu 75 (68,2%) cazuri. Copiii au fost încadrați în 3 grupuri de vârstă: până la 2 ani – 34 (31%) pacienți; de la 2 la 12 ani – 66 (60%); mai mari de 12 ani – 10 (9%) pacienți. Repartizarea pe sexe a fost una relativ uniformă: băieți – 58 (52,7%) și fete – 52 (47,3%).

Alimentația artificială a copiilor de la naștere s-a înregistrat în 17,3% cazuri, iar după 2-4 luni – în 26,4% cazuri. Debutul maladiei s-a constatat la vârsta de 2-6 luni la 81 (73,6%) pacienți, media fiind de $4,3 \pm 1,3$ luni. Durata maladiei a oscilat de la 3 săptămâni până la 15 ani.

Istoricul vieții la pacienți a relevat următoarele maladii: pancreatită reactivă – 45 (40,9%) pacienți; dischinezii ale căilor biliare – 34 (30,9%); hepatopatie – 19 (17,2%); pneumonie acută – 21 (19,1%); disbacterioză intestinală – 26

(19,1%); infecție recidivantă a aparatului respirator (3-6 ori anual) – 81 (60,9%); piodermie – 59 (53,6%); intertrigo – 39 (35,5%) pacienți.

Anamneza familială s-a dovedit pozitivă la 67 (60,9%) pacienți, inclusiv, din partea mamei – 34 (30,9%), din partea tatei – 24 (21,8%) și din partea ambilor părinți – 9 (8,2%) cazuri.

Conform indexului SCORAD (iSc), bolnavii au fost repartizați în trei loturi: lotul I – 23 (20,9%) pacienți, formă ușoară cu iSc sub 20 (media – $18,48 \pm 0,48$, $p < 0,001$); lotul II – 67 (60,9%) pacienți, formă moderată cu iSc 20-40 (media – $33,71 \pm 0,53$, $p < 0,001$); lotul III – 20 (18,2%) pacienți, formă gravă cu iSc peste 40 (media – $55,44 \pm 2,28$, $p < 0,001$). Durata remisiunilor a fost de 6-8, 2-3 și, respectiv, 1-1,5 luni (tab. 1).

Tabelul 1

Indicii SCORAD conform formelor clinice ale dermatitei atopice

Forme clinice ale DA	n	Indici SCORAD	p
		M \pm m	
Ușoară	(n = 23)	18,48 \pm 0,48	< 0,001
Moderată	(n = 67)	33,71 \pm 0,53	< 0,001
Gravă/severă	(n = 20)	54,44 \pm 2,28	< 0,001

Rezultatele studiului efectuat pe 110 pacienți cu DA constată valoarea medie a IgE totale de $129,3 \pm 15,51 / 19,5 \pm 3,04$ IU/ml, $p < 0,001$ (lot bolnavi/lot control), fiind de 6,6 ori mai mari, comparativ cu lotul de control. Valorile medii ale IgE serice totale, în funcție de severitatea maladiei, sunt prezentate în tabelul 2.

Tabelul 2

Valori medii ale IgE totale (IU/ml) conform severității maladiei (SCORAD)

Gradul severității DA	IgE totală IU/ml	p
Ușoară (n = 23)	60,45 \pm 16,15	< 0,05
Moderată (n = 67)	109,26 \pm 13,71	< 0,001
Gravă/severă (n = 20)	275,68 \pm 59,75	< 0,001
Lotul de control	19,50 \pm 3,04	

La pacienții cu formă extrinsecă a DA, constată la 65 (59,1%) pacienți, valoarea medie a IgE totale serice a fost de $207,64 \pm 21,36$, $p < 0,001$, iar la 45 (40,9%) pacienți cu formă intrinsecă, valoarea medie a IgE serice totale a constituit $15,10 \pm 1,99$, diferența fiind nesemnificativă în comparație cu lotul de control ($p > 0,05$) (tab. 3).

Tabelul 3

Valori medii ale IgE totale serice (IU/ml) la bolnavii cu formă extrinsecă și intrinsecă a DA

Formele clinice	IgE totală IU/ml	p
Extrinsec (n = 65)	207,64 \pm 21,36	< 0,001
Intrinsec (n = 45)	15,01 \pm 1,99	> 0,05
Lotul de control	19,50 \pm 3,04	

Profilul citokinic seric proinflamator IL-2/TNF- α , ca-

racteristic pentru răspunsul Th1, precum și cel IL-4 specific răspunsului Th2, a fost studiat pe 110 bolnavi cu DA, comparativ cu cei 110 subiecți „condiționat sănătoși” din lotul de control. Valorile serice medii ale citokinelor la bolnavi, în comparație cu lotul de control, sunt prezentate în tabelul 4.

Tabelul 4

Valori medii ale citokinelor circulante la bolnavii cu dermatită atopică

Indici	Lot bolnavi		Lot control		P
	n	M ± m	n	M ± m	
IL-2 (pg/ml)	(n = 110)	7,02 ± 0,71	(n = 110)	2,98 ± 0,35	< 0,001
IL-4 (pg/ml)	(n = 110)	2,78 ± 0,27	(n = 110)	1,01 ± 0,13	< 0,001
TNF-α (pg/ml)	(n = 110)	13,67 ± 0,78	(n = 110)	3,23 ± 0,27	< 0,001

Analizând datele obținute, constatăm majorarea nivelului IL-2 – de 2,4 ori, a IL-4 – de 2,8 ori și a TNF-α – de 4,2 ori (tab. 4).

Nivelul citokinelor IL-2, IL-4 și TNF-α la bolnavii cu formă severă de DA (media SCORAD – 55,44 ± 2,28, p < 0,001) denotă majorări de 3,2, 3,3 și, respectiv, de 6,3 ori, comparativ cu grupul de control. De asemenea, media nivelului IgE totale în ser a fost net superioară celei din lotul de control 275,68 ± 59,75 vs 19,50 ± 3,04 (p < 0,001), fiind majorată de 14,1 ori. Nivelul citokinelor circulante (IL-2, IL-4) în formă moderată de DA relevă creșterea acestora de 2,6 ori și, respectiv, de 4 ori (TNF-α), comparativ cu lotul de control. Nivelul IgE totale în serul sanguin la pacienții cu formă moderată este de 2,5 ori mai mic, comparativ cu nivelul semnalat în forma gravă 109,26 ± 13,71 vs 275,68 ± 59,75. La pacienții cu formă ușoară de DA s-a observat creșterea IL-4 de 2,6 ori și a TNF-α – de 2,2 ori, reieșind din valorile medii de studiu în comparație cu cele din lotul de control: IL-4 – 2,67 ± 0,57/1,01 ± 0,13 și TNF-α – 7,13 ± 1,18/3,23 ± 0,27, (p < 0,05). Totodată, nivelul IgE totale în serul sanguin este mai mic, comparativ cu forma gravă și moderată de 4,6 și, respectiv, de 1,8 ori. Valorile medii pentru IL-2 la pacienții cu formă ușoară a prezentat modificări nesemnificative, în comparație cu lotul de control (tab. 5).

Tabelul 5

Valori medii ale citokinelor circulante la copiii cu dermatită atopică severă, moderată, ușoară (M+m)

Gradul severității	IL-2 (pg/ml)	IL-4 (pg/ml)	TNF-α (pg/ml)
Ușoară (n = 23)	3,19 ± 0,74***	2,67 ± 0,57**	7,13 ± 1,18**
Moderată (n = 67)	7,61 ± 1,01*	2,66 ± 0,31*	13,92 ± 0,92*
Gravă/severă (n = 20)	9,45 ± 1,42*	3,34 ± 0,87**	20,39 ± 1,62*
Lotul de control	2,98 ± 0,35	1,01 ± 0,13	3,23 ± 0,27

Notă. * - p < 0,001, ** < 0,05, *** > 0,05, veridicitatea diferenței, în comparație cu lotul de control.

Așadar, majorarea nivelului seric de IL-2, IL-4 și TNF-α,

în comparație cu lotul de control, se constată la pacienții cu formă gravă și moderată a DA (indicii SCORAD 55,44 ± 2,28, p < 0,001, și, respectiv, 33,71 ± 0,53, p < 0,001). În forma gravă și moderată, s-a observat o reducere ușoară a indicilor de 1,2, 1,3 și, respectiv, de 1,5 ori. De menționat, nivelul IgE totale înalt în funcție de severitatea maladiei, respectiv pentru forma gravă – 275,68 ± 59,75, (p < 0,001), moderată – 109,26 ± 13,71 (p < 0,001) și ușoară – 60,45 ± 16,15 (p < 0,05).

Analiza comparativă a indicilor relevă majorarea evidentă a TNF-α pentru toate formele maladiei, o creștere mai puțin exprimată pentru IL-2 și una ușoară pentru IL-4 la pacienții cu forme grave și moderate.

Valorile medii ale TNF-α, evaluate la bolnavii cu formă extrinsecă și intrinsecă a DA, sunt aproximativ aceleași. Totodată, nivelul seric al IL-2 în forma extrinsecă a fost majorat, comparativ cu cea intrinsecă de 1,4 ori, iar pentru IL-4 se constată o majorare de 1,9 ori în forma extrinsecă, comparativ cu cea intrinsecă. La modul practic, diferențele acestea nu sunt impunătoare și mai puțin notabile (tab. 6).

Tabelul 6

Valori medii ale citokinelor circulante și ale IgE la copiii cu dermatită atopică extrinsecă/intrinsecă și subiecții „condiționat sănătoși” (lotul de control) (M+m)

Forme clinice	IgE totale IU/ml	IL-2 (pg/ml)	IL-4 (pg/ml)	TNF-α (pg/ml)
Extrinsecă (n = 65)	207,64 ± 21,4*	7,68 ± 0,9*	3,89 ± 0,49*	13,38 ± 0,97*
Intrinsecă (n = 45)	15,10 ± 1,99***	5,41 ± 0,84**	2,08 ± 0,28*	13,99 ± 1,32*
Lotul de control	19,50 ± 3,04	2,98 ± 0,35	1,01 ± 0,13	3,23 ± 0,27

Notă. * - p < 0,001; ** - p < 0,05, *** > 0,05, veridicitatea diferenței în comparație cu lotul de control

Evaluarea semnificației diferenței dintre parametri la bolnavii cu formă severă, moderată, ușoară, extrinsecă și intrinsecă a DA, conform Wilcoxon signed rank test, dovedindu-se nesemnificativă pentru: IL-2/control în formă ușoară; IgE/TNF-α în formă intrinsecă; IL-2/IL-4 în formă moderată și ușoară.

Parametrii studiați IgE, IL-2, IL-4 și TNF-α la bolnavii cu formă severă, moderată, ușoară, extrinsecă și intrinsecă a DA au fost supuși analizei corelaționale conform Spearman's rho test.

Analizând formele clinice conform severității maladiei și nivelul IgE totale, s-au relevat următoarele corelații semnificative: pozitive între IgE/IL-4 în formă severă (rs=0,46) și formă extrinsecă/intrinsecă (rs=0,3/0,33); pozitive între IgE/IL-2 în formă moderată (rs=0,3); pozitive între IL-2/IL-4 în formă severă/ușoară (rs=0,3/0,4), pozitive între IL-4/TNF-α în formele extrinsecă/intrinsecă (rs = 0,22), precum și negative între IgE/TNF-α în forma ușoară (rs=-0,22).

Discuții

Studiul constată majorarea citokinelor proinflamatorii (IL-2, TNF- α) în serul sanguin la copiii atopici, fiind în concordanță cu severitatea maladiei (indicele SCORAD) și nivelul IgE serice totale. Se constată o corelație pozitivă semnificativă dintre nivelul de IgE serice și IL-4 atât în formă severă, cât și în formele extrinsece și intrinsece, ceea ce denotă o dominare a răspunsului tip Th2 la pacienții atopici în anumite faze evolutive. Creșterea ne semnificativă a nivelului seric de IL-4, comparativ cu citokinele proinflamatorii (TNF- α , IL-2) se datorează, posibil, unui răspuns compensator antagonizat Th1 la copiii cu un istoric de durată a dermatitei atopice, având leziuni infiltrative lichenificate.

Conform datelor unor autori, majorarea TNF- α și a IL-2 se observă atât în acutizare, cât și în remisiunea DA [53], precum și în formele grave și diseminate ale DA [47, 53]. Totuși, studiile efectuate privind nivelul seric al IL-2 și TNF- α la bolnavii cu DA pun în evidență rezultate diverse, observând majorarea sau micșorarea acestora [43, 45, 46, 52], schimbări ne semnificative [46, 51] sau lipsa schimbărilor corelative a acestora în funcție de severitatea maladiei [43, 54]. Așadar, dinamica citokinelor în evoluția DA este una contradictorie, confirmând mobilul alternant, bifazic al răspunsului Th2/Th1.

Concluzii

1. Se constată majorarea nivelului citokinelor proinflamatorii (IL-2, TNF- α) în serul sanguin la pacienții cu DA, fiind în concordanță cu severitatea maladiei și nivelul IgE totale, în special, în formele moderate și severe.

2. Se determină o corelație pozitivă semnificativă dintre nivelul de IgE serice și IL-4, atât în forma severă, cât și în formele extrinsece și intrinsece, ceea ce denotă o dominare a răspunsului tip Th2 la pacienții atopici, în anumite faze evolutive.

3. Creșterea ne semnificativă a nivelului seric IL-4, comparativ cu citokinele proinflamatorii (TNF- α , IL-2) se datorează, posibil, unui răspuns compensator antagonizat Th2/Th1.

4. Depistarea corelațiilor pozitive semnificative dintre IL-2 și TNF- α constată menținerea răspunsului inflamator cronic de tip Th1, caracteristic pentru formele infiltrative și mai tardive ale DA.

5. O diferență notabilă a indicilor IL-2, IL-4 și TNF- α în formă extrinsecă și intrinsecă a DA nu se evidențiază, ceea ce corespunde datelor din literatura de specialitate.

Bibliografie

- Akdis M, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology. American Academy of Allergy. Asthma and Immunology PRACTALL Consensus Report. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;61:969-987.
- Altrichter S, et al. Serum IgE autoantibodies target keratinocytes in patients with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2008;128:2232-9.
- Bantz SK, Zhou Zhu, Tao Zheng. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. *J Clin Cell Immunol.* 2014;5:202.
- Bieber T. Mechanisms of disease: atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 2008;358:1483-94.
- Bogiatzi SI, Fernandez I, et al. Proinflammatory and TH2 cytokines synergize to induce thymic stromal lymphopoietin production by human skin keratinocytes. *J Immunol.* 2007;178:3373-7.
- Boguniewicz M, Leung DYM. Atopic dermatitis: a disease of altered skin barrier and immune dysregulation. *Immunol Rev.* 2011;242:233-246.
- Boyman, O, Sprent J. The role of interleukin-2 during homeostasis and activation of the immune system. *Nat Rev Immunol.* 2012;12:180-190.
- Byrne AM, Leung DYM. Immunology of atopic dermatitis. In: Harper's Textbook of Pediatric Dermatology. 3rd edition. 2011.
- Chan SC, Brown MA, Willcox TM. Abnormal IL-4 gene expression by atopic dermatitis T lymphocytes is reflected in altered nuclear protein interactions with IL-4 transcriptional regulatory element. *J Invest. Dermatol.* 1996;106:1131-38.
- Eder von Mutius WE. Hygiene hypothesis and endotoxin: what is the evidence? *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2004;4:113-117.
- Flohr C, Johansson SG, Wahlgren CF, et al. How atopic is atopic dermatitis? *J Allergy Clin Immunol.* 2004;114:150-158.
- Grewe M, Bruijnzeel-Koomen C, Schopf E, et al. A role for Th1 and Th2 cells in the immunopathogenesis of atopic dermatitis. *Immunol.* 1998;19:359-361.
- Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermatovener (Stokholm).* 1980;92(Suppl):44-47.
- Huang JL, Lee WY, Chen LC. Changes of serum levels of interleukin-2, intercellular adhesion molecule-1, endothelial leukocyte adhesion molecule-1 and Th1 and Th2 cell in severe atopic dermatitis after intravenous immunoglobulin therapy. *Ann. Allergy. Asthma. Immunol.* 2000;84(3):345-352.
- Ilii S, von Mutius E, Lau S, et al. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004;113(5):925-931.
- Ito T, Wang YH, Duramad O, et al. TSLP-activated dendritic cells induce an inflammatory T helper type 2 cell response through OX40 ligand. *J Exp Med.* 2005;202:1213-23.
- Jung T, Stingl G. Atopic dermatitis: Therapeutic concepts evolving from new pathophysiologic insights. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;122:1074-81.
- Kalinke DU, Wüthrich B. Clinical and allergologic-immunologic parameters in patients with atopic dermatitis. A prospective study (1989-1997). *Dermatology.* 1997;195:191.
- Kiekens RC, Thepen T, Bihari IC, et al. Expression of Fc receptors for IgG during acute and chronic cutaneous inflammation in atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 2000;142:1106-13.
- Kunz B, Oranje AP, Labrèze L, et al. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology.* 1997;195:10-19.
- Leung D. New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergol Int.* 2013;62:151-161.
- Mac Donald A, Maizels RM. Alarming dendritic cells for Th2 induction. *J. Exp. Med.* 2008;205:13-17.
- Marenholz I, Esparza-Gordillo J, et al. Shared genetic determinants between eczema and other immune-related disease. *Allergy Clin Immunol.* 2013;13:478-486.
- Mascia F, et al. *Amer. J. Pathol.* 2003;163:303-312.
- Noh G, Lee J. Atopic dermatitis and cytokines: the immunoregulatory and therapeutic implications of cytokines in atopic dermatitis part II: negative regulation and cytokine therapy in atopic dermatitis. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2012;6(3):248-261.

26. Novak N, Bieber T. Allergic and nonallergic forms of atopic diseases. *J Allergy Clin. Immunol.* 2003;112:252-262.
27. Rautava S, Ruuskanen O, et al. The hygiene hypothesis of atopic disease – an extended version. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004; 38:378-388.
28. Saxon A, Ke Z, Bahati L, et al. Soluble CD23 containing B cell supernatants induce IgE from peripheral blood B-lymphocytes and costimulate with interleukin-4 in induction of IgE. *J Allergy Clin. Immunol.* 1990;86:333-344.
29. Schmid-Grendelmeier P, Simon D, Simon HU, et al. Wuthrich Epidemiology, clinical features, and immunology of the „intrinsic“ (non-IgE-mediated) type of atopic dermatitis (constitutional dermatitis). *Allergy.* 2001;56:841-849.
30. Severity scoring of atopic dermatitis: The SCORAD Index (Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis). *Dermatology.* 1993;186:23-32.
31. Simpson CR, Anderson WJ, Helms PJ, et al. Coincidence of immune-mediated diseases driven by Th1 and Th2 subsets suggests a common etiology: a population-based study using computerized general practice data. *Clin Exp Allergy.* 2002;32:37-42.
32. Somos Z, Schneider I. Serum and secretory immunoglobulins in atopic dermatitis. *Orv Hetil.* 1993;134:1359-1361.
33. Soumelis V, Reche PA, Kanzler H, et al. Human epithelial cells trigger dendritic cell mediated allergic inflammation by producing TSLP. *Nat Immunol.* 2002;3:673-80.
34. Spergel JM. Epidemiology of atopic dermatitis and atopic march in children. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2010;30:269-280.
35. Tokura Y. Extrinsic and intrinsic types of atopic dermatitis. *J Dermatol.* 2010;58(1):1-7.
36. Van der Hulst AE, Klip H, Brand PL. Risk of developing asthma in young children with atopic eczema: a systematic review. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;120(3):565-569.
37. Vakirlis E, Lazaridou E, Tzellos TG, et al. Investigation of cytokine levels and their association with SCORAD index in adults with acute atopic dermatitis. *J. of the Europ. Academy of Dermatol. and Venerol.* 2010;25:409-416.
38. Williams HC, Robertson C, Stewart A, et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study in asthma and allergies in childhood. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1999;103:125-138.
39. Wüthrich B, Joller-Jemelka H, Helfenstein U, et al. Levels of soluble interleukin-2 receptors correlate with the severity of atopic dermatitis. *Dermatologica.* 1990;181:92-97.
40. Zheng T, Yu J, Oh MH, et al. The atopic march: progression from atopic dermatitis to allergic rhinitis and asthma. *Allergy Asthma Immunol. Res.* 2011;3:67-73.
41. Булина ОВ, Горланов ИА, Калинина НМ. Параметры цитокинового звена иммунитета у детей старшего возраста при atopическом дерматите. *Аллергология.* 2004;1.
42. Васильева ЮА. Терапевтический эффект озона при детской форме тяжелого atopического дерматита. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Архангельск, 2013;18.
43. Волкова ЕН, Морозов СГ, Тарасова МВ, et al. Исследование уровня циркулирующих цитокинов у больных atopическим дерматитом. *Вестник дермат и венерол.* 2014;2:26-30.
44. Глазунова ИБ, Бобынцев ИИ, Сирина ЛВ. Изменение показателей иммунного статуса после комплексной терапии atopического дерматита с применением даларгина. *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».* 2010;4.
45. Высотина АВ. Эффективность иммуномодулирующей и магнито-инфракрасной лазерной терапии при тяжелом atopическом дерматите у детей раннего возраста. Дис. ... канд. мед. наук. Киров, 2007;121.
46. Галанина АВ. Иммуногенетические параметры. изменения клинико-лабораторных показателей и их коррекция при atopическом дерматите у детей раннего возраста. Дис. ... д-ра мед. наук. Киров, 2008;202.
47. Козулин ЕЕ. Эффективность даларгина и кремнеземной корнеотерапии при atopическом дерматите и их влияние на регуляторные нейропептиды и цитокины. Дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2009;145.
48. Наследов АД. Математические методы психологического исследования. СПб, 2008.
49. Пенечко ЕМ. Возможности иммунокорректирующей терапии в лечении atopического дерматита с сопутствующим синдромом вторичной иммунной недостаточности. Дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 2015;175.
50. Саликова ТИ. Клинико-иммунологическая характеристика больных atopическим дерматитом с мутациями в гене филагрина. Дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2011;132.
51. Сормолотова ИН. Показатели иммунитета и качества жизни у школьников Забайкалья. Дис. ... канд. мед. наук. Чита, 2014;131.
52. Текучева ЛВ. Терапия детей, больных atopическим дерматитом, с учетом степени бактериальной обсемененности кожи и тяжести течения заболевания. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2009;22.
53. Цораева ЗА. Нарушение местного и системного иммунитета при atopическом дерматите у детей и совершенствование тактики его лечения. Дис. ... канд. мед. наук. Владикавказ, 2007;140.
54. Чусляева АА. Клинико-патогенетическое значение цитокинов и медиаторов аллергического воспаления у детей с atopическим дерматитом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2013;24.



Rolul barierei cutanate și mutațiile genei filagrinei în patogenia dermatitei atopice

*Nadejda DOLMA¹, Mircea BEȚIU²

¹Institutul Mamei și Copilului, ²Catedra Dermatovenerologie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: nadin.virlan@gmail.com

Epidermal barrier and mutations in the filaggrin gene in pathogenesis of atopic dermatitis

Abstract

Atopic dermatitis (AD) is a multifactorial, heterogenous disease that arises as a result of the interaction between both environmental and genetic factors. Loss-of-function mutations found within the FLG gene encoding the structural protein, filaggrin, represent the most significant genetic factor predisposing to AD identified to date. In this article is reviewed the updated one of the genetic factors predisposing to AD, namely, a failure of skin barrier function undermined by mutations in the filaggrin gene. These genetic defects are responsible for enhanced permeability of the skin for allergens while epicutaneous sensitization promotes the development of atopic dermatitis.

Key words: atopic dermatitis, genetic mutations, filaggrin, skin barrier.

Rolul barierei cutanate în patogenia DA

Conform opiniei unor autori, procesul inflamator în dermatita atopică (DA) rezultă din unele dereglări ale barierei cutanate [11, 63]. Xeroza și, respectiv, permeabilitatea cutanată defectuoasă dirijează DA spre acutizare și/sau remisiune. Acest fapt se referă la ipoteza „*outside/inside*”, explicând consecințele secundare ale răspunsului inflamator la iritanți și alergeni [13, 28, 37, 38], facilitând interacțiunea alergencelor cu celulele antigen-prezentatoare locale și celulele efectoare (3). Dereglarea barierei cutanate, indusă experimental prin alterarea stratului cornos (SC), determină sinteza/eliberarea citokinelor de tip IL-1 α , TNF- α , GM-CSF etc., rezultând acutizarea DA [11, 29, 32, 71].

Bariera cutanată poate fi împărțită în 3 direcții: barieră fizică împotriva agenților patogeni și mecanici; biochimică – cu acțiune antimicrobiană și chimică – contra pierderilor nereglementate de apă și a substanțelor dizolvate [20]. Genele, care codifică proteinele structurale și de reglementare, sunt localizate în complexul de diferențiere epidermală (EDC) pe cromozomul 1q21 [6]. Formându-se prin diferențierea/reînnoirea keratinocitelor, bariera cutanată se află sub controlul citokinelor [20].

Pe parcursul cornificării, keratinocitele formează un înveliș care conține proteine și lipide, „*cornified envelope – CE*”, proteinele importante fiind lorricrina și involucrina [62]. Acestea sunt legate cu filamentele keratinocitare (keratinele 1, 10 etc.), stabilite prin *cross-linking*-ul FLG [28], ceea ce oferă rezistență și consolidarea corneocitelor cu lipide și ceramide [6, 28, 29, 43]. Monomerii FLG, prin înlocuirea membranei keratinocitare, oferă apărare mecanică, menținând integritatea cutanată [6, 52, 53, 54]. Când, în fine, FLG se transformă în componentele NMF (*natural moisturizing factor*) [21, 54], acestea rețin apa în corneocite și împiedică dezvoltarea spațiilor intercorneocitare, majorând rezistența la alergeni și iritanți [20, 54, 62]. Deficitul profilagrinei/

filagrinei permite pătrunderea intracutanată a alergenilor în exces, ulterior declanșând procesul inflamator și sinteza crescută a citokinelor proinflamatorii [4, 14, 56, 53]. Stratul exterior al corneocitului este constituit din ceramide și lipide, stocate în granulele lamelare și, ulterior, pe parcursul cornificării, extrădate în spațiul extracelular al stratului granular superior, formând un mortar cu lamele lipidice [30, 35]. Matricea lamelară lipidică, fiind o substanță cristalină, compusă din ceramide, acizi grași, colesterol și esteri ai colesterolului [54, 59], există ca un gel lamelar coerent, multifuncțional (prevenirea pierderii de apă transepidermală, antimicrobiană etc.) [9]. În fine, stratul cornos este format din corneocite moarte și aplatizate, legate strâns de corneodesmosomi, înconjurate de lipide insolubile [4].

Maturizarea perturbată și livrarea granulelor lamelare s-a semnalat în piele la atopici, determinând o deficiență considerabilă în acizi, lipide și enzime în SC și, respectiv, a funcției de barieră [20, 38, 44]. Studiile au arătat că nivelul seric al IgE totale s-a corelat cu indicii SCORAD, bariera cutanată defectuoasă și mutațiile în gena FLG [47]. Dereglările barierei cutanate facilitează creșterea reacțiilor de hipersensibilizare și a răspunsului imun sistemic, inițiind „*marșul atopic*” [26].

Procesul de descumare a corneocitelor crează un echilibru adecvat și permite o reînnoire continuă a celulelor epidermale, bariera cutanată fiind intactă pentru alergeni și iritanți în straturile profunde ale pielii [20]. Rata descumării este strict reglementată de serin-proteazele esențiale (serin-protează limfoepitelială kazal-type 5 – LEKTI), activitatea cărora depinde de pH-ul porțiunii superficiale a SC [7, 9, 10, 18, 19, 34, 60]. Nivelul pierderii transepidermale de apă (TEWL) se corelează cu activitatea proteazelor, severitatea DA și, de asemenea, cu mutațiile în genele responsabile pentru bariera cutanată [12, 13, 17, 20, 67].

Așadar, perturbările barierei cutanate în DA au loc în

Tabelul 1

Studii genetice privind mutațiile FLG în DA (Brown, 2008)

Studii populaționale	Metode de recrutare	% cazuri de eczemă cu una sau mai multe mutații FLG	Valoarea P din χ^2 , analiză	Cotă/raport (95% CI - confidence interval)
Ireland (Palmer, 2006)	52 de copii spitalizați	56	3×10^{-17}	13,4 (6.2 to 27.5)
Scotland (Palmer, 2006)	604 copii cu astm (204 cu DA)	23	$4,8 \times 10^{-11}$	3.3 (2.1 to 5.6)
Denmark (Palmer, 2006)	307 din <i>birth cohort</i> de la mame cu astm (142 cu DA)	17,5	$< 0,0001$	HR2.8 (1.7 to 4.5)
Germany (Weidinger, 2006)	476 părinți-copii spitalizați	22,75	$5,1 \times 10^{-8}$	-
Europe (Marenholz, 2006)	490 de familii cu DA (903 copii cu DA)	18,6	Sibling TDT: 1.9×10^{-9}	-
Germany (Marenholz, 2006)	871 din <i>birth cohort</i> (189 cu DA)	16,7	$3,5 \times 10^{-5}$	3,73 (1.98 to 7.02)
Germany (Ruether, 2006)	272 de copii spitalizați	35	$2,01 \times 10^{-8}$	7.1 (3.41 to 14.78)
Germany (Ruether, 2006)	338 de părinți-copii	14,2 (numai R501X)	0,0001	3.39 (1.75 to 6.58)
England (Barker, 2007)	163 de pacienți-adulți spitalizați	42	$1,7 \times 10^{-53}$	7.7 (5.3 to 10.9)
Germany (Stemmler, 2007)	378 de pacienți spitalizați (210 cu debutul până la 2 ani)	21,3 pentru DA cu debutul până la 2 ani	0,001 pentru toate vârstele; $7,6 \times 10^{-7}$ pentru cei cu debutul până la 2 ani	-
Germany (Weidinger, 2007)	274 de adulți spitalizați	21,1	$4,9 \times 10^{-5}$	3.53 (1.92 to 6.48)
Japan (Nomura, 2007)	7 pacienți cu ihtioză vulgară și 143 - cu DA, spitalizați	NA	0,0015*	-
Northern Europe & Asia (Morar, 2007)	148 de familii cu copii spitalizați	26,4	0,002	2.03 (1.46 to 2.81)
Europe & South Asia (Morar, 2007)	278 de familii cu copii spitalizați	26,4	0,008 (LOD=1,24)	2.03 (1.46 to 2.81)
Ireland (Sandilands, 2007)	188 de copii spitalizați (inclusiv 52 de pacienți în studiu de cohortă)	47	$2,12 \times 10^{-51}$	10.02 (6.75 to 14.89)
Germany (Novak, 2008)	56 de adulți în cohortă	Nu este calculat	Logistic regression: $3,0 \times 10^{-5}$	6.78 (2.76 to 16.64)
Italy (Giardina, 2008)	178 de cazuri cu DA	0,6	Nu este calculat	-
Sweden (Ekelund, 2008)	406 familii cu eczemă la adulți	Nu este calculat	PDT: $9,5 \times 10^{-5}$	2.21 (1.50 to 3.25)
England (Brown, 2008)	811 copii din cohorta neselectată (195 cu DA)	18,4	Fisher exact test: $1,2 \times 10^{-4}$	1.2 (0.7 to 1.9) pentru heterozigoți; 26,9 (3.3 to 217.1) pentru homozigoți
England (Henderson, 2008)	6971 de copii din cohorta neselectată (1445 cu DA)	20,7	$3,96 \times 10^{-20}$	2,73 (1.87 to 3.99) pentru heterozigoți; 4,98 (9.99 to 382.5) pentru homozigoți
Germani (Weidinger, 2008)	3099 de copii din studiul transversal (540 cu DA)	15,8	$2,5 \times 10^{-14}$	3,115 (2.326-4.173)

dependență de factori multipli: majorarea pH-ului în straturile superioare ale epidermului, activitatea crescută a serin-proteazelor și/sau reducerea activității inhibitorilor acestora, dimensiunea corneocitelor [30], factorii *trigger* de mediu, perpetuarea pruritului [12, 13, 37, 38], precum și de mutațiile în genele responsabile pentru bariera cutanată. De notat, mutațiile în gena FLG sunt asociate cu scăderea NMF și, respectiv, majorarea TEWL [33].

Rolul mutațiilor filagrinei în patogenia DA

Diversitatea studiilor privind DA relevă identificarea genelor responsabile, inclusiv, de integritatea barierei epidermale în DA [29, 41, 43, 50, 51, 64, 65, 68, 69, 70].

Genă FLG se situează în complexul, care codifică o serie de proteine implicate în diferențierea epidermală (*epidermal differentiation complex* – EDC), unele dintre care sunt încorporate în CE [45]. Structura genomului FLG este extrem de complexă, gena fiind situată pe regiunea cromozomială 1q21, controlând diferențierea finală a keratinocitelor [31].

În prezent, mutațiile identificate în gena FLG sunt considerate de un risc înalt în dezvoltarea DA [4, 5, 29, 43], majoritatea studiilor referindu-se la forma extrinsecă a DA [12, 13, 37].

Pentru prima dată, la bolnavii cu DA, Palmer și colab. (2006), au determinat mutațiile în gena FLG [50]. Scăderea funcționalității FLG și, respectiv, a NMF rezultă în reducerea capacității corneocitelor de a reține apa și dificultăți în menținerea CE, micșorând elasticitatea și rezistența mecanică cutanată [21, 33].

S-au constatat corelații semnificative dintre severitatea maladiei și dificultățile barierei cutanate la pacienții cu DA [47]. Apropo, într-un studiu separat, efectuat în populația franceză, mutații în gena FLG nu s-au observat [25].

Depistarea mutațiilor în gena FLG la unii pacienți cu DA (forma intrinsecă, stadiul de remisiune), s-a corelat cu majorarea nivelului IL-4 și IL-17 în exudatul cutanat, explicând exprimarea inflamației reziduale în piele [73].

Studii multiple demonstrează și confirmă asocierea variantelor polimorfe ale genei FLG în DA [1, 2, 23, 27, 36, 40, 41, 48, 51, 58, 61, 64, 68, 73], excepție fiind o lucrare [15]. Concomitent s-au determinat mutații în alte gene-candidate: IL-4 [31]; IL-13 [22, 39], IL4R [49]; TNF- α [72].

Una sau mai multe mutații în gena FLG se constată în 14-56% cazuri de eczemă [4, 5, 23, 29, 50, 55, 69 et al.]. În tabelul 1 sunt prezentate studiile de identificare a mutațiilor în gena FLG.

În genere, pentru ihtioza vulgară și DA, în populația europeană, s-au determinat 21 de asocieri ale variantelor polimorfe în gena FLG, iar în cea asiatică – 17 [1, 4, 5, 16, 48, 57, 68, 69]. Regiunea cromozomială 1q21 este implicată și în apariția ihtiozei vulgare [16, 24, 50], xeroza fiind comună pentru ambele maladii.

Asocieri de variante polimorfe în gena FLG, R501X și 2282del4, sunt cele mai des demonstrate în populația europeană [41, 50], fiind corelate cu nivelul seric înalt al

IgE, debutul precoce al DA, evoluția persistentă, precum și predispunerea la astm bronșic extrinsec [2, 4, 5, 16, 23, 46, 68, 70].

De asemenea, s-au determinat și alte asocieri de variante polimorfe în gena FLG cu frecvența înaltă a alelelor: în populația europeană – 3702delG, R2447X, S3247X; în populația euro-americană și europeană – R1474X, 5360delG, 6867delAG, 7267delCA, 11029delCA, 11033del4, Q3683X, R4307X, dar cu frecvența alelelor mult mai mică [4, 5, 16, 57]; la pacienții din China, Japonia, Singapore cu ihtioză vulgară și eczemă, s-au stabilit mutații în exonul 3 al genei FLG – 441delA, 1249insG, 3321delA, Q2147X, E2422X, S2554X, 7945delA, S2889X, S3296X [8, 48, 58]; în populația Rusiei – 2282del4, R501X [45, 73]. Diversitatea asocierilor în gena FLG pentru ihtioza vulgară, precum și pentru eczemă este în dependență etnică [4, 5, 73].

Descoperirea mutațiilor în gena FLG permite aprofundarea cunoștințelor privind patogenia DA în beneficiul îngrijirii adecvate a pacienților [4, 5, 29, 38].

Așadar, xeroza cutanată la pacienții cu DA rezultă din pierderi transepidermice excesive de apă, deficit de ceramide și FLG la nivel tegumentar, cauzat de variațiile funcționale în gena FLG [29, 37, 38]. Persoanele cu mutații în gena FLG sunt predispuse la sensibilizări diverse [68]. Perturbările în sinteza FLG au o importanță deosebită în patogenia DA, dar nu pot să explice exhaustiv mecanismul în majoritatea cazurilor de DA, inclusiv și în formele severe [13].

Totuși, descoperirea asocierilor de variante polimorfe în gena FLG reprezintă o realizare importantă pentru înțelegerea predispoziției ereditare a DA și conturează posibilități de îngrijire adecvată a pacienților.

Concluzii

Determinismul genetic al DA rămâne a fi precizat în studii complexe de identificare a mutațiilor în genele-candidate esențiale pentru DA. În acest context, studierea maladiilor multifactoriale, inclusiv a DA, necesită o abordare holistică a particularităților clinice, imunologice și genetice.

Bibliografie

1. Barker JWN, Palmer CN, Zhao Y. Null mutation in the filaggrin gene (FLG) determine major susceptibility to early-onset atopic dermatitis that persists into adulthood. *J. Invest. Dermatol.* 2007;127:564-567.
2. Baurecht H, Irvine AD, Novak N, et al. Toward a major risk factor for atopic eczema: meta-analysis of filaggrin polymorphism data. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;120:1406-12.
3. Bieber T, Bruijnzeel-Koomen C. Langerhans cells in the pathophysiology of atopic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol.* 2009;124(4):753-60.
4. Brown SJ, Irvine AD. Atopic eczema and the filaggrin story. *Semin Cutan Med Surg.* 2008;27:128-37.
5. Brown SJ, Relton CL, Liao H, et al. Filaggrin null-mutations and childhood atopic eczema: a population-based case-control study. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121:940-6e943.

6. Candi E, Schmidt R, Melino G. The cornified envelope: a model of cell death in the skin. *Nat Rev Mol Cell Biol.* 2005;6:328-40.
7. Caubet C, Jonca N, Brattsand M, et al. Degradation of corneodesmosome protein by two serineproteases of the kallikrein family, SCTE/KLK5/hK5 and SCCE/KLK7/hK7. *J Invest Dermatol.* 2004;122:1235-44.
8. Chen H, Ho JC, Sandilands A, et al. Unique and recurrent mutations in the filaggrin gene in Singaporean Chinese patients with ichthyosis vulgaris. *J Invest Dermatol.* 2008;128:1669-75.
9. Cork MJ, Danby SY, Vasilopoulos Y, et al. Epidermal Barrier Dysfunction in Atopic Dermatitis. *J Invest. Dermatol.* 2009;129:1892-1908.
10. Deraison C, Bonnart C, Lopez F, et al. LEKTI fragments specifically inhibit KLK5, KLK7, and KLK14 and control desquamation through a pH-dependent interaction. *Mol Biol Cell.* 2007; 18:3607-19.
11. Elias PM, Choi EH. Interactions among stratum corneum defensive functions. *Exp Dermatol.* 2005;14:719-26.
12. Flohr C, Johansson SG, Wahlgren CE, Williams H. How atopic is atopic dermatitis? *J Allergy Clin Immunol.* 2004;114:150-158.
13. Flohr C. Eczema and allergic sensitisation – what is the link? *J Allergy Clin Immunol.* 2013;26(3):131-134.
14. Gan SQ, McBride OW, Idler WW, et al. Organization, structure, and polymorphisms of the human profilaggrin gene. *Biochemistry.* 1990;29:9432-40.
15. Giardina E, Paolillo N, Sinibaldi C, et al. R501X and 2282del4 filaggrin mutations do not confer susceptibility to psoriasis and atopic dermatitis in Italian patients. *Dermatology.* 2008;216:83-84.
16. Greisenegger E, Novak N, Maintz L, et al. Analysis of four prevalent filaggrin mutations (R501X, 2282del4, R2447X and S3247X) in Austrian and German patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:607-10.
17. Gupta J, Grube E, Ericksen MB, et al. Intrinsically defective skin barrier function in children with atopic dermatitis correlates with disease severity. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121:725-30, e2.
18. Hachem JP, Crumrine D, Fluhr J, et al. pH directly regulates epidermal permeability barrier homeostasis, and stratum corneum integrity/cohesion. *J Invest Dermatol.* 2003;121:345-53.
19. Hachem JP, Houben E, Crumrine D, et al. Serine protease signaling of epidermal permeability barrier homeostasis. *J Invest Dermatol.* 2006;126:2074-86.
20. Hänel KH, Cornelissen Ch, Lüscher B, Baron JM. Cytokines and the Skin. *Int. J. Mol. Sci.* 2013;14(4):6720-6745.
21. Harding CR, Bartolone J, Rawlings AV. Effects of natural moisturizing factor and lactic isomers on skin function. In: *Dry Skin & Moisturisers, Chemistry and Function, Dermatology: Clinical & Basic Science Series* (M. Loden, HI Maibach, eds). London: CRC Press, 2000;229-41.
22. He JQ, Chan-Yeung M, Becker AB, et al. Genetic variants of the IL13 and IL4 genes and atopic diseases in at-risk children. *Genes Immun.* 2003;4:385-389.
23. Henderson J, Northstone K, Lee SP, et al. The burden of disease associated with filaggrin mutations: a population – based, longitudinal birth cohort study. *Allergy Clin. Immunol.* 2008;121:872-877.
24. Howard MS, et al. Loss of function mutations in the filaggrin gene lead to reduced level of natural moisturizing factor in stratum corneum *JID.* 2008; 4:178-181.
25. Hubiche T, Ged C, Benard A, et al. Analysis of SPINK5, KLK7 and FLG genotypes in a French atopic dermatitis cohort. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:499-505.
26. Hudson TJ. Skin barrier function and allergic risk. *Nat Genet.* 2006;38:399-400.
27. Jungersted JM, Scheer H, Mempel M, et al. Stratum corneum lipids, skin barrier function and filaggrin mutations in patients with atopic eczema. *S Allergy.* 2010;65(7):911-8.
28. Jung T, Stingl G. Atopic dermatitis: Therapeutic concepts evolving from new pathophysiologic insights. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;122:1074-81.
29. Irvine AD, McLean WH, Leung DY. Filaggrin mutations associated with skin and allergic diseases. *N Engl J Med.* 2011;365:1315-1327.
30. Kashibuchi N, Hirai Y, O’Goshi K, Tagami H. Three-dimensional analyses of individual corneocytes with anatomic force microscope: morphological changes related to age, location and to the pathologic skin conditions. *Skin Res Technol.* 2002;8:203-11.
31. Kawasaki H, Nagao K, Kubo A, et al. Altered stratum corneum barrier and enhanced percutaneous immune responses in filaggrin-null mice. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;129:1538-1546.
32. Kawashima T, Noguchi E, Arinami T, et al. Linkage and association of an interleukin 4 gene polymorphism with atopic dermatitis in Japanese families. *J Med Genet.* 1998;35:502-4.
33. Kezic S, Kemperman PM, Koster ES, et al. Loss-of-function mutations in the filaggrin gene lead to reduced level of natural moisturizing factor in the stratum corneum. *J Invest Dermatol.* 2008 [Epub ahead of print].
34. Komatsu N, Saijoh K, Kuk C, et al. Human tissue kallikrein expression in the stratum corneum and serum of atopic dermatitis patients. *Exp Dermatol.* 2007;16:513-9.
35. Lavker RM, Matoltsy AG. Formation of horny cells: the fate of organelles and differentiation products in ruminal epithelium. *J Cell Biol.* 1970;44:501-12.
36. Levin AM, Mathias RA, Huang L, et al. A meta-analysis of genome-wide association studies for serum total IgE in diverse study populations. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131:1176-1184.
37. Leung DY, Bieber T. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2003;361:151-160.
38. Leung DY. New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergol Int.* 2013;62:151-161.
39. Liu X, Nickel R, Beyer K, et al. An IL13 coding region variant associated with a high total serum IgE level and atopic dermatitis in the German multicenter atopy study (MAS-90). *J Allergy Clin Immunol.* 2000;106:167-70.
40. Ma L, Zhang L, Di ZH, et al. Association analysis of filaggrin gene mutations and atopic dermatitis in Northern China. *Br J Dermatol.* 2010;162(1):225-7.
41. Marenholz I, Nickel R, et al. Filaggrin loss-of-function mutations predispose to phenotypes involved in the atopic march. *Allergy Clin Immunol.* 2013;13:478-486.
42. Maximova IuV, et al. The role of filaggrin gene polymorphism in familial predisposition to atopic dermatitis. *Clin Dermatol and Venereol.* 2014;2:24-26.
43. McAleer MA, Irvine AD. The multifunctional role of filaggrin in allergic skin disease. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131:280-291.
44. Mecheleidt O, Kaiser HW, Sanhoff K. Deficiency of epidermal protein-bound omega-hydroxyceramides in atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2002;119:166-73.
45. Mischke D, Korge BP, Marenholz I, et al. Genes encoding structural proteins of epidermal cornification and S100 calcium-binding proteins for magene complex (“epidermal differentiation complex”) on human chromosome 1q21. *J Invest Dermatol.* 1996;106:989-92.
46. Morar N, Saffron Willis-Owen A, Miriam Moffatt F, et al. The genetics of atopic dermatitis. *Am. Acad. Allergy, Asthma and Immunol.* 2006;24-34.
47. Nemoto-Hasebe I, Akiyama M, Nomura T, et al. Clinical severity

- correlates with impaired barrier in filaggrin-related eczema. *J Invest Dermatol.* 2009;129:682-9.
48. Nomura T, Akiyama M, Sandilands A, et al. Specific filaggrin mutations cause ichthyosis vulgaris and are significantly associated with atopic dermatitis in Japan. *J Invest Dermatol.* 2008; 128:1436-41.
49. Oiso N, Fukai K, Ishii M. Interleukin4 receptor alpha chain polymorphism Gln551Arg is associated with adult atopic dermatitis in Japan. *Br J Dermatol.* 2000;142:1003-6.
50. Palmer CN, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A, et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet.* 2006;38:441-6.
51. Paternoster L, Standl M, Chen CM, et al. Meta-analysis of genome-wide association studies identifies three new risk loci for atopic dermatitis. *Nat Genet.* 2012;44:187-192.
52. Presland RB, Coulombe PA, Eckert RL, et al. Barrier function in transgenic mice over-expressing K16, involucrin, and filaggrin in the suprabasal epidermis. *J Invest Dermatol.* 2004;123:603-6.
53. Presland RB, Kimball JR, Kautsky MB, et al. Evidence for specific proteolytic cleavage of the N-terminal domain of human profilaggrin during epidermal differentiation. *J Invest Dermatol.* 1997;108:170-8.
54. Rawlings AV. Trends in stratum corneum research and the management of dry skin conditions. *Int J Cosmetic Sci.* 2003;25:63-95.
55. Ruether A, Stoll M, Schwarz T, et al. Filaggrin loss-of-function variant contributes to atopic dermatitis risk in the population of Northern Germany. *Br J Dermatol.* 2006;155:1093-1094.
56. Samed K, Haesam M. Changes in lesional skin of patients with atopic dermatitis following topical pimecrolimus 1% cream. *EDOJ.* 2009;91:1146-1157.
57. Sandilands A, O'Regan GM, Liao H, et al. Prevalent and rare mutations in the gene encoding filaggrin cause ichthyosis vulgaris and predispose individuals to atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2006;126:1770-5.
58. Sasaki T, Kudoh J, Ebihara T, et al. Sequence analysis of filaggrin gene by novel shotgun method in Japanese atopic dermatitis. *Dermatol Sci.* 2008;51(2):113-20.
59. Sator PG, Schmidt JB, Honigsmann H. Comparison of epidermal hydration and skin surface lipids in healthy individuals and in patients with atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Acad. Dermatol.* 2003;48:352-358.
60. Seidenari S, Giusti G. Objective assessment of the skin of children affected by atopic dermatitis: a study on pH, capacitance and TEWL in eczematous and clinically uninvolved skin. *Acta Derm Venereol.* 1995;75:429-33.
61. Stemmler S, Parwez Q, Petrasch-Parwez E, et al. Two common loss-of-function mutations within the filaggrin gene predispose for early onset of atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2007;127(3):722-4.
62. Steinert PM, Marekov LN. The proteins elafin, filaggrin, keratin intermediate filaments, loricrin, and small proline-rich proteins 1 and 2 are isodipeptide cross-linked components of the human epidermal cornified cell envelope. *J Biol Chem.* 1995;270:17702-11.
63. Taieb A. Hypothesis: from epidermal barrier dysfunction to atopic disorders. *Contact Dermatitis.* 1999;41:177-80.
64. Tamari M, Hirota T. Genome-wide association studies of atopic dermatitis. *J Dermatol (Japan).* 2014;41:213-220.
65. Vasilopoulos Y, Cork MJ, Murphy R, et al. Genetic association between an AACC insertion in the 3' UTR of the stratum corneum chymotryptic enzyme gene and atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2004;123:62-6.
66. Vickery B. Skin barrier function in atopic dermatitis. *Curr Opin Pediatr.* 2007;19:89-93.
67. Voegeli R, Rawlings AV, Doppler S, et al. Increased basal transepidermal water loss leads to elevation of some but not all stratum corneum serineproteases. *Int J Cosmet Sci.* 2008;30:435-42.
68. Weidinger S, Illig T, Baurecht H, et al. Loss-of-function variations within the filaggrin gene predispose for atopic dermatitis with allergic sensitizations. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118(1):214-219.
69. Weidinger S, O'Sullivan M, Illig T, et al. Filaggrin mutations, atopic eczema, hay fever, and asthma in children. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121:1203-9e1201.
70. Weidinger S. Filaggrin mutations strongly predispose to early-onset and extrinsic atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2007;127:724-6.
71. Wood LC, Stalder AK, Liou A, et al. Barrier disruption increases gene expression of cytokines and the 55kD TNF receptor in murine skin. *Exp Dermatol.* 1997;6:98-104.
72. Karpova AV. Sochetannyi analiz allelnogo polimorfizma genov tsitokinov TNFA, IL-4, IL-5 i HLA-DRB1, - DQA1, - DQB1 pri razlichnikh variantakh klinicheskogo techeniya atopicheskogo dermatita. Dis. ... khd. med. nauk. Novosibirsk, 2009;116.
73. Salikova TI. Kliniko-immunologicheskaya kharakteristika bolnikh atopicheskim dermatitom s mutatsiyami v gene filaggrina. Dis. ... kand. med. nauk. Novosibirsk, 2011;132.



XeraCalm AD cremă în tratamentul adjuvant al dermatitei atopice

*Mircea BEȚIU, Irina BATÎR, Tatiana CAISÎM,
Nina FIODOROVA, Iulia EMEȚ

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Obiectiv. Urmărirea eficienței XeraCalm AD cremă în tratamentul complex al bolnavilor cu dermatită atopică (DA).

Material și metode. Lotul de studiu a cuprins 25 de pacienți cu DA, cu vârste cuprinse între 2 și 16 ani. La 15 pacienți (lotul I) s-a constatat o formă ușoară de DA (media SCORAD – 10,5), ceilalți 10 au constituit lotul II cu formă moderată de DA (media SCORAD – 25,4). Crema XeraCalm AD a fost aplicată de 2 ori în zi ca un adjuvant la terapia de bază (dermatocorticoizi și antihistaminice), pe arii de xeroză cutanată pronunțată și plăci cu aspect eritemato-scuamos. Durata tratamentului a constituit 2 săptămâni, urmat de un tratament anti-recidivă, aplicat de 2-3 ori pe săptămână, pe parcursul următoarelor 2 luni.

Rezultate. La 14 (93,3%) pacienți din lotul I, peste 5-7 zile s-a constatat dispariția xerozei și instalarea remisiunii clinice (efect foarte bun). La 6 (60%) bolnavi din lotul II, s-a stabilit involuția eritemului și păstrarea xerozei discrete la a 8 – a 10 zi, media SCORAD reducându-se de 2 ori (efect bun). Evoluție stagnantă s-a raportat la 5 (20%) din totalul pacienților din lotul de studiu (efect insuficient). Recurențele pe parcursul a 2 luni de tratament s-au observat în 7 (28%) cazuri.

Concluzii. XeraCalm AD cremă este eficientă în tratamentul adjuvant de combatere a xerozei la atopici, facilitează reducerea indicelui SCORAD, având contribuție anti-recidivă majoră în menținerea remisiunii clinice.

Cuvinte-cheie: dermatită atopică, tratament, XeraCalm AD cremă.

XeraCalm AD creme as adjuvant treatment in patients with atopic dermatitis

Objectives. To follow up the efficacy of XeraCalm AD crème, a part of adjuvant complex treatment for patients with atopic dermatitis.

Materials and methods. A total number of 25 patients with atopic dermatitis aged from 2 till 16 years were included in the research. In 15 patients (the 1st group) a mild form of atopic dermatitis was established (SCORAD mean – 10.5), another 10 (the 2nd group) presented a moderate form (SCORAD mean – 25.4). The XeraCalm AD crème was applied twice per day on sights with marked xerosis and erythemasquamous lesions as an adjuvant therapy for basic treatment (dermatocorticosteroids and antihistamines). Therapy lasted for 2 weeks, then antirecurrent treatment was made 2-3 times per week during the following 2 months.

Results. In 14 (93.3%) patients from the 1st group, after 5-7 days of treatment, xerosis has disappeared completely and clinical remission occurred (a very good effect). In 6 (60%) patients from the 2nd group an erythema involution was observed, although a discrete xerosis was still present at 8-10 days of treatment, SCORAD mean decreased 2 times (a good effect). A stagnant evolution was reported in 5 (20%) out of all the number of patients included in the study (insufficient result). In 7 (28%) patients recurrence has developed during first 2 months of the treatment.

Conclusions. XeraCalm AD crème is efficient adjuvant remedy for xerosis treatment in patients with atopic dermatitis, which facilitates decrease of SCORAD index, as well as represents a major antirecurrent effect.

Key words: atopic dermatitis, treatment, XeraCalm AD crème.

Gama Secalia în tratamentul dermatitei atopice

Gheorghe MUȘET

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: gheorghe.muset@usmf.md

Generalități. Dermatita atopică (DA) este o afecțiune cutanată, asociată cu xeroză importantă și permeabilitate cutanată defectuoasă. Emolientele și produsele hidratante sunt utilizate pe larg în tratamentul anti-xerotic, scopul final fiind restabilirea barierei cutanate perturbate. Din emolientele contemporane, este utilizată gama Secalia (IsisPharma) – Secalia DS (emulsie hidrolipidică), care conține unt de Shea și ulei Inca Inchi, precum și Secalia Ultra, constituită din unt de Shea (efect emolient și hidratant pronunțat), ulei Inca Inchi (efect antiinflamator, hiposensibilizant, reglează metabolismul lipidic), glicerină și vazelină (efect hidratant, emolient și protector).

Obiectiv. Urmărirea eficienței produselor din gama Secalia în tratamentul complex al bolnavilor cu DA.

Material și metode. Lotul de studiu a cuprins 61 de pacienți cu DA (sex masculin/sex feminin – 28/38), cu vârste cuprinse între 1 și 14 ani. Diagnosticul s-a stabilit în baza datelor anamnezice și clinice. Pentru standardizarea diagnosticului, a fost utilizat setul de criterii SCORAD. Conform punctajului SCORAD, pacienții au fost repartizați în 3 loturi: lotul 1 – 21 de pacienți, cu indici sub 30 de puncte (formă ușoară); lotul 2 – 27 de pacienți cu indici cuprinși între 30 și 50 de puncte (formă moderată); lotul 3 – 13 pacienți cu indici peste 50 de puncte (formă gravă). Emulsia Secalia DS a fost utilizată pe față, iar crema emolientă Secalia Ultra – pe corp, de 2 ori în zi, pe zonele de xeroză cutanată, ca tratament adjuvant al terapiei de bază. Durata tratamentului a constituit 15-20 de zile, variind în funcție de gravitatea maladiei. Monitorizarea eficienței terapeutice s-a efectuat la a 10-ea și a 20-ea zi, analizând dinamica scăderii indexului SCORAD.

Rezultate. Rezultatele obținute sunt prezentate în tabel. S-a constatat micșorarea indexului SCORAD la a 10-a zi - de 1,4 ori, iar la a 20-a zi - de 2,4 ori.

Valorile indexului SCORAD la administrarea tratamentului cu produsele gamei Secalia

Index SCORAD	Lotul 1	Lotul 2	Lotul 3	Medie
Până la tratament	21,5	43,8	69,6	44,9
I control	11,1	32,5	58,3	33,9
II control	0	14,6	30,5	22,3

Concluzii. Acest studiu susține eficiența gamei Secalia în tratamentul anti-xerotic la bolnavii cu DA. Scăderea semnificativă, de 2 ori, a mediei generale SCORAD în lotul de studiu, optimizează efectele obținute. De menționat, rezultatele excelente în formele ușoare și moderate de DA.

Cuvinte-cheie: dermatită atopică, tratament, gama Secalia.

Range of Secalia products for treatment of atopic dermatitis

Overview. Atopic dermatitis is a skin disease, which is associated with xerosis, and, respectively, increased cutaneous permeability. Emollients and moisturizing remedies are widely used for cutaneous dryness treatment in patients with atopic dermatitis to repair altered skin permeability. One of the contemporary products from among Secalia set (IsisPharma) is Secalia DS (a hydro lipid emulsion) which contains Shea and Inca Inchi butter and Secalia Ultra made of Shea butter (strong moisturizing and emollient effects), Inca Inchi oil (anti-inflammatory and hyposensitization effects, regulates lipid metabolism), glycerine and vaseline (moisturizing, emollient and protective effects).

Objectives. To follow up the efficacy of Secalia products in complex treatment of patients with atopic dermatitis.

Material and methods. A total number of 61 patients with atopic dermatitis (males/females – 28/38) aged 1 to 14 years old, were included in research. Diagnosis was made on the base of anamnestic data and clinical manifestations. SCORAD score was used to standardize the diagnosis. In accordance with SCORAD score patients were divided in 3 groups: the 1st group included 21 patients with SCORAD less than 30 points (mild form); the 2nd group was formed by 27 patients with SCORAD score ranged from 30 to 50 points (moderate form); the 3rd group was made of 13 patients with SCORAD score more than 50 points (severe form). Secalia DS emulsion has been applied on the face, while Secalia Ultra on the trunk twice per day on dry parts of the skin, as adjuvant therapy. Treatment lasted for 15-20 days depending on severity of the disease. The efficacy of Secalia products was monitored on the 10th and 20th day of treatment, using SCORAD score.

Results. The obtained results are presented in the table. SCORAD score decreased on the 10th day of treatment by 1.4 times and on the 20th day by 2.4 times, respectively.

SCORAD score	1st group	2nd group	3rd group	Mean
Before the treatment	21,5	43,8	69,6	44,9
On the 10th day	11,1	32,5	58,3	33,9
On the 20th day	0	14,6	30,5	22,3

Conclusions. This research study supports efficacy of Secalia products for xerosis treatment in patients with atopic dermatitis. Decrease by 2 times of SCORAD score means that it is a significant one, which proves visible effect. Also, excellent results were observed in patients with mild and moderate forms.

Key words: atopic dermatitis, treatment, range of Secalia.

Posibilități terapeutice în xeroză la atopici

Nadejda DOLMA¹, *Mircea BEȚIU², Nina FIODOROVA², Iulia EMEȚ²

¹Institutul Mamei și Copilului, ²Catedra Dermatovenerologie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Material și metode. S-a evaluat eficiența cremei Physiogel AI în tratamentul antixerotic al bolnavilor cu dermatită atopică (DA). Lotul de studiu a inclus 23 de pacienți cu DA, cu vârste cuprinse între 3 și 12 ani. La 16 pacienți (lotul I), s-a constatat o formă ușoară (media SCORAD – 10,6), ceilalți 7 au constituit lotul II, cu formă moderată (media SCORAD – 24,8). Crema Physiogel AI a fost aplicată ca adjuvant la terapia de bază cu dermatocorticoizi și antihistaminice și s-a administrat de 2 ori în zi, pe toată suprafața cutanată. Tratamentul adjuvant zilnic a fost aplicat pentru 4 săptămâni, urmat de un tratament anti-recidivă de 2-3 ori pe săptămână, pe parcursul următoarelor 2 luni.

Rezultate. Vârsta medie – 4,5 ani. La 15 (93,75%) pacienți din lotul I, peste 2-3 săptămâni, s-a constatat dispariția xerozei și instalarea remisiunii clinice (efect foarte bun). La 4 (57,1%) bolnavi din lotul II, s-a stabilit o involuție a eritemului și păstrarea xerozei discrete la 3-4 săptămâni, media SCORAD reducându-se de 2 ori (efect bun). O evoluție stagnantă s-a raportat la 4 (17,4%) din totalul pacienților din lotul de studiu (efect insuficient). Recurențe eritemato-xerozice, pe parcursul a 2 luni de tratament, s-au observat în 6 (26%) cazuri.

Concluzii. Crema Physiogel AI este eficientă în tratamentul adjuvant de combatere a xerozei la atopici, având contribuție anti-recidivă majoră în menținerea remisiunii clinice. Datorită N-palmitoylethanolamidei (efect antiinflamator și anti-pruriginos) și structurii membranare dermale, identice lipidelor naturale ale pielii, Physiogel AI cremă contribuie la restabilirea fiziologică a pielii. Având o capacitate de a transporta lipidele și ceramidele spre straturile mai profunde ale epidermului, Physiogel AI crema compensează pierderile de apă din piele. Astfel, bariera cutanată este regenerată în mod țintit și pe termen lung.

Cuvinte-cheie: dermatită atopică, tratament, Physiogel AI cremă.

Treatment options for xerosis in patients with atopic dermatitis

Material and methods. The efficacy of Physiogel A.I. crème for xerosis treatment in patients with atopic dermatitis (AD) was followed up in this study. A total number of 23 patients with AD at the age from 3 to 12 years were included in the study. 16 patients (the 1st group) presented a mild form of AD (SCORAD media-10.6), another 7 (the 2nd group) had a moderate form (SCORAD – 24.8). Physiogel A.I. crème was applied twice per day, all over the skin surface, as an adjuvant treatment, together with dermatosteroids and antihistamine drugs. Adjuvant treatment with Physiogel A.I. has been administered for 4 weeks, then followed by an antirecurrent therapy applied 2-3 times per week during 2 months.

Results. Mean age – 4.5 years. In 15 (93.75%) patients from the 1st group after 2-3 weeks of adjuvant treatment xerosis has disappeared and a prolonged remission occurred (a very good effect). In 4 (57.1%) patients from the 2nd group erythema has vanished, but discrete xerosis remained for 3-4 weeks of therapy, SCORAD media has reduced twice (a good effect). A stagnate evolution was reported in 4 (17.4%) from all patients (insufficient effect). Recurrence of erythematosquamous lesions has been observed in 6 (26%) patients during 2 months of treatment.

Conclusions. Physiogel A.I. crème is an efficient remedy for adjuvant treatment of xerosis in patients with AD, representing a major antirecurrent medicine in clinical practice. Physiogel A.I. crème restores a physiological state of the skin barrier due to the presence of N-palmitylethanolamid (PEA) and derma membrane structure (DMS), which are identical to skin lipids. Physiogel A.I. crème has a capacity to transport lipids and ceramides deep into the epidermis reducing transepidermal water loss. Thus, skin barrier is regenerated in a target-like and long lasting manner.

Key words: atopic dermatitis, treatment, Physiogel A.I. crème.

Abordări în tratamentul urticariei – reviu literaturii

Vera ONU¹, Marina CASAPCIUC², Iraida SEREBREANSCHI²,
Natalia RACOVITĂ², Daniela BALAGURA¹

¹Disciplina Gastroenterologie, Departamentul Medicină Internă
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Introducere. În baza rapoartelor de consens în cercetarea urticariei (U), la simpozioanele internaționale, au fost întocmite scheme de diagnostic și tratament, bazate pe dovezi științifice și clinice. Astfel, apare necesitatea de a adopta recomandările practicii mondiale în sistemul național de sănătate din Republica Moldova.

Scopul lucrării. Prezentarea noilor scheme de farmacoterapie în tratamentul U.

Material și metode. S-a efectuat sinteza și analiza informației științifice contemporane în domeniul tratamentului U. Primul principiu de terapie în U este identificarea și excluderea factorilor cauzali și a triggerilor provocatori. Un alt obiectiv ar fi corijarea dietei, deoarece alimentele constituie cauze frecvente în U acută, dar care mai rar determină U cronică. Este important tratamentul bolilor asociate. Medicația indicată în U este terapia antihistaminică H₁-AH de generația a II-a, cu creșterea dozei, la necesitate, de la 1 la 4 tab/zi. În caz de ineficiență, după 2 săptămâni, urmează administrarea antagoniștilor leucotrienici. În caz de acutizare: corticosteroizi sistemici (3-7 zile). Dacă boala este rezistentă la tratament, după 2-3 săptămâni, se adaugă preparate imunosupresoare și imunomodulatoare: Ciclosporină, Dapsonă, Omalizumab etc. La necesitate, tratamentul se reevaluează la 3-6 luni, cu reducerea treptată a dozelor.

Concluzie. Respectarea schemelor de tratament în U trebuie să fie reflectate în ghidurile de specialitate.

Cuvinte-cheie: urticarie, optimizarea tratamentului.

Treatment approaches of urticaria – literature review

Introduction. Based on the consensus reports in researching urticaria (U) from international symposiums, there have been drawn up schemes for diagnosis and treatment, based on scientific and clinical evidence. Therefore, this raises the need to adopt the recommendations of global practice into the national health system of Moldova.

Objectives. To introduce the new scheme of pharmacotherapy in the treatment of U.

Materials and methods. There were performed the synthesis and analysis of scientific data in the field of contemporary therapy treatment of U. The first therapeutic principle of U is the identification and exclusion of causal factors and triggers. The other objective is the dietary restriction since foods are common causes for acute U, but rarely cause chronic U. It is important to treat the associated diseases. The medication administered in U is the second-generation antihistamine therapy H₁-AH, with an increasing dose from 1 to 4 pills/day. If it proves ineffective after two weeks, leukotriene antagonists are included. At flare-ups: systemic corticosteroids (3-7 days). If the disease is resistant to treatment after 2-3 weeks immunosuppressants and immunomodulators preparations are added: Cyclosporine, Dapsone, Omalizumab etc. If necessary the treatment is reassessed at 3-6 months with gradually decreasing doses.

Conclusion. To follow the treatment schemes of U, which are stated in specialty guidelines.

Key words: urticaria, treatment optimization.

Observații asupra mastocitozei cutanate la copii

Nadejda DOLMA

Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: nadin.virlan@gmail.com

Generalități. Mastocitozele sunt afecțiuni rare, cu o evoluție cel mai frecvent benignă, datorate proliferării anormale de mastocite, care poate fi limitată la organul cutanat sau poate afecta și alte organe. Pentru prima dată, a fost descrisă de E. Nettleship și W. Tay (1869), iar termenul „mastocitoză” aparține lui Degos (1953). Referitor la repartiția pe vârstă, 80% dintre mastocitoze se întâlnesc la copii și sunt în 75% din cazuri depistate sub vârsta de un an.

Material și metode. În studiu, ne-am propus să prezentăm câteva aspecte privind cazurile de mastocitoză cutanată, observate în Institutul Mamei și Copilului, în perioada 2008-2015. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive, paraclinice și cele de tratament.

Rezultate. Au fost incluse în studiu 9 cazuri de mastocitoză. Vârsta pacienților a oscilat între 4 luni – 3 ani (b/f – 6/3). În 5 cazuri, debutul maladiei a avut loc în primul an de viață, iar în 4 cazuri - la vârsta de peste un an. La toți copiii incluși în studiu, s-au atestat manifestări clinice de tip urticarie pigmentară, exprimată în două variante clinice: forma maculară comună – 3 cazuri și forma maculo-papuloasă (Gougerot-Sezary) – 6 cazuri. În forma maculară s-a observat o erupție constituită din macule multiple, rotund-ovalare, cafenii, netede, de 1 mm - 1 cm în diametru, localizată pe toracele anterior și posterior, extremități, gât, tegument, având un aspect de “piele de leopard”. Bolnavii care acuza o formă maculo-papuloasă a urticariei pigmentare, maculele au fost intricate cu papule roșii-brune, de 0,5-1 cm în diametru, având localizări diverse. Semnul Darier-Nettleship (edemațierea leziunii la fricțiune și băi calde) era pozitiv în toate cazurile. Tabloul clinic de mastocitoză cutanată a fost completat cu maladii concomitente: disbacterioză intestinală – 2 cazuri, infecție cu citomegalovirus – 3 cazuri și chist renal – 1 caz. Devieri paraclinice (nivelul IgE totale, eozinofilie etc.) nu s-au observat. Diagnosticul clinic a fost confirmat prin examenul histopatologic (4 cazuri). Dispariția parțială a manifestărilor eruptive după tratamentul efectuat (ketotifen, cetirizină) s-a constatat în 3 cazuri.

Concluzii. Forma clinică cea mai frecvent întâlnită în mastocitoza cutanată a copilului este urticaria pigmentară. Tratamentul mastocitozelor este dificil, fiindcă nicio procedură terapeutică nu poate întrerupe evoluția maladiei. Prognosticul pentru copiii cu mastocitoză este favorabil în 80% din cazuri, marcat prin ameliorare sau vindecare până la pubertate. Evoluția ulterioară a cazurilor incluse în studiu va fi urmărită prin controale periodice.

Cuvinte-cheie: mastocitoză cutanată, copii, particularități.

Cutaneous mastocytosis in children: clinical observations

Overview. Mastocytosis is a rare disease, with in majority of cases a benign evolution, which is caused by abnormal proliferation of mast cells in skin or other organs. For the first time this disease was described by E. Nettleship and W.Tay (in 1869), while definition “mastocytosis” was given by Degos in 1953. Regarding to the age segregation 80% of cases of mastocytosis occur in children, 75% of which are observed in infants.

Material and methods. In this research author has presented some specific aspects of cutaneous mastocytosis, which were observed in children consulted at the Research Institute for Mother and Child Care during 2008-2015. The author has taken into consideration clinico-evolutive, laboratory and treatment data.

Results. 9 cases of mastocytosis were included into the study. Patients' age has oscillated from 4 months till 3 years (m/f – 6/3). The onset of the disease within first year of life has been observed in 5 cases, and in 4 cases in toddlers. In all children pigmented urticaria has been seen and 2 main forms were described as follows: obvious macular form in 3 cases and maculo-papular form (Gougerot-Sezary) in 6 cases, respectively. Macular form consisted of multiple, round-oval, brown, flat, 1 mm to 1 cm macules, which spread on patients' trunk, limbs and neck; tegument has taken an aspect of “leopard skin”. In patients with Gougerot-Sezary form both macules are red-brown; 0,5 to 1cm in diameter and disseminated papules were seen. Darier-Nettleship sign (swelling of the lesion due to mechanical irritation or hot bath) was positive in all cases. Some associated diseases were described: 2 cases of intestinal dysbacteriosis, 3 cases of cytomegalovirus infection and 1 case of nephrocyst. Lab tests (total IgE and eosinophil count) haven't shown any changes. In 4 cases diagnosis was made on the base of gistopathological report. Partial involution of skin eruption under the treatment with ketotifen and cetirizin was achieved in 3 cases.

Conclusions. The most frequent manifestation of cutaneous mastocytosis in children is pigmented urticaria. Treatment of mastocytosis represents a challenge for dermatologists because there is no procedure which can completely reduce evolution of the disease. Children with cutaneous mastocytosis have a benign prognosis, in 80% of cases, up to puberty period, a complete recovery has been observed. All those children who have been included into the research are permanently supervised by dermatologists.

Key words: cutaneous mastocytosis, children, particularities.

Tehnologiile informaționale în medicină

*Boris NEDELCIUC¹, Ion DUMBRĂVEANU², Corina CARDANIUC³

¹Catedra Dermatovenerologie, ²Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, ³Catedra Obstetrică și Ginecologie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: boris.nedelciuc@usmf.md

Generalități. Prefixul “e-”, întâlnit tot mai frecvent în ultimii ani (e-guvernare, e-sănătate, e-educație etc.), sugerează oportunitatea utilizării comunicațiilor electronice și a tehnologiilor informaționale în diverse domenii ale activității umane – economie, știință, învățământ, cultură. În medicină, utilizarea datelor digitale (în scopuri clinice, educaționale și administrative) nu mai este o noutate. În consecință, asistența medicală tinde să devină mai accesibilă și mai eficientă. Totodată, saltul uriaș al progresului tehnico-științific a creat premise pentru apariția unei noi abordări în relația medic-medic, dar mai ales medic-pacient. Conform studiilor, aproximativ 2/3 dintre vizitele la un spital sau la o clinică offline, pentru generarea unui diagnostic și/sau a unui plan de tratament, ar putea fi intermediare de Internet. Nu întâmplător, dacă ne uităm pe forumuri, observăm că numărul persoanelor, care caută răspunsuri la probleme de sănătate, este în continuă creștere.

Abordări practice. În contextul celor expuse mai sus, în septembrie 2015, a fost lansat un nou proiect medical – Health & Beauty Online Journal, revistă online de sănătate și frumusețe pentru întreaga familie, locație website: www.e-dermatologie.md. Conceput într-un format modern, interactiv și prietenos, revista este destinată publicului larg, pacienților de toate vârstele, celor care învață sau activează deja în domeniu – studenți, rezidenți, medici. Astfel, beneficiarii noștri au acces la informații de ultimă oră despre maladiile cutanate – rezumate, articole, cazuri clinice. De asemenea, sunt abordate subiecte, care vizează probleme de medicină estetică, sexuală și reproductivă – interviuri, comentarii, sfaturi practice etc. Ne exprimăm speranța că Health & Beauty Online Journal va fi, și de acum încolo, în epicentrul evenimentelor, comunicarea online, la distanță fiind un mijloc eficient de documentare și învățare.

Cuvinte-cheie: medicină, tehnologii informaționale, Health & Beauty Online Journal.

Information technologies in medicine

Generalities. The prefix “e-”, met more frequently in the recent years (e-government, e-health, e-education etc.), describes the use of electronic communications and information technologies in various fields of human activity – economics, science, education, culture. In medicine, the use of digital data (for clinical, educational and administrative purposes) is no longer a novelty. As a result, medical care tends to become more accessible and also more effective. However, the huge leap of the technical and scientific progress created premises for the appearance of a new approach in the doctor-doctor relationship, and especially in the doctor-patient relationship. According to several studies, about 2/3 of hospital and clinic visits that are meant to generate a diagnosis and a plan of treatment could potentially be intermediated over the Internet. Not incidentally, if you look on the forums, you can see that the number of people seeking answers to health problems is constantly growing.

Practical approaches. In the context of the above, we launched a new medical project in September 2015 – Health & Beauty Online Journal (website location: www.e-dermatologie.md). Designed in a modern format, interactive and friendly, the magazine is aimed at the general public: patients of all ages, keen learners or those already working in the field – students, residents, doctors. Thus, our readers have access to the latest information on skin diseases – summaries, articles, clinical cases. We also discuss subjects that concern aesthetic, sexual and reproductive medicine – interviews, comments, practical advice etc. We hope that from now on the Health & Beauty Online Journal will be the center stage of events and online communication as an effective means of documentation and learning at a distance.

Key words: medicine, information technologies, Health & Beauty Online Journal.

Abordări și tendințe contemporane în acnea vulgară

Boris NEDELCIUC

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: boris.nedelciuc@usmf.md

Generalități. Acnea vulgară (AV) este o afecțiune cu determinism genetic și expresie metabólico-hormonală, observată, de obicei, la adolescenți și adulții tineri, cu implicarea ariilor cutanate bogate în glande sebacee și foliculi piloși, manifestându-se clinic printr-un polimorfism lezional, iar uneori, din cauza aspectului inestetic, printr-un puternic handicap fizic, psihic și social.

Abordări etiopatogenice. Principalele verigi etiopatogenice ale AV sunt: a) hipersecreția sebacee, cauzată de dezechilibrul hormonal: androgeni > estrogeni); b) hiperkeratinizarea infundibulară; c) factorul microbial (*C. acnes*, *St. aureus*, *Peptostreptococcus spp.*); d) dereglările metabolice și imune. Mai multe studii recente evidențiază și alte perturbări: e) activarea receptorilor toll-like (TLR-2); f) eliberarea factorilor proinflamatori (IL-1-alfa, IL-6, IL-8, IL-12, TNF-alfa); g) exprimarea moleculelor de adeziune intercelulară (ICAM-1); h) activarea inflamazomului (NLRP-3); i) rolul metaloproteinelor (MMP-9) în degradarea fibrelor de colagen, în special în formele severe, conglomerate de acnee etc.

Tendințe contemporane. Modesta mea experiență, pe durata a două decenii și ceva de activitate profesională, îmi permite să evidențiez următoarele tendințe contemporane în acnea vulgară: 1) Creșterea numărului de adresări primare la medicii de familie și în saloanele de frumusețe; 2) Creșterea adresabilității băieților/bărbaților; 3) Mărirea numărului de cazuri de acnee tardivă (21-35 de ani); 4) Creșterea numărului de cazuri cu asocieri morbide (AV + alte manifestări de hiperandrogenism: dermatită seboreică, alopecie androgenică, hirsutism, dismenoree, ovare polichistice); 5) Mărirea numărului de efecte adverse, în special după manopere cosmetice; 6) Amplificarea retinoidofobiei, atât în rândul pacienților, cât mai ales în rândul medicilor; 7) Creșterea numărului de cazuri de polipragmazie iar, în consecință, amplificarea ineficienței tratamentelor sistemice (spre exemplu, a celor cu antibioterapie, antiandrogeni etc.); 8) Sporirea rolului remediilor de uz topic și, în special, a acidului azelaic (Skinoren); 9) Amplificarea rolului dietei în complexul de măsuri antiacneice; 10) Creșterea numărului de cazuri de anxietate și depresie, în special în rândul femeilor cu acnee tardivă.

Cuvinte cheie: acnee vulgară, abordări etiopatogenice, tendințe contemporane.

Approaches and contemporary trends in acne vulgaris

Generalities. Acne vulgaris (AV) is a disease with genetic determinism and metabolic-hormonal expression – usually observed among adolescents and young adults – involving areas of the skin rich in sebaceous glands and hair follicles. Clinical manifestations include a lesional polymorphism and sometimes – because of the unaesthetic aspect of the disease – a strong physical, mental and social handicap.

Etiopathogenic approaches. The main etiopathogenic links of AV are: a) sebaceous hypersecretion (caused by hormonal imbalances: androgens > estrogens); b) infundibular hyperkeratinization; c) microbial factor (*C. acnes*, *St. aureus*, *Peptostreptococcus* spp.); d) metabolic and immune disorders. Recent research also highlights other disturbances: e) the activation of a toll-like receptor (TLR-2); f) the release of proinflammatory factors (IL-1 alpha, IL-6, IL-8, IL-12, TNF-alpha); g) the expression of intercellular adhesion molecules (ICAM-1); h) the activation of inflammasome (NLRP-3); i) the role of metalloproteinases (MMP-9) in the degradation of collagen fibers, particularly in the severe forms of acne (acne conglobata) etc.

Contemporary trends. My experience and professional activity allow me to highlight the following contemporary trends in acne vulgaris: 1) an increase in the number of appeals to family doctors and beauty salons; 2) an increase in the number of requests made by boys and men; 3) the increasing number of cases of tardive acne (21-35 years); 4) the increasing number of cases with a greater number of morbid associations (AV + other manifestations of hyperandrogenism: seborrheic dermatitis, androgenic alopecia, hirsutism, dysmenorrhea, polycystic ovaries); 5) the increasing number of adverse effects, especially after cosmetic procedures; 6) an intensified phobia of retinoids among patients and particularly among doctors; 7) the increasing number of cases of polypharmacy and as a result amplifying the inefficiency of systemic treatments (e. g. anti-bacterial, anti-androgens etc.); 8) the increasing role of topical remedies and especially of azelaic acid (Skinoren); 9) the increasing role of diet in the multitude of antiacne measures; 10) the increasing number of cases involving anxiety and depression, especially among women with tardive acne.

Key words: acne vulgaris, etiopathogenic approaches, contemporary trends.

Gama Exfoliac în tratamentul dermatitei seboreice și al acneei vulgare

Gheorghe MUȘET

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: gheorghe.muset@usmf.md

Generalități. În lucrare este redat aspectul morfologic al dermatitei seboreice, respectiv acneei vulgare și rezultatele administrării produselor din gama Exfoliac. Preparatele dermatocosmetice din gama Exfoliac au fost testate pe un lot de 24 de pacienți cu dermatită seboreică și forme ușoare/moderate de acnee vulgară (gradul 0-4 conform scării lui Cook).

Rezultate. Referitor la dermatita seboreică, spre ziua a 7-a de tratament, rata de involuție, dispariție a fost de 70,5% pentru leziunile eritematoase, 28% pentru *seborrhea sicca* (ten uscat), 60% pentru *seborrhea oleosa* (ten gras), 50% pentru comedoanele închise. După 2 săptămâni de tratament, la toți pacienții au dispărut leziunile eritematoase. Referitor la acnee, rata de involuție, dispariție a fost de 85% pentru leziunile papuloase și 60% pentru leziunile pustuloase.

Concluzie. Gama dermatocosmetică Exfoliac prezintă o combinație de ingrediente ideale de îngrijire a pielii la bolnavii cu dermatită seboreică și acnee vulgară.

Cuvinte-cheie: dermatită seboreică, acnee, gama Exfoliac.

Exfoliac products in treatment of seborrheic dermatitis and acne vulgaris

Overview. In the research the author described morphologic aspects of seborrheic dermatitis, acne vulgaris and effects of topical treatment by Exfoliac products. A group of 24 patients with seborrheic dermatitis and mild/moderate acne vulgaris (0-4 points according to Cook score) received a topical treatment by Exfoliac products.

Results. On the 7th day of treatment erythematous macules disappeared in proportion of 70,5%, for seborrheic lesions with dry skin in proportion of 28%, for oily skin in proportion of 60% and for closed comedo in proportion of 50%. After 2 weeks of treatment erythematous lesions disappeared completely in all patients included in the study. Rate of involution for papular and pustular lesion was 85% and 60%, respectively.

Conclusions. Exfoliac products represent ideal remedies for seborrheic dermatitis and acne treatment.

Key words: seborrheic dermatitis, acne vulgaris, Exfoliac products.

Natinuel – o nouă opțiune în terapia acneei vulgare

Elena ANDRESE¹, Adriana PĂTRAȘCU², Dan VĂȚĂ¹, Tatiana ȚĂRANU^{3,4},
Laura Gheucă SOLOVĂSTRU¹

¹Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”, ²Clinica Lauderma

³Disciplina Dermatologie orală, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”

⁴Secția Clinică Dermatologie, Spitalul Clinic Universitar C. F., Iași, România

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Natinuel – a new option for acne vulgaris treatment

Acne vulgaris is a chronic dermatoses with genetic predisposition. Natinuel products represent a new effective and well tolerated remedies for acne vulgaris treatment.

Key words: acne vulgaris, treatment, Natinuel products.

Acneea vulgară este o dermatoză cronică autolimitată, ce apare pe un teren predispus genetic. La nivel global, în anul 2015, aceasta afecta 9,4% din populație, acneea fiind astfel a VIII-a boală ca frecvență din lume.

Ghidurile terapeutice actuale includ: tratamente topice (retinoizi, antibiotice, peeling cu acid glicolic sau acid salicilic, injecții intralezionale cu steroizi, fototerapie sau laseroterapie) și tratamente sistemice (hormonoterapie, antibioticoterapie, retinoizi). Varietatea opțiunilor terapeutice demonstrează faptul că nu există încă o terapie ideală, căutarea soluției optime pentru fiecare pacient reprezentând o continuă provocare pentru dermatolog.

Prezentăm, în lucrarea de față, rezultatele obținute prin utilizarea unor produse noi pe piața din România, din gama Natinuel. Aceste produse reprezintă un altfel de tratament topic și o soluție pentru cazurile grave de acnee. Rezultatele obținute de noi recomandă utilizarea gamei Natinuel pentru toate formele de acnee, indiferent de gravitatea acesteia sau de localizare.

Cuvinte-cheie: acnee vulgară, tratament, gama Natinuel.

Fizioterapie în acneea vulgară

Elena NASTAS, *Valeriu CAPROȘ

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: valeriu.capros@usmf.md

Introducere. Acneea vulgară (AV) este o afecțiune a adolescenților și adulților tineri, care se manifestă printr-un polimorfism lezional și evoluție, de obicei, cronică. Fizioterapia constituie o metodă binevenită în tratamentul combinat al AV.

Scopul lucrării. Elucidarea eficacității și rolului tratamentului fizioterapeutic în AV.

Material și metode. În baza studiului descriptiv retrospectiv, au fost analizate 43 de fișe medicale (bărbați, cu vârste cuprinse între 13 și 35 de ani. Procedurile fizioterapeutice aplicate: fonoforeză, electroforeză, terapie cu raze ultraviolete, criomasaj, procedura de darsonvalizare. Statistica: studiul unei serii de cazuri observate. Se pleacă de la evaluarea efectului bolii și se stabilește avantajul aplicării metodelor fizioterapeutice de tratament.

Rezultate. Fonoforeză – 43 de pacienți (100%), electroforeză – 32 de pacienți (74,4%), terapie cu raze ultraviolete – 21 de pacienți (48,8%), criomasaj – 28 de pacienți (65,1%), procedura de darsonvalizare – 34 de pacienți (79%). Pacienților li s-au aplicat 5-8 proceduri de fizioterapie, combinată cu tratament sistemic și local, în dependență de severitatea și localizarea erupțiilor.

Concluzii. Tratamentul fizioterapeutic antiacneic aplicat a relevat un nivel de siguranță maximal și unul de eficiență înalt. Rămâne de stabilit câte metode de tratament fizioterapeutic se pot aplica concomitent la un pacient și durata acestora în timp.

Cuvinte-cheie: acnee vulgară, fizioterapie.

Physiotherapy in acne vulgaris

Introduction. Acne vulgaris (AV) is a disease of adolescents and young adults, manifested by a lesion polymorphism and usually chronic evolution. Physical therapy is a welcome treatment method in combination treatment of AV.

Objective of the study. To elucidate the role and effectiveness of physiotherapy treatment in acne vulgaris.

Materials and methods. The retrospective descriptive study is based on medical records. Analysed 43 sheets (men, age [13-35] years). Physiotherapy procedures applied: phonophoresis, electrophoresis, ultraviolet therapy, cryotherapy, darsonvalization procedure. Statistics: observational study of series case. It is based on the assessment of the effect and search methods applied retrospectively and advantage of physiotherapy treatment.

Results. Phonophoresis – 43 patients or 100%, electrophoresis – 32 patients or 74.4%, ultraviolet therapy – 21 patients or 48.8%, cryotherapy – 28 patients or 65.1%, darsonvalization procedure – 34 patients or 79% recovery. The patients received 5-8 physiotherapeutic procedures combined with local and systemic treatment, depending on the severity and location of the disease.

Conclusions: Treatment of acne by applying physiotherapy revealed a maximal safety level and high efficiency. It remains to be established, each physiotherapy treatment methods may be applied concurrently to the patient and duration over time.

Key words: acne vulgaris, physiotherapy.

Aprecierea eficacității tratamentului local în acnea vulgară, utilizând crema și gelul Actipur Noreva în combinație cu tratamentul sistemic standard

Rodica BODRUG¹, *Vasile ȚĂBĂRNĂ², Mariane Nicole PUȘCAȘU², Ana NEDELCIUC³

¹Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile,

²Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu",

³Centrul Cosmetologic Weyergans High Care Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.tabarna@usmf.md

Generalități. Acnea vulgară, una dintre cele mai des întâlnite probleme dermatologice, conform rapoartelor recente ale forumurilor internaționale, afectează peste 80% din populația globului, manifestările particulare impunând atât abordări terapeutice nuanțate, ce au în vedere mecanismele interne responsabile cu apariția pustulelor inflamate, precum și produse de îngrijire zilnică, atent concepute în laboratoarele de specialitate, al căror rol este acela de a completa și de a potența efectele tratamentelor recomandate de medicii dermatologi. Scopul studiului constă în aprecierea eficacității dermatocosmeticeului Actipur Cremă Anti-imperfecțiuni și Gel dermopurifiant în tratamentul local al acneei.

Material și metode. A fost efectuat un studiu prospectiv, observațional și descriptiv, incluzând 20 de paciente cu acnee vulgară, cu vârste cuprinse între 16 și 24 de ani, tratate în secția consultativă a Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile, în anul 2016.

Rezultate. Rezultatele terapeutice, obținute în urma utilizării tratamentului local cu Actipur Gel Dermopurifiant de curățare dimineața și Actipur Cremă Anti-imperfecțiuni de 2 ori în zi, au demonstrat eficacitatea rapidă a preparatului. După 21 de zile de utilizare, leziuni noi nu au apărut, iar la leziunile existente inflamația a cedat, iritația a regresat, tenul a devenit mai curat și matifiat. La 20 din 20 de paciente s-a observat o ameliorare vizibilă, pielea devenind catifelată, pustulele rămânând foarte puține, chiar solitare. 17 din 20 de paciente constată că pielea a devenit mai calmă și mai netedă, iar senzația de iritație și usturime a diminuat considerabil. Toate pacientele au remarcat simplitatea utilizării cremei datorită texturii fluide și efectului precoce.

Concluzii. Din punct de vedere al eficacității rapide, utilizării simple și a absenței reacțiilor adverse, preparatele Noreva Actipur Gel Dermopurifiant de curățare și Actipur Cremă Anti-imperfecțiuni se pot indica și întrebuința fără dificultăți în tratamentul topic adjuvant al acneei.

Cuvinte-cheie: acnee vulgară, tratament adjuvant, gama Actipur Noreva.

The efficacy assessment of local treatment of acne vulgaris using cream and gel Actipur Noreva in combination with standard systemic treatment

Introduction. Being one of the most common skin problems according to recent reports of international forums, acne vulgaris affects over 80% of world population. Moreover, its particular manifestation requires both therapeutic approaches that affect the internal mechanisms responsible for the appearance of inflammatory pustules and skin-care products, carefully designed by specialized laboratories and whose role is to complement and enhance the effects of the treatments recommended by dermatologists. The purpose of the study is to assess the effectiveness of the dermocosmetic product Actipur Anti-Imperfections Cream and Actipur Purifying Dermo-Cleansing Gel in the local treatment of acne.

Materials and methods. A prospective, observational and descriptive study was carried out on 20 patients with acne, aged between 16 and 24 who were treated at the Hospital of Dermatovenerology and Infectious Diseases in 2016.

Results. The therapeutic results obtained from the local use of Actipur Purifying Dermo-Cleansing Gel in the morning and Actipur Anti-Imperfections Cream twice a day demonstrated a rapid effectiveness of the product. After 21 days of applying them, new lesions did not appear and the inflammation of the existing lesions yielded, irritation regressed and skin became cleaner and mattified. 20 out of 20 patients observed a noticeable improvement, the skin became smooth, and very few pustules remained which were even solitary. 17 out of 20 patients stated that their skin became calmer and smoother, and the itching and burning sensation diminished considerably. All the patients noted easy use of the cream due to its fluid texture and precocious effect.

Conclusions. In terms of quick effectiveness, simple use and absence of side effects, the treatment by Actipur Anti-Imperfections Cream and Actipur Purifying Dermo-Cleansing Gel may be indicated and used without any difficulty in the adjuvant local treatment of acne.

Key words: acne, adjuvant therapy, Actipur Noreva range.

Avantajele terapeutice în tratamentul topic al acneei vulgare cu Klyntopic gel

Nadejda ȘMIGUN, Cezara BOLOCAN

Dispensarul Dermatovenerologic Municipal, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Klyntopic gel in topical treatment of acne vulgaris – therapeutic prevelege

Acne vulgaris is a chronic, recurrent disease which affects mostly teenagers. A clinical research was made upon efficacy of Klyntopic gel in patients with acne vulgaris.

Key words: acne vulgaris, treatment, Klyntopic gel.

Generalități. Acneea vulgară (AV) reprezintă o dermatoză cronică recidivantă, întâlnită preponderent la persoanele tinere. Ea rezultă din hiperproducția sebumului, asociată cu obstrucția orificiilor glandelor sebacee cu inflamația lor ulterioară. În pofida apariției noilor strategii de tratament, această dermatoză rămâne o problemă serioasă în dermatocosmetologia modernă. Selectarea metodei de tratament depinde de datele anamnezice, precum și de tabloul clinic: localizarea erupțiilor acneice, cantitatea și tipul leziunilor.

Scopul lucrării. Aprecierea eficienței tratamentului topic pe un lot de 46 de pacienți cu diferite forme clinice de AV, vârsta fiind cuprinsă între 15 și 21 de ani și un debut al bolii între 1 și 4 ani până la inițierea tratamentului. Durata tratamentului topic (aplicarea zilnică a preparatului pe porțiunile afectate ale pielii) a fost preconizată pentru 30 și, respectiv, 50 de zile în dependență de forma clinică.

Material și metode. Ca material de studiu a fost selectat preparatul Klyntopic gel; ca metodă – aplicarea topică a preparatului dat, compus din 2 ingrediente active: componenta antibacteriană (Clindamicină, care suprimă creșterea *P. acne* și *Staph. epidermalis*) și componenta topică (benzoil peroxid, agent antiseptic cu acțiune antiinflamatoare, keratolitică și comedolitică).

Rezultate. În decursul utilizării Klyntopic gel, la 6 pacienți (13%) a fost observată o xerodermie cu hiperemie relativă, care dispărea după 15-20 de minute după aplicarea preparatului. Pacienților cu forme clinice de A. papulo-pustuloasă, A. nodulo-chistică, A. conglobată, concomitent cu Klyntopic gel, le-a fost administrat tratament antibacterian sistemic. Preparatul de studiu a fost tolerat bine, regresul elementelor cutanate s-a observat, în medie, la ziua 30 după inițierea tratamentului. La pacienții care au administrat tratament antibacterian sistemic, efectul a fost mai evident.

Forme clinice	Eficacitatea după 30 de zile de tratament			Eficacitatea după 50 de zile de tratament		
	Excelentă	Bună	Satisfăcăt.	Excelentă	Bună	Satisfăcăt.
Acnee comedonică 12 pacienți	8 (68%)	2 (16%)	2 (16%)	10 (84%)	1 (8%)	1 (8%)
Acnee papulo-pustuloasă 15 pacienți	5 (33%)	7 (47%)	3 (20%)	9 (60%)	3 (20%)	3 (20%)
Acnee nodulo-chistică 10 pacienți	3 (30%)	6 (60%)	1 (10%)	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)
Acne conglobata 9 pacienți	2 (22%)	4 (45%)	3 (33%)	4 (45%)	4 (45%)	1 (10%)

Concluzii. Conform datelor prezentate, eficacitatea terapeutică a preparatului Klyntopic gel, aplicat în tratamentul topic al AV, a fost apreciată ca bună la 87% pacienți din lotul de studiu, iar satisfăcătoare – la 13%. De asemenea, la 13% dintre pacienți, s-a observat o xerodermie cu hiperemie relativă, ceea ce atestă o toleranță bună a preparatului, astfel atribuindu-l în categoria preparatelor de elecție în tratamentul topic al AV.

Cuvinte-cheie: acnee vulgară, tratament, Klyntopic gel.

Particularitățile rozaceei – studiu pe 112 pacienți

*Vasile ȚĂBĂRNĂ¹, Rodica BODRUG², Mariane Nicole PUȘCAȘU¹, Diana TINCUI¹

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.tabarna@usmf.md

Generalități. Rozaceea este o afecțiune destul de frecventă, răspândită în întreaga lume și care merită toată atenția. Este întâlnită la aproximativ 10% dintre persoanele cu vârsta de peste 30 de ani, mai frecventă la femei, dar cu manifestări mai severe la bărbați. Aspectul deosebit al erupțiilor cutanate din rozacee au o influență negativă asupra calității vieții pacienților, stigmatizându-i și conferindu-le senzații de inferioritate și jenă în mediul social.

Scopul studiului constă în decelarea particularităților clinice și sociale la femeile cu rozacee.

Material și metode. A fost efectuat un studiu retrospectiv, observațional și descriptiv pe un eșantion de 112 pacienți, 89 de femei și 23 de bărbați internați și tratați în 2014, în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile. 30 dintre aceștia, 15 femei și 15 bărbați, au fost chestionați pentru aprecierea impactului rozaceei asupra calității vieții. Pentru colectarea materialului primar a fost utilizată metoda extragerii informației din fișele medicale. Chestionarul utilizat: Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Rezultate. Rezultatele obținute au demonstrat o preponderență a bolii pentru sexul feminin cu 79% față de 21% - la cel masculin. Conform mediului de proveniență, pentru ambele sexe este preponderent cel rural: 66% pentru femei și 60% pentru bărbați. Drept formă clinică prevalează cea papulo-pustuloasă – 87%, forma eritemato-teleangiectazică – 11% și cea fimatoasă – în doar 2% cazuri. La 75% dintre bărbați și 78% dintre femei a fost depistat *Demodex folliculorum*. La 52% femei și 55% bărbați a fost depistat *Helicobacter pylori*. Asocierea cu patologia gastrointestinală a decelat un procentaj de 68% pentru femei și 48% pentru bărbați. Referitor la aprecierea impactului maladiei asupra calității vieții, s-a demonstrat că pentru femei aspectul fizic influențează direct asupra vieții, făcându-le dificilă afirmarea în societate atât privitor la studii, precum și cu referire la construirea unor relații noi cu persoane de sex opus. Majoritatea femeilor menționează faptul, că încearcă zilnic să ascundă cu ajutorul diferitor creme și cosmetice leziunile caracteristice rozaceei. Pentru bărbați aspectul fizic nu este atât de relevant.

Concluzii. Prevalența sexului feminin asupra celui masculin este elucidată într-un raport de 3:1. Conform altor parametri (mediul de proveniență, forma clinică, vârsta de debut, prezența *Demodex folliculorum*, asocierea cu *Helicobacter pylori*), diferențe esențiale între genuri nu s-au depistat. Din punct de vedere al impactului psiho-social, femeile sunt mult mai afectate.

Cuvinte-cheie: rozacee, calitatea vieții, particularități clinice.

Features of rosacea: a study on 112 patients

Introduction. Rosacea is a very common condition, which is worldwide spread deserving much attention. It is encountered in about 10% of people aged over 30 years. It is more common in women but men experience more severe symptoms. The appearance of rosacea rash has a negative impact on patients' quality of life, stigmatizing them and causing feelings of inferiority and embarrassment in social environment.

The aim of the study is to determine the clinical and social features in women diagnosed with rosacea.

Material and methods. A retrospective, observational and descriptive study was carried out on a sample of 112 patients, 89 women and 23 men who were hospitalized and treated in 2014 in Hospital of Dermatovenerology and Infectious Diseases. 30 patients (15 women and 15 men) were interviewed to assess the impact of rosacea on the quality of their life. The extraction from patients' medical record method was used to collect the primary information. The questionnaire that was used was Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Results. The results demonstrate a predominance of females (79%) suffering from this condition over men (21%). According to the geographical origin criterion, the rural areas predominate for both sexes: 66% of women and 60% of men. According to the clinical form, papulopustular prevails (87%), erythematous telangiectasia constitutes 11% and Fimat appears in just 2% of cases. Demodex folliculorum was detected in 75% of men and 78% of women. Helicobacter pylori was present in 52% of women and 55% of men. The association with gastrointestinal pathology was revealed in 68% of women and 48% of men. As for the assessment of rosacea impact on the quality of life it was shown that women's physical appearance directly influences the quality of their life, making difficult their academic and social affirmation in society and also creating new relationships with the opposite sex. Most women state that they try daily to hide rosacea lesions using different creams and cosmetic products. Men's physical appearance was not so relevant.

Conclusions. Women prevail over male with the ratio being 3: 1. According to other parameters (geographical origin, clinical form, age of onset, the presence of Demodex folliculorum association with Helicobacter pylori), no significant differences between the sexes was identified. In terms of psychosocial impact, women are more affected.

Key words: rosacea, quality of life, clinical features.

Siguranța MetroCreme-Ivatherm în tratamentul topic al rozaceei la femei

Rodica BODRUG¹, *Vasile ȚĂBĂRNĂ², Mariane Nicole PUȘCAȘU², Ana NEDELCIUC³

¹Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile,

²Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

³Centrul Cosmetologic Weyergans High Care, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.tabarna@usmf.md

Introducere. Cea mai stringentă problemă a femeilor cu rozacee este disconfortul și jena, cauzate atât de formele ușoare, cât și de consecințele acesteia (cicatrici, pigmentarea pielii), care pot duce la o autodeprecieri considerabilă de personalitate și, prin urmare, la alterarea calității vieții. Astfel, problema contribuie la o dezadaptare socială, exprimată prin diferite grade de evoluție a bolii.

Scopul studiului. Aprecierea eficacității tratamentului topic cu dermatocosmeticele MetroCreme Ivatherm în rozacee la femei.

Material și metode. În 2015, a fost efectuat un studiu prospectiv, observațional și descriptiv în cadrul a 10 cazuri de rozacee papulo-pustuloasă, asociată cu demodicoză, la femei spitalizate și tratate în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Rezultate. Rezultatele terapeutice, obținute în urma aplicării tratamentului local cu MetroCreme Ivatherm, asociat cu tratamentul standard, au demonstrat eficacitatea rapidă a preparatului, după 14 zile, cu aplicare unică zilnică. La paciente, le-au dispărut senzațiile de prurit și usturime, de asemenea, eritemul localizat la nivelul pomeților s-a ameliorat, pustulele au regresat. La 5 din 10 paciente, senzația de prurit și usturime s-a redus total, la celelalte 5 reducându-se cu 50%. Toate cele 10 paciente au apreciat unguentul ca pe unul eficace, agreabil și ușor de tolerat și numai 3 dintre paciente au remarcat reacții adverse cum ar fi uscăciunea pielii, care a cedat ușor în urma aplicării unei creme hidratante.

Concluzii. Din punct de vedere al eficacității rapide și utilizării simple a preparatului MetroCreme Ivatherm, acesta se poate indica și administra fără dificultăți în tratamentul adjuvant al rozaceei.

Cuvinte-cheie: rozacee, femei, MetroCreme Ivatherm.

Ivatherm MetroCreme safety in the topical treatment of rosacea in women

Introduction. The main problem of rosacea in women are the discomfort and uneasiness caused by the mild forms and their consequences (scars, pigmentation of skin), that can give rise to a considerable self-depreciation and, in turn, to a decrease in the quality of life. In such a way, this issue can lead to social inadequacy (or social inhibition) expressed into different degrees of evolution. The aim of this study is to assess the effectiveness of the topical treatment of women affected by rosacea using the dermatocosmetic MetroCreme Ivatherm.

Materials and methods. We have conducted a prospective, observational and descriptive study of 10 cases of papulopustular rosacea associated with demodicosis, for ten women hospitalised and treated in Hospital of Dermatology and Communicable Diseases in 2015.

Results. The therapeutic results obtained after the application of local standard treatment using MetroCreme ivatherme prove the effectiveness of the remedy. After two weeks of daily application, the erythema on the cheekbones, as well as the feelings of itching and burning have disappeared, the eruptions have improved and the pustules receded. The sensations of burning and itching (pruritus) have totally disappeared for five out of ten women, and have reduced by 50% for the other five. All ten patients have described the MetroCreme Ivatherme as being effective, pleasant and easily tolerable. Only three patients have noted the adverse effect of skin dryness, which gently disappears after applying a moisturising cream.

Conclusion. Considering the rapid efficacy and the simple application of MetroCreme Ivatherm, it can be prescribed and easily used (or used without any difficulties) for the topical adjuvant treatment of rosacea.

Key words: rosacea, women, MetroCreme Ivatherm.



Managementul dermatitei atopice la orice vârstă*

A Managementul fazei acute a dermatitei atopice și al inflamației: dermatocorticosteroizii sunt prima linie de tratament ^(1,2)

B Refacerea și întreținerea barierei tegumentare ⁽³⁾

C Îngrijirea continuă zilnică: emolienți, agenți de curățare și evitarea alergenilor ⁽²⁾

*Siguranța administrării produselor Advantan la copii cu vârsta sub 4 luni nu a fost stabilită. La copii cu vârsta între 4 luni și 3 ani, indicația clinică trebuie atent evaluată în funcție de raportul risc/beneficiu. Ajustarea dozei nu este necesară în cazul administrării produselor Advantan la copii cu vârsta peste 4 luni și adolescenți. Ca principiu, durata tratamentului la copii trebuie să fie minimă.

Contraindicații: Advantan nu trebuie utilizat în caz de hipersensibilitate la aceponat de metilprednisolonă sau la oricare dintre excipienții produsului, tuberculoză sau sifilis, alte infecții virale (cum sunt herpesul sau varicela), acnee rozacee, acnee vulgară, dermatite periorale, ulceratii, afecțiuni cutanate atrofice și în cazul reacțiilor cutanate vaccinale apărute în zona care urmează a fi tratată. Advantan nu trebuie utilizat în zona ochilor și a rănilor deschise. În timpul primului trimestru de sarcină, Advantan nu trebuie aplicat pe mai mult de 20% din suprafața corpului. În cazul afecțiunilor cutanate bacteriene și micotice. În cazul copiilor mai mici de 4 luni, datorită lipsei de experiență clinică. **Atenționări și precauții speciale** Este necesară o evaluare atentă a raportului risc/beneficiu în cazul copiilor cu vârste mai mari, de exemplu, copii cu vârsta cuprinsă între 4 luni și 23 luni. Glucocorticoizii trebuie utilizați în doze cât mai mici posibil, mai ales la copii, și numai cât timp este absolut necesar pentru a obține și menține efectul terapeutic dorit. În plus, este necesar un tratament specific în cazul infecțiilor cutanate bacteriene și/sau fungice. Infecțiile cutanate locale pot fi potențate prin utilizarea glucocorticoizilor cu administrare topică. În cazul utilizării Advantan, trebuie acordată o atenție deosebită pentru evitarea contactului cu ochii. Advantan nu trebuie aplicat pe zone întinse (peste 40% din suprafața corpului). Advantan nu trebuie aplicat pentru tratamentul intertrigo. Atât la adulți, cât și la copii, nu a fost observată o insuficiență corticosuprarenaliană în cazul aplicării pe suprafețe mari (40 - 60% din suprafața corpului) a Advantan, chiar și în cazul pansamentelor ocluzive. Totuși, Advantan nu trebuie aplicat sub pansament ocluziv. Trebuie avut în vedere faptul că scutecele pot fi ocluzive. În cazul în care se aplică pe suprafețe întinse de piele, în special în timpul sarcinii sau alăptării, durata tratamentului trebuie redusă la minimum, deoarece posibilitatea apariției absorbției sau a unui efect sistemic nu poate fi exclusă în totalitate. Ca și în cazul tuturor celorlalți glucocorticoizi, o utilizare inadecvată poate masca simptomatologia clinică. **Reacții adverse:** Ocazional, Advantan a determinat apariția de iritații locale cutanate, cum este senzația tranzitorie de arsură ușoară. Mai puțin frecvent, pot să apară prurit, eritem, xerosis, descumare și foliculită. Pot să apară reacții de hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții produsului. Desi, până în prezent, următoarele reacții adverse nu au fost evidențiate în studiile clinice, utilizarea topică a glucocorticoizilor poate determina atrofie cutanată, telangiectazie, vergeturi și/sau acnee, în special în cazul administrării pe perioade lungi de timp. La fel ca în cazul tuturor celorlalți glucocorticoizi, rareori, pot să apară foliculită, hipertricoză, dermatită periorală, dermatită alergică de contact, depigmentare și efecte sistemice.

Acest material promoțional se adresează profesioniștilor din domeniu. Pentru întrebări suplimentare și/sau raportare de reacții adverse rugăm să contactați persoana responsabilă în Bayer Moldova la telefon 022 85 40 20 (în afara orelor de lucru – robot telefonic). În cazuri de urgențe 0 60 030 906 (24 ore). E-mail: pharmacovigilance_moldova@bayer.com

CertIFICATE DE ÎNREGISTRARE AL MEDICAMENTELOR Emulsie cutanată - nr. 17912; Cremă - nr. 17910; Unguent - nr. 17911 din 21.06.2012. Statut de eliberare - cu prescripție medicală.

Reprezentanța Companiei Bayer SRL, Moldova, Chișinău, str. Ștefan cel Mare, 196, tel.: 022-854- 028

1. Gelmetti C, Wollenberg A. Atopic dermatitis - all you can do from the outside. Br J Dermatol. 2014; 170 Suppl 1:19-24. 2. Darsow U, Wollenberg A, Simon D et al. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010; 24(3):317-328. 3. Hong J, Buddenkotte J, Berger TG, Steinhoff M. Management of itch in atopic dermatitis. Semin Cutan Med Surg. 2011; 30(2):71-86.

L.MD.MKT.05.2016.0184



Pentru că
tratamentul topic
al dermatitei
suprainfectate
microbian necesită...
UN PRODUS CU
TRIPLĂ ACȚIUNE!



DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI Travocort 10 mg/1 mg/1 g cremă.
COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ 1 g Travocort cremă conține 10 mg nitrat de izoconazol și 1 mg valerat de diflucortolon. **Indicații terapeutice** Tratamentul inițial sau temporar al infecțiilor cutanate fungice, superficiale, care sunt însoțite de importante tulburări inflamatorii sau eczematoase ale pielii, de exemplu infecțiile de la nivelul membrelor superioare, spațiilor interdigitale de la nivelul membrelor inferioare și infecțiile din regiunile inghinală și genitală. **Doze și mod de administrare** Travocort trebuie aplicat de două ori pe zi, pe zonele cutanate afectate. Tratamentul cu Travocort trebuie întrerupt după dispariția tulburărilor cutanate inflamatorii și eczematoase, cel mai târziu după două săptămâni, după care tratamentul trebuie continuat sau consolidat cu Travogen, un medicament emolient care nu conține corticosteroizi. Acest lucru este valabil în special pentru administrarea în regiunile inghinală și genitală. **Contraindicații** Procese de tuberculoză sau sifilis cu localizare la nivelul zonei care trebuie tratată; boli virale (de exemplu varicelă, herpes zoster), cuperoză, dermatită periorală sau reacții cutanate post – vaccinare localizate la nivelul zonei care urmează să fie tratată. Hipersensibilitate la nitrat de izoconazol și valerat de diflucortolon sau la oricare dintre excipienții.

Reacții adverse În cazuri izolate, în timpul tratamentului cu Travocort, pot apărea simptome locale cum ar fi prurit, arsuri, eritem sau vezicule. La aplicarea produselor medicamentoase pe bază de corticoizi pe suprafețe cutanate întinse (10% sau mai mult) sau pentru perioade lungi de timp (mai mult de 4 săptămâni), pot apărea următoarele reacții adverse: simptome locale precum atrofie cutanată, telangiectazii, striuri, modificări acnei-forme ale pielii și efecte sistemice ale corticosteroizilor, datorate absorbției. Ca și în cazul altor corticoizi pentru administrare topică, în cazuri rare pot apărea următoarele reacții adverse: foliculită, hipertricoză, dermatită periorală, reacții alergice cutanate la oricare dintre componentele produsului medicamentos. Reacțiile adverse pot apărea și la nou-născuții ale căror mame au fost tratate pe o suprafață mare de corp sau pentru durate lungi de timp în cursul sarcinii sau alăptării (de exemplu, scăderea funcției suprarenale, dacă Travocort a fost administrat în cursul ultimelor săptămâni de sarcină). **Supradozaj** Rezultatele studiilor de toxicitate acută nu indică risc de intoxicație acută consecutiv unei singure aplicări dermice a unei doze mari (aplicarea pe o suprafață mare în condiții care favorizează absorbția) sau ulterior ingestiei orale produsă accidental.

Acest material promoțional este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical. Pentru informații complete despre produs vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului (RCP) Travocort 10 mg/1 mg/1 g cremă. Pentru orice informații medicale legate de produs, vă rugăm să ne contactați la următoarea adresă:

Reprezentanța Companiei Bayer SRL, Moldova, Chișinău, str. Ștefan cel Mare, 196, tel.: 022-854-028. Pentru întrebări suplimentare și/sau raportare de reacții adverse rugăm să contactați persoana responsabilă în Bayer Moldova la telefon: 022 85 40 20 (în afara orelor de lucru – robot telefonic). În cazuri de urgențe 0 60 030 906 (24 ore). E-mail: pharmacovigilance_moldova@bayer.com

*Stefano Veraldi, "Isoconazole nitrate: a unique broad-spectrum antimicrobial azole effective in the treatment of dermatomycoses, both as monotherapy and in combination with corticosteroids" Mycoses, 2013, 56 (Suppl. 1), 3-15 Ms O
1) RCP Travocort 10 mg/1g/1g cremă, revizuit Aprilie 2014
Certificat de înregistrare Travocort® crema 30 g – Nr.17957 din 23.07.2012
Statut de eliberare - cu prescripție medicală



Particularități ale dermatitei seboreice – studiu efectuat pe 64 de pacienți

*Irina BATÎR¹, Oleg BRATU², Dinu ARDELEANU²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

²Clinica de Medicină estetică Sancos, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: irina.batir@usmf.md

Generalități. Dermatita seboreică este o afecțiune destul de frecvent întâlnită, fiind semnalată la circa 5% din populație la nivel global. Din punct de vedere medical, afecțiunea nu este una gravă, dar impactul estetic și social, precum și evoluția cronică a bolii cu recăderi periodice, provoacă un disconfort psihoemoțional vădit, diminuând semnificativ calitatea vieții pacientului. Boala apare, de regulă, odată cu pubertatea și evoluează în pusee, cu un vârf în jurul vârstei de 40 de ani. Barbații sunt mai frecvent afectați decât femeile, deoarece activitatea glandelor sebacee este controlată de hormonii masculini. Specificarea profilului pacientului cu dermatită seboreică a constituit scopul prezentului studiu.

Material și metode. A fost efectuat un studiu prospectiv, observațional și descriptiv pe un eșantion de 64 de pacienți (38 de bărbați și 26 de femei), care s-au adresat pentru consultație în 2015.

Rezultate. S-a demonstrat o prevalență a bolii la sexul masculin (59,4%). Vârsta pacienților a fost în limitele 14 și 50 de ani. Grupurile de vârstă au constituit 4 categorii: 14-18 ani – 8 (12,5%) pacienți; 19-25 de ani – 17 (26,6%) pacienți; 30-45 de ani – 37 (57,8%) pacienți; peste 45 de ani – 2 (3,1%) pacienți. Originea urbană a fost constatată la 55% femei și 45% bărbați. În funcție de durata afecțiunii, s-au reliefat 4 grupuri: până la 1 an – 4 pacienți (6%); 1-5 ani – 12 (19%) pacienți; 6-10 ani – 10 (16%) pacienți; mai mult de 10 ani – 38 (59%) de pacienți. Au fost identificați o serie de factori, care pot duce la agravarea afecțiunii: alimentari – 2 (3%) persoane; stres psihoemoțional – 6 (9%); factori termici – 8 (13%); schimbarea produsului de îngrijire – 12 (19%); factori polivalenți nespecificați – 34 (53%) de persoane. În relație cu factorul sezonier, s-a constatat că acutizările survin preponderent iarna la 26 (41%) de pacienți; primăvara – la 12 (19%); vara – la 11 (17%); toamna – la 15 (23%) pacienți. Asocierea pruritului a fost semnalată la 26 (41%) de pacienți. Topografia erupțiilor a pus în evidență afectarea preponderentă a scalpului la 62 (98%) de persoane, dintre care 38 (60%) aveau focare doar pe scalp; 24 (38%) – cu afectarea feței și 2 (3,1%) pacienți - cu localizarea erupțiilor pe torace. Dintre afecțiunile concomitente a fost semnalată patologia gastrointestinală la 45% femei și la 32% bărbați. Impactul maladiei asupra calității vieții este mult mai sever la femei. Pentru ele aspectul fizic influențează direct calitatea vieții, făcându-le dificilă integrarea în societate și la locul de muncă.

Concluzii. Acutizarea afecțiunii are loc preponderent în sezonul rece (iarna). Chiar dacă este o afecțiune asimptomatică, dermatita seboreică poate avea un impact negativ asupra calității vieții.

Cuvinte-cheie: dermatită seboreică, particularități clinice.

Particularities of seborrheic dermatitis – research of 64 patients

Introduction. Seborrheic dermatitis is a quite frequent condition, encountered at about 5% of the global population. In terms of medical condition it is not a serious disease, but the aesthetic and social impact, the chronic recurrent evolution with periodic exacerbations cause discomfort, reducing significantly the quality of life. The disease occurs, usually with puberty and develops in spikes, with a peak around the age of 40 years. Men are more frequently affected than women because the sebaceous glands are controlled by male hormones. The purpose of the research was to identify the profile of patients with seborrheic dermatitis.

Material and methods. A prospective, observational and descriptive research was performed on 64 patients (38 men and 26 women) who have addressed for examination in 2015.

Results. It was observed a predominance of the disease in males 59.4%. The patients' age was between 14 and 50 years. There were 4 categories of age: 14-18 years - 8 patients (12.5%); 19-25 years - 17 patients (26.6%); 30-45 years - 37 patients (57.8%); over 45 years - 2 patients (3.1%). Urban origin was observed in 55% of women and 45% of men. Depending on the duration of illness there were highlighted 4 groups: up to 1 year - 4 patients (6%); 1-5 years - 12 patients (19%); 6-10 years old - 10 patients (16%); more than 10 years - 38 patients (59%). There was identified a number of factors that can lead to disease exacerbation: alimentary factor - 2 (3%) persons; psycho-emotional stress - 6 (9%) persons; thermal factors - 8 (13%) persons; cosmetics change - 12 (19%) persons; unspecified multivalent factors - 34 (53%) persons. In connection with the seasonal factors was observed that the exacerbation occurs predominantly in winter – 26 (41%) patients; in spring - 12 (19%) patients; in summer - 11 (17%) patients; in fall - 15 (23%) patients. The presence of itching has been reported at 26 (41%) patients. Mainly affected region was the scalp at 62 (96.9%) persons, 38 (60%) patients of them had affected only the scalp; at 24 (38%) patients face was affected and 2 (3.1%) patients with lesions on the upper part of the chest. Concomitant diseases of gastrointestinal pathology were detected in 45% of women and 32% of men. The impact of disease on quality of life is much more severe in women's case, for them physical layout directly influences quality of life, making them difficult to integrate into society and the workplace.

Conclusion. Exacerbation of the disease occurs predominantly in the cold season (winter). Even if it is an asymptomatic illness, seborrheic dermatitis can have a negative impact on life quality.

Key words: seborrheic dermatitis, clinical particularities.

Estimarea eficacității clinice a cremei și șamponului Kelual DS în tratamentul topic al dermatitei seboreice

*Irina BATÎR¹, Dinu ARDELEANU²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Clinica de Medicină estetică Sancos, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: irina.batir@usmf.md

Generalități. Dermatita seboreică reprezintă o afecțiune cutanată, cronică, inflamatorie, caracterizată prin prezența plăcilor eritemato-scuamoase, însoțite de prurit, acoperite de scuame grase, cu afectare preponderentă a ariilor sebacee (pe partea piloasă a scalpului; față – zona sprâncenelor, pliurilor nazolabiale; zona pavilionului urechii; torace anterior). Este întâlnită atât la bărbați, cât și la femei ($M > F$, 2:1) și afectează aproximativ 3-5% din populație. Scopul studiului a constat în aprecierea eficacității tratamentului topic cu dermatocosmeticele Kelual DS cremă și șampon (conține 1,5% ciclopiroxolamină și 1% piriton de zinc), de la Ducray, în dermatita seboreică.

Material și metode. S-a efectuat un studiu prospectiv, observațional și descriptiv pe 20 de pacienți (13 bărbați și 7 femei) cu dermatită seboreică, cu afectarea preponderentă a scalpului și feței, vârsta pacienților fiind cuprinsă între 18 și 55 de ani, care au fost consultați în cadrul Clinicii Sancos, în 2015. La vizita primară, s-au colectat datele anamnezice, informații despre tratamentele anterioare, examenul clinic (intensitatea descuamației, eritemului și pruritului) și trihosopia scalpului. Pentru evaluarea pruritului a fost utilizată o scală cu intervale de la 0 (fără prurit) la 3 unități (pentru prurit sever). Șamponul Kelual DS a fost prescris pentru utilizare, timp de 1 lună, cu aplicarea de 2 ori pe săptămână (cu 2 aplicații la o spălare), cea de-a doua aplicație – cu durata de minim 5 minute. Crema Kelual DS a fost prescrisă pentru afectarea feței, cu aplicare de 2 ori pe zi, timp de 1 lună. Satisfacția pacienților a fost evaluată cu ajutorul chestionarelor. Eficacitatea a fost monitorizată de medic împreună cu pacientul, pe parcursul a 3-4 săptămâni de la inițierea tratamentului.

Rezultate. Vârsta medie a pacienților incluși în studiu a fost de 35 de ani la bărbați și 31 de ani la femei. Până la inițierea tratamentului cu Kelual DS șampon și cremă, mai mult de jumătate dintre pacienți (59%) au folosit tratamente antiseboreice fără indicații medicale, 85% dintre ei constatând o eficacitate minimă a tratamentului. În timpul vizitei primare, la 66% pacienți, dermatita seboreică era localizată doar pe scalp; la 34% - focarele erau localizate și pe alte arii cutanate – zona sprâncenelor și aripilor nazale. După folosirea tratamentului recomandat, s-a observat o dinamică pozitivă la majoritatea pacienților (93%), cu reducerea eritemului și a descuamației (90% și respectiv 75%). În 94% cazuri, pacienții au observat reducerea semnelor subiective. Pruritul s-a redus de la 2 puncte la 0,3 puncte. În 96% cazuri, nu au fost semnalate reacții adverse, la 4% dintre pacienți, reacțiile adverse s-au manifestat prin uscarea excesivă a pielii capului, senzații de disconfort și arsură. Satisfacția pacienților, în urma folosirii șamponului și cremei Kelual DS a fost de 96%. Aproximativ 2/3 (78%) dintre pacienți continuă să folosească șamponul recomandat pentru menținerea efectelor terapeutice.

Concluzii. Studiul efectuat a demonstrat eficacitatea folosirii șamponului și cremei, care conține 1,5% ciclopiroxolamină și 1% piriton de zinc pentru reducerea manifestărilor clinice în cadrul dermatitei seboreice. Șamponul Kelual DS a demonstrat o eficacitate maximă și efecte adverse minime. Satisfacția în urma tratamentului este de 96%. Așadar, tratamentul cu Kelual DS cremă și șampon poate fi recomandat pacienților ca fiind eficient și sigur în schemele de tratament ale dermatitei seboreice.

Cuvinte-cheie: dermatită seboreică, tratament, gama Kelual.

Assessment of clinical efficiency using Kelual DS shampoo and cream in the topical treatment of seborrheic dermatitis

Introduction. Seborrheic dermatitis is a chronic inflammatory skin condition characterized by the presence of erythematous-squamous plaques, that are covered by greasy scaling, accompanied by itching, predominantly affecting the sebaceous areas (on the scalp, eyebrows area, nasolabial folds, the ears pavilion and the upper part of the thorax). It is common in both men and women ($M > W$, 2: 1) and affects about 3-5% of the population. The purpose of the study was to assess the efficacy of treatment with topical cream and shampoo Kelual DS (containing 1.5% and 1% ciclopiroxolamina piritoin zinc) that are dermatological cosmetics from Ducray used in seborrheic dermatitis.

Material and methods. It was performed a prospective, observational and descriptive study on 20 patients (13 men and 7 women) with seborrheic dermatitis predominantly affecting the scalp and face, aged between 18 and 55 years, that had medical examination at medical clinic „Sancos” in 2015. During the first visit were collected primary historical data, information about previously used treatments, about the clinical features (the intensity of exfoliation, erythema and itching) and trichoscopy of the scalp. For the evaluation of itching it was used a scale with range from 0 (no itching) to 3 units (for severe itching). Kelual Ds shampoo has been prescribed for use during one month, applying 2 times per week (2 applications per wash), the second application should last at least 5 minutes. Kelual Ds cream was prescribed for facial lesion, applying it two times per day for 1 month. Patient satisfaction was assessed through questionnaires. The efficiency was monitored by the doctor and the patient during the first 3-4 weeks of treatment.

Results. The average age of people involved in the study was 35 years for men and 31 years for women. Before starting the therapy with Kelual DS shampoo and cream, more than half of patients (59%) used to have a treatment against seborrheic dermatitis without medical indications, and 85% have seen a minimum efficiency of the used treatment. During the first examination, 66% of patients had lesions only on the scalp; 34% of patients had lesions on other skin areas - the eyebrows and nasolabial folds. After using the recommended treatment it was observed a positive dynamics in the most of the patients (93%), resulting in decrease of redness and exfoliation (reduction by 90% and 75%). In 94% of cases in patients was observed the reduction of itching. Itching was reduced from 3 to 0.3 units. In 96% of cases there were no reported side effects, only 4% of patients had side effects, manifested by dryness of the scalp, burning sensation and discomfort. 96% of the patients were satisfied after they used Kelual Ds shampoo and cream. 78% of patients continue to use the shampoo to maintain therapeutic effects.

Conclusions. The study proved the efficiency of using the shampoo and cream that are containing 1.5% and 1% ciclopiroxolamina piritoin zinc to reduce clinical features in seborrheic dermatitis. Kelual Ds shampoo proved a maximum efficacy and minimal side effects. Satisfaction treatment shows 96%. In conclusion, use of Kelual Ds cream and shampoo can be recommended to patients as effective and safe in the treatment of seborrheic dermatitis plans.

Key words: seborrheic dermatitis, treatment, Kelual DS products.

Fotoprotecția – o necesitate a zilelor noastre

Elena ANDRESE¹, Adriana PĂTRAȘCU², Dan VĂȚĂ¹, Tatiana ȚĂRANU^{3,4}, Laura Gheucă SOLOVĂSTRU¹

¹Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”, ²Clinica Lauderma

³Disciplina Dermatologie orală, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”

⁴Secția Clinică Dermatologie, Spitalul Clinic Universitar C. F., Iași, România

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Skin photoprotection – a necessary modern tool

Photoprotection is a natural or artificial tool for skin protection against sunlight. Natural products represent a combined highly effective solution for protection of the skin against UVB, as well as UVA light.

Key words: photoprotection, Natural products.

Fotoprotecția reprezintă acele mijloace naturale sau artificiale, care au ca scop protejarea pielii împotriva efectelor nocive ale radiațiilor solare. UVB sunt eritematogene, carcinogene, induc fotoîmbătrânirea și pot avea efect mutagenic asupra acizilor nucleici – ARN și ADN. UVA sunt mai puțin eritematogene, dar promovează acumularea de ROS. ROS induc, de asemenea, afectare celulară directă, carcinogeneză și contribuie la procesul de fotoîmbătrânire. Radiațiile UV sunt absorbite la nivelul pielii de către melanină, ADN, ARN, apă, proteine, lipide, aminoacizi aromatici.

Prezentăm, în lucrarea de față, o nouă opțiune de fotoprotecție, o cremă cu SPF 50+ din gama Natinuel, care reușește să combine ingrediente active de o mare valoare pentru sănătatea pielii, cu filtre solare ce absorb și reflectă radiațiile, atât cele de tip UVB, cât și cele de tip UVA.

Cuvinte-cheie: fotoprotecție, gama Natinuel.

Eficacitatea tratamentului cu Laser Fraxel în cicatrici și hiperpigmentații

Cezara BOLOCAN^{1,2}, Vasile MORCOV¹

¹Dispensarul Dermatovenerologic Municipal, ²Cosmetic Laser Center, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Sistemul Laser Fraxel Re:store Dual 1550/1927 nm, produs în SUA, de compania Solta Medical, este un tratament revoluționar, o inovație în lumea laseroterapiei, care are la bază procesul de fototermoliză fracțională. Laserul Fraxel utilizează un mănunchi de raze luminoase dintr-un fascicul fracționat, care pătrunde în piele, epidermă și dermă, producând microzone de încălzire termică (MTZs), pe 1 cm² realizându-se până la 200 de orificii – coloane microscopice extrem de fine (de ordinul a 1,2-1,4 mm) asemănătoare unor ace virtuale foarte subțiri. Țesutul neîncălzit din jurul zonei tratate se contractă instantaneu cu stimularea celulelor stem, creșterea activității intracelulare a multor enzime, în mod particular, a ciclului Krebs, intensificarea circulației oxigenului, stimularea sintezei ADN, are loc eliberarea factorilor de creștere pentru celulele nediferențiate care, înmulțindu-se, conduc la formarea de noi celule. În consecință, fibroblaștii produc mai multe fibre de colagen și elastină, care se integrează între fibrele de colagen existente ale dermului superior, refăcând astfel defectul existent.

Scopul lucrării. Prezentarea unui tratament de inovație în lupta cu cicatricile postacneice, post intervenții chirurgicale și hiperpigmentației – afecțiuni cutanate, soldate frecvent cu eșec terapeutic.

Material și metode. Se descriu 2 cazuri clinice. Prima pacientă, în vârstă de 32 de ani, care prezintă o cicatrice liniară, postintervenție chirurgicală, la nivelul osului frontal, cu lungimea de 5 cm, diametrul de 5 mm, care persistă de la vârsta de 5 ani. A fost efectuat tratamentul Laser Fracționat Fraxel Re:store 1550, 4 ședințe, la intervale de 6-8 săptămâni. La finele tratamentului, diametrul a scăzut la 2 mm, lungimea cicatricei – la 2,2 cm. A doua pacientă, în vârstă de 29 de ani prezintă hiperpigmentații la nivelul feței, diagnostic stabilit: melasmă. S-au efectuat 2 ședințe de Laser Fraxel Re: store 1550, interval de 6 săptămâni. După tratament se atestă lipsa hiperpigmentației în proporție de 75% față de focarul inițial.

Concluzie: Este unicul Laser, care cuprinde și lungimea de undă de 1927 nm, ceea ce permite obținerea unui rezultat eficient cu reacții adverse minime, într-un timp foarte scurt și un număr mic de ședințe, tratând de 4 ori mai rapid decât orice alt sistem fracțional ablativ, cu perioade îndelungate de recuperare și posibile complicații după tratament. Remodelarea cicatricilor continuă și după încheierea tratamentului, astfel încât pacientul se prezintă ameliorat la 12 luni de la ultima ședință cu Fraxel. Colagenul nou format este mai rezistent și mai elastic, efectul de îmbunătățire a texturii pielii fiind de lungă durată.

Cuvinte-cheie: cicatrici, hiperpigmentații, Laser Fraxel.

Fraxel Laser treatment efficacy in scars and hyperpigmentations

Overview. The first marketed fractional laser was the Fraxel® device [Reliant Technologies now Solta], which emits a non-ablative 1550-nm wavelength. Fractional laser treatment works by targeting both the epidermis and dermis. It does this by delivering a laser beam that is divided into thousands of tiny but deep columns penetrating into the skin. These are called microthermal treatment zones (MTZs). Within each MTZ old epidermal pigmented cells are expelled and penetration of collagen in the dermis causes a reaction that leads to collagen remodelling and new collagen formation. By using MTZs, the laser targets and treats intensively within the zone whilst surrounding healthy tissue remains intact and unaffected and helps heal the wound. This fractional treatment results in a faster healing process than if all tissue in the treatment area was exposed to the laser.

Objectives. Case I presents a patient with a scar at the level of the frontal bone, length 5cm, diameter 5mm. After 4 Fraxel Laser 1550 sessions, the length is 2,2 cm, the diameter – 2 mm. Case II presents a patient with melasma on the forehead, cheeks. After 2 sessions of Fraxel Laser 1550, the pigmented lesions diminished by 75%.

Conclusion: Fractional laser treatment can be used on any part of the body, but is particularly useful on the neck, chest and hands when compared to traditional ablative modalities. Fractional laser treatment can be used in all skin types and patients, but techniques vary depending on patient's age, skin type, sun exposure and body location. Fractional laser treatment can be combined with surgery and other skin treatments.

Key words: scars, hyperpigmentations, Laser Fraxel.

Eficacitatea Meso-Genesis BP3 în tratamentul modern al alopeciei

Ina TRESTIAN¹, *Grigore MORCOV²

¹Clinica de Medicină estetică Sancos, ²Catedra Dermatovenerologie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: grigore.morcov@usmf.md

Generalități. Problema căderii părului deranjează foarte mulți pacienți, iar cauzele care duc la acest proces sunt destul de diverse. Dar, indiferent de cauză, se evidențiază același tablou patogenetic, aceleași mecanisme: dereglarea microcirculației scalpului, microinflamații (mulți agenți toxici și substanțe proinflamatorii în jurul foliculului) și, în cele din urmă, există schimbări structural-funcționale ale proprietăților pielii și ale foliculului pilos. În clinica noastră, s-a evaluat eficacitatea preparatului injectabil Meso-Genesis BP3 (Wharton's Jelly Peptide P199™, Hexapeptide-17, Acetil tetrapeptid-3, Biohanin A, Acetil tetrapeptid-2), produs de ABG Lab. (SUA).

Material și metode. Studiul a inclus 7 persoane cu vârste cuprinse între 26 și 46 de ani, cărora li s-a efectuat un curs de mezoterapie cu preparatul Mezo-Genesis BP3. Cursul de terapie a inclus 5 sesiuni cu introducerea intradermală la nivelul scalpului, cu o prelucrare prealabilă cu clorhexidină, la fiecare 7-14 zile. Injectarea a fost efectuată sub un unghi de 45°, într-un volum total de 2,5 ml *per* sesiune. Acul – 31G x 4 mm. Grupul de studiu s-a constituit din pacienți cu alopecie difuză [4], alopecie androgenetică, gradul 1-2 după Ludwig [2], alopecie areată [1]. S-a efectuat un examen clinic, de laborator și trichoscopia cu ajutorul camerei Aramo SG, cu capacitatea de mărire de 60, 200, 1000 de ori. Prelucrarea și gestionarea istoricului electronic de date al pacienților a avut loc cu ajutorul soft-ului Hair XP Pro. În cadrul studiului, s-a efectuat Hair Pull-test, s-a calculat numărul de fire de păr pe cm², diametrul mediu al firului de păr, s-a efectuat măsurarea rețelei capilare.

Rezultate și discuții. Acuze generale: căderea intensivă a părului, episodic – sensibilitatea algică a pielii capului, rareori senzație de “ace” pe suprafața scalpului. Pacienții cu AGA și-au exprimat îngrijorarea cu privire la rădăcina și subțierea părului în zona fronto-parietală și în zona coroanei. Pacientul cu alopecie areată a acuzat apariția bruscă a focarului fără simptomată anterioară. Analiza inițială a pacienților, înainte de tratament, este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Studiul complex al pacienților până la terapie

	Pull-test	Nr. de fire pe cm ²	Diametrul mediu	Rețeaua de capilare
Pacientul nr. 1	7	136	0,063	Nu se vizualizeaza
Pacientul nr. 2	18	198	0,068	Nu se vizualizeaza
Pacientul nr. 3	8	94	0,059	Nu se vizualizeaza
Pacientul nr. 4	12	157	0,072	Nu se vizualizeaza
Pacientul nr. 5	4	62	0,023	Nu se vizualizeaza
Pacientul nr. 6	8	188	0,1	Nu se vizualizeaza
Pacientul nr. 7	25	162	0,07	Nu se vizualizeaza

Înainte de tratament, numărul mediu de fire extrase în *hair pull-test* a fost de 11,7; după tratament – 2,3. Înainte de tratament, cantitatea medie de fire pe cm² a fost 142, după tratament – 197. Diametrul mediu al firului de păr înainte de tratament a fost de 0,065 mm, după – 0,087 mm. Capilarele, situate intradermal, nu au fost detectate înainte de tratament, după tratament diametrul mediu al capilarelor a fost de 0,006 mm. Studiul complet al pacienților după tratament este prezentat în tabelul 2.

Tabelul 2

Studiul complex al pacienților după terapie

	Pull-test	Nr. de fire pe cm ²	Diametrul mediu	Rețeaua de capilare
Pacientul nr. 1	0	157	0,097	0,005
Pacientul nr. 2	2	261	0,091	0,009
Pacientul nr. 3	2	104	0,084	0,009
Pacientul nr. 4	2	219	0,083	0,003
Pacientul nr. 5	0	256	0,064	0,005
Pacientul nr. 6	2	204	0,105	0,007
Pacientul nr. 7	8	178	0,09	0,007

Concluzii. Conform datelor obținute, preparatul trichologic injectabil Meso-Genesis BP3 este recomandat în tratamentul alopeciei difuze, alopeciei androgenice și alopeciei areate.

Cuvinte-cheie: alopecie, tratament, Meso-Genesis BP3.

Efficacy of Meso-Genesis BP3 in modern treatment of alopecia

Overview. Hairloss is a major problem among dermatologic patients, which is caused by different factors. Whatever the causative agent is, the pathogenetic processes are the same: deregulations of microcirculation at the level of the scalp, microinflammation (a lot of toxic and proinflammatory substances are present around hair follicle) and, as a result, structural and functional changes in tegument and hair follicle as well. We have tested the efficacy of injectible medicine Meso-Genesis BP3 (Wharton's Jelly Peptide P199™, Hexapeptide-17, Acetil peptide-3, Biohanin A, Acetil teterapeptid-2) produced by ABG Lab. (USA).

Material and methods. A total number of 7 patients aged from 26 to 46 years old were included in the research; they received 1 course of treatment with Meso-Genesis BP3. One course of therapy has included 5 intradermal injections of the remedy into scalp, with initial application of chlorhexidine solution, once in one or two weeks. Injection was made at an angle of 45° with a total volume of 2.5 ml per one session. Needle – 31Gx4mm. Patients with diffuse alopecia (4), androgenic alopecia the 1st – the 2nd Ludwig degree (2), alopecia areata (1) were included in the study. Clinical and laboratory examination, as well as trichoscopy using Aramo SG with 60,200 and 1000 zoom were done. Electronic data of the patients have been processed using Hair XP PRO soft. Hair Pull-test, the number of hair shafts per 1 cm², hair shaft average diameter and measurement of capillary network were calculated.

Results and discussions. Main patients' complaints were intensive hairloss, occasionally pain sensibility of the scalp tegument, rarely paresthesia sensations. Patients with androgenic alopecia have been worried about thinning of the hair shafts at the fronto-parietal and crown scalp region. One patient with alopecia areata presented complaints on a sudden appearance of asymptomatic alopecic foci. Initial analysis of the patients, before the treatment, is presented in Table 1.

Table 1

A complex study of patients before treatment

	Pull-test	Nr.of hair shafts per cm ²	Average diameter	Capillary network
Patient nr.1	7	136	0,063	Invisible
Patient nr.2	18	198	0,068	Invisible
Patient nr.3	8	94	0,059	Invisible
Patient nr.4	12	157	0,072	Invisible
Patient nr.5	4	62	0,023	Invisible
Patient nr.6	8	188	0,1	Invisible
Patient nr.7	25	162	0,07	Invisible

Before treatment an average number of hair shafts that have been extracted during the hair pull test was 11,7; after treatment – 2,3. Before treatment an average number of hair shafts per 1 cm² was 142, after treatment – 197. Mean diameter of the hair shaft before the treatment was 0,065 mm, after – 0,087 mm. Intradermal capillaries haven't been detected before the treatment, although after treatment they were 0,006 mm. A complex study of patients after treatment is presented in table 2.

Table 2

A complex study of patients after the treatment

	Pull-test	Nr.of hair shafts per cm ²	Average diameter	Capillary network
Patient nr.1	0	157	0,097	0,005
Patient nr.2	2	261	0,091	0,009
Patient nr.3	2	104	0,084	0,009
Patient nr.4	2	219	0,083	0,003
Patient nr.5	0	256	0,064	0,005
Patient nr.6	2	204	0,105	0,007
Patient nr.7	8	178	0,09	0,007

Conclusions. In accordance with the data that have been obtained, an injectable thrihologic remedy Meso-Genesis BP3 is recommended for treatment of diffuse alopecia, androgenic alopecia and alopecia areata.

Key words: alopecia, treatment, Meso-Genesis BP3.

Tratament combinat de rejuvenare: PRP + photorejuvenare IPL

Vera MALCOCI¹, *Grigore MORCOV²

¹Clinica DermaBeauty, ²Catedra Dermatovenerologie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: grigore.morcov.2016@gmail.com

Generalități. Îmbătrânirea reprezintă un proces ireversibil din cauza reducerii densității colagenului la nivelul epidermei. În consecință, pielea se subțiază, devine fragilă, cu apariția capilarelor multiple și a petelor pigmentare. IPL (photorejuvenare) reprezintă terapia noninvazivă cu lumină intens pulsată, care reduce petele maronii, hiperpigmentațiile (melasma) și capilarele sparte, stimulând sinteza de colagen nou și elastină. Bioregenerarea tenului prin injectarea de plasmă proprie – PRP (Platelet Rich Plasma) este o metoda alternativă, noninvazivă de rejuvenare a tenului, care asigură o strălucire evidentă, precum și reducerea semnificativă a ridurilor superficiale. Avantajul major al acestei metode constă în aceea că utilizează propriul material al pacientei/pacientului, fiind vorba nu de produși de sinteză, ci de propriile celule ale organismului, responsabile de repararea și regenerarea țesuturilor. Efectele locale sunt exprimate în revitalizarea și regenerarea celulelor dermei; netezirea, ameliorarea ridurilor și cutelor de mici adâncimi, dificil de tratat prin alte metode; stimularea producerii de colagen nou.

Obiectiv. Studiarea eficacității metodelor combinate de tratament în rejuvenarea cutanată.

Material și metode. Studiul s-a efectuat pe un număr de 25 de paciente cu vârste cuprinse între 40-65 de ani, în perioada de toamnă. Procedurile aplicate au fost IPL și PRP – bioregenerarea cu extracte autologe de plasmă și trombocite. Periodicitatea a fost de 3-5 ședințe IPL, la un interval de 3 săptămâni, și 3-4 ședințe PRP la un interval de 2 săptămâni. Pe întreaga durată a tratamentului, au fost administrate creme cu efect de hidratare intensă, bazate pe acid hialuronic, dar și creme reparatorii cu Zn și Cu. Protecția solară cu SPF30 a fost aplicată zilnic de fiecare pacient. Paralel cu tratamentul facial, au fost indicate și nutricosmetice în bază de omega 3-6-9.

Rezultate. Efectele obținute în urma acestui studiu au fost: pacientele cu vârste cuprinse între 40-50 de ani, au avut cele mai satisfăcătoare rezultate (reducerea semnificativă a capilarelor, petelor maronii și ridurilor de expresie). Aspectul exterior al tenului feței era luminos și intens revigorat. Relieful cutanat s-a îmbunătățit considerabil. Pacientele cu vârste cuprinse între 50-60 de ani, la fel, s-au bucurat de rezultate evidente, o piele mult mai fermă și tonifiată. În ceea ce privește ridurile, eficacitatea a fost mult mai mică, fiind nevoie de fillere cu acid hialuronic.

Concluzii. Combinarea tratamentelor de rejuvenare facială ne oferă o satisfacție și apreciere maximă a pacienților noștri. Cele 2 metode rezultă într-o eficacitate excepțională a elasticității epidermei, într-un aspect vizibil întinerit al epidermei. Iată de ce, în perspectivă, se recomandă combinarea a 2 și mai multe proceduri în estetica facială.

Cuvinte-cheie: îmbătrânire cutanată, bioregenerare, IPL.

Combined IPL treatment with PRP

Introduction. Skin aging is irreversible, which includes the biodegradation of collagen and elastin fibers. Evidence of increasing age includes wrinkles, pigmented spots, fragile capillaries and sagging skin. IPL- Intence pulsed light- is a non- invasive and non-ablative treatment that uses high intensity pulses of visible light to improve the vascular lesions, hyperpigmentary spots and facial wrinkles. PRP- Platelet –Rich Plasma, is a fraction of our own blood drawn off and spun down and then reapplied or injected to create improved tissue health.

Objective. To study the effectiveness of combined treatment IPL + PRP in skin rejuvenation.

Material and methods. Our study was based on the 25 female patients with the age between 40-65 years old. They underwent the combined treatment of IPL and PRP . During the treatments were indicated Cremes based on hyaluronic acid and also reparative cremes with Zn and Cu. It is important to mention that all of them used sunscreens SPF30. The study was performed in autumn period. The IPL treatments were spaced 3 weeks appart (3-5 sessions) and the PRP (3-4 sessions) was performed at 2 weeks interval. All the patients were taking Omega 3-6-9 suppliments.

Results. The efficacy of the combined treatment was impressive for the group of 40-50 according to the reduction of capillaries, hyperpigmented spots and visibly improved skin elasticity and firmness. The group of 50-60 also had good results according to the firmness, capillaries and pigmented spots, but the wrinkles which are already deep at their age, of course, need Hyaluronic acid fillers.

Conclucion. The combined treatment of IPL and PRP proved to be a great success according to the efficacy. Our goal is to combine multiple types of anti-aging treatments which are giving the best results.

Key words: aging skin, bioregeneration, IPL.

Dermatoscopia în patologia scalpului și părului - reviu literaturii

Elena URSU, Ina MACOVSCAIA

Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Introducere. Pierderea podoabei capilare poate avea un efect semnificativ asupra calității vieții pacientului, fiind necesar un diagnostic rapid al cauzelor posibile și un tratament prompt. Metodele standard de diagnostic al patologiei scalpului și părului, cum ar fi inspecția clinică, examinarea microscopică, biopsia variază în reproductibilitate și invazivitate, deaceia este nevoie de o metodă neinvazivă, care ar ajuta clinicianul în practica de zi cu zi. În ultimii ani, au fost publicate mai multe studii privitor la utilizarea dermatoscopiei în diagnosticul patologiei scalpului și părului, iar termenul de trichoscopie este utilizat pentru definirea acestei noi aplicații a tehnologiilor de diagnostic.

Scopul lucrării. Prezentarea dermatoscopiei ca metodă nouă pentru diagnosticul prompt al patologiei scalpului și părului în practica cotidiană a medicilor dermatologi.

Material și metode. Am folosit ca surse reviste și website-uri medicale, în care am găsit articole cu date actualizate. Am încercat să sistematizăm informațiile și să le aranjăm în capitole, prezentând caracteristici dermatoscopice, observate la nivelul scalpului normal, în afecțiuni inflamatorii și infecțioase ale scalpului, alterări ale tije firului de păr, dar și în alopeciile cicatriceale și necicatriceale. Pot fi utilizate atât dermatoscopul portativ, cât și videodermoscopul, ultimul având posibilitatea memorării imaginilor, stocării lor în baza de date pentru o urmărire și comparație ulterioară.

Concluzii. Trichoscopia este foarte utilă pentru diagnosticul *in vivo* al patologiei scalpului și părului și poate ameliora substanțial managementul clinic. Utilizarea dermatoscopului îmbunătățește acuratețea diagnosticului și poate contribui la înțelegerea patogeniei maladiilor părului. Dermatoscopia scalpului și părului (trichoscopia) este o tehnică rapidă și neinvazivă, ceea ce permite identificarea patologiei scalpului și părului, bazându-se pe analiza structurilor și pattern-urilor dermatoscopice specifice, fără a fi nevoie de îndepărtarea părului în scop diagnostic, dar și de biopsia inutilă.

Cuvinte-cheie: dermatoscopie, trichoscopie, căderea parului, patologia părului, patologia scalpului.

Dermoscopy in hair and scalp disorders – literature review

Introduction. Hair loss can have significant effects on patients' quality of life, in this case a prompt diagnosis of the different causes of hair loss and early treatment are needed. The standard methods to diagnose hair and scalp disorders, such as simple clinical inspection, the pull test, and biopsy, vary in their reproducibility and invasiveness, and there is a need for noninvasive methods that help the clinician in everyday practice. Many studies on dermoscopy of hair and scalp disorders have been published in the last few years and the term trichoscopy has specifically been coined to describe this novel application of the technique.

Objectives. Presentation of dermoscopy as a new method of prompt diagnosis in hair and scalp disorders in daily practice of dermatologists.

Materials and methods. We used as sources medical journals and websites in which we found articles with updated data. We tried to systematize information and arrange it in chapters, showing characteristics observed in the dermoscopy of normal scalp, in inflammatory and infectious scalp disorders, hair shaft alterations, and the dermoscopic features described in non-scarring and scarring alopecia. Both handheld dermoscope and videodermoscope can be utilized, the former however providing the possibility of a fast storage of images for future comparison and follow-up studies.

Conclusion. Trichoscopy is very useful for *in vivo* diagnosis of scalp and hair disorders and can greatly improve clinical management. The use of dermoscopy improves the diagnostic accuracy and may contribute in understanding the pathogenesis of hair disorders. Hair and scalp dermoscopy (trichoscopy) is a fast and noninvasive technique that allows the identification of hair and scalp diseases on the basis of analysis of trichoscopy structures and patterns without the need for removing hair for diagnostic purposes or unnecessary biopsies.

Keywords: dermoscopy, trichoscopy, hair loss, hair diseases, scalp diseases.

Некоторые аспекты клинической практики по применению ботулотоксина типа А в эстетической косметологии

Ирина ТКАЧ

Частная клиника Belle Femme, Кишинев, Республика Молдова

Автор для переписки: congres.dermato.2016@gmail.com

Обзор. Возможность полной блокировки мимической мускулатуры лица на сегодняшний момент уже не является такой актуальной. Все больше литературы появляется по этому поводу и сами пациенты хотят иметь лицо, умеющее передавать те эмоции, которыми их наделила природа. В связи с этим, помимо частичной блокировки мышц малыми дозами ботулинического токсина, специалисты стали чаще применять сочетанные техники: ботокс/мезоботокс+мульти-мини ботулинотерапия. То есть, достижения естественного результата можно добиться сокращением выраженности глубоких морщин путем блокировки мышцы, провоцирующей появления этой морщины в состоянии покоя, без ущерба для мимической выразительности лица. Для этого используют более разведенные дозы ботулинического токсина, которые вводят по определенной схеме. В нашем исследовании были произведены блокировки зон как on-label так и off-label. Также, были взяты во внимание гендерные особенности и пожелания пациентов.

Заключения и результаты. Учитывая последние тенденции к сохранению мимики лица, нашим пациентам была предложена эта методика. По данной методике были произведены инъекции 60 пациентам, из которых 66,6% составляли женщины (возраст от 24 до 45 лет) и 33,4% составляли мужчины (возраст от 28 до 45 лет). На 87,5% пациентов женского и 85% пациентов мужского пола была применена данная методика в связи с их пожеланиями.

Ключевые слова: ботулинотерапия, мимические морщины, гендерные особенности, мышцы лица.

Some aspects of clinical practice on the use of botulinum toxin type A in aesthetic cosmetology

Irina TCACI

Private Clinic Belle Femme, Chisinau, the Republic of Moldova

Corresponding author: congres.dermato.2016@gmail.com

Overview. The ability to completely block mimic facial muscles is no longer so relevant nowadays. More literature appears on this topic and patients themselves want to have faces that can convey the emotions which nature has endowed them. In this regard, in addition to a partial block of muscle with small doses of botulinum toxin, more often specialists started using combined techniques: Botox / mesobotox + multi-mini Botulinum-therapy. Therefore, a natural result can be achieved by reduction the severity of deep wrinkles, blocking the muscles causes the appearance of the residual wrinkles, without prejudice to the facial expression of the person. For this purpose, a diluted dose of botulinum toxin is administered in a specific pattern. In our study were blocked both on-label and off-label areas. There were also taken into account the gender-specific and patients' wishes.

Conclusions and results: Considering the latest trends to maintain facial expressions, this technique has been proposed to our patients. According to this method were made injections on 60 patients, of whom 66.6% were women (age 24 to 45 years) and 33.4% were men (age 28 to 45 years). 87.5% of female patients and 85% of male patients were injected using special technique due to their wishes.

Key words: Botulinum therapy, dynamic wrinkles, gender particularities, facial muscles.

Psoriazisul la copii și adolescenți

Gheorghe MUȘET¹, *Mircea BEȚIU¹, Olga RUSU¹, Vasile STURZA¹, Ion RUSU²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Chișinău, Republica Moldova, ²Spitalul Raional Anenii-Noi

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Material și metode. S-a efectuat un studiu retrospectiv pe un lot de 103 pacienți cu psoriazis, cu vârste cuprinse între 1 an și 17 ani (băieți/fete – 64/39), tratați în Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Rezultate. Repartizarea conform vârstei a fost următoarea: până la 5 ani – 11, până la 10 ani – 16, până la 15 ani – 29 și până la 17 ani – 47 de pacienți. Durata maladiei a oscilat între 3 luni și 11 ani, media fiind de 3,8 ani. În 69,9% cazuri, boala a debutat în perioada rece a anului. Anamneza familială pozitivă s-a înregistrat în 45,6% cazuri, inclusiv: rude de gradul I – 45, rude de gradul II – 2 cazuri. S-a depistat un spectru de factori declanșatori posibili: stresul psihoemoțional – 17, infecții respiratorii acute – 15, focare de infecție cronică – 32 (tonsilită – 13, gastrită – 9, uretrită – 4, carie dentară – 2, colecistită – 2, pancreatită – 2). S-a constatat asocierea psoriazisului cu alte maladii, inclusiv: obezitate de gradul II-III și acnee vulgară – câte 7 cazuri, veruci vulgare – 2, pitiriazis rozat și epilepsie – câte 1 caz. Psoriazis vulgar (papule și placarde) s-a constatat la 73 de pacienți, iar cel acut (gutat) – la 15 pacienți. Localizarea erupției în pliuri și pe față s-a evidențiat, respectiv, în 15,5% și 11,6% cazuri. Artropatie psoriazică s-a observat la 15 pacienți, inclusiv: artrită interfalangiană distală – 5 cazuri, oligoartrită simetrică – 4, poliartrită simetrică seronegativă – 3, spondilită și coxileită – 3 cazuri. Afectări unghiale s-au înregistrat în 4,85% cazuri. Pruritul s-a constatat în 83% cazuri. Schimbări paraclinice depistate: anemie – 31%, limfocitoză – 27,1%, VSH accelerată – 18,4%, proteina C reactivă (4+) – 1,94% cazuri. S-a indicat tratament de rutină, inclusiv UVB în bandă îngustă 311 nm.

Concluzii. Repartiția cazuisticii luate în studiu, conform formelor clinice de boală, a conchis că psoriazisul a avut, cel mai des, un aspect vulgar, în plăci și placarde, inclusiv, cu localizări în pliuri și pe față, urmat de psoriazisul gutat, semnalat frecvent ca o formă de debut a bolii la copii și, oarecum mai rar, psoriazisul artropatic. Rolul unor factori declanșatori ai maladiei este evident în cazuistica studiată. De menționat, prezența pruritului în marea majoritate a cazurilor.

Cuvinte-cheie: psoriazis, copii, adolescenți, particularități.

Psoriasis in children and adolescents

Material and methods. A retrospective research has been done on 103 patients with psoriasis, aged from 1 till 17 years old (male/female ratio – 64/39) and treated in Hospital of Dermatology and Communicable Diseases.

Results. Repartition of patients by the age was as follows: up to 5 years – 11 cases, up to 10 years – 16 cases, up to 15 years – 29 and up to 17 years – 47 patients respectively. Duration of the disease oscillated between 3 months and 11 years, mean age is about 3.8 years. In 69.9% of cases the disease occurred in cold time of the year. An aggravated heredity has been observed in 45.6% of cases: 1st degree relatives – 45 cases, 2nd degree relatives – in 2 cases. A large spectrum of possible trigger factors was detected: emotional stress – 17 cases, acute respiratory infections – 15 cases, chronic infections – 32 cases (tonsillitis – 13, gastritis – 9, urethritis – 4, dental caries – 2 cases, cholecystitis – 2, pancreatitis – 2 cases). Association of psoriasis with some comorbidities was observed: the 2nd-3rd degree obesity, as well as acne vulgaris – 7 cases respectively, common warts – 2 cases, pityriasis rosea and epilepsy – 1 case each. Cutaneous psoriasis (papules and plaques) – was described in 73 patients and acute (guttate) in 15 patients. Skin folds and face involvement was present in 15.5% and 11.6% of patients, respectively. Psoriatic arthritis was observed in 15 patients as follows: distal interphalangeal arthritis – 5 cases, symmetric oligoarthritis – 4, seronegative symmetric polyarthritis – 3, spondyloarthropathy and sacroileitis – 3 cases respectively. Nail involvement was registered in 4.85% of cases. 83% of patients complained of pruritus. Paraclinical deviations included the following: anemia – in 31% of cases, lymphocytosis – 27.1%, ESR acceleration – 18.4%, C reactive protein 4+ -1.94% of cases. Patients have received an obvious treatment, inclusively a 311 nm narrowband UVB phototherapy.

Conclusions. Distribution of the clinical forms of disease has shown a significant prevalence of papules and plaques, inclusively with face and skin folds involvement, followed by guttate psoriasis as the most frequent form of debut in children, as well as psoriatic arthritis. Trigger factors were also indicted in the research. It is important to mention the presence of pruritus in the majority of cases.

Key words: psoriasis, children and adolescents, particularities.



SENSITELIAL



Very high **protection**
sunblock creams

- ⇒ **protecție înaltă**
- ⇒ **textură fluidă**
- ⇒ **hidratare intensă**

farmacie.md
farmacia personală 



EAU THERMALE
JONZAC



Gama completă pentru îngrijirea naturală a pielii
ȘI PELEA TA ÎTI VA MULȚUMI !

Acum în rețeaua de farmacii

onlain pe farmacie.md



LÉA
NATURE
LABORATOIRE

Comorbidități metabolice în psoriazisul exudativ

*Boris NEDELICIUC¹, Veronica IACUB¹, Mircea BEȚIU¹, Sergiu POPA²¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"²Secția Reumatologie, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: boris.nedelciuc@usmf.md

Generalități. Sindromul metabolic (SM) – o stare de inflamație cronică sistemică, indusă și întreținută de o multitudine de factori de risc, endogeni și exogeni, interrelaționați prin diverse mecanisme fiziopatologice de înaltă complexitate, natura cărora nu este elucidată complet până în prezent. Pentru stabilirea diagnosticului, sunt necesare cel puțin 3 din următoarele 5 stări patologice: 1) obezitate abdominală (> 102 la bărbați, > 88 la femei); 2) reglarea defectuoasă a glucozei ($\geq 5,6$ mmol/l); 3) hipertrigliceridemie ($\geq 1,7$ mmol/l); 4) niveluri HDL scăzute (< 1,0 mmol/l la bărbați, < 1,3 mmol/l la femei); 5) hipertensiune arterială (TA sistolică ≥ 130 mm Hg, TA diastolică ≥ 85 mm Hg). Se dezvoltă mai frecvent la bărbați, iar la femei se observă mai des în perioada climacterică. Obezitatea abdominală este incriminată direct în dezvoltarea SM. Grăsimea intraabdominală – „organ endocrin”, care secretă adipocitokine: a) interleukina 6 (IL-6); b) factorul de necroză tumorală α (TNF- α); c) adiponectina (AdipoQ); d) Plasminogen activator inhibitor 1 (PAI-1). Psoriazisul (Ps) și obezitatea au mediatori comuni ai inflamației: TNF- α și IL-6. Promotorii inflamației în obezitate și în Ps – adipocitele și macrofagii – derivă dintr-o origine mezotelială comună. Ps și obezitatea sunt asociate cu nivelurile crescute de TNF- α atât sistemic, cât și local. La fel ca Ps, SM este caracterizat printr-o activitate imunologică sporită a celulelor T-helper 1, sugerând că Ps poate fi asociat cu SM datorită căilor inflamatoare comune. Adicional, la asemănările imunologice ale Ps și SM, există câteva gene comune – HLA-CW6, B27 etc., ceea ce determină această gamă vastă de manifestări.

Material și metode. În contextul celor comentate mai sus, ne-am propus evaluarea aspectelor epidemiologice, etiopatogenice și clinico-evolutive ale SM pe un lot de pacienți cu Ps exudativ, în vederea optimizării conceptului despre rolul și importanța depistării SM, pe de o parte, a unei abordări mai eficiente în plan de diagnostic, iar ulterior, și de tratament al Ps, pe de altă parte. Lucrarea a fost realizată pe un lot de 92 de pacienți (71 de femei și 21 de bărbați) cu Ps artropatic, având comorbidități similare celor descrise în SM, care au fost tratați în perioada 2013-2014, în secția reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Republican. Studiul s-a bazat pe metoda retrospectivă de cercetare.

Rezultate obținute. Cei mai mulți dintre pacienți (48%), au avut vârste cuprinse între 35 și 55 de ani, 46% dintre bolnavi au avut vârsta de peste 55 de ani, restul pacienților (6%) având vârste între 18 și 35 de ani. Cele mai importante acuze au fost: lombalgii (69%), dureri în articulațiile mici ale mâinilor (60%), dureri în articulațiile talo-crurale (41%) și redoare matinală (38%). De asemenea, 49% dintre bolnavi au prezentat parestezii ale membrilor superioare și inferioare, 47% - cefalee, iar 34% - fatigabilitate. Sub aspect hereditar, 30% dintre pacienți au remarcat hipertensiune arterială la rude de gradul I, 23% - psoriazis la rude de gradul I și II, iar 4% - diabet zaharat la rude de gradul I. Majoritatea pacienților (73%), s-au tratat anterior și la medicul dermatolog, 28% dintre ei prezentând erupții cutanate la momentul spitalizării. Din punct de vedere clinic, predomină formele poliarticulare asimetrice – 72%, iar sub aspect serologic și radiologic prevalează spondiloartritele seronegative, gradul de activitate II, stadiul Ro II, IFA II – 85%. La 20% dintre bolnavi s-a semnalat diabet zaharat, tip 2, respectiv alterarea toleranței la glucoză. Menționăm, de asemenea, valori crescute ale colesterolului (59%) și trigliceridelor (28%). Examenul Eco-Doppler a permis depistarea insuficienței valvulei tricuspide, gradul I-II (81%), insuficienței valvulei mitrale, gradul I-II (80%), îndurația valvulei mitrale (56%), îndurația valvulei aortale (48%), dilatarea atriului stâng (46%) și hipertrofia ventriculului stâng (45%).

Concluzii. Așadar, asocierea Ps exudativ cu SM, constituie o problemă majoră, interdisciplinară, atât sub aspect clinic (dermatologie, reumatologie, cardiologie, endocrinologie), cât și sub aspect social (dizabilitate fizică și emoțională, pierderea capacității de muncă). SM constituie un teren favorabil pentru întreținerea și agravarea Ps exudativ, în special cel artropatic. La pacienții cu Ps exudativ, amplituda manifestărilor articulare este proporțională cu diversitatea și severitatea manifestărilor metabolice asociate. Iată de ce, pacienții cu Ps exudativ, care prezintă concomitent și SM, necesită o abordare amplă, multidisciplinară, în primul rând, sub aspect clinic (inclusiv consultația altor specialiști – cardiolog, reumatolog, endocrinolog etc.), în al doilea rând, sub aspect paraclinic (probele biochimice și imune, testele radiologice și ultrasonografice, inclusiv Eco-Doppler, tomografie computerizată etc.), ceea ce ar facilita stabilirea unui diagnostic precoce, complex și corect, o abordare mai reușită în contextul pasului următor – managementul terapeutic.

Cuvinte-cheie: psoriazis exudativ, sindrom metabolic, particularități clinice.

Exudative psoriasis and metabolic comorbidities

Overview. Metabolic syndrome is a systemic, chronic, inflammatory condition, which is induced and, respectively, maintained by a group of exogenous and endogenous factors, which interacts via different and complex pathophysiological mechanisms, nature of this process hasn't been elucidated yet. Diagnosis can be established only if 3 of 5 pathological states are present in the patient, as follows: 1) abdominal obesity (>102 in males, > 88 in females); 2) glucose intolerance ($\geq 5,6$ mmol/l); 3) hypertriglyceridemia ($\geq 1,7$ mmol/l); 4) decreased level of HDL cholesterol (<1,0 mmol/l in males, < 1,3 mmol/l in females); 5) arterial hypertension (systolic BP ≥ 130 mm Hg, diastolic BP ≥ 85 mm Hg). It is frequently encountered in men, but in women it occurs in menopause period. Abdominal obesity is pointed out as a major factor in metabolic syndrome development. Intra-abdominal fat tissue is an "endocrinal organ" which produces adipocytokines: a) interleukin 6 (IL-6); b) tumor necrosis factor (TNF- α); c) adiponectin (AdipoQ); d) plasminogen activator inhibitor 1 (PAI-1). Both, psoriasis (Ps) and obesity are induced by the same inflammatory mediators: TNF- α and IL-6. Adipocytes and macrophages, which are inflammatory promotional factors, derive from the same mesothelial tissue. Ps and obesity are both associated with systemic, as well as local, high levels of TNF- α . Metabolic syndrome, similar to psoriasis, is characterized by an increased immunological activity of Th1 cells, assuming that Ps may be associated with MS via common inflammatory mechanisms. In addition to immunological similarities MS, as well as Ps, have a few genes in common – HLA-Cw6, B27 etc. – which determines various clinical symptoms.

Material and methods. Taking into consideration all mentioned above, researchers aimed to evaluate epidemiological, ethiopathogenic and clinico-evolutionary aspects of MS in a group of patients with exudative Ps, for optimization of concept about the role and importance of MS on the one hand, and to enhance diagnostic and therapy options for Ps management on the other hand. A total number of 92 patients (71 females and 21 males) with Ps arthritis and associated comorbidities similar to those which occur in MS, who were treated in Republican Hospital during 2013-2014, were included in this study. A retrospective research has been done.

Results. Age of majority of the patients, 48%, was from 35 till 55 years old, 46% of patients aged more than 55 years old; other 6% were 18-35 years old. The most important complaints were: lombalgia (69%), arthralgia in small joints of the hands (60%), arthralgia in talocrural joints (41%), as well as, morning stiffness (38%). Also, 49% of patients have presented paresthesias in both upper and lower limbs, 47% - headache, but 34% - general weakness. Some of the patients had an aggravated heredity, as follows: in 30% of cases the 1st degree relatives suffered from arterial hypertension, in 23% of cases – from psoriasis, and in 4% of cases – from diabetes mellitus. Majority of the patients, 73%, were previously treated by dermatologists, 28% of them had skin lesions during the research. Clinically a predominance of the asymmetric polyarthritis was established in 72% of cases, but serologically, as well as radiologically, a prevalence of seronegative spondyloarthropathy with the 2nd activity degree, Ro II phase, IFA II was detected in 85% of cases. In 20% of patients a type II diabetes mellitus was established, respectively with glucose intolerance. Also, it is important to mention increased levels of cholesterol

(59%) and triglycerides (28%). Eco-Doppler method has revealed patients with tricuspid valve insufficiency, I-II degree (81%), mitral valve insufficiency, I-II degree (80%), mitral valve induration (56%), aortal valve induration (48%), left atrium dilation (46%) and left ventricle hypertrophy (45%).

Conclusions. Thus, association of exudative Ps with MS represents a main interdisciplinary problem, both from clinical (dermatology, rheumatology cardiology, endocrinology) and from social point of view (emotional and physical disability, loss of work capacity). MS creates a favorable base for maintenance and progression of exudative Ps, especially arthritis. In patients with exudative Ps, oscillation of joint manifestations is proportional to diversity and severity of associated metabolic disturbances. This is why patients who suffer from exudative Ps and simultaneously had MS need a complex, multidisciplinary approach, first of all clinical inspection (consultation of cardiologist, rheumatologist, endocrinologist etc.), secondary paraclinical examinations (blood biochemistry and immune system tests, X-ray and ultrasound investigations, inclusive Eco-Doppler, computed tomography etc.), which can facilitate an early establishment of correct and complex diagnosis, that will lead to a better management.

Key words: exudative psoriasis, metabolic comorbidities, clinical particularities.

Avantajele fototerapiei UVB în bandă îngustă în psoriazis

Nina FIODOROVA¹, *Mircea BEȚIU¹, Vladislav GOGU¹, Iulia EMEȚ¹, Sergiu RUSU²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Generalități. S-a efectuat un studiu epidemiologic observațional de două tipuri – descriptiv în serie de cazuri și caz-control.

Material și metode. Lotul de studiu a cuprins 60 de pacienți cu psoriazis vulgar diseminat, cu vârste cuprinse între 18 și 56 de ani (bărbați/femei – 38/22). Diagnosticul s-a stabilit pe baza anamnezei clinice, fiind inițiat un tratament de rutină. În funcție de fototerapia administrată, pacienții au fost repartizați în 2 loturi (a câte 30 fiecare): lotul I – UVB în bandă îngustă 311 nm și lotul II – UVB 280-320 nm. Pentru efectuarea tratamentului cu UVB 311 nm, s-a utilizat cabina Daavlin-Serix UB-8000 cu 5 expuneri săptămânale, planificate în total 20-25 de ședințe, doza energetică inițială de 0,03 J/cm² fiind mărită gradual (în absența eritemului) cu 0,1-0,2 J/cm², doza totală de circa 25 J/cm². Pacienților din lotul II li s-a administrat UVB 280-320 nm cu aparatul tradițional, de rutină (OKR 21M), cu 5 expuneri săptămânale, indicate în total 25-35 de ședințe, începând cu doza de 0,5-1,0 J/cm², după aceeași schemă, doza totală – circa 30-35 J/cm². Monitorizarea eficienței terapeutice s-a efectuat săptămânal (la 7, 14, 21 și 28 de zile), urmărindu-se dinamica de scădere a indicelui PASI.

Rezultate. Vârsta medie – 31 de ani. Durata maladiei a oscilat de la câteva luni până la 30 de ani. La 38 de pacienți, s-a constatat stadiul de staționare, iar la 22 – de avansare, media indicelui PASI fiind de circa 30. Astfel, o vindecare clinică/ameliorare semnificativă s-a constatat în: lotul I – 22/8 (73%/27%) și, respectiv, în lotul II – 19/9 (63%/30%). Doi pacienți din lotul II au abandonat tratamentul. În lotul I, media ședințelor a fost de 21, iar în lotul II – 32 de ședințe, doza totală fiind de 25 J/cm² și 30-35 J/cm², respectiv. Așadar, cura de tratament pentru lotul I a fost de 4 săptămâni, iar pentru lotul II – de 6 săptămâni. Dinamica procesului patologic cutanat în lotul I/lotul II, conform indicelui PASI, s-a prezentat în felul următor: la 5-7 zile (lot I)/la 7-11 zile (lot II) – palidarea leziunilor și reducerea descuamării (PASI=23,5/23,8); la 7-14 zile/la 12-18 zile – micșorarea evidentă a infiltrației și eritemului (PASI=17,1/17,5); la 14-21 de zile/la 19-25 de zile – macule eritematoase inelare (PASI=10,2/10,5); la 21-25 de zile/la 26-30 de zile – pigmentație, macule eritematoase discrete și xeroză discretă (PASI=4,38/4,5). Pruritul și xeroza cutanată a complicat tratamentul cu UVB la 3 pacienți din lotul I și la 12 pacienți din lotul II.

Concluzii. Acest studiu susține eficiența și siguranța superioară a fototerapiei cu UVB în bandă îngustă de 311 nm, în tratamentul complex al psoriazisului vulgar diseminat, comparativ cu UVB 280-320 nm. A fost stabilită eficacitatea terapeutică înaltă a UVB, cu scăderea semnificativă a indicelui PASI pentru ambele loturi, dar pacienții expuși la UVB în bandă îngustă, au obținut rezultatul respectiv de 1,5 ori mai repede, durata tratamentului reducându-se cu circa 5 zile. De menționat, posibilitatea administrării UVB 311 nm în stadiul de avansare a maladiei.

Cuvinte-cheie: psoriazis, fototerapie, UVB bandă îngustă.

Privelege of narrowband UVB therapy in psoriasis

Overview. An observational epidemiological research was run, it included a descriptive case-series and case-control studies.

Material and methods. A total number of 60 patients with cutaneous psoriasis aged from 18 till 56 years old participated in this study (male/ female ratio – 38/22). Diagnosis was established via history of illness and clinical inspection, a routine obvious treatment was prescribed. Patients were divided in 2 groups (30 patients in each group), depending on type of phototherapy that has been chosen: the 1st group has received a 311 nm narrowband UVB and the 2nd group a 280-320 nm standard UVB therapy. Daavlin-Serix UB-8000 cabin was used for 311 nm narrowband UVB therapy, with 5 times per week settings, and a total number of 20-25 settings, with an initial dosage of 0.03 J/cm², which was gradually increased (in absence of erythema) with 0.1-0.2 J/cm² up to total dosage of 25 J/cm². Patients from the 2nd group have received a 280-320 nm standard UVB therapy using an obvious OKR 21M equipment with 5 weekly settings, and a total number of 25-35 settings, an initial dosage of 0.5-1.0 J/cm² and a total dosage – 30-35 J/cm². The efficiency of UVB treatment was measured using a PASI score and followed up weekly (at 7, 14, 21 and 28 days).

Results. Mean age – 31 years. Duration of the disease has oscillated from a few months till 30 years. In 38 patients a stationary phase and in 22 a progressive phase were detected respectively, PASI media was 30. Thus, significant clinical improvement was established as follows: 22/8 (73%/27%) in the 1st group and 19/9 (63%/30%) in the 2nd group. Two patients from the 2nd group have completely abandoned the treatment. Total number of settings in the first group consisted of 21, in the 2nd group – 32 settings, and an overall UVB dosage was 25 J/cm² and 30-35 J/cm² respectively. Duration of therapy for patients from the 1st group lasted for 4 weeks and for the 2nd group – 6 weeks. Evolution of skin pathologic process was estimated using PASI score and presented as follows: on the 5th-7th day (the 1st group)/on the 7th-14th day (the 2nd group) – blanching of the lesions and reducing of the desquamation (PASI=23.5/23.8), on the 7th-14th day/12th-18th day – evident decrease of infiltrate and erythema (PASI=17.1/17.5), on the 14th-21th day/the 19th-25th day – annular erythematous lesions (PASI=10.2/10.5), on the 21st-25th day/the 26th-30th day – pigmentation, discrete erythematous macules and mild xerosis (PASI=4.38/4.5). In 3 patients from the 1st group and in 12 patients from the 2nd group pruritus and xerosis occurred as complication of UVB therapy.

Conclusions. This study has proved the high efficacy and safety of narrowband 311 nm UVB therapy comparative with a standard 280-320 nm UVB light, as a part of complex treatment of disseminated cutaneous psoriasis. A high therapeutic efficacy for UVB phototherapy was established, with significant decrease of PASI score (PASI 85) for both groups, but patients exposed to the narrowband UVB achieved a positive result 1.5 times faster than those who received standard UVB therapy, duration of treatment reduced then to 5 days. Also, a possibility of UVB administration in a progressive stage of psoriasis was mentioned.

Key words: psoriasis, phototherapy, narrowband UVB therapy.

Diabetul zaharat în dermatologie: studiu bazat pe 182 de cazuri clinice

Vasile ȚĂBĂRNĂ

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: vasile.tabarna@usmf.md

Diabetes mellitus in dermatology: a study based on 182 clinical cases

Abstract

Background: Diabetes mellitus (DM) is the most common endocrine disease. It is estimated that by 2025, it will affect 5.4% of the global population. DM does not leave any tissue or organ unaffected; moreover, cutaneous manifestations develop alongside disturbances of internal organs. Cutaneous manifestations in diabetes mellitus (CMDM) are encountered in 20 - 30% of cases. They are often the first symptoms of diabetes, thus having an important role in diagnosing this disease. Out of these cases, skin infections are the most commonly encountered constituting 20% to 50%. Patients with type II diabetes frequently develop skin infections, while those with type I develop autoimmune lesions.

Material and methods: The study group comprised 182 patients diagnosed with CMDM, including 103 women and 79 men, aged between 20-81 years who were hospitalized during 2010-2011 at Department of Women's and Men's Dermatology of the Republican Dermatovenerologic Dispensary, Chisinau. The patient records were examined according to a survey that included: gender, age, area of residence, type of diabetes, type of skin lesion, morbid associations, glucose, glucosuria, proteinuria, microscopy, bacteriology, histopathology, etc., observing the inclusion and exclusion criteria. The statistical data was analyzed and compared with the one presented in the medical literature.

Results: The results demonstrate that patients came mainly from rural areas 114 (62.63%) and urban - 68 (37.36%), 8 patients (1.52 ± 4.40%) had type I diabetes and 174 patients (95.60 ± 1.52%) - type II diabetes. The several of CMDM were present in the age group of 51-65 years with feminine predominance. Skin infections were the most common (66 cases). Out of the total group of patients, 93 (51.1%) had cutaneous pruritus. According to correlative share, it was determined that certain severe skin itching is associated with higher blood glucose levels. Depending on 5 levels of blood glucose level it was determined that the largest share of skin infections -22 patients (40%) is associated with glucose levels from 7.9 to 11.0 mmol/l.

Conclusions: CMDM are often present in women aged 51-65 years, often from rural areas and it is type II diabetes. The most frequent group of CMDM are skin infections. Every second patient complained of cutaneous pruritus. Severe skin itching and skin infections are frequently associated with a high glycemic level. Therapeutic success is directly proportional to decreasing glucose levels and maintaining its normal values, and the fair treatment of cutaneous manifestations of diabetes.

Key words: diabetes mellitus, skin manifestations, skin infections.

Introducere

În Republica Moldova, diabetul zaharat (DZ) constituie 50% [14] din structura maladiilor endocrine. La 1 ianuarie 2008, în Republica Moldova, erau la evidență 49 080 [14] bolnavi de DZ, inclusiv 395 de copii [14] cu diabet zaharat tip 1 și 72 de adolescenți - cu DZ tip 2 [14]. Din numărul total de pacienți cu diabet, 44 639 [14] persoane au fost diagnosticate cu tipul 2, ceea ce constituie 91% [14]. DZ este cea mai frecventă maladie endocrină, estimându-se că în anul 2025 va afecta 5,4% [14] din populația globală. DZ nu lasă țesut sau organ neafectat, iar manifestările cutanate se dezvoltă în paralel cu perturbările organelor interne.

Manifestările cutanate în diabetul zaharat (MCDZ) se întâlnesc în 20%-30% cazuri [1]. Deseori, ele constituie primul simptom al DZ, având astfel un rol deosebit în depistarea acestei boli. Dintre acestea, cel mai frecvent întâlnite sunt infecțiile cutanate, cu o prevalență de la 20% până la 50% [9, 13]. Se știe că organul cutanat participă la metabolismul glucidelor. În țesutul pielii, poate fi stocată o cantitate de 7,5%-11,5% [11] din glucidele sanguine, metabolismul locală a acestor substanțe fiind datorată fermenților glicolitici, stocați la acest nivel. În pielea sănătoasă, cantitatea de glucoză nu depășește în medie 56 mg [10], la diabetici ea poate atinge valori de circa 3 ori mai mari [10], existând în

aceste împrejurări un oarecare paralelism între titrul sanguin al glucozei și cel conținut în piele.

Tulburările metabolice sunt urmate de modificări ale unor capacități reacționale ale pielii. Se produce astfel o diminuare a rezistenței pielii față de razele ultraviolete, o modificare a potențialului său oxido-reductor și o scădere a rezistenței capilarelor, în timp ce bariera conjunctivă devine ușor permeabilă. Consecința cea mai importantă este apariția unei susceptibilități particulare a organului cutanat față de infecții, datorită creării unui adevărat „mediu de cultură” glucozat, propice dezvoltării germenilor.

Un al doilea grup de fenomene morbide cutanate îl constituie substraturile fizio- și morfopatologic, atingerile structurilor vasculare ale pielii. În stadiul pur funcțional al tulburărilor vasculare, se produce o scădere a tonusului capilarelor, exprimată printr-o capilarectazie, mai accentuată, de obicei, la nivelul palmelor și plantelor, stare cunoscută sub numele de „rubeoză diabetică”. Astfel, pielea la pacienții cu DZ este unul din „organele țintă” de implicare, care poate deveni un marker al bolii. Leziunile cutanate, care se dezvoltă ca urmare a diferitor complicații cronice ale diabetului, sunt consecințe ale macroangiopatiei, microangiopatiei, afectării țesutului de colagen, reducerii rezistenței locale, asocierii infecțiilor cutanate.

Clasificarea MCDZ. Actualmente, se cunosc mai multe tipuri de clasificări ale MCDZ: clasificarea după Tosto [1] (7 grupuri de manifestări cutanate), după tipul DZ [8] (manifestări cutanate în tipul 1 și 2), conform frecvenței apariției [7].

O importanță clinică deosebită o are clasificarea după Tosto [1]: 1) Leziuni produse prin dereglări vasculare: dermatopatie diabetică, rubeoză facială, dermatită purpurică a membrelor inferioare, necrobioză lipoidică, complex acral ischemic; 2) Leziuni produse prin dereglări neurologice: prurit cutanat, dermatoză buloasă diabetică; 3) Infecții cutanate: micoze cutaneo-mucoase, streptococie diseminată, stafilococii; 4) Leziuni produse prin tulburări metabolice: xantoame, xantelasme, xantodermie; 5) Asociații morbide semnificative: granulom inelar, *acantozis nigricans*, porfirie cutanată tardivă, lipodistrofie; 6) Asociații morbide ocazionale: lipoproteinoză Urbach-White, scleredem Buschke, pseudoxantom elastic, vitiligo; 7) Complicații cutanate ale tratamentului antidiabetic: lipodistrofii, cheloide diabetice, manifestări alergice cutanate.

O altă clasificare se realizează în funcție de tipul DZ [8]: 1) Manifestări cutanate asociate tipului 1 de DZ: telangiectazie periungială, necrobioză lipoidică, bulă diabetică, vitiligo, lichen ruber plan; 2) Manifestări cutanate asociate tipului 2 de DZ: a) dermatopatie diabetică; b) îngroșarea pielii; c) *acantozis nigricans*; d) unghii galbene; e) acrocordoane diabetice; f) calcifilaxis; g) xantomă eruptivă; h) granulom inelar.

Scopul studiului. Evaluarea MCDZ în aspect clinic, paraclinic și terapeutic prin efectuarea unui studiu retrospectiv și analiza literaturii contemporane de specialitate.

Obiectivele studiului:

1. Determinarea incidenței MCDZ conform genului, vârstei, mediului de trai și tipului de diabet zaharat.
2. Evaluarea incidenței grupurilor de MCDZ.
3. Aprecierea examenului clinic și paraclinic al MCDZ.
4. Studiarea ponderii corelative dintre infecțiile cutaneo-mucoase și a pruritului cutanat sever cu profil glicemic.
5. Evaluarea principiilor terapeutice în MCDZ.

Material și metode

Pentru realizarea obiectivelor lucrării, în studiu au fost incluși 182 de pacienți diagnosticați cu MCDZ, dintre care 103 femei și 79 de bărbați, cu vârsta cuprinsă între 20-81 de ani, fiind internați în perioada 2010-2011, în secțiile Dermatologie Femei, Bărbați din IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican. Datele au fost obținute din fișele medicale din arhiva Dispensarului Dermatovenerologic Republican, selectate conform criteriilor de includere și excludere.

A. Criterii de includere în studiu:

- Pacienții cu toate formele de MCDZ.
- Pacienții cu diagnosticul de MCDZ confirmat clinic și paraclinic (biochimic, histologic, bacteriologic, microscopic).
- Pacienții cu vârste cuprinse între 20 și 81 de ani, de ambele genuri.

Criterii de excludere în studiu:

- Pacienții cu alte tipuri de maladii endocrine.

Pacienții la care diagnosticul de MCDZ nu a fost confirmat prin examen clinic și paraclinic.

Pacienții cu vârsta mai mică de 20 ani și mai mare de 81 de ani.

Fișele de observație clinică ale pacienților cu MCDZ au fost examinate conform unei anchete: vârstă, gen, mediu de trai, tip de diabet zaharat, semne clinice generale și locale (subiective și obiective), investigații de laborator, durată a maladiei, tratament efectuat.

Conform criteriului de vârstă, pacienții au fost repartizați în 4 grupuri (cu interval de 15 ani): 20-35 de ani; 36-50 de ani; 51-65 de ani; 66-81 de ani. Distribuția pe genuri a evidențiat un raport F:B/1:3 cazuri de gen feminin în raport cu genul masculin (103:79). În dependență de mediul de trai, pacienții au fost repartizați în 2 grupuri: mediul rural și mediul urban. În funcție de tipul de diabet zaharat, pacienții au fost grupați în 2 grupuri: cei cu DZ de tip 1 și tip 2. În dependență de leziunile cutanate, pacienții au fost distribuți în 7 grupuri de MCDZ: 1) leziuni produse prin dereglări vasculare; 2) leziuni produse prin dereglări neurologice; 3) infecții cutanate; 4) leziuni produse prin dereglări metabolice; 5) asociații morbide semnificative; 6) asociații morbide ocazionale; 7) complicații cutanate ale tratamentului antidiabetic.

Metode de cercetare

Pentru prelucrarea statistică a datelor obținute, s-a utilizat Microsoft Office Excel. Metodele de cercetare aplicate: analiza retrospectivă, metoda grafică, calcularea valorii medii, deviației standard, a indicilor intensivi, a coeficientului de corelație.

Rezultate și discuții

Analiza datelor obținute a demonstrat, că pacienții au provenit cu precădere din mediul rural 114 (62,63%), iar 68 (37,36%) – din mediul urban. Din numărul total de pacienți cu DZ, 8 pacienți (4,40% ± 1,52) au fost confirmați cu DZ tip 1 și 174 de pacienți (95,60% ± 1,52) – cu DZ tip 2. Din totalitatea MCDZ, manifestările cutanate diseminate (57,3%) au avut o pondere ușor crescută față de leziunile cutanate cu un proces localizat (42,7%). Cele mai diverse MCDZ au fost prezente în grupul de vârstă 51-65 de ani, cu o prevalență la genul feminin (tab. 1).

Tabelul 1

Repartizarea pacienților cu MCDZ conform vârstei și sexului

Grup de vârstă	Vârstă (ani)	Masculin	Feminin	Total
		Nr. de bolnavi (%)	Nr. de bolnavi (%)	
1.	20-35	1 (1,26%)	4 (3,88%)	5 (2,74%)
2.	36-50	8 (10,12%)	11 (10,67%)	19 (10,43%)
3.	51-65	67 (84,81%)	73 (70,87%)	140 (76,92%)
4.	66-80	3 (3,81%)	15 (14,58%)	18 (9,91%)
T	Total	79 (100%)	103 (100%)	182 (100%)

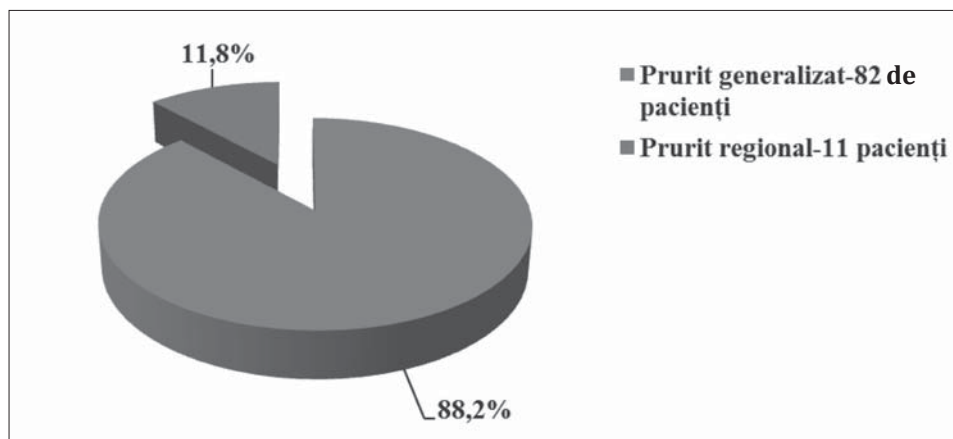


Fig. 1. Repartizarea pacienților cu prurit cutanat conform localizării.

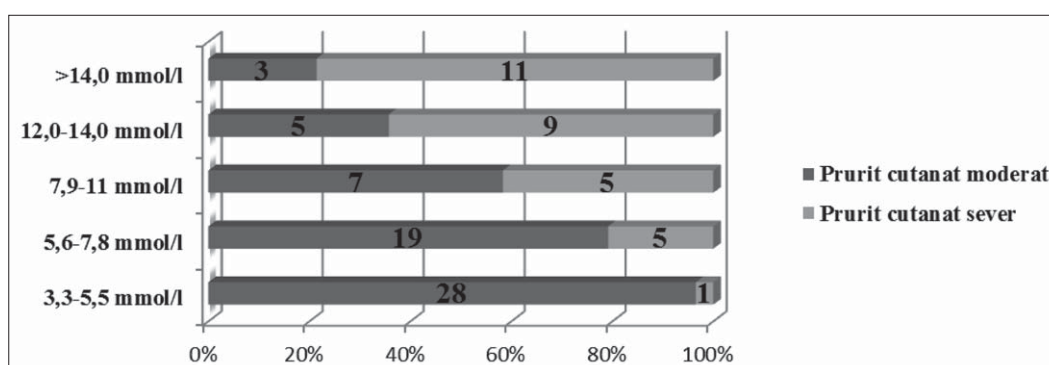


Fig. 2. Ponderea corelativă dintre severitatea pruritului cutanat și nivelul glicemic.

În primul grup (leziuni produse prin dereglări vasculare) de MCDZ, au fost înregistrate 3 cazuri de dermatopatie diabetică, 11 cazuri de complex acral ischemic, un caz de necrobiroză lipoidică și 2 cazuri de dermatită purpurică a membrilor inferioare. În cadrul grupului al doilea de MCDZ (leziuni produse prin dereglări neurologice), au fost înregistrați 93 de pacienți cu prurit cutanat. În grupul al treilea (infecții cutanate) s-au înregistrat 55 de cazuri de infecții micotice cutaneo-mucoase și 11 bacteriene (8 stafilococii și 3 streptococii). În grupul al patrulea (leziuni produse prin tulburări metabolice), s-au atestat un caz de xantom și 3 de xantelasmă. Respectiv, în grupul cinci de MCDZ (asociații morbide semnificative), s-au semnalat 6 cazuri de granulom inelar. În cadrul penultimului grup (asociații morbide ocazionale)

– un singur caz de vitiligo. Ultimul grup (complicații cutanate ale tratamentului antidiabetic) – nu a acuzat leziuni cutanate.

Prin diagnostic clinic de complex acral ischemic, s-au depistat 11 cazuri: 7 bolnavi (63,6%) cu ulcere cronice arteriale și 4 bolnavi (36,4%) cu microulceratii distale. Din grupul pacienților cu infecții cutanate, 38 (69%) au prezentat diferite forme de keratomicoze și 17 (31%) pacienți au dezvoltat candidomicoze cutaneomucoase.

Din lotul total de pacienți, 93 (51,1%) au acuzat prurit cutanat, dintre care 82 (88,2%) – prurit generalizat și 11 (11,8%) – prurit regional cu predilecție vulvar (fig. 1).

Din cei 93 de pacienți, care au acuzat prurit cutanat, 1/3 (31 de bolnavi) au acuzat prurit sever (grataj considerabil cu

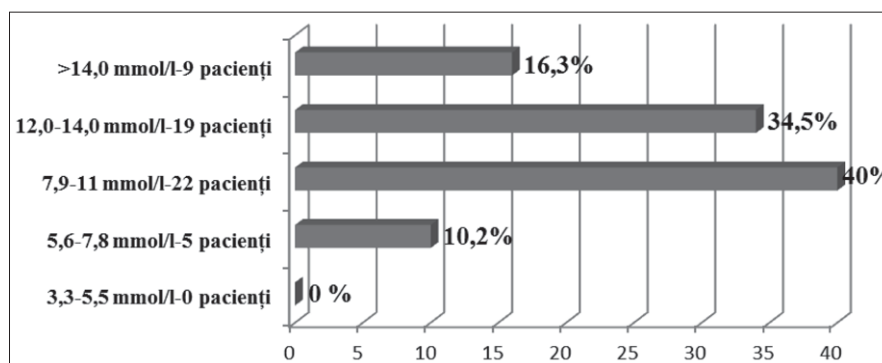


Fig. 3. Ponderea corelativă dintre infecțiile cutanate și profilul glicemic.

importante leziuni cutanate) și 2/3 (62 de bolnavi) – prurit moderat (suportabil). Conform ponderii corelative, s-a constatat că anume pruritul cutanat sever este asociat cu niveluri glicemice mai mari decât pruritul cutanat moderat (fig. 2).

În dependență de cele 5 niveluri de glicemie, s-a stabilit că ponderea cea mai mare a infecțiilor cutanate – 22 de pacienți (40%) este asociată cu nivelul glicemic – 7,9-11,0 mmol/l, la fel un număr mare de 19 pacienți (34,5%) cu nivelul glicemic 12,0-14,0 mmol/l, 9 pacienți (16,3%) – cu nivelul >14,0 mmol/l și 5 pacienți (10,2%) – cu 5,6-7,8 mmol/l (fig. 3).

Una din manifestările cutanate în diabetul zaharat – necrobioza lipoidică, în lotul de studiu constituie o pondere de 0,54%, ceea ce corespunde cu datele din sursele bibliografice – 0,3-1,6% [3]. Dermopatia diabetică, a fost prezentă în 1,64% cazuri studiate, în timp ce în literatura de referință sunt descrise de la 7 până la 70% cazuri [7] dintre pacienții diabetici. O altă manifestare cutanată la pacienții cu asociații morbide semnificative, cum ar fi granulomul inelar, în lotul de studiu constituie 3,3%, ceea ce se încadrează în limitele 0,5-10%, menționate în literatura de specialitate [12]. Infecțiile cutanate asociate DZ din eșantionul evaluat constituie 36,26%, aceasta fiind una din cele mai frecvente manifestări cutanate în DZ, care confirmă o corelație strânsă între nivelul glicemic, microangiopatie, deshidratare cutanată și supresia imunității celulare. În literatura de specialitate, infecțiile cutanate constituie 20-50% [6]. Din asociațiile morbide ocazionale cum ar fi vitiligo, în studiu a constituit o prezență de 0,54%, în timp ce literatura de specialitate menționează 1-7% [2, 5]. Xantomul eruptiv (leziuni produse prin dereglări metabolice) a fost evidențiat în 0,54% cazuri, iar conform literaturii de specialitate el constituie doar 0,1% [7].

Concluzii

1. În urma efectuării studiului, s-a constatat că MCDZ sunt mai frecvent întâlnite la femei cu vârste cuprinse între 51-65 de ani, din mediul rural și cu DZ tip 2.

2. Cel mai frecvent grup de MCDZ, îl constituie infecțiile cutanate, urmate de leziuni produse prin dereglări neurologice. Cea mai mică incidență o au leziunile produse în urma tratamentului antidiabetic.

3. Caracterul diseminat al leziunilor din totalitatea

MCDZ a avut o pondere ușor superioară față de cele localizate. În complexul acral ischemic, ulcerele cronice arteriale au avut ponderea cea mai mare. Fiecare al doilea pacient a acuzat prurit cutanat, la 1/3 dintre ei manifestându-se sever și la majoritatea – de tip generalizat. La pacienții cu infecții cutanate, agentul cauzal fungic s-a depistat în cele mai multe cazuri, cu prevalența keratomicozelor, pe când în infecția bacteriană au prevalat stafilocociile.

4. Studiul a stabilit că infecțiile cutanate și pruritul cutanat sever sunt asociate frecvent cu un nivel glicemic înalt.

5. Rata succesului terapeutic al MCDZ este direct proporțională cu scăderea glicemiei și menținerea valorilor ei normale prin administrarea tratamentului antidiabetic, precum și prin aplicarea corectă a tratamentului patologiei cutanate.

Bibliografie

1. Bucur Gh, Opriș DA. Manifestările cutanate în diabetul zaharat. În: Boli dermatovenerice. Enciclopedie. Ediția a II-a. București, 2002, 441-442.
2. Burge MR, Carey JD. Vitiligo associated with subcutaneous insulin lispro infusion in type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27:275-276.
3. Cohen O, Yaniv R, Karasik A, Trau H. Necrobiosis lipoidic and diabetic control revisited. *Med Hypotheses*. 1996;46:348-350.
4. Ferring T, Miller F. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *Dermatol. Clin*. 2002;20:483-492.
5. Forschner T, Buchholtz S, Stockfleth E. Current state of vitiligo therapy-evidence-based analysis of the literature. *J. Dtsch. Dermatol. Ges*. 2007;5:467-475.
6. Gherasim L. Diabetul zaharat și obezitatea. În: Medicină internă. Boli cardiovasculare. 2005, Vol II;1003-1007.
7. Huntley A. Diabetes mellitus. *Dermatology Online Journal*. 1995;1(2). <http://dermatology.cdlib.org/DOJvol1num2/diabetes/dmreview.html>. Accessed July 30, 2008, p.1020-1023, 1034.
8. Landau J, Davis E. The small blood-vessels of the conjunctiva and nail bed in diabetes mellitus. *Lancet*. 1960; Nr: 2, 731-732, 744-746.
9. Meurer M, Stumvoll M, Szeimies RM. Hautveränderungen bei Diabetes Mellitus. *Hautartz*. 2004;55:428-435.
10. Nicolau ȘG, Bădănoiu AI. Procesele cutanate în diabetul zaharat. În: Fiziologia principalelor procese cutanate morbide. București, 1967;303-305, 367-373.
11. Patrașcu V, Popescu M. Manifestări dermatologice. În: Manifestări viscerale în patologia endocrină. 2005, cap. XI;202-224.
12. Sibbald RG, Landolt SJ, Toth D. Skin and diabetes. *Endocrinol. Metab. Clin. North. Am*. 1996;25:463-472.
13. Sibbald RG, Schachter RK. The skin and diabetes mellitus. *Int. J. Dermatol*. 1984;23:567-584.
14. www.ms.md. Protocolul clinic național în diabetul zaharat. 2008.



Aspecte dermatologice ale diabetului zaharat, tip I

Ion RUSU, Natalia NASTAS, Eugenia RUSU, Olga RUSU

Spitalul Raional Anenii Noi, Anenii Noi, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Studiul retrospectiv, realizat pe durata anilor 2011-2015, a cuprins 71 de bolnavi cu diabet zaharat, tip I (vârste – 2-61 de ani; b/f – 34/37).

Rezultate. Durata medie a maladiei – 4,5 ani. Repartizarea bolnavilor conform vârstei a fost următoarea: 2-18 ani (lotul I) – 11 cazuri; 19-61 de ani (lotul II) – 60 de cazuri. Spectrul maladiilor cutanate, depistate la bolnavii respectivi, a fost următorul: lotul I – dermatită atopică, impetigo contagios, streptodermie uscată, neurodermită circumscrișă, eczemă dishidrotică, onicodistrofii, vitiligo – câte 1 caz și acnee vulgară – 2 cazuri; lotul 2 – eczeme, furunculoză, rozacee – câte 6 cazuri, candidoză – 20 de cazuri, prurit cutanat – 5 cazuri, psoriazis, zona zoster – câte 3 cazuri, ulcere arteriale la nivelul gambelor – 2 cazuri, alte patologii (lichen plan, xantome, porfirie cutanată tardivă) – câte 1 caz.

Concluzii. Menționăm prezența maladiilor, cauzate de diminuarea funcției de protecție cutanată și a mucoaselor, la adulții cu diabet zaharat, tip I. Studiul efectuat relevă o prevalență înaltă atât a candidozei, cât și a altor maladii – furunculoză, eczeme, prurit cutanat.

Cuvinte-cheie: diabet zaharat, tip I, aspecte dermatologice.

Dermatological aspects in diabetes mellitus, type I

A 5 year retrospective study of 71 patients with type I diabetes mellitus (aged 2 to 61 years old; m/f – 34/37) was done.

Results. Mean age – 45 years old. In accordance with their age patients were divided in 2 groups: the 1st group included patients aged 1 to 18 years old – 11 cases; the 2nd group was made of patients from 19 to 61 years old – 60 cases. Cutaneous diseases established in patients with type I diabetes mellitus ranged, as follows: the 1st group – atopic dermatitis, contagious impetigo, dry streptoderma, circumscribed neurodermitis, dyshidrotic eczema, nail dystrophy, vitiligo – 1 case of each and acne vulgaris – 2 cases, correspondingly; the 2nd group – eczema, furunculosis, rosacea 6 cases of each disease; candidiasis in 20 cases, pruritus in 5 cases, psoriasis, herpes zoster – 3 cases of each; arterial ulcers in 2 cases and other manifestations – 1 case of each (lichen planus, xantomatosis, porphyria cutanea tarda).

Conclusions. It is important to mention presence of dermatoses induced by altered protective function of skin and mucous membranes in patients with diabetes mellitus type I. An increased prevalence of candidiasis, as well as other dermatoses, such as furunculosis, eczema and pruritus has been established in the study.

Key words: diabetes mellitus, type I, dermatological aspects.

Ihtiozele ereditare – studiu clinic

*Mircea BEȚIU, Nina FIODOROVA, Ala STRIJCA, Gheorghe MUȘET, Vasile STURZA,
Boris NEDELCIUC, Leonid GUGULAN, Grigore MORCOV, Vladislav GOGU, Iulia EMEȚ

*Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Generalități. Ihtiozele ereditare reprezintă un grup heterogen de manifestări descuamative cutanate, cum ar fi ihtioza vulgară și ihtioza X-lincată, sunt cele mai frecvente.

Material și metode. Au fost analizate fișele de observație clinică (111 cazuri) ale pacienților cu ihtioze ereditare, tratați în perioada 1986-2015, în ale cadrul Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Rezultate. Vârsta pacienților a oscilat între 1-18 ani (m/f – 42/69; rural/urban – 87/24). Spectrul nosologic depistat s-a prezentat în felul următor: ihtioză vulgară – 76 (68,5%) cazuri; eritrodermia ihtioziformă non-buloasă Brocq – 23 (20,7%) cazuri; eritrodermia ihtioziformă buloasă Brocq – 3 (2,7%) cazuri; ihtioza X-lincată – 7 (6,3%) cazuri; sindromul Netherton – 2 (1,8%) cazuri. Așadar, transmiterea autosomal-dominantă s-a constatat în 79 (71,2%) cazuri, autosomal-recesivă – în 25 (22,5%) cazuri și X-lincată – în 7 (6,3%) cazuri. Toți bolnavii prezentau în antecedente pusee repetate de amigdalită, bronșită, pneumonie, infecții virale acute, piodermie, anemie. Întârzierea dezvoltării somatice și intelectuale s-a consemnat în 32 (28,8%) cazuri. Au fost evidențiate următoarele forme clinice de ihtioză vulgară, care aveau o evoluție benignă: forma simplex – 70 de cazuri; xerodermia și forma *nigricans* – câte 3 cazuri. Debutul maladiei a avut loc între 2 și 12 luni de viață, constatându-se în 53 (69,7%) cazuri, între 1-4 ani – în 17 (22,3%) cazuri și peste 4 ani – 6 (8%) cazuri. Tabloul clinic prezenta, în marea majoritate a cazurilor, o descuamație predominantă pe părțile de extensie ale membrilor, mai puțin pe trunchi, față, scalp, cu scuame fine, albicioase, excepție fiind forma *nigricans*. Manifestările descuamative de ihtioză au fost completate cu hiperkeratoză caloasă a coatelor și genunchilor, keratoză pilară, accentuarea pliurilor palmare și plantare în 51 (67,1%) cazuri. Ihtioza X-lincată a fost caracterizată prin debut în primele 6 luni de viață, o evoluție benignă, scuame mari poligonale, absență keratozei pilare și a atingerilor palmo-plantare. Debutul formelor eritrodermice de ihtioză (eritrodermia ihtioziformă non-buloasă recesivă, eritrodermia ihtioziformă buloasă dominantă) s-a constatat la naștere, având un aspect de „bebe collodion” în majoritatea cazurilor, cu ameliorare în 10-14 zile. O evoluție gravă, cu afectarea cutanată ulterioară generalizată, s-a observat în 18 (69,2%) cazuri, asociindu-se cu onicodistrofii și distrofii pilare, în jumătate din cazuri. De menționat o evoluție extrem de severă la 3 pacienți cu eritrodermie ihtioziformă buloasă, debutând în primele zile de viață, cu bule și decolări epidermice. Aspectul clinic ulterior prezenta scuame groase, verucoase, gri-brune, acoperind suprafața cutanată eritematoasă, keratodermie palmo-plantară, onicodistrofii, alopecie, suprainfecții cutanate. Debutul sindromului Netherton s-a constatat în primele 3-4 luni de viață, manifestările clinice cutanate fiind prezente în 3 aspecte: ihtioza liniară circumflexă Comel, manifestări atopice și distrofii pilare (hipotrihoză, *trichorrhexis invaginata*). Tratatamentul ihtiozelor a inclus preparate topice cu uree, acid salicilic, emoliente, vitamina A, având un efect curativ bun la bolnavii cu ihtioză vulgară (xerodermie simplă) și o ameliorare neînsemnată, temporară, în celelalte forme studiate.

Concluzii. Profilul ihtiozelor constată predominarea sexului feminin, precum și a formelor clinice de ihtioze dominante cu evoluție benignă și răspuns bun la tratament, excepție fiind eritrodermia ihtioziformă buloasă Brocq. De menționat, gravitatea și rezistența la tratament a formelor recesive de ihtioză. Din punct de vedere profilactic, sfatul genetic reprezintă singura posibilitate de a efectua diagnosticul prenatal.

Cuvinte-cheie: ihtioze ereditare, copii, particularități.

Congenital ichthyosis – a clinical research

Overview. Congenital ichthyosis represents a heterogenous group of desquamative skin disorders among which the most frequent are ichthyosis vulgaris and X-linkate ichthyosis.

Material. 111 medical files of patients with congenital ichthyosis, who have been treated at the Hospital of Dermatology and Communicable Diseases during 1986-2015, were included in the research.

Results. Patients' age has oscillated from 1 till 18 years old (m/f-42/69; rural/urban – 87/24). Range of clinical forms included, as follows: ichthyosis vulgaris – 76 (68.5%) cases; non-bullos ichthyosiform erythroderma – 23 (20.7%) cases; bullous ichthyosiform erythroderma of Brocq – 3 (2.7%) cases; X-linkate ichthyosis – 7 (6.3%) cases; Netherton syndrome – 2 (1.8%) cases. Thus, autosomal-dominant transmission of the disease was established in 79 (71.2%) cases, as well as autosomal-recessive was present in 25 (22.5%) cases and X-linkate in 7 (6.3%) cases. All patients prior have developed recurrent episodes of amigdalitis, bronchitis, pneumonia, acute viral infections, pyodermas and anemia. Both, somatic and mental retardation, were seen in 32 (28.8%) cases. Benign forms of ichthyosis vulgaris were described as follows: simple form in 70 cases; xeroderma and nigricans form 3 cases of each. Onset of the disease between 2 and 12 months old was observed in 53 (69.7%) cases, from 1 till 4 years old in 17 (22.3%) cases and after 4 years in 6 (8%) cases. In majority of cases, a desquamation with fine white scales on extensor surface of limbs, less on trunk, face and scalp of the patients were seen; nigricans form was an exception. Also, a massive hyperkeratotic depositions on patients' elbows and knees were present, as well as follicular hyperkeratosis with accentuated skin markings on palms and soles were observed in 51 (67.1%) cases. Cases of X-linkate ichthyosis have been characterized by an early onset within first 6 months of patients' life, a benign evolution of the disease, large polygonal scales, absence of follicular hyperkeratosis and involvement of palms and soles. Onset of ichthyosiform erythroderma (recessive non-bullos and dominant bullous forms) was described at delivery with "collodion bebe" manifestations, as well as benign evolution, in majority of cases, on the 10-14th days of life. A severe progression of the disease with generalized skin involvement was seen in 18 (69.2%) cases, associated with onichodystrophy and trichodystrophy in a half of cases. It is important to notice an extreme severe evolution of bullous ichthyosiform erythroderma in 3 children with early onset, bulla and wide exfoliation of the epidermis. Late clinical manifestations were presented by multilayered, verrucose, gray-brown scales, which covered a generalized erythema; palmo-plantar keratoderma, onichodystrophy, alopecia and pyodermas were seen as well. Development of Netherton syndrome was established in the first 3-4 months of patients' life. Clinical aspects included as follows: linear ichthyosis Comel, atopic eczema and trichodystrophy (hypotrichosis and trichorrhexis invaginata). Topical treatment has involved remedies with urea, salicylic acid, emollients and vitamin A with a good effect in patients with ichthyosis vulgaris (xeroderma, simple form) and a temporary benefic result in other forms.

Conclusions. Ichthyosis occurs mostly in females; prevalence of dominant forms with a benign evolution and positive response to topical treatment were observed; only bullous ichthyosiform erythroderma of Brocq made an exception. Recessive forms of ichthyosis were marked by severe evolution and treatment resistance. Consultation of a genetic specialist represents a unique solution for antenatal prophylaxis of the disease.

Key words: congenital ichthyosis, children, particularities.

Epidermolizele buloase – studiu clinic

*Mircea BEȚIU¹, Nina FIODOROVA¹, Gheorghe MUȘET¹, Angela SAVIN², Viorel CALISTRU²,
Dumitru RUBANOVICI², Iulia EMEȚ¹, Elena GRIB², Nadejda DOLMA³

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, ³Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Generalități. Au fost analizate fișele de observație clinică (41 de cazuri) ale pacienților cu epidermolize buloase (EB), tratați în perioada 2000-2014, în cadrul Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Rezultate obținute. Vârsta pacienților a oscilat între 2 luni și 52 de ani (m/f – 28/13; rural/urban – 25/16). Spectrul nosologic depistat, s-a prezentat în felul următor: epidermoliza buloasă simplă (EBS) Koebner – 11 cazuri; EBS Weber-Cockayne – 9 cazuri; EBS asociată cu tulburări de pigmentare – 1 caz; epidermoliza buloasă joncțională (EBJ) Herlitz – 1 caz; epidermoliza buloasă distrofică dominantă (EBDD) Cockayne-Touraine – 12 cazuri; EBDD Passini – 3 cazuri; epidermoliza buloasă distrofică recesivă (EBDR) Hallopeau-Siemens – 4 cazuri. Așadar, EBS s-a constatat în 51,2% cazuri, EBJ – în 2,4% și EBD – în 46,34% cazuri. Manifestările buloase de epidermoliză au fost asociate cu o afectare unghială în 48,8% cazuri. Hiperhidroza, keratoderma palmo-plantară, alopecia și leziunile ichtioziforme s-au evidențiat în 12,2% cazuri. La circa o jumătate dintre pacienți au fost constatate o serie de maladii concomitente (anemii, pneumonii, hepatite, pancreatite, pielonefrite). Anomaliile dentare și afectarea mucoaselor s-au raportat la o treime dintre pacienți, fiecare al zecelea pacient având și retard mental. La circa 20% cazuri, au fost observate complicații cu agenți microbieni (piodermii), iar la bolnavii cu EBDR Hallopeau-Siemens – cheloizi, acrosclerodactilie, contracturi, mutilații, stenoze esofagiene. Un caz de deces s-a constatat la pacientul cu EBJ Herlitz, la 2 luni de la naștere. O evoluție favorabilă s-a observat la pacienții cu forme epidermolitice și distrofice dominante (63,4%). Pe durata tratamentului de rutină, s-a constatat apariția bulurilor noi la toți bolnavii. Epitelizarea eroziunilor s-a observat pe parcursul a 5-14 zile. După includerea în tratamentul topic a pansamentelor „Mepilex Lite”, „Mepitel”, durata epitelizării erupției s-a redus de 2 ori (3-7 zile).

Concluzii. Profilul epidermolizei buloase constată predominarea sexului masculin, precum și a formelor clinice de EB dominante; asocierea cu afectările unghiale și a mucoaselor, cu distrofiile dentare, anemii, complicații microbiene, în cazuri grave – acrosclerodactilie, mutilații, stenoză esofagiană. Includerea în tratamentul topic a pansamentelor „Mepilex Lite”, „Mepitel” reduce durata epitelizării eroziunilor.

Cuvinte-cheie: epidermolize buloase, particularități clinice, dificultăți de tratament.

Epidermolysis bullosa – a clinical study

Overview. The study included case histories of 41 patients with epidermolysis bullosa, who were treated in Hospital of Dermatology and Communicable Diseases during 2000-2014.

Results. Patients' age has oscillated from 2 till 52 years old (M/F-28/13; Rural/Urban – 25/16). Nosological spectrum ranged as follows: simple epidermolysis bullosa (EBS) Koebner–11 cases; EBS Weber-Cockayne – 9 cases; EBS associated with pigmented lesions – 1; junctional epidermolysis bullosa – (EBJ) Herlitz – 1; dystrophic dominant form of EB (EBDD) Cockayne-Touraine – 12; EBDD Passini – 3; recessive form of EBD (EBDR) Hallopeau – Siemens – 4. Thus, EBS has been established in 51.2% of cases, EBJ – 2.4% of cases and EBD – in 46.34% of cases. Nail involvement was observed in 48.8 cases of EB. Hyperhidrosis, palmoplantar keratoderma, alopecia and ichthyosiform lesions were marked in 12.2% of cases. About half of patients has manifested a plenty number of associated diseases (anemia, pneumonia, hepatitis, pancreatitis, pyelonephritis). Dental anomalies and mucous membranes involvement were reported in 1/3 of patients, one in every 10 patients presented a mental retardation. In 20% of cases pyococcal complications (pyoderma) was described, in addition patients with EBDR Hallopeau-Siemens have developed keloid scars, acrosclerodactylitis, muscular contractions, mutilations, esophageal stenosis. A 2 month old infant with EBJ-H has died. More benign evolution was marked in patients with dominant forms of EBD (63.4%). All patients have presented a new bulla during obvious therapy. Epithelization of erosions occurred within 5-14 days. Topical treatment with “Mepilex Lite”, “Mepitel” reduced twice the time of lesion epithelization (3-7 days).

Conclusions. Epidermolysis bullosa profile certifies prevalence of this disease among males, as well as, increased number of dominant forms, association with nail and mucous membrane involvement, dental anomalies, anemia, microbial infections, in severe cases – acrosclerodactylitis, mutilations, esophageal stenosis. “Mepilex Lite” and “Mepitel” dressings have reduced the time of lesion epithelization.

Key words: epidermolysis bullosa, clinical features, treatment difficulties.

Pemfigus benign familial Hailey-Hailey – prezentare de caz

*Vasile STURZA¹, Cristina ONICA¹, Margareta COMENDANT²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Generalități. Boala Hailey-Hailey (pemfigus benign familial) este o genodermatoză (mutații în gena ATP2C1) rară, cu transmitere autosomal-dominantă, caracterizată printr-o fragilitate crescută a pielii și structură anormală a desmozomilor. La instalarea diagnosticului, pe lângă tabloul clinic specific și antecedentele familiale, o importanță semnificativă o are examenul histopatologic: bula situată suprabazal, papilomatoză – papile dermice cu aspect „în degete de mână”, care proemină în interiorul bulei, pe alocuri cu asociere de hiperkeratoză.

Prezentare de caz. Prezentăm cazul unei paciente de 43 de ani, din mediul rural, observată în secția femeii a Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile, cu diagnosticul Pemfigus benign familial Hailey-Hailey, durata maladiei fiind de aproximativ 7 ani. Pacienta s-a tratat ambulator, de mai multe ori, pentru intertrigo și lichen plan, cu efect curativ neînsemnat. Cazuri asemănătoare s-au constatat la bunică, tată, soră și frate. Pentru prima dată, erupția s-a observat pe gât. Datele obiective relevă prezența plăcilor eritemato-veziculo-buloase, zemuinde, circinate, cu tendință spre confluație, macule hiperchromice, localizate în pliurile axilare, submamare și pe gât, asociate de prurit. Semnul Nikolsky a fost negativ. Diagnosticul s-a stabilit în baza următoarelor date: tabloul clinic, antecedente familiale, examen histopatologic. S-a observat o evoluție favorabilă în tratamentul indicat, care a inclus: corticoizi pe cale generală (doze moderate de prednison cu reducere treptată), dermatocorticoizi, loțiuni antiseptice.

Concluzii. Cazul este adus în discuție pentru raritatea acestuia și particularitățile clinico-evolutive specifice. Maladia a evoluat timp de mai mulți ani cu aspect de intertrigo și lichen plan, ceea ce a creat dificultăți de diagnostic pozitiv și diferențial.

Cuvinte-cheie: pemfigus Hailey-Hailey, genodermatoză rară, prezentare de caz.

Familial benign pemphigus Hailey-Hailey: a case presentation

Overview. Hailey-Hailey disease (familial benign pemphigus) is rare autosomal-dominant genodermatoses (induced by a mutation in ATP2C1 gene), which is characterized by an increased skin fragility and abnormal structure of the desmosomes.

A case report. A 43 year old female patient, originated from a rural region, was treated in Hospital of Dermatology and Communicable Diseases for familial benign pemphigus, the disease lasted for approximately 7 years. Initially, the patient was treated for intertrigo and lichen planus, but without any significant effect. Similar clinical manifestations have been seen in the patient's relatives: grandmother, father, sister and brother. For the first time, skin lesions occurred on the patients' neck. Clinical inspection revealed presence of erythematous macules covered with vesicle, bulla and erosions with oozing, which had a tendency to confluent together, itching hyperpigmented macules were seen in axilla, submammary folds, as well as on neck. Nikolsky sign was negative. Diagnosis was made on the basis of clinical signs, hereditary anamnesis and histopathological report. Treatment, which included systemic steroids, moderate dosage of prednisolone, topical steroids and antiseptic lotions, has shown a positive result.

Conclusion. This case was presented for discussion due to its rarity.

Key words: Hailey-Hailey disease, rare genodermatosis, case report.

Leziunile erozive ale mucoasei orale: algoritm de diagnostic pornind de la cazuri clinice

Tatiana ȚĂRANU, Mirela GRIGOROVICI, Veronica Ariadna MARDARI,
Cornel GANȚAȚUC, Mihaela Paula TOADER

Disciplina Dermatologie orală, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa"
Secția Clinică Dermatologie, Spitalul Clinic Universitar C. F., Iași, România
Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Erosive lesions of the oral mucosa: a diagnostic approach based on clinical cases

Erosive and ulcerative lesions of the oral mucosa represent a major problem in dermatological practice; a new diagnostic approach helps to prevent misdiagnosis and improves the treatment.

Key words: oral mucosa, erosive lesions, peculiarities.

Leziunile eroziv-ulcerative ale mucoasei orale constituie o problemă comună și complexă din punctul de vedere al diagnosticului, aspectul clinic fiind adesea nespecific. Ele pot fi datorate unor cauze variate, de la simple traumatisme (fizice, mecanice, chimice), la stomatite infecțioase sau maladii sistemice autoimune, până la procese proliferative maligne. Orientarea diagnostică se sprijină pe investigații paraclinice țintite în funcție de natura patogenică a condiției suspiciate.

Pornind de la datele anamnezice și aspectul clinic, se poate elabora un arbore decizional al etapelor de evaluare pentru diagnosticul de certitudine. Astfel, în funcție de evoluție și aspectul clinic, leziunile eroziv-ulcerative orale se pot clasifica în acute solitare (posttraumatice), acute multiple (de exemplu gingivo-stomatita herpetică), cronice solitare (de exemplu carcinomul scuamocelular oral) și cronice multiple (de exemplu pemfigusul vulgar).

Exemplificăm patologia eroziv-ulcerativă a mucoasei orale cu câteva cazuri aflate în evidența Clinicii Dermatologice a Spitalului Clinic Universitar C.F. Iași. Importanța încadrării nosologice corecte a unei stomatite eroziv-ulcerative rezidă în evitarea erorilor de diagnostic, care întârzie tratamentul corect al unor condiții morbide cu impact sever.

Cuvinte-cheie: mucoasă orală, leziuni erozive, particularități.

Sindromul Pringle-Bourneville, asociat cu microsporie – caz clinic

*Vasile STURZA¹, Corina VASILACHE¹, Elena GRIB², Nina FIODOROVA¹

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Generalități. Scleroza tuberoasă Bourneville (ST) este o boală genetică, cu transmitere autosomal-dominantă, cu o penetranță înaltă, dar incompletă și expresivitate clinică variabilă. Studiile recente au evidențiat o prevalență de 1:5000 sub vârsta de 5 ani, respectiv 1:25000 pentru toate vârstele, grație posibilităților performante de diagnostic (Curatolo P., 2003). Boala își are debutul, în genere, în copilărie, dar stabilirea diagnosticului după vârsta de 20 de ani nu este neobișnuită. Deseori, primele semne ale bolii sunt manifestările cutanate, în special, petele acromice sau hipopigmentate. Sindromul clasic cuprinde triada distinctă de expresii clinice – epilepsie, retard mintal și angiofibroame faciale (Roach S.E., Sparagana S.P., 2004.). Există două gene responsabile pentru apariția sindromului. Gena *TSC1* este localizată pe cromozomul 9 (9q34) și codează proteina *hamartina*; gena *TSC2* este localizată pe cromozomul 16 (16p13.3) și codează proteina *tuberina*. Gena *TSC2* este asociată cu formele mai severe de boală și ar fi responsabilă pentru 55% până la 80-90% din cazuri. Hamartina și tuberina funcționează ca un complex implicat în controlul diviziunii celulare. Mutația uneia dintre cele două gene duce la pierderea controlului asupra diviziunii celulare și la formarea tumorilor. Tumorile faciale, cu dispunere caracteristică, simetrică pe pomeții obrazilor (aspect de aripi de fluture) sugerează posibila implicare, ca factor predispozant, a expunerii la soare în dezvoltarea tumorilor cutanate. În primele săptămâni de gestație, genele mutante cauzează perturbări în celulele germinative ale matrixului, ulterior formând celule gigante neurogliale și rezultă cu 3 modificări: tuberculi corticali, noduli subependimali și mielinizare defectuoasă (Kwiatkowski D.J. et al., 2004). Manifestările clinice se caracterizează printr-un polimorfism pronunțat și sunt în dependență de vârstă. Cel mai des întâlnite sunt manifestările cutanate de tip macule acromice (98%), după care urmează angiofibroamele – 54% cazuri, petele „café au lait” – 38,5%, petele șagrenate – 36,5% și fibroamele periunguiale – 1,9% cazuri.

Prezentare de caz. Prezentăm cazul unui copil de sex masculin, în vârstă de 6 ani, provenind din mediul rural, internat în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile pentru *Tinea capitis*, asociată cu boala Bourneville. Tabloul clinic la nivelul scalpului prezenta plăci eritemato-scuamoase multiple, rotund-ovalare, 0,5-2,0 cm în diametru, confluate pe alocuri, firele de păr fiind rupte la un nivel înalt, cu o fluorescență verde-pal la lampa Wood. Diagnosticul de *Tinea capitis* provocată de *Microsporum canis* a fost confirmat prin examenul microscopic direct al firului de păr și prin culturi. Concomitent, s-au observat 4 pete hipomelanotice în formă de „frunză de frasin”, de 1-2 cm în diametru și 2 focare hiperacromice papilomatoase *hamartoma-like* pe abdomen, coapsă, gambă, instalarea cărora s-a observat la 7 luni de la naștere. De la 1 an de viață, se evidențiază apariția angiofibroamelor pe față (frunte, pliuri nasolabiale, obraji, menton). Bolnavul suferă de epilepsie, are retard mental ușor. Examenul histopatologic constată proliferarea vasculară și fibroblastică. Tomografia prin rezonanță magnetică a craniului relevă focare unice de glioză nespecifică. Patologia oftalmică a fost exclusă.

Concluzii. Prin particularitățile clinico-evolutive, cazul de scleroză tuberoasă Bourneville, asociat cu microsporie, prezintă interes clinic.

Cuvinte-cheie: scleroza tuberoasă Bourneville, microsporie, copil.

Pringle-Bourneville syndrome associated with tinea capitis – a case report

Overview. Bourneville tuberous sclerosis (TS) is a genetic disease with autosomal-dominant transmission with high penetrance, but incomplete and variable clinical expression. Recent studies have shown a prevalence of 1: 5000 under the age of 5 years and 1: 25000 for all ages due to the possibilities of diagnostic performance (P. Curatolo, 2003). Onset of illness is generally in childhood, but the diagnosis after the age of 20 years is not unusual. Frequently, the first signs of cutaneous manifestations of the disease are, in particular, achromic or hypopigmented spots. Classic triad syndrome includes distinct clinical expressions – epilepsy, mental retardation and facial angiofibromas (Roach S.E., Sparagana S.P., 2004). There are two genes responsible for the syndrome. TSC1 gene is located on chromosome 9 (9q34) and protein encoding hamartina; TSC2 gene is located on chromosome 16 (16p13.3) and protein encoding tuberin. TSC2 gene is associated with more severe forms of the disease and would be responsible for 55% to 80-90% of the cases. Mutation of one of the two genes leads to loss of control of cell division and tumor formation. Tumors facial feature arrangement with symmetrical on cheekbones (aspect of butterfly wings) suggests the possible involvement as predisposing factor, sun exposure in skin tumor. In the early weeks of gestation mutant genes cause disruptions in the germ cells of the matrix, and subsequently forming giant cells neuroglial resulting in three changes: cortical tubers, subependymal nodules and defective myelination (Kwiatkowski D.J. et al., 2004). Clinical manifestations are characterized by a pronounced polymorphism and are in accordance with the age. The most common type of skin patches are achromic spots(98%), others as angiofibromas – in 54% cases, stains „cafe au lait” – in 38.5%, Shagreen’s spots – in 36.5% and periunguale fibromas – in 1.9% of cases.

A case report. We present the case of a male child, age 6, from rural areas, hospitalized with Tinea capitis and associated with Bourneville disease. Clinical: on the scalp were present multiple erythematous squamous plaques, round-oval, 0,5-2,0 cm in diameter, hair was broken at a high level, with a pale green fluorescence in Wood’s lamp. Tinea capitis caused by the *Microsporum canis* was confirmed by direct microscopic examination of hair and cultures. Also, 4 hypopigmented spots of 1-2 cm in diameter and 2 hyperpigmented hamartoma-like papilloma, were present on the patient’s abdomen, thigh, legs; eruption occurred when the patient was 7 years old. Angiofibromas on the patient’s face (forehead, nasolabial folds, cheeks and chin) have been appearing since he was a toddler. The patient suffers from epilepsy and mild mental retardation. Histopathological report has shown vascular and fibroblast proliferations. Magnetic resonance imaging of the skull reveals nonspecific gliosis unique outbreaks. Ophthalmic pathology was excluded.

Conclusion. This case was presented for discussion because association of tuberous sclerosis Bourneville with tinea capitis is a rare manifestation.

Key words: Bourneville tuberous sclerosis, Tinea capitis, child.

Lupus vulgar la copil – prezentare de caz

*Mircea BEȚIU, Iulia EMEȚ, Vasile STURZA, Vladislav GOGU, Nina FIODOROVA

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Prezentare de caz. Prezentăm cazul unui copil de sex masculin, în vârstă de 6 ani, internat în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile pentru o erupție cutanată diseminată pe față și trunchi, fără acuze subiective. Procesul cutanat a debutat cu 3 ani în urmă, când pentru prima dată, la nivelul obrazului stâng, mama copilului a observat o placă netedă, moale, de culoare roșie-maronie. Anterior, cu 6 luni mai devreme, după o traumă, erupția a crescut în dimensiuni și s-a extins pe obrazul drept, nas, menton și pe trunchi. Examenul tegumentelor a evidențiat multiple plăci netede, de culoare roșie-maronie, consistență moale, cu atrofie în centru. Cartilajul nazal treptat s-a deformat. Inspecția generală a depistat o limfadenită submandibulară. Examenul histopatologic a evidențiat focare de necroză cazeoasă, înconjurate la periferie de inflamație granulomatoasă. Hemoleucograma a pus în evidență o leucocitoză marcată din contul polimorfonuclearelor. Biochimia sanguină, imunograma, analiza sumară de urină, precum și roentgenografia cutiei toracice au fost în limitele normei, dar în testul cutanat Mantoux, leziunea rezultantă a depășit 20 mm în diametru. Tratamentul standardizat antituberculos a dus la o regresare remarcabilă a procesului cutanat.

Concluzii. Lupusul vulgar reprezintă o provocare în diagnostic și determină o abordare multilaterală. Tabloul histopatologic specific, testul Mantoux pozitiv și absența afectării pulmonare sunt reperele caracteristice ale acestui caz.

Cuvinte-cheie: lupus vulgar, copil, prezentare de caz.

Lupus vulgaris in a child – a case report

A case report. A 6-year old boy has been admitted to the pediatric department of Hospital of Dermatology and Communicable Diseases with complaints of skin lesions disseminated on his face and trunk, without any subjective sensations. Parents presented a 3 year history of flat, soft and red color skin eruption, which has occurred initially on patient’s face (left cheek), 6 months prior to hospitalization, after a trauma, eruption increased significantly in size and extended to the right side of the patient’s face, nose, chin and trunk. Clinical inspection has revealed multiple flat, soft, red infiltrative plaques with central atrophy. Nasal cartilage has mutilated gradually. A submandibular lymphadenopathy was observed. Histopathologic exam has revealed foci of caseous necrosis surrounded by a peripheral granulomatous inflammation. In blood smear a marked leukocytosis due to polymorphonuclear cells was seen. Biochemistry of the blood, immune cell count, a routine urine test, as well as, X-ray examination of the patient’s chest haven’t shown any significant deviations, with the exception of Mantoux test in which diameter of the papule was more than 20 mm. Obvious antituberculous therapy, which the patient received, resulted in spectacular regression of the eruption.

Key words: lupus vulgaris, child, case report.

Eritem papulos circinat migrator – prezentare de caz

*Vasile STURZA¹, Nina FIODOROVA¹, Mircea BEȚIU¹, Boris NEDELCIUC¹, Alexandru BALTĂ²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Erythema annulare centrifugum cronicum – a case report

A clinical case of 14 years old male with disseminated erythematous-papular rash is described. Diagnosis is based on histopathological report.

Key words: erythema annulare centrifugum cronicum, child, particularities.

Introducere. Prezentăm cazul unui pacient de 14 ani, tratat în Clinica Universitară de Dermatovenerologie pentru eritem papulos circinat migrator și cronic. Istoricul bolii începe de la vârsta de 7 ani, când au apărut primele leziuni cutanate: pe scalp, gât și pe traiectul coloanei vertebrale, treptat diseminând pe alte arii cutanate. A fost stabilit caracterul sezonier, cu agravări anuale în timpul rece (noiembrie, decembrie), puselele menținându-se inițial pentru perioade scurte de timp (1-2 săptămâni). Treptat, episoadele eruptive s-au mărit ca durată până la 3-4 luni, fiind refractare la variatele tratamente aplicate. Istoricul personal și familial relevă și un eventual statut atopic: eczemă atopică facială la pacient și febră de fân la mamă.

Prezentare de caz. La momentul spitalizării, pacientul prezenta leziuni cutanate pe scalp, gât, trunchi, fese și coapse. Clinic, s-au evidențiat plăci eritematoase, discret edematoase, având o evoluție centrifugă, cu extindere periferică spre confluare. Leziunile cu aspect inelar aveau aria centrală mai palidă, iar periferia prezenta un burelet reliefat și proeminent de 2-5 mm. Plăcile de 2-10 cm prin confluare formau figuri policiclice, pe alocuri fragmentate în aspect arciform, însoțite de un prurit moderat. Pacientul a fost constatat somatic sănătos, cu excepția unor devieri paraclinice ce țineau de bilirubina moderat mărită, nivel ridicat de IgE și trigliceride serice majorate. Originea specifică (tuberculoasă, parazitară, micotică, boala Lyme etc.) s-a exclus. Examenul histopatologic a evidențiat acantoză, papilomatoză, cantitate sporită de melanină în stratul bazal; în derm – vase sanguine dilatate, infiltrat celular moderat.

Concluzie. Cazul pus în discuție prezintă interes pentru evoluția trenantă, la un copil cu stare generală nemodificată, un fundal atopic și, eventual, cu o patologie hepatică.

Cuvinte-cheie: eritem papulos circinat migrator, copil, particularități.

Larva migrans cutanată – cazuri clinice

Alexandru BALTĂ¹, Mircea BEȚIU²

¹Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, ²Catedra Dermatovenerologie

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Generalități. *Larva migrans* cutanată (toxocaroză) este o zoonoză parazitară, caracterizată printr-o erupție cu un aspect clinic deosebit. În patogenia afecțiunii sunt incriminați viermii cu cârlig (hookworms) de la animale și om, *Ancylostoma caninum* precum și *Ancylostoma braziliense*. *Larva migrans* cutanată apare, mai ales, în zonele tropicale, cazuri izolate fiind raportate în Europa la călătorii veniți din aceste zone și cauzate, probabil, de schimbările climatice survenite în zone nonendemice. Boala a fost descrisă de Beaver, în anul 1952, care a și introdus termenul „*larva migrans*”.

Cazuri clinice. Studiul se referă la 5 pacienți cu *larva migrans*, observați în Spitalul Dermatologie și Maladii comunicabile, cu vârste cuprinse între 3 și 32 de ani (femei/bărbați – 4/1), durata maladiei variind între 2 și 8 luni. La toți pacienții, au fost constatate erupții sub formă de traiecte eritematoase, serpiginoase și pruriginoase, cu diverse localizări: membre – 3 cazuri (localizare tipică), scalp și coapsă – câte 1 caz. În toate cazurile, examenul coproparazitologic a fost negativ, iar radiografia pulmonară a fost normală. Diagnosticul a fost stabilit conform datelor clinice. S-a efectuat îndepărtarea chirurgicală a paraziților.

Concluzie. Cazurile clinice sunt aduse în discuție pentru raritatea lor.

Cuvinte-cheie: *larva migrans* cutanată, cazuri rare.

Cutaneous larva migrans: a few case reports

Overview. Cutaneous larva migrans (toxocariasis) is a parasitic zoonosis, which is manifested by a very specific skin eruption. Hookworms, e.g. *Ancylostoma canis* and *Ancylostoma braziliense*, infect animals, as well as humans, and cause the disease. Cutaneous larva migrans occurs, particularly, in tropical regions, but sporadic cases were registered in Europe as well, among travellers who have returned from lands mentioned above, probably, because of climate changes. Disease was described by Beaver in 1952, he introduced the term “larva migrans”.

Clinical cases. Descriptive research has included 5 patients, aged 3 to 32 years old (F/M ratio – 4/1), with larva migrans, who were treated in Hospital of Dermatology and Communicable Diseases; dermatoses lasted for 2-8 months. All patients have shown similar itching, serpiginous, erythematous lesions, localized, as follows: on limbs in 3 cases (typical manifestation), on the head and thigh 1 case of each. Fecal examination for parasites was negative and chest X-ray exam showed no pathological changes. Diagnosis was made on clinical signs only. Surgical extraction of parasites has been done.

Conclusions. Cases were introduced for discussion due to their rarity.

Key words: cutaneous larva migrans, rare cases.

Sindromul Sweet idiopatic, asociat cu afectare hepatică – prezentare de caz

Lilia REZMERIȚA¹, *Vladislav GOGU², Mircea BEȚIU²,
Alexandru BALTĂ¹, Vasile TÂBÂRNĂ²

¹Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, ²Catedra Dermatovenerologie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vladislav.gogu@usmf.md

Generalități. Sindromul Sweet (SS) sau dermatoza acută febrilă neutrofilică, este un proces reactiv (o reacție de hipersensibilitate), caracterizat prin apariția bruscă a erupțiilor cutanate, manifestate prin papule, noduli, mai rar, leziuni veziculo-buloase și ulcerante. La fel, este asociat cu febră și neutrofilie, infiltrat dens cu neutrofile în derm și edem al dermului papilar în absența vasculitei, îmbunătățire clinică promptă în urma administrării glucocorticoizilor pe cale sistemică. Primul caz de SS a fost raportat de Robert Sweet, în 1964. În funcție de aspectele etiopatogenetice, SS poate fi divizat în trei forme: clasică/idiopatică, indusă medicamentos și malign-asociată. Sindromul Sweet, adesea, se manifestă și prin afectări extracutanate. Cel mai frecvent sunt implicate SNC, oasele, rinichii, ficatul, intestinalele și plămânii. Noi raportăm un caz clinic de SS cu afectare hepatică.

Raportare de caz. Bărbat în vârstă de 39 de ani, fără maladii cronice în anamneză, s-a adresat la a 10-a zi de la debutul manifestărilor clinice, cu acuze la erupții cutanate, însoțite de o stare febrilă. Examenul clinic a obiectivat prezența leziunilor cutanate sub formă de papule, plăci eritematoase, elemente veziculare cu localizare pe torace, față, membre superioare, membre inferioare. Examenul histopatologic a evidențiat un infiltrat neutrofilic dens în dermul superficial și edem al dermului papilar cu vasodilatație, dar fără semne directe de vasculită.

Referitor la alte organe și sisteme, se atestă hepatomegalie moderată cu marginea inferioară la 3-4 cm sub rebordul costal, dar cu păstrarea structurii omogene a ficatului, rezultat confirmat de ecografia abdominală. Examenul paraclinic a consemnat leucocitoză ($15,8 \times 10^9$), VSH crescut (18 mm/h), proteina C reactivă pozitivă, ALT 104 U/L, AST 49 U/L. Totodată, toți markerii virali pentru hepatită (HBsAg, Anti HCV, Anti HBs, Anti Hbcor, Anti HDV, Anti HCV IgM) au fost negativi. Consultul medicului hepatolog a exclus prezența unei hepatite de etiologie virală, autoimună sau toxică.

Astfel, s-a stabilit diagnosticul de dermatoză acută febrilă neutrofilică (sindrom Sweet) cu implicare hepatică. Corticoterapia sistemică a influențat semnificativ regresivitatea leziunilor cutanate. Referitor la valorile transaminazelor hepatice, s-a atestat o tendință de creștere, în prima săptămână de tratament, cu coborârea ulterioară la valorile normale, peste o lună de la inițierea tratamentului. Patru luni mai târziu, pacientul este examinat repetat, prezentând valori normale ale enzimelor hepatice, fără semne de recidivă a erupției cutanate.

Concluzii. Recunoașterea timpurie a SS este importantă, în special, la pacienții cu manifestări extracutanate. Administrarea promptă a unui tratament argumentat are drept scop prevenirea afectării altor organe.

Cuvinte-cheie: sindromul Sweet, afectare hepatică, prezentare de caz.

Idiopathic Sweet syndrome associated with liver involvement – a case report

Overview. Sweet syndrome (SS) or acute febrile neutrophilic dermatosis, is a reactive process (a hypersensitivity reaction), characterized by the abrupt onset of cutaneous eruptions, usually papules and nodules and more rarely vesicular or ulcerative lesions. It is also associated with fever and elevated neutrophil count, dermal neutrophilic infiltration, oedema of the papillary dermis without vasculitis and clear clinical improvement with systemic corticosteroids. For the first time SS was described by Robert Sweet in 1964. In relation to causal factors SS may be divided into classic, drug-induced, malignancy-associated types. SS frequently has extracutaneous manifestations. The most involvement organs are: central nervous system, bones, kidneys, liver, bowels and lungs. In this paper we report a clinical case of SS with liver involvement.

Case report. A male patient, 39-years old without history of any chronic diseases, was admitted on the 10-th day from the onset of the clinical manifestations, presenting fever, papules, erythematous plaques, as well as vesicular eruptions localized on the trunk, face and limbs. Histopathological findings: dense dermal neutrophilic infiltrate, oedema of superior dermis, vasodilatations, absence of vasculitis. Physical exam revealed moderate hepatomegaly 3-4 cm below the costal arch. Abdominal ultrasound showed enlarged liver with homogeneous structure. Laboratory tests: WBC $15,8 \times 10^9$, ESR 18 mm/h, elevated CRP, ALT 104 U/l, AST 49 U/l and negative viral markers (HBsAg, Anti HCV, Anti HBs, Anti Hbcor, Anti HDV, Anti HCV IgM). The dermatological diagnosis was Sweet syndrome with liver involvement. Viral, toxic and autoimmune hepatitis were excluded after the consultation of the hepatologist. Cutaneous lesions regressed rapidly after the initiation of systemic corticotherapy. At the same time liver transaminases had tendency to slightly increase, returning to the normal values by the end of the first month of treatment. At the 4- month follow-up liver enzymes levels remained normal without cutaneous recurrence.

Conclusion. Early recognition is particularly important in patients with extracutaneous manifestations, since correct and prompt treatment can prevent damage of other organs.

Key words: Sweet syndrome, liver involvement, a case report.

Granulom inelar generalizat – prezentare de caz

*Vladislav GOGU¹, Mircea BEȚIU¹, Lilia REZMERIȚA², Alexandru BALTĂ²,
Boris NEDELCIUC¹, Tatiana CAISÎM¹, Vasile TÂBĂRNĂ¹

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vladislav.gogu@usmf.md

Generalități. Granulomul inelar (GI) este o dermatoză inflamatorie benignă, care se caracterizează prin papule și plăci inelare. Examenul histopatologic relevă o degenerescență a colagenului din dermul superficial și profund, înconjurată de un infiltrat granulomatos. Sunt cunoscute următoarele forme clinice: localizată, generalizată, subcutanată, perforantă, eritematoasă. Mecanismele patogenetice propuse includ: o reacție de hipersensibilitate de tip IV, degenerarea primară a țesutului conjunctiv, care duce la inflamație granulomatoasă, reacția imună mediată de limfocite cu activarea macrofagilor etc. Granulomul inelar generalizat este o formă mai rară (2,8-15% din cazuri), întâlnită în special la adulți, mult mai frecventă la femei decât la bărbați (raport = 6/1).

Prezentare de caz. Un bărbat în vârstă de 71 de ani, prezenta, timp de o lună, papule eritematoase diseminate, dispuse relativ simetric, pe trunchi și membre, care s-au extins rapid în plăci și placarde eritematoase, infiltrate, cu centrul plăcilor ușor hipopigmentat, fără atrofie cutanată, cu periferia papuloasă arciformă. Examenul histopatologic a constatat în dermul mijlociu și profund, zone de necroză a fibrelor de colagen, înconjurate de reacție granulomatoasă giganto-celulară. A fost stabilit diagnosticul de granulom inelar generalizat. Radiografia cutiei toracice a confirmat un desen pulmonar obișnuit. Ecografia abdominală a evidențiat semne de colecistită cronică. Explorările de laborator, inclusiv testele de glicemie, colesterol și trigliceride, au fost în limitele normale. Tratamentul sistemic a inclus glucocorticoizi (metilprednisolon 32 mg), timp de 2 săptămâni, cu scădere graduală, antibiotice (ofloxacină 400 mg/zi) – 10 zile și preparate antihistaminice. Tratamentul topic s-a limitat la corticoizi de potență medie. La control repetat, după o lună de terapie, s-a consemnat o dinamică pozitivă a procesului cu regresivitatea a 60% din leziunile cutanate.

Concluzii. Reieșind din faptul că granulomul inelar generalizat este mai rezistent la tratamentul topic, am optat pentru o corticoterapie sistemică, potențată de ofloxacină.

Cuvinte-cheie: granulom inelar generalizat, bărbat, prezentare de caz.

Generalized granuloma annulare – a case report

Overview. Granuloma annulare (GA) is a benign inflammatory dermatosis, characterized by papules and annular plaques. Histopathological examination reveals degeneration of collagen in the deep and superficial dermis, surrounded by a granulomatous infiltrate. The following clinical forms are recognized: localized GA, generalized GA, perforating GA, arcuate dermal erythema. Pathogenetic mechanism of granuloma annulare formation includes cell-mediated immunity (type IV) reaction, primary degeneration of connective tissue leading to granulomatous inflammation, lymphocyte mediated immune reaction with macrophage activation. Generalized/disseminated GA represents between 2.8% and 15% of all cases, occurs more frequently in adults, with higher prevalence in women vs. men (sex/ratio= 6/1).

A case report. A 71-year old man, presented for a month erythematous disseminated papules relatively symmetrically arranged on the trunk and limbs. These lesions have rapidly developed in erythematous plaques and placards, with slightly hypopigmented center, arcued plaques with papular periphery and without skin atrophy. Histopathological examination discovered areas of necrosis in the middle and deep dermis, surrounded by giant cells of granulomatous reaction. Established dermatological diagnosis is generalized granuloma annulare. Chest X-ray was of normal appearance. Abdominal ultrasound examination described chronic cholecystitis. Laboratory tests showed normal values. All laboratory tests inclusive the glucose, triglycerides and cholesterol test showed normal values. The patient received systemic treatment with corticosteroids (methylprednisolone 32 mg/ daily) during 2 weeks with gradual decreases of antibiotic dose (ofloxacin 400mg/day) for 10 days and antihistaminic drugs. Topical treatment has been done by middle-potent corticosteroids. A favorable clinical evolution (60% regression of cutaneous lesions) has been noted after the first month of therapy.

Conclusion. Proceeding from the fact that generalized annular granuloma is more resistant to topical treatment in comparison with the localized form, we opted for a systemic corticosteroids in combination with ofloxacin.

Key words: generalized granuloma annulare, man, case report.

Aspecte clinice și terapeutice ale granulomului inelar la copii

Nina FIODOROVA¹, Rodica CHITIC¹, *Vasile STURZA¹, Dumitru RUBANOVICI², Iulia EMEȚ¹, Elena GRIB²¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Generalități. Granulomul inelar este o dermatoză cronică, inflamatorie, benignă, afectând în 2/3 din cazuri, copii și adolescenți, cu predilecție sexul feminin (raportul feminin/masculin fiind de 2/1). În 85% cazuri, are un caracter localizat și o evoluție sub 2 ani. Maladia a fost descrisă primar de Colcott-Fox în 1895.

Obiective. Evaluarea particularităților clinico-evolutive și de tratament ale granulomului inelar la copii.

Material și metode. Studiul clinic retrospectiv a cuprins 27 de copii (fete/băieți – 19/8; rural/urban – 15/12) cu granulom inelar, tratați în spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, pe parcursul anilor 2008-2016. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive, paraclinice și cele de tratament.

Rezultate. Vârsta medie a pacienților a constituit 5,2 ani. Conform vârstei, bolnavii au fost repartizați în felul următor: până la 1 an – 1 caz; 1-4 ani – 15 cazuri; 5-8 ani – 4 cazuri; 9-12 ani – 3 cazuri; 13-15 ani – 4 cazuri. Durata maladiei a oscilat între 2 săptămâni și 4 ani. Maladiile concomitente inter-curente semnalate: infecții respiratorii acute – 4 cazuri; dermatită alergică postmedicamentoasă, tonzilită cronică în acutizare – câte 2 cazuri; enterobioză intestinală, varicelă, boala Lyme – câte 1 caz. Dintre alți factori declanșatori posibili ai dermatozei au fost suspecți: traume – 2 cazuri; medicamente (antibiotice, antiinflamatoare nesteroidiene, antiseptice) – 5 cazuri; proba intradermală cu tuberculină – 1 caz. La 2 frați, s-au constatat cazuri familiale de granulom inelar. Forma localizată de granulom inelar s-a evidențiat la 17 pacienți, iar cea diseminată – la 10 (2-6 plăci) pacienți. Localizarea leziunilor cutanate a fost asimetrică și diversă: membre inferioare – 18 (fața dorsală – 10, gambe – 5, genunchi – 2, coapse – 1), membre superioare – 6 (dosul mâinilor – 3, antebrățe – 2, coate – 1), trunchi – 3 cazuri. Examenul obiectiv a evidențiat papule sau noduli mici, de culoare roz-liliachie, ferme, lipsite de semne subiective, grupate în inele, cu evoluție centrifugă, placardele fiind de dimensiuni de la 2-5 cm până la 8-10 cm în diametru. Din investigațiile paraclinice remarcăm: anemie – 2 cazuri, leucocitoză – 6 cazuri, VSH crescut – 9 cazuri, enterobioză intestinală – 1 caz. Pacienții au fost consultați de medici specialiști (ftiziopulmonolog, reumatolog, endocrinolog) pentru a exclude și alte patologii. Examenul histopatologic al leziunilor a evidențiat (8 cazuri) prezența unui infiltrat granulos dermic slab (prevalent histiocitar); un epiderm nemodificat; plaje mai mult sau mai puțin întinse de collagen în suferință, cu fragmentarea, omogenizarea și degenerența fibrinoidă a benzilor acestuia. Tratamentul s-a efectuat în cure și a inclus: vitamina A, vasodilatatoare (acid nicotinic, pentoxifilină etc.), pansamente ocluzive cu dermatocorticoizi (Advantan, Elocom, Dermovate), masajele cu azot lichid (10 sesiuni), ultrasunet asociat cu unguente vasodilatatoare (6-8 sesiuni). Durata medie a tratamentului a constituit 12-15 zile. Majoritatea bolnavilor au beneficiat de 1-2 cure consecutive de tratament, la un interval de 1-2 luni. Vindecarea clinică s-a constatat la 25 de pacienți, inclusiv 8 pacienți au administrat o cură de tratament, 2 cure – 10 pacienți, 3-4 cure – 5 pacienți și 5-6 cure – 4 pacienți.

Concluzii. Cea mai frecventă formă de granulom inelar se dovedește a fi cea constatată în 2/3 din cazuri la sexul feminin și, în jumătate din cazuri, la copiii mici (1-4 ani), cu localizări pe membrele inferioare. Asocierea granulomului inelar cu boli interne (diabet zaharat, boli autoimune, maligne, limfo-proliferative etc.) nu s-a constatat, excepție fiind un caz de boală Lyme. De menționat, eficacitatea tratamentului combinat (topic, crioterapie, general) în cure repetate consecutive.

Cuvinte-cheie: granulom inelar, copii, particularități evolutive, tratament.

Clinical and therapeutic aspects of granuloma annulare in children

Overview. The granuloma annulare is a benign inflammatory chronic dermatitis that in two thirds of cases affecting children and adolescents, prevailing in females (ratio female / male, being 2/1), having in 85% of cases a located character and evolving less than 2 years. The disease was described primarily by Colcott-Fox in 1895.

Objectives. Evaluation of the particularities of clinical course and treatment of the granuloma annulare in children.

Materials and methods. Retrospective clinical study included 27 children (girls / boys-19/8; rural / urban-15/12) with granuloma annulare, hospitalized in the Dermatology and Communicable Diseases Hospital, during the years 2008-2016. Evolving clinical data, laboratory tests and treatment have been taken into account.

Results. The average age was 5,2 years. Patients were divided by age as follows: up to 1 year – 1 case; 1-4 years – 15 cases; 5-8 years – 4 cases; 9-12 years – 3 cases; 13 to 15 years – 4 cases. 15 were from rural areas, 12 children from the urban areas. Disease duration varied from 2 weeks to 4 years. Intercurrent accompanying diseases were reported: acute respiratory infections – 4 cases; allergic dermatitis adverse drug reactions, chronic tonsillitis in acute worsening – 2 cases of each; intestinal enterobius, chickenpox, Lyme disease – 1 case of each. Among other possible triggers of dermatitis were suspected: trauma in 2 cases; medicines (antibiotics, NSAIDs, antiseptics) – 5 cases; intradermal test with tuberculin- 1 case. At two brothers were observed familial cases of granuloma annulare. Localized form of the annulare granuloma was revealed in 17 patients, and the disseminated form – 10 (2-6 plates) patients. Asymmetric localization of skin lesions was diverse, namely, lower limbs – 18 (dorsal side – 10; legs – 5; knee – 2; hip – 1); upper limbs – 6 (dorsal of the hands – 3; forearms – 2; elbows – 1). Local examination reveals papules or small nodules, by lilac pink colour, firm, without any subjective signs, divided into rings with a centrifugal evolution, the size of the plaques was from 2.5 cm to 10.8 cm in diameter. From clinical investigations we note: anemia – 2 cases, leukocytosis – 6 cases; increased ESR – 9 cases; intestinal enterobius – 1 case. The patients were consulted by specialist physicians (pulmonologist, rheumatologist, endocrinologist) to exclude other pathologies. Histopathology revealed lesions (8 cases): the presence of a weak dermal infiltrate granular (histiocytic prevalence); epidermis unchanged; areas with more or less extensive damaging of collagen, fragmentation, homogenization and fibrinoid degeneration of its bands. The treatment was carried out in the course, including: Vitamin A, vasodilators (nicotinic acid, pentoxifylline, etc.), occlusive dressing with topical corticosteroid (Advantan, Elocom, Dermovate), massages with liquid nitrogen (10 sessions), ultrasound associated with vasodilator unguents (6-8 sessions). Average duration of treatment was 12-15 days. Most patients received 1-2 consecutive treatment cycles with intervals of 1-2 months. The clinical healing has been found in 25 patients, including: a course of treatment 8 patients received, 2 cycles – 10 patients, 3-4 cures – 5 patients, 5-6 cures – 4 patients.

Conclusions. The most frequent form of granuloma annulare proves to be a localized form, found in two thirds of cases in female patients, and in half of cases in young children (1-4 years) localized on the lower limbs. The association of granuloma annulare with internal diseases (diabetes mellitus, autoimmune diseases, malignant, lympho-proliferative, etc.) was not found, the exception being a case of Lyme disease. It is mentioned, the effectiveness of combination therapy (topical, cryotherapy, general) in consecutive repeated courses.

Key words: granuloma annulare, children, particularities of evolution, treatment.

Scleroderma la copii – particularități clinico-evolutive și de tratament

*Vasile STURZA¹, Tatiana NISTOR¹, Dumitru RUBANOVICI², Iulia EMEȚ¹,
Elena GRIB², Nina FIODOROVA¹

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Material și metode. Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 31 de pacienți (vârste 1-18 ani; fetițe/băieți – 24/10) cu sclerodermie circumscrisă (morfee), observați în secția copii a Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile, în perioada 2011-2015. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive, paraclinice și cele de tratament.

Rezultate. S-au observat următoarele forme clinice: morfeea în plăci – 25 de cazuri; atrofodermia Passini-Pierini – 4 cazuri; morfeea linară (în bandă) și lichen scleroatrofic Zumbush – câte 1 caz. Durata maladiei a oscilat în limitele de la 1-2 luni la 2 ani. Maladiile concomitente raportate: boala Lyme – 2 cazuri; sacroileită bilaterală, amigdalită cronică, alopecie areată, vitiligo diseminat, cheloizi multipli, nev pigmentar diseminat, pitiriazis versicolor – câte 1 caz. Leziuni cutanate multiple (2-6) la bolnavii cu morfee în plăci au fost semnalate în 24 de cazuri, dimensiunile fiind, în 21 de cazuri, până la 5-12 cm. Localizarea erupțiilor: regiunile laterale ale toracelui și abdomen – 12 cazuri; extremități – 10 cazuri (membre inferioare – 7; membre superioare – 3); extremitate cefalică – 3 cazuri. Toate stadiile evolutive de morfee în plăci erau prezente în 7 cazuri și anume: în centru – o arie atrofică, la mijloc – o zonă scleroasă și periferic – o bordură eritematoasă. Procesul cutanat s-a limitat la stadiul de indurație în 11 cazuri, cel eritemato-edematos – 5 cazuri și de atrofie – 2 cazuri. Forma linară de morfee s-a localizat unilateral, la nivelul toracelui anterior, cu extindere pe membrul inferior drept. Lichenul scleroatrofic Zumbush (sclerodermia în picături) s-a manifestat prin macule multiple, de 3-5 mm, rotund-ovalare, bine delimitate, alb-sidefii, ușor deprimare, pe alocuri grupate, având localizări pe coapsă și gamba stângă. Leziunile cutanate, la bolnavii cu atrofodermie Passini-Pierini, au fost diseminate pe torace, abdomen, membre superioare/inferioare, prezentând plăci hiperchromice, bine delimitate, 5-12 cm în diametru, cu o netă depresiune a tegumentului și lipsa semnelor inflamatorii, respectiv de scleroză.

S-a efectuat un tratament general, topic, fizioterapeutic în cure (3-8), în dependență de stadiul evolutiv (antibiotice, vasodilatatoare, ung. heparină, ung. tacrolimus, ultrasunete cu vasodilatatoare, enzime proteolitice, parafinoterapie etc.). Rezultatele tratamentului, la 15 bolnavi cu morfee în plăci, au fost bune după 2-4 cure și la 10 bolnavi – după 5-8 cure consecutive de tratament. Rezultate mult mai modeste au fost obținute la pacienții cu morfee linară, observându-se o stabilizare a procesului abia după 3-5 cure de tratament. Bolnavii cu atrofodermie Passini-Pierini și lichen scleroatrofic Zumbush, practic, nu au răspuns la tratament.

Concluzie. Studiul efectuat relevă o frecvență majoră a morfeei circumscrise în plăci multiple la copii, fiind de 2 ori mai des întâlnită la sexul feminin și având un răspuns bun la tratament combinat în cure repetate consecutive. De menționat, o asociere a morfeei circumscrise cu boala Lyme și diverse maladii autoimune.

Cuvinte-cheie: morfee, copii, particularități evolutive, tratament.

Scleroderma in children: clinical, evolutive and treatment particularities

Material and methods. This retrospective study was made on 31 patients (aged 1-18; girls/boys – 24/10) with circumscribed scleroderma treated in the children's department of the Hospital of Dermatology and Communicable Diseases during 2011-2015. Clinical, evolutive, paraclinical and treatment data were taken into consideration.

Results. The following clinical types of scleroderma were observed: scleroderma in plaques – 25 cases, Passini-Pierini atrophic scleroderma – 4 cases; linear scleroderma – 1 case; Zumbush lichen sclerosus et atrophicus – 1 case. The duration of the disease ranged between 1-2 months to 2 years. The following concomitant diseases were reported: Lyme disease – 2 cases; bilateral sacroiliitis, chronic tonsillitis, alopecia areata, disseminated vitiligo, multiple keloids, disseminated pigmented nevus, pityriasis versicolor – 1 case each. Multiple cutaneous lesions (2-6) in patients with scleroderma in plaques were found in 24 cases, out of them, 21 cases had dimensions ranging from 5 to 12 cm. Localization of cutaneous lesions was: lateral regions of thorax and abdomen – 12 cases; extremities – 10 cases (lower extremity – 7 cases, upper extremity – 3 cases); cephalic extremity – 3 cases. All evolutive stages of scleroderma in plaques were found in 7 cases, in particular: atrophic region in the center, a mid-zone of sclerous derma, a peripheric erythematous zone. The cutaneous process was limited at the induration stage in 11 cases, at the edematous-erythematous stage in 5 cases, and atrophic stage in 2 cases. Linear scleroderma was localized unilaterally at the anterior part of the thorax with extension on the right lower extremity. Zumbush lichen sclerosus et atrophicus was represented by multiple macules, 3-5 mm in dimension, round-oval shape, well delimited, white-greyish in colour, slightly depressed, sometimes grouped were localized on the left thigh and calf. Cutaneous lesions in patients with Passini-Pierini atrophic scleroderma were disseminated on the thorax, abdomen, upper and lower extremities and represented well delimited hyperchromic plaques, 5-12 cm in diameter, with skin depression and lack of inflammatory and sclerotic signs.

General, topic, physiotherapeutic treatment was applied in courses (3-8) depending on the evolutive stage (antibiotics, vasodilators, heparin unguents, tacrolimus, ultrasound with vasodilators, proteolytic enzymes, paraffin therapy etc.). Treatments' results in 15 patients with scleroderma in plaques were good after 2-4 courses and in 10 patients after 5-8 consecutive courses. Modest results were obtained in one patient with linear scleroderma with stabilization of the results after 3-5 courses. Patients with Passini-Pierini and Zumbush scleroderma did not respond to the treatment.

Conclusions. The study shows an increased frequency of circumscribed scleroderma in plaques in children, and is twice more frequent in girls and has good response after treatment applied in consecutive courses. It also should be mentioned that circumscribed scleroderma was associated with Lyme disease and several autoimmune diseases.

Key words: morphea, children, particularities of evolution, treatment.



Specialist în homeostazia pielii
www.farmacie.md

SeboCalm innovation

Для чувствительной кожи без морщин

Серия косметических продуктов SeboCalm innovation – совершила настоящий прорыв в методике борьбы с морщинами для людей с чувствительной кожей. Продукты серии SeboCalm innovation основаны на новейших формулах для замедления процессов старения кожи, быстрого и эффективного разглаживания морщин, они стимулируют восстановление клеток кожи и насыщают ее влагой. Серия SeboCalm innovation богата витаминами, целебными растениями и аминокислотами. Все продукты серии SeboCalm innovation прошли дерматологические исследования, гипоаллергенны и подходят для чувствительной кожи.



Продается косметика в аптеках **Elody** и онлайн на www.farmacie.md

Capcane de diagnostic și încadrare a sclerodermiei sistemice

Daciana Elena BRĂNIȘTEANU¹, Andreea DIMITRIU¹, Laura ANDRES¹,
Cristina GRINEA¹, *Gabriela STOLERIU¹, Alexandru OANȚĂ², Daniel Constantin BRĂNIȘTEANU³

¹Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”, Iași, România

²Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie “Transilvania”, Brașov, România

³Disciplina Oftalmologie, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”, Iași, România

*Autor corespondent: stoleriugabriela@yahoo.com

Generalități. Sclerodermia este o boală cronică, multisistemică, de etiologie incertă, caracterizată prin alterarea, indurarea și îngroșarea tegumentului, și prin modificări de tip fibrotic, inflamator și vascular ale unor organe interne (tub digestiv, pulmon, cord, rinichi), însoțită de anomalii imune, celulare și umorale.

Prezentare de caz. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 62 de ani, cunoscută din 2015 cu o importantă patologie cardio-respiratorie (fibroză pulmonară difuză, bronșiectazii bilateral, bronhopneumopatie obstructivă cronică, stadiul III, cord pulmonar cronic compensat, ateroscleroză aortică și mitrală, insuficiență mitrală forma ușoară), gastroenterologică (reflux gastro-esofagian, steatohepatită cronică, colecistopatie cronică alitiatică), endocrinologică (gușă polimicronodulară, lob tiroidian stâng). Pacienta relatează debutul insidios în urmă cu 1 an a unor fenomene respiratorii – dispnee, tuse iritativă, asociate cu fatigabilitate, astenie fizică, scădere ponderală 17 kg în 6 luni (ianuarie-iunie 2015), pirozis, epigastralgie, disfonie. Se adresează inițial medicului pneumolog, ulterior fiind direcționată către diverși specialiști datorită simptomatologiei persistente și rebele la tratament. În ianuarie 2016, ajunge în departamentul de dermatologie, la indicația medicului alergolog, acesta găsindu-se în imposibilitatea realizării testelor cutanate din cauza modificărilor tegumentare. Clinic: se obiectivează tegumente infiltrate și indurate la nivelul mâinilor și feței, modificări instalate progresiv, însoțite de prurit generalizat. Din anamneza activă reiese că leziunile au fost precedate cu aproximativ 20 de ani de un fenomen Raynaud repetitiv. Pacienta prezintă, de asemenea, macule acromice suborbitar bilateral. Aspectul clinic și patologiele asociate orientează diagnosticul spre sclerodermie sistemică forma acrosclerotică și vitiligo, iar prin corelație cu modificările biumorale se ridică suspiciunea de tiroidită autoimună. S-a instituit corticoterapia sistemică cu Methylprednisolon 16mg/zi, medicație vasoactivă, antifibrozantă, bronhodilatator, iar topic se asociază dermatocorticoid și pomadă cu heparină. Evoluția a fost lent favorabilă, cu diminuarea indurației la nivelul membrului superior după o lună de tratament. Menționăm faptul că pacienta s-a adresat serviciului de reumatologie pentru explorări suplimentare în vederea instituirii terapiei cu antagoniști ai receptorilor endotelinei. Astfel, medicul reumatolog decide suprimarea în doze descrescând a corticoterapiei sistemice, pacienta acuzând, după administrarea ultimei doze, alterarea bruscă a stării generale, cu exacerbarea simptomatologiei pulmonare. S-a indicat reinițierea corticoterapiei, dar, prin suprapunerea unei viroze respiratorii, evoluția a fost nefastă, conducând la exitus.

Rezultate și concluzii. Particularitatea cazului constă în asocierea, rar raportată în literatura de specialitate, a acestor patologii autoimune, în tipologia/atipia atingerii pulmonare precoce și amplă, caracteristică pentru sclerodermia sistemică difuză și în nerecunoașterea sclerodermiei sistemice de către serviciile clinice în evidența cărora se afla pacienta. Un alt aspect important ar fi rolul corticoterapiei sistemice în controlul atingerii viscerale și cutanate. Având în vedere heterogenitatea sclerodermiei sistemice, este importantă colaborarea interdisciplinară în vederea diagnosticării corecte și a stabilirii conduitei terapeutice adecvate, pentru îmbunătățirea calității vieții pacientului.

Cuvinte-cheie: sclerodermie sistemică, diagnostic.

Diagnostic and classification pitfalls in systemic scleroderma

Overview. Scleroderma is a chronic disease, affecting multisystem, of uncertain etiology. It is characterized by alteration, increased hardness and thickness of the skin and by fibrotic, inflammatory and vascular type changes of internal organs (gastrointestinal tract, lungs, heart, kidneys), accompanied by immunological, cellular and humoral abnormalities.

Case report. We present a patient aged 62 years, known from 2015 with grave cardio-respiratory (diffuse lung fibrosis, bilateral bronchiectasis, chronic obstructive lung disease stage III, compensated chronic pulmonary heart disease, atherosclerosis, aortic and mitral stenosis, mild form of mitral regurgitation), gastroenterological (gastro-esophageal reflux, chronic steatohepatitis, chronic lithiasic gallbladder), endocrine (multimicronodular left lobe thyroidian goiter) problems. The patient relates insidious onset 1 year ago to respiratory phenomenon – dyspnea, irritant cough, associated with fatigue, asthenia, 17 kg weight loss within six months (January-June 2015), gastro-esophageal reflux, epigastric pain, dysphonia. The patient had initially been seen by a pulmonologist doctor, then directed to various medical specialists due to persistent rebellious symptoms refractory to treatment. In January 2016 the patient arrived in the dermatology department, sent by an allergist (allergy skin testing could not be performed because of the hardness of the skin). Clinic: infiltration and induration of the skin of the hands and face, changes progressively installed, accompanied by generalized pruritus. Repetitive Raynaud's phenomenon has preceded skin lesions for about 20 years. The patient also presents achromic patches suborbital bilaterally. Clinical and biohumoral changes oriented the diagnosis to systemic acrosclerotic form of scleroderma associated with vitiligo and autoimmune thyroiditis. Systemic corticosteroid therapy was instituted (methylprednisolone 16 mg/day), vasoactive, antifibrotic, bronchodilator medication associated with topic dermatocorticoid and heparin ointment was applied as well. Favorable evolution has been slow, with the decrease of upper limb skin induration after one month of treatment. We note that the patient was addressed to the rheumatology service for additional examination and to switch to endothelin receptor antagonist therapy. The rheumatologist decides suppression of systemic corticosteroid therapy, decreasing doses. The patient complained of sudden alteration of general condition, with exacerbation of pulmonary symptoms after the last corticosteroid dose. Initiation of corticosteroid therapy was indicated, but by superimposing respiratory viruses, evolution was unfortunate, leading to exitus.

Results and conclusions. The particularity of the case lies: in the rarely reported in the literature combination of these autoimmune diseases, in typology/ atipia of early and wide lung achieving (diffuse systemic scleroderma feature) and in the inability of recognizing this disease (systemic scleroderma) by the other clinical services. Another important aspect is the role of systemic corticosteroid therapy to achieve the control of visceral and cutaneous changes. Considering the heterogeneity of systemic scleroderma, interdisciplinary collaboration is important in establishing the correct diagnosis and appropriate therapeutic management, to improve patient's quality of life.

Key words: systemic scleroderma, diasnosis.

Morfeea buloasă – prezentare de caz

Irina BATÎR, *Mircea BETIU, Grigore MORCOV

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: mircea.betiu@usmf.md

Generalități. Morfeea, cunoscută ca sclerodermie localizată, este o dermatoză, caracterizată prin depozitarea excesivă de colagen, ceea ce duce la îngroșarea dermului și țesutului subcutanat. Morfeea poate fi în plăci, generalizată, liniară sau buloasă. Forma buloasă este rar întâlnită, afectând mai des membrele inferioare, porțiunea inferioară a abdomenului și a toracelui. Au fost raportate aproximativ 100 de cazuri în literatura de specialitate dermatologică. Formarea bulelor pe leziunile de morfee este neclară. Etiopatogenia afecțiunii nu este cunoscută și tratamentele au efecte modeste. Cel mai frecvent, această boală are evoluție benignă, doar cu atingeri cutanate, fără afectarea organelor interne, deși există cazuri care pot evolua spre o formă sistemică a bolii.

Prezentare de caz. O pacientă în vârstă de 61 de ani, care s-a prezentat pentru tratament în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, cu diagnosticul „sclerodermie în plăci”, prezenta acuze de erupții cutanate, cu localizare în regiunea submamară, pe abdomen (partea inferioară), regiunea lombară, pliurile inghinale, însoțite de senzații de prurit și arsuri. Pacienta a relatat despre apariția unei plăci dure la palpare, cu 8 ani în urmă, cu localizare în porțiunea inferioară a abdomenului care, ulterior, s-a extins în dimensiuni, apoi au apărut leziuni edematoase în regiunea submamară, devenite în timp dure. Acum 5 ani, în zona regiunii lombare, s-a observat apariția leziunilor buloase la periferia plăcilor de morfee. A administrat tratament în staționar și ambulator, fără efect terapeutic. Anamneza medicală a relevat prezența hipertensiunii arteriale și cardiopatiei hipertensive. Examenul dermatologic a evidențiat prezența plăcilor de culoare alb-sidefie, indurate la palpare, cu pseudobule la periferie, fiind localizate la nivelul regiunii lombare. Examinările paraclinice de rutină (analiza generală a sângelui, analiza sumară a urinei, probele biochimice) au fost în limitele normei. Testele serologice pentru boala Lyme, anti-ADN dublu catenar, celule LE au fost negative. Biopsia cutanată a prezentat un pattern sclerodermiform, cu straturi epidermale atrofiate, formate din 2-3 straturi de celule, stratul bazal nivelat, dermul cu omogenizarea fibrelor de colagen, sărac în celule, mai multe eritrocite în lichidul din bule subepidermice, fiind prezent și infiltratul perivascular limfocitar. S-a stabilit diagnosticul de morfee generalizată, formă buloasă. S-a inițiat un tratament antioxidant (tocoferol), imunosupresor (hidroxiclorochină) și topic (corticosteroizi de potență înaltă), efectele curative dovedindu-se destul de modeste.

Discuții. Morfeea, forma buloasă, a fost pentru prima dată descrisă de Morow, în 1896. Etiopatogenia încă nu este clară. Au fost propuse mai multe mecanisme: formarea bulelor, cauzată de limfedem și dilatarea vaselor limfatice, care apar în urma obstrucției vaselor de procesul scleros; modificările vasculare ca pseudoscleroză sau arteritele au un rol în formarea bulelor; traumatismele locale pot avea și ele un rol esențial în formarea acestora.

Concluzii. Cazul este interesant din punct de vedere al formei clinice de „morfee generalizată buloasă”, care este rar întâlnită în practica dermatologică, având o evoluție trenantă și persistentă, iar mecanismul patogenetic rămâne a fi obscur.

Cuvinte-cheie: morfee, formă buloasă, prezentare de caz.

Bullous morphea – a case report

Introduction. Morphea, known as localized scleroderma, is a dermatitis characterized by storing excess collagen, which leads to thickening of the dermis and subcutaneous tissue. Morphea can be in plaques, generalized, linear or bullous forms. Bullous form is the rare one, it is affecting most commonly the legs, the lower portion of the abdomen and the chest. There were reported about 100 cases in the dermatological literature. Blistering lesions of morphea are unclear. The etiopathogeny of the disease is unknown and treatments have modest effects. Most commonly this disease is benign, only touching the skin without affecting the internal organs. Although there are cases which can develop into a systemic form of the disease.

Case report. We present the case of a patient aged 61 years, who was referred for treatment with the diagnosis “scleroderma in plaques”. She was complaining of skin rashes localized in submammary region, on the lower region of abdomen, lumbar region, inguinal folds, accompanied by itching and burning sensation. The patient reported the appearance of tough plaques 8 years ago, localized in the lower abdomen region; later the plaques increased, then appeared edematous lesions in inframammary area, which in time became tougher. Five years ago appeared in the lumbar region bullous lesions on the periphery of morphea plaques. She received inpatient and outpatient treatment without therapeutic effect. Medical history showed the presence of high blood pressure and hypertensive cardiomyopathy. Dermatological examination showed the presence of pearly-white plaques harsh on palpation, with pseudoblisters on the lesion edge, localized in the lumbar region. Routine laboratory examinations (blood test, brief analysis of urine and biochemical tests) were within normal limits. Serological tests for Lyme disease, anti-dsDNA, LE cells were negative. The skin biopsy showed sclerodermiform pattern with atrophied epidermal layers, composed of 2-3 layers of cells, the basal layer is leveled. In the dermis collagen fibers are homogenized and poor in cells, some erythrocytes were found in the liquid from subepidermal blister and perivascular lymphocytic infiltrate is present. The patient was diagnosed with “generalized morphea, bullous form”. The treatment was initiated with antioxidants (tocopherol), immunosuppressants (hydroxychloroquine) and topical (high potency corticosteroid), the healing effects were poor.

Discussions. Bullous form of morphea, was first described by Morrow in 1896. The etiopathogenesis is still unknown. It was suggested that bullae formation is attributed to lymphedema caused by dilated lymphatic vessels, which occurs as a result of lymphatic obstruction from the scleroderma process; the vascular changes like arteritis and phlebosclerosis also play a role in bullae formation; and local trauma.

Conclusion: The “generalized bullous morphea” case is interesting in terms of clinical form which is rarely encountered in dermatological practice, is in continues exploration and pathogenetic mechanism remains little known.

Key words: morphea, bullous form, case report.

Incontinentia pigmenti – cazuri clinice în 3 generații

*Grigore MORCOV, Vasile ȚĂBĂRNĂ, Diana TINCU

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: grigore.morcov@usmf.md

Generalități. *Incontinentia pigmenti* sau sindromul Bloch-Sulzberger este o afecțiune genetică, cu transmitere dominant X-lincată, caracterizată prin leziuni cutanate cu evoluție stadială, asociate cu anomalii ale sistemului nervos central, oftalmologice, dentare, care se manifestă doar la nou-născuții de sex feminin, întrucât produșii de concepție de sex masculin nu supraviețuiesc până la naștere.

Scopul lucrării. Evidențierea originii genetice a maladiei, mai exact transmiterea dominantă, legată de cromozomul X.

Material și metodă. Este prezentat cazul clinic al unei paciente în vârstă de 6 ani, diagnosticată cu *incontinentia pigmenti*, care acuză leziuni cutanate (macule hiperpigmentate, însoțite de fenomene de hiperkeratoză) și retard mental. Mama și bunica fetei suferă de aceeași maladie. Mama, în vârstă de 35 de ani, prezintă anamneză obstetricală patologică: o sarcină extrauterină și un avort spontan la 12 săptămâni de gestație.

Concluzie. *Incontinentia pigmenti* este o afecțiune genetică, cu transmitere dominant X-lincată. Așadar, gena care produce boala este legată de cromozomul X, responsabil de sexul individului uman. Pentru sexul masculin, patologia este letală (97%), produsul de concepție murind încă în perioada de dezvoltare intrauterină.

Cuvinte-cheie: *Incontinentia pigmenti*, afecțiune genetică, cromozomul X.

Incontinentia pigmenti – clinical cases in 3 generations

Generalities. *Incontinentia pigmenti* or Bloch-Sulzberger syndrome is a genetic disorder X-linked dominant transmitted, characterized by skin lesions evolving stage, associated with central nervous system abnormalities, ophthalmic, dental, manifested only to newborns sex femenin, whereas products of conception male do not survive to birth.

Objectives. To determine the genetic origin of disease, specifically linked to chromosome X. dominant transmission.

Materials and methods. Presented clinical case of a patient aged 6 years old, diagnosed with *incontinentia pigmenti*, showing skin lesions (patches of increased pigmentation, accompanied by phenomena hyperkeratosis) and mental retardation. The girl's mother and grandmother suffer from the same malady. The mother, aged 35, presents obstetric pathological history: an ectopic pregnancy and a miscarriage at 12 weeks of gestation.

Conclusion. *Incontinentia pigmenti* is attributed to the X-linked genetic disease transmitted by dominant gene that causes the disease and by it is linked to the X chromosome, responsible for sex of a human individual. For males, the pathology is fatal (97%), the offspring will die during the period of intrauterine development.

Key words: *Incontinentia pigmenti*, genetic disorder.

Patologia unghiei în lichen plan

Alexandru BALTĂ, Ina MACOVSCAIA, Petru GUTIU, Rodica BODRUG

Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova
Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Lichenul plan – dermatoză cunoscută ca termen și mai puțin cunoscută în plan etiologic și patologic. Primele descrieri apar în 1870. Se manifestă mai des la vârstnici, mai puțin la copii și constituie între 0,5-1% din totalul afecțiunilor cutanate. Afectează aproximativ egal ambele sexe. Etiologia lichenului plan nu este cunoscută exact, însă conform datelor existente este o boală plurietiologică. Lichenul plan prezintă o varietate largă de forme clinice. Sunt cunoscute formele clasice, întâlnite mai des, și formele mai puțin frecvente, cum ar fi afectarea unghială, care pune probleme de diagnostic și tratament.

Material și metodă. Lotul cuprinde 3 pacenți: 2 bărbați (40 și 47 de ani), 1 femeie (56 de ani).

Rezultate. Debutul maladiei – lent, de la 4-6 luni. Examine de laborator: analiza sumară a sângelui, probe hepatice desfașurate, test Hep-C, Hep-B, CSR, HIV, glicemie statică și dinamică, microradiografie pulmonară, examen histopatologic. Tratament efectuat: antimalarice (placvenil, 1 pastilă x 2 ori pe zi, timp de 20 de zile, 1 pastilă – o dată pe zi, 30 de zile), corticoterapie sistemică (prednisolon 0,5 – câte 30 mg zilnic, cu suspendarea unei pastile la fiecare 7 zile), antihistaminice (loratadină, suprastină), antidepresante (xanax), vitaminoterapie, corticosteroizi topici, criodistrucție superficială, melilen blau 2% soluție apoasă, silimarin 140, Vit. B₁, B₆, B₁₂, Omega-3.

Concluzii. Lichenul plan este o maladie multifactorială, care necesită un tratament în colaborare cu medicii internist, infecționist, neurolog. Are o evoluție benignă, cu tendință la persistență, evoluează cronic până la câțiva ani, cu vindecare uneori spontană, recidive relativ frecvente. Implicarea unghiei în lichenul plan poate pune probleme de diagnostic, însă examenul histopatologic, prezintă erupții tipice în forme atipice, ceea ce permite stabilirea corectă a diagnosticului.

Cuvinte-cheie: lichen plan, patologia unghiei.

Nails' pathology in lichen planus

Overview. Lichen planus known and less known name in the etiology and pathological level. The first description appears in 1870. It represents less than 0.5-1% among skin diseases. It occurs approximately equally in both sexes, more often in adults, rarely in children. Lichen planus is considered a cell mediated immune response of unknown origin. Lichen planus has a wide variety of clinical forms. There are the classical forms, more often encountered and the uncommon forms that pose diagnostic and treatment problems.

Material and method. The study group includes 3 patients: 2 Men (40 and 47 years old), 1 Female (56 years old).

Results. The onset of the disease was slow, preceding the presentation with 4-6 months. Laboratory examination: Summary analysis of the blood, transaminases, hep-C test, hep-B, CSR, HIV, Static and dynamic blood glucose, X-ray of the chest, histopathology. Treatment: antimalarials: 150 mg/pill-plaquenil x 2 for 20 days and then 1 pill a day for 30 days. Systemic corticosteroids: prednisolone 5mg/tb, 30mg daily, suspend a pill every 7 days, antihistamines (loratadine 0.1, suprastin 0.1), antidepressants (xanax), topical corticosteroids, superficial cryotherapy, methylene blue 2% aqueous solution, silimarin 140, Vit. B1, B6, B12, Omega-3.

Conclusions. Lichen planus requires combined treatment after consulting the internist, infectious disease and neuropathology physicians. It has a benign evolution with great tendency to persist for several years, sometimes with spontaneous healing but relatively frequent recurrences. Along with atypical lichen eruptions, typical rash was detected in all cases, leading, together with histopathology, to a correct diagnosis.

Key words: lichen planus, nails' pathology.

Pilitortoza – cazuri clinice

Elena URSU, Ina MACOVSCAIA

Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Cazul clinic nr. 1. Prezentăm cazul clinic al unui copil de 2,5 ani, sex feminin, din mediul rural, care este consultat ambulator. Din spusele mamei, după ce a tuns copilul la vârsta de 1 an, părul a început să crească foarte greu, fiind fragil, cu aspect inestetic. A administrat multiple tratamente, la locul de trai, pentru stimularea creșterii părului, atât sistemice (polivitamine, tratamente antiparazitare), precum și local (tratamente naturiste cu suc de ceapă etc.), dar fără niciun efect pozitiv. Astfel, se observă fire de păr uscate, aspre, care se rup spontan, aproape de punctul de emergență. Firele de păr sunt rupte la distanțe diferite, fiind afectată întreaga suprafață a scalpului. Nu se atestă anomalii dentare sau de keratinizare. De menționat faptul că la pacientă se constată și anomalii neurologice (retard intelectual).

Cazul clinic nr. 2. Prezentăm și cazul clinic al unui copil de 1,5 ani, sex masculin, din mediul urban, de asemenea, consultat ambulator. Din spusele tatălui, copilul acuză o cădere și o rărire a părului în regiunea occipitală, asociată cu erupții cutanate la acest nivel, fără senzații subiective. De asemenea, a administrat multiple tratamente, sistemice și locale (inclusiv pentru rahitism), fără niciun efect terapeutic. Se observă fire de păr aspre, iar în regiunea occipitală ușor decolorate, rupte la distanțe diferite, cu aspect distrofic. Se constată, la acest nivel, și numeroase keratoze foliculare. Alte anomalii nu se atestă. Copilul crește și se dezvoltă conform vârstei.

În ambele cazuri, diagnosticul s-a stabilit în baza tabloului clinic și a examenului dermatoscopic al firelor de păr. Dermatoscopia, în aceste cazuri, relevă o răsucire și aplatizare neregulată a tijeii firului de păr (cu aspect de frânghie).

Discuții. Pilitortoza (*pili tori*) este o afecțiune genetică, caracterizată printr-un defect al dezvoltării firelor de păr, acestea fiind turtite și, pe alocuri, răsucite în jurul axei longitudinale, până la 180°, fenomenul ducând la o rupere spontană, cu aspect distrofic, al podoabei capilare. Este constatată o afecțiune genetică, cu transmitere autosomal-recesivă, evoluția fiind favorabilă, boala ameliorându-se spontan la pubertate. Orice tratament este inefficient.

Concluzii. Cazurile sunt propuse spre discuție pentru raritatea afecțiunii și posibilitățile diagnostice moderne. Examenul dermatoscopic efectuat a simplificat substanțial stabilirea diagnosticului, astfel evitând tratamentele ulterioare inutile.

Cuvinte-cheie: *pili torti*, copii, boală rară.

Pili torti – clinice cases

Clinical case No 1. We present the clinical case of a child 2,5 years, female, rural, presented to ambulatory consultation. According to her mother after the baby haircut at the age of 1 year, hair began to grow very hard, being fragile with unaesthetic appearance. The child received multiple treatment, at place of living, to stimulate hair growth, both systemic (multi-vitamins, anti-parasitic treatments) and local (natural treatments with onion juice, etc.), but without positive effect. Clinically is observed hair dry, rough, which break spontaneously, almost to the point of emergence. The hairs are broken at different distances and located all over the scalp. There were no dental or keratinization abnormalities. It is necessary to mention that the patient has associated neurological abnormalities (intellectual delay).

Clinical case No. 2. We also present the clinical case of a child 1.5 years old, male, urban, also consulted ambulatory. According to his father, the child has a fall and thinning of hair in the occipital region, associated with rash at this location without subjective sensations. He has also received multiple treatments, systemic and local (including rachitis) without any therapeutic effect. Clinically is observed harsh hair, and slightly discolored, broken at different distances, with dystrophic aspect in the occipital region. Multiple follicular keratosis is also observed. Other anomalies are not observed. The child grows and develops according to his age. In both cases the diagnosis was established on the basis of clinical examination and dermoscopy of hair. Dermoscopy shows irregular twisting and flattening of the hair shaft (imitation of rope).

Discussions. Pili torti is a genetic disorder characterized by defective development of the hair, which is flattened and twisted around the longitudinal axis by 180 degrees, this fact leads to spontaneous rupture of the hair with dystrophic aspect. Etiopathogenesis unknown, it is considered a genetic disorder with autosomal recessive transmission. This disorder has a favorable evolution, the condition improves spontaneously at puberty. Any treatment is ineffective.

Conclusions. Cases are highlighted for the rarity of the condition and possibilities of modern diagnostics. Dermoscopic examination facilitates substantially diagnosis, thus avoiding further unnecessary treatments.

Key words: *pili torti*, children, rare disease.

Zona Zoster la copii

*Vasile STURZA¹, Nina FIODOROVA¹, Crisina ZBÂRNEA¹,
Dumitru RUBANOVICI², Iulia EMEȚ¹, Elena GRIB²

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Generalități. Studiul clinic retrospectiv a fost realizat pe un lot de 28 de pacienți (băieți – 16, fete – 12) cu Zona Zoster, tratați în anii 2000-2015, în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile. Diagnosticul a fost stabilit în baza aspectelor clinice.

Rezultate obținute. Vârsta medie a pacienților a constituit 9 ani. Majoritatea erau din mediul rural (71,4%). Durata maladiei la spitalizare a variat între 3 și 5 zile. Maladii concomitente intercurrente semnalate: dermatită de contact iritativă – 4 pacienți; helmintoze – 2 pacienți; rinofaringită acută și piodermie acută – câte 2 pacienți; anemie nutrițională de gradul I, acnee vulgară, pitiriazis alb al feței, obezitate și epilepsie – câte 1 pacient. Din antecedentele personale: 8 pacienți au făcut infecții respiratorii acute, iar 1 pacient a suportat o intervenție chirurgicală privind viciul cardiac. Tratamentul ambulator a inclus coloranți anilini (15 cazuri) și aciclovir cu analgezice (6 cazuri). Caracterul sezonier al maladiei nu s-a observat. Expresia clinică de varicelă a fost înregistrată în fragedă copilărie la toți bolnavii. Fenomenele prodromale (febră, cefalee, fatigabilitate) s-au manifestat la 7 pacienți. Comune pentru bolnavii incluși în studiu, au fost acuzele la senzații de arsură, dureri discrete și paretezii. Sindromul algic pronunțat s-a înregistrat la 2 pacienți cu vârste de 8 și 14 ani. Leziunile eritemato-veziculoase (formă tipică) s-au constatat la 25 de pacienți. Forma hemoragică s-a observat la 3 pacienți. Afectarea dermatomală asimetrică a fost comună și a inclus: intercostală – 20 de cazuri, lombosciatică și cefalică – câte 3 cazuri, femurală și toraco-abdominală – câte 1 caz. S-a indicat tratament general și topic: Aciclovir, analgezice, vitamine, laser He-Ne (flux iradiant la distanță). Vindecarea clinică completă s-a observat în 10-14 zile de la inițierea tratamentului. Complicații și reacții adverse la tratament nu au fost semnalate.

Concluzii. Zona Zoster pediatrică este rară, implicând, de obicei, vârstele școlare, se instalează pe un fundal de reactivare a focarelor de infecție cronică și imunosupresie, tabloul clinic fiind tipic, evoluția ușoară, sindromul algic discret, iar tratamentul cu Aciclovir – eficient.

Cuvinte-cheie: Zona Zoster, imunosupresie, copii.

Shingles in children

Overview. Retrospective clinical study was conducted on a sample of 28 patients (boys – 16, girls – 12) with shingles, treated between 2000 and 2015 at the Hospital of Dermatology and Communicable Diseases. The diagnosis was based on clinical aspects.

Results. Mean age of patients was 9 years old. Most were from rural areas (71.4%). The period before hospitalization varied between 3 and 5 days. Accompanying diseases inter-reported: irritant contact dermatitis – 4 patients; helminthosis – 2 patients; acute nasopharyngitis and acute pyoderma – 2 patients; nutritional anemia first degree, acne, pityriasis white face, obesity and epilepsy – 1 patient each one. From personal history: 8 patients were with acute respiratory infections, and 1 patient – surgical correction of the cardiac defect. Outpatient treatment included aniline dyes (15 cases) and acyclovir with analgesics (6 cases). The seasonal nature of the disease was not observed. The clinical expression of chickenpox in early childhood was recorded in all patients. Prodromal phenomena (fever, headache, fatigability) occurred in 7 patients. Common for all the patients included in the study were the complaints of burning pain, minor aches and numbness. Intense algic syndrome was recorded in 2 patients aged 8 to 14 years. Erythematous-vesicular lesions (typical form) were found in 25 patients. Bleeding form was noticed in 3 patients. Asymmetrical dermatomal damage was common and included: intercostal – 20 cases lombosciatic and cephalic – 3 cases each one, femoral and thoraco-abdominal – 1 case each one. It was recommended general and topical treatment: acyclovir, analgesics, vitamins, He-Ne laser (radiant flux away). Complete clinical recovery was observed in 10-14 days after initiation of the treatment. Complications and side effects of the treatment were not observed.

Conclusions. Pediatric shingles is rare, usually involves school ages, is placed on a background of reactivation of chronic infectious diseases and immunosuppression, the clinical picture is typical, with mild evolution, discrete painful syndrome and a good response to the acyclovir treatment.

Key words: shingles, immunosuppressio, children.

Eficacitatea metodelor combinate în tratamentul condiloamelor acuminate

Oleg BRATU, Valeriu OGLINDĂ, Tatiana COȘCODAN,
Cristina NICHIFORCIUC, Ina TRESTIAN

Clinica de Medicină Estetică SANCOS, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Condiloamele acuminate reprezintă o manifestare clinică a unei infecții active cutaneo-mucoase a regiunii genitale, perigenitale și perianale, masculine și feminine, cu anumite tipuri de papiloma virusuri umane (HPV).

Scopul studiului. Identificarea noilor remedii în tratamentul verucilor genitale prin reducerea intensității simptomatologiei, reducerea duratei infecției și a severității, respectiv creșterea intervalului dintre recidive și controlul asupra lor.

Material și metode. Studiul a fost efectuat pe un lot de 104 pacienți, diagnosticați cu condiloame acuminate. Metodele curente în tratamentul leziunilor, induse de HPV și aplicate în Clinica SANCOS, sunt crioterapia și electroterapia, aplicate o dată la două săptămâni, care au o rată de eficacitate de 85-90% după 2-4 cure. În 33% din cazuri s-a indicat și un tratament sistemic cu Isoprinosine (Groprinosine), 3g/zi, administrat fracționat, în prize egale, timp de 5 zile/săpt., 2 săptămâni consecutiv, timp de 3 luni. Totodată, s-au prescris și aplicații locale cu spray Epigen intim, de 3-4 ori/zi, timp de 5-8 zile, în asociere cu crioterapie și electroterapia.

Concluzii. Tratamentul combinat, caracterizat prin asocierea crio- și electroterapiei cu tratamentul sistemic și local, antiviral și imunomodulator, a demonstrat rezultate promițătoare, în sensul obținerii unui control de durată al infecției respective.

Cuvinte-cheie: condiloame, tratament combinat, crioterapie, electroterapia.

Efficiency of combined methods for the treatment of genital warts

Introduction. Genital warts are soft growths that occur on the genitals. Genital warts are a sexually transmitted infection (STI) caused by certain strains of the human papillomavirus (HPV).

Objectives. Finding new cures in the treatment of genital warts by reducing the intensity of symptomatology, duration and severity of the infection and increasing the interval between recurrences and their control.

Material and methods. The study was performed on a group of 104 patients diagnosed with genital warts. Current methods applied in Clinic of Aesthetic Medicine SANCOS for treatment of HPV lesions are cryotherapy and electrotherapy applied once every two weeks which have a rate of efficacy of 85 – 90 %, after 2-4 sessions. In 33% of cases has been recommended also a systemic treatment with administration of Isoprinosine (Groprinosine) 3 g/day, divided into equal doses administered for 5 days/week, 2 weeks consecutive, during 3 months, and local applications with spray Epigen intim 3-4 times/day, during 5-8 days in association with crio and electrotherapy.

Conclusion. The combined treatment, characterized by the association of the crio and electrotherapy with systemic local antiviral and immunostimulatory treatment may give promising results and keep the infection under control.

Key words: genital warts, combined treatment, cryotherapy, electrotherapy

Manifestări cutanate la bolnavii cu hepatită B și C

Ion RUSU, Liuba STRATAN, Eugenia RUSU, Olga RUSU

Spitalul Raional Anenii Noi, Anenii Noi, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

S-a efectuat un studiu retrospectiv pe un lot de 63 de pacienți, cu vârste cuprinse între 25-65 de ani (b/f – 36/27), cu hepatită virală B și C, consultați de medicul dermatolog, în Spitalul Raional Anenii Noi, pe parcursul anilor 2011-2015. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive și paraclinice.

Rezultate. Din totalul bolnavilor, hepatita virală B a fost constatată la 37 de pacienți, hepatita virală C – la 19 pacienți, hepatita virală mixtă, B și C – la 5 pacienți și hepatita virală C, asociată cu HIV – la 2 pacienți. Spectrul maladiilor cutanate, depistate de medicul dermatolog, pe parcursul anilor respectivi, s-a prezentat în felul următor: psoriazis vulgar diseminat – 19 cazuri; dermatită solară – 7 cazuri; porfirie cutanată tardivă – 6 cazuri; dermatită seboreică, urticarie acută, parapsoriazis, lichen plan, *tinea pedis* – câte 3 cazuri; eczemă microbială, herpes zoster, purpură reumatoidă, scabie – câte 2 cazuri; mastocitoză, *tinea cruris*, foliculite, pitiriazis versicolor, *molluscum contagiosum*, neurodermită circumscriasă – câte 1 caz.

Concluzii. Hepatita virală B și C se asociază cu psoriazis la o treime din bolnavii evidențiați, iar la o pătrime din totalul bolnavilor, se constată sensibilitatea crescută la RUV.

Cuvinte-cheie: hepatita B și C, manifestări cutanate.

Cutaneous manifestations in patients with viral hepatitis B and C

A retrospective research of 63 patients aged 25 to 65 years old (m/f – 36/27) with viral hepatitis B and C was done, patients have been consulted by a dermatologist at Anenii Noi Regional Hospital during 2011-2015. The clinico-evolutive and laboratory data were taken into account.

Results. Viral hepatitis B was found in 37 cases, viral hepatitis C in 19 cases, mixed B and C viral hepatitis in 5 cases, respectively, while viral hepatitis C associated with HIV was detected in 2 patients. Cutaneous diseases observed by dermatologist ranged, as follows: cutaneous psoriasis in 7 cases, porphyria cutanea tarda in 6 cases, seborrheic dermatitis, acute urticaria, parapsoriasis, lichen planus and *tinea pedis* 3 cases of each; microbial eczema, herpes zoster, rheumatoid purpura and scabies 2 cases of each; mastocytosis, *tinea cruris*, folliculitis, pityriasis versicolor, *molluscum contagiosum*, circumscribed neurodermatitis 1 case of each disease, respectively.

Conclusions. Viral hepatitis B and C were associated with psoriasis in one third of cases, while one-fourth of them have shown an increased sensitivity to UV light.

Key words: viral hepatitis B and C, cutaneous manifestations.

Noi tehnici de diagnostic în neoplazia cutanată

Elena ANDRESE¹, Adriana PĂTRAȘCU², Dan VĂȚĂ¹, Tatiana ȚĂRANU^{3,4}, Laura Gheucă SOLOVĂSTRU¹

¹Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", ²Clinica Lauderma

³Disciplina Dermatologie orală, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa"

⁴Secția Clinică Dermatologie, Spitalul Clinic Universitar C. F., Iași, România

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

A new diagnostic approach in skin malignancies

The prevalence of skin malignancies is growing rapidly. Determination of the gene mutations, which predispose to the skin cancer, lights up some new pathogenic aspects.

Key words: skin malignancies, diagnostic, gene mutations.

Neoplazia cutanată reprezintă un subiect de actualitate prin creșterea numărului de cazuri de la an la an. 1 din 3 neoplazii este un cancer cutanat și 2-3 milioane non-melanoma skin cancer apar anual la nivel global. Dintre acestea, melanomul este responsabil de 80% din decesele cauzate de o afecțiune cutanată.

Întrucât probele arhivate sub formă de bloc inclus la parafină reprezintă cea mai mare bază de posibil material pentru un studiu, prezentăm în cele ce urmează 3 metode diferite de extragere a ADN-ului în vederea evidențierii unor posibile mutații genice.

Cuvinte-cheie: neoplazie cutanată, diagnostic, mutații genice.

Tumori ale pielii de origine mezenchimală – particularități clinico-morfologice

Ion MEREUȚĂ, Dumitru BUTUCEL, Diana EFTODI, Sergiu MURA, Veronica ȘVEȚ

Institutul Oncologic, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Soft tissue tumors of the skin – clinical and morphological peculiarities

Soft tissue tumors of the skin represent a wide group of tumors, which arise from mesenchyme tissue and manifest different clinico-morphological aspects. 143 patients, who have been treated at the Institute of Oncology during 2008-2014, took part in a retrospective research aimed to compare correlation between clinical and histopathological diagnosis.

Key words: tumors, skin, mesenchyme and cancer supervision.

Generalități. Tumorile pielii de origine mezenchimală reprezintă un grup vast de tumori, derivate din țesuturile conjunctive moi, non-epiteliale, dispuse în straturile subepidermale ale pielii și caracterizate prin eterogenitate clinico-morfologică.

Scopul cercetării. Optimizarea procesului de diagnostic al tumorilor maligne ale pielii de origine mezenchimală pentru sporirea vigilenței oncologice.

Material și metode. În studiu au fost incluși 143 de bolnavi cu sarcoame cutanate, tratați în Institutul Oncologic în perioada 2008-2014. Pentru aprecierea corectitudinii diagnosticului clinic al sarcoamelor cutanate, a fost analizată corelarea diagnosticului clinic prezumptiv cu diagnosticul histopatologic definitiv. Sarcomul cutanat a fost diagnosticat clinic prezumptiv în 92 de cazuri (64,4%). În 26 de cazuri (18,4%), bolnavii cu tumori maligne mezenchimale cutanate au fost supuși inițial intervențiilor chirurgicale în alte instituții medicale, decât în instituția medicală specializată, fără efectuarea examenului histopatologic.

Concluzie. Divergențele între corectitudinea corelării diagnosticului clinic prezumptiv cu diagnosticul histopatologic definitiv impun necesitatea sporirii vigilenței oncologice și optimizarea procesului de diagnostic al tumorilor pielii de origine mezenchimală.

Cuvinte-cheie: tumori, piele, origine mezenchimală, vigență oncologică.

Diagnosticul precoce al melanomului – necesitate imperioasă pentru un prognostic favorabil

Maria ROTARU

Clinica Dermatologie, Facultatea de Medicină, Universitatea “Lucian Blaga”, Sibiu, România

Autor corespondent: mrotaru07@gmail.com

Având în vedere agresivitatea evolutivă a MM, este esențială stabilirea cât mai precoce a diagnosticului, cu o încadrare stadială corectă. Persoanele cu nevi melanocitari multipli, în special cu nevi atipici, au un risc crescut pentru apariția melanomului, fiind recomandată urmărirea dermatoscopică a leziunilor melanocitare pigmentare.

Evoluția naturală a nevilor este influențată de perioade fiziologice (creșterea, adolescența, sarcina) și de expunerea la radiația UV. În timp, nevi melanocitari pot suferi modificări ale dimensiunii, culorii și rețelei pigmentare sau chiar apariția de noi structuri dermatoscopice. Este esențial să se aprecieze dacă aceste schimbări sunt benigne sau sunt suspecte de transformare malignă – fiind indicată excizia și examenul histopatologic al leziunii.

Diagnosticul *in situ* al MM reprezintă gold standardul diagnostic, realizat în principal prin monitorizarea clinică și dermatoscopică a nevilor atipici, în evoluție. Diagnosticul MM, în faze timpurii are un impact favorabil în prognosticul MM.

Efectul benefic al diagnosticului precoce constă în faptul că pentru stadiul 0 și 1 al MM fără ulcerare (indice Breslow <1 mm) este suficientă excizia chirurgicală, comparativ cu pozitivitatea ganglionului sentinelă, iar creșterea indicelui Breslow crește riscul de existență a metastazelor cu necesitatea tratamentului sistemic foarte costisitor și cu rezultate inconstante.

Concluzie. Diagnosticul precoce al melanomului poate fi realizat prin monitorizarea dermoscopică a nevilor melanocitari identificând leziunile atipice modificate suspecte de malignitate, leziunile melanocitare atipice apărute „de novo” și reduce mortalitatea asociată melanomului.

Cuvinte cheie: melanom, diagnostic precoce.

Early diagnosis of malignant melanoma – imperative for a favorable prognosis

Considering the aggressiveness of the malignant melanoma, it is essential to establish the early diagnosis and the staging of the disease, as soon as it is possible. People with multiple melanocytic nevi, especially with atypical nevi, are at increased risk for melanoma, being recommended dermoscopic follow-up of the pigmented lesions.

Natural evolution of the nevi is influenced by such physiological periods as: growth, teenage, pregnancy, and exposure to UV radiation. Over time, the melanocytic nevi may undergo changes of the dimensions, colours and pigment network or even the appearance of the new dermoscopic structures. It is essential to assess whether these changes are benign or are suspicious for malignant transformation, in these cases being indicated excision and histopathological exam of the lesions.

In situ diagnosis of melanoma represents the gold standard of diagnosis, and is performed especially monitoring atypical nevi, clinically and dermoscopically. Diagnosis of early phase MM has a favourable impact on the prognosis.

The beneficial effect of early diagnosis of melanoma is better understood considering the evidence that for stage 0 or 1 without ulceration is enough the surgical excision, compared with sentinel lymph node positivity; moreover, a higher Breslow index increases the risk for the metastases, being necessary systemic immunotherapy or cytostatic treatment that is very expensive but with the fluctuating results.

Conclusions. Early diagnosis of melanoma can be done by monitoring the melanocytic nevi and identifying atypical lesions suspicious for malignancy, the lesions occurring „de novo”, with excision and histopathological exam, all of these having consequence in reducing the mortality associated with melanoma.

Key words: melanoma, early diagnosis.

Importanța tratamentului keratozelor actinice în managementul carcinoamelor cutanate

Maria ROTARU

Clinica Dermatologie, Facultatea de Medicină, Universitatea “Lucian Blaga”, Sibiu, România

Autor corespondent: mrotaru07@gmail.com

Keratozele actinice (KA) sunt cele mai frecvente leziuni cutanate precanceroase cu potențial risc de progresie spre carcinoame cutanate (carcinoame spinocelulare sau bazocelulare). KA și carcinoamele cutanate (CC) sunt leziuni keratozice, respectiv tumorale, localizate cel mai frecvent pe zonele fotoexpușe, în care expunerea excesivă la radiația ultravioletă (UV) joacă un rol etiopatogenic major. Cunoașterea și combaterea factorilor etiopatogenici implicați în apariția și dezvoltarea KA și a CC, diagnosticul și tratamentul precoce sunt esențiale în scăderea morbidității acestor patologii.

În 2 studii prospective am analizat datele socio-demografice, clinice, histopatologice, etiopatogenice, atitudine terapeutică și profilactică la pacienții cu KA, respectiv CC din clinica noastră. Rezultatele preliminare au arătat, că în ambele loturi există deficiențe legate de comportamentul fotoprotector al pacienților (lipsa metodelor de fotoprotecție sau metode de fotoprotecție neadecvate, expunere agresivă la radiația UV, lipsa autoexaminărilor periodice sau a prezentării de rutină la un consult dermatologic). Pentru CC cea mai frecventă perioadă debut – diagnostic a fost de 1-5 ani (62% dintre CBC și 100% din CSC), ceea ce subliniază odată în plus faptul că în prezent, lacunele de informații pe aceasta temă au repercursiuni asupra evoluției (risc crescut de transformare malignă a KA și de evoluție spre forme tumorale invadante pentru CC).

Prin implementarea unor programe de educație medicală continuă având ca temă KA și CC, cu accesare facilă de către populația generală, s-ar putea ameliora morbiditatea prin aceste boli, printr-un diagnostic și tratament mai precoce, cu scăderea numărului de forme severe.

Cuvinte cheie: keratoze actinice, carcinoame cutanate, management.

The importance of the actinic keratosis treatment in the management of cutaneous carcinoma

Actinic keratoses (AK) are the most common precancerous skin lesion with the risk of progression to skin carcinoma (basal cell or squamous cell carcinoma). AK and cutaneous carcinoma (CC) are keratotic lesions or tumors, most commonly localised on photoexposed areas in which excessive ultraviolet radiation (UV) exposure plays a major etiopathogenic role. Knowledge and combating etiopathogenic factors involved in the emergence and development of KA and CC, early diagnosis and treatment are essential in decreasing the morbidity of these pathologies. In light of these data, we started two prospective studies in which we analyzed the sociodemographic, clinical, histopathological, etiopathogenic, therapeutic management and prevention data, in patients with AK, respectively CC from our clinic.

Preliminary results showed that in both groups there are deficiencies related to photoprotective behavior of patients (lack of photoprotection methods or inappropriate methods of photoprotection, aggressive UV exposure, lack of regular self-examination or presentation of a routine skin examination). The most common period for CC debut – diagnosis was 1-5 years (62% for SCC and 100% for BCC), which once more underlines the fact that currently, the information gaps on the subject have repercussions on the evolution (increased risk of malignant transformation of KA and development of invasive forms for CC).

By implementing programs of continuing medical education with the theme AK and CC, with easy access for the general population, we may ameliorate these diseases morbidity through early diagnosis and treatment with decreased incidence for severe forms.

Key words: actinic keratosis, cutaneous carcinoma, management.

Tumorile local-avansate ale pielii părții anterioare a labei piciorului versus tratamentul chirurgical

Dumitru BUTUCEL

Institutul Oncologic, Chișinău, Republica Moldova
Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Sunt cunoscute multiple metode de tratament chirurgical ale tumorilor pielii, care nu întotdeauna pot fi aplicate în tumorile local-avansate (TLA), cu păstrarea funcției regiunii operate.

Scopul lucrării. Elaborarea unei metode de tratament chirurgical al TLA ale pielii părții anterioare a labei piciorului, cu păstrarea funcției de sprijin a membrului inferior.

Material și metode. În studiu au fost incluși 15 pacienți cu TLA ale pielii părții anterioare a labei piciorului, cărora, pentru păstrarea funcției de sprijin, le-a fost aplicată o metodă economică de amputație a labei piciorului, care constă în croirea lamboului dorsal suficient după lungime și lățime, pentru suplینirea posibilului defect prin tăierea pielii, țesuturilor moi la nivelul treimeii distale a oaselor tarsiene, cu păstrarea *a. dorsalis pedis*, *n. peroneus profundus* et *arcus venosus dorsalis pedia*, tăierea oaselor la nivelul 1/3 medii a oaselor tarsiene, cu înlăturarea tumorii și formarea bontului.

Rezultate obținute. Conform acestei metode, au fost tratați 15 bolnavi: 7 bolnavi cu carcinom cheratinizat cu ulceratie, 5 bolnavi cu melanom malign, 3 bolnavi cu carcinom necheratinizat. Perioada postoperatorie la toți pacienții a evoluat fără complicații.

Concluzie. Metoda propusă poate fi aplicată cu succes în tratamentul chirurgical al bolnavilor cu TLA ale pielii părții anterioare a labei piciorului pentru ameliorarea calității vieții lor.

Cuvinte-cheie: tumori local-avansate, laba piciorului, tratament chirurgical.

Locally advanced skin tumors situated on the anterior part of the feet versus surgical approach

Introduction. A big number of surgical methods for skin tumors treatment is known, but not all of them can be used in locally advanced skin tumors (LAST) therapy with preservation of function of the operated region.

Aim of the study. Elaboration of the surgical approach for LAST situated on the anterior part of the feet, which will permit to preserve pedestal function of the lower limb.

Material and methods. 15 patients with LAST on the anterior part of the feet were admitted to the research, to preserve pedestal function of the lower limb an economic surgical approach with amputation of the feet was applied, this included cutting of the dorsal skin patch sufficient in length and width for plastic supply, removal of the skin, moist tissues at the 1/3 inferior part of the leg and of metatarsal bones with saving of *a. dorsalis pedis*, *n. peroneus profundus* et *arcus venosus dorsalis pedia*, cutting of the bones at 1/3 mid part of tarsal bones with removing of the tumor and formation of the stump.

Results. 15 patients among who 7 with ulcerated keratinized carcinoma, 5 with malignant melanoma and 3 with non-keratinized carcinoma were treated using surgical approach described above. All patients showed no complications in postoperative period.

Conclusion. Described surgical approach may be successfully applied in patients with LAST on the anterior part of the feet to increase their quality of life.

Key words: locally advanced skin tumors, feet, surgical approach.

Micozis fungoid tumoral Vidal-Brocq – prezentare de caz

Alexandru BALTĂ, Elena URSU, Elena SUDACEVSCAIA

Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Micozisul fungoid este cel mai important limfom cutanat, care se întâlnește mai frecvent la bărbați, în proporție 2:1 vs femeile. Raportul T-limfoame, B-limfoame este de 65% la 20% din totalul limfoamelor maligne. Conform particularităților morfopatologice, 15% rămase nu pot fi clasificate nici la T, nici la B limfoame. O formă clinică mai rar întâlnită, cu apariția unor formațiuni tumorale pe pielea intactă, aparent sănătoasă, este micozisul fungoid tumoral (MFT). Uneori, după instalarea tumorilor, apar manifestări clinice clasice de *micozis fungoides* (micozis inversat).

Prezentare de caz. Pacientul se prezintă la consultație în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile cu leziuni multiple, localizate predominant pe abdomen și partea laterală stângă a trunchiului, reprezentate de tumori solitare cu diametrul cuprins între 0,5 și 2,0-3,0 cm, bine delimitate, cu bază largă de implantare, cu suprafață netedă, neregulată, roșie-violacee, dure la palpate și, apărute mai recent, placarde eritematoase. Leziunile au debutat în urmă cu 15 ani, prin 2 tumori solitare în regiunea toracică, a căror excizie, a dus la diseminarea erupțiilor cutanate, din afirmațiile pacientului. Diagnosticul a fost stabilit în baza rezultatului histopatologic, după excizia tumorii din regiunea abdomenului. Tratament: excizie chirurgicală, dermacorticoizi topici și sistemici, chimioterapie cu citostatice (metotrexat, vincristină), PUVA terapie, tratament simptomatic (antihistaminic).

Concluzie. Micozisul fungoid tumoral este o variantă clinică rară de limfom T cutanat, cu o posibilă diseminare cutanată după excizie sau radioterapie.

Cuvinte-cheie: micozis fungoid tumoral, prezentare de caz.

Tumoral mycosis fungoides Vidal-Brocq – a case report

Background. Mycosis fungoides, the most common cutaneous lymphoma, is more common in men in a ratio of approximately 2:1. From all the malignant lymphomas, T-lymphoma represents 65% and B-lymphoma 20%, while the remaining 15% can not be morphologically classified. Tumoral mycosis fungoides (TMF) is a rare clinical form which presents with tumoral lesions on normal skin. Sometimes, the classical clinical manifestation with patches and plaques appears after the tumors (inversed mycosis).

Case presentation. We present the case of a patient examined in the Republican Dermato-Venerologic Dispensary, Chișinău, for multiple lesions, localized mainly on the abdomen and lateral side of the trunk. There were multiple isolated tumors, 0.5-2 cm or 3 cm in diameter, well delimited, with wide implantation base, red-violaceous, smooth and irregular surface, hard at palpation and more recent, erythematous plaques. The lesions started 15 years ago at the thorax with 2 solitary tumors. Surgical excision of these tumors was followed by the dissemination of the lesions, as the patient mentioned. The diagnosis was established after pathological examination of the excised abdominal tumor. Treatment: surgical excision, topical and systemic corticoids, chemotherapy (methotrexate, vincristin), PUVA therapy, symptomatic treatment (antihistamins etc).

Conclusion. Tumoral mycosis fungoides is a rare presentation variant of T cell lymphoma, with possible hematogenic or lymphatic metastasis after excision or inadequate radiotherapy.

Key words: tumoral mycosis fungoides, case report.

Metodă de modelare a leziunilor de tipul pemfigusului

Olga MACAGONOVA¹, *Gheorghe MUȘET², Adrian COCIUG¹, Mariana JIAN¹,
Vitalie COBZAC¹, Violeta SAREV¹, Viorel NACU¹

¹Laboratorul Inginerie Tisulară și Culturi Celulare, ²Catedra Dermatovenerologie

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: gheorghe.muset@usmf.md

Generalități. Pemfigusul vulgar este o maladie cu extindere la nivel mondial, care variază în funcție de profilul clinic și epidemiologic în diferite regiuni ale lumii. Ținând cont de metodele terapeutice actuale, prognosticul acestei maladii depinde, în primul rând, de răspunsul pacientului la corticosteroizi și complicațiile, care apar în timpul tratamentului îndelungat. Pentru studierea evoluției unei maladii concrete și abordarea unor metode noi de tratament, sunt utilizate animale de laborator, care sunt supuse unor studii preclinice și modelate diferite maladii caracteristice subiecților umani. Pentru modelarea leziunilor de tipul pemfigusului la șobolani, a fost propusă administrarea complexului de vitamine "Tetravit" (soluție sterilă, preparatul complex cu conținut de vitamine la 1 cm³ soluție: A – 50000 ME; D₃ – 25000 ME; E – 20 mg și F – 5 mg, per. №: PIBP-2-4.0/00453 or 15.03.2008, OCT 12.1.007-76, NITA-FARM, Rusia, data producerii 2015, termen de valabilitate 2 ani) și glicerinei sterile (HIMEDIA Laboratories Pvt. Ltd. Company certified for ISO 9001, 2006, LOT 0000209941, data producerii 2015, termen de valabilitate 3 ani) în calitate de adjuvanți ai fracției 5 (soluție cu antigen din mucoasa esofagului de bovine).

Scopul lucrării. Crearea unui model experimental de tipul pemfigusului, pe șobolani, apropiat de leziuni analogice la om.

Material, metode și rezultate. În calitate de obiect de studiu au servit 30 de șobolani, linia Wistar, cu vârsta de 5-6 luni și masa de $275,7 \pm 7,1$ (n=30). Ca sursă pentru prepararea extractului proteic, a fost utilizat țesut esofagian, obținut de la bovine (n=3). Concentrația extractului obținut a fost evaluată prin examen biochimic și metoda Lowry. Pentru imunizare, 0,1 ml de fracția 5 a extractului etanolic de proteine din mucoasa de bovină (BEM-F5), cu concentrația proteică de $4,5 \pm 0,32$ mg/ml, a fost amestecat cu un volum egal de soluție de glicerină și vitamine. Mixtura a fost injectată intradermal, timp de 8 luni, la fiecare 14 zile. Afecțiunile s-au remarcat prin apariția leziunilor bulos-erozive (2-3, negrupate, preponderent în locurile injectărilor efectuate) cu diametrul de $0,9 \pm 0,07$ cm. În lotul martor (injectat NaCl 0,9%), nu au fost depistate leziuni. Afecțiunile cutanate, organele interne au fost evaluate prin metode morfologice. S-a constatat îngroșarea și detașarea epidermei cu infiltrat leuco-limfocitar al regiunii restante, detrit necrotic în derm și hipoderm, proliferarea intensă a fibroblastelor la periferia focarului, hemoragii interstițiale. Evaluarea scorului pemfigusului, estimată la fiecare 2 săptămâni, a fost realizată prin calcularea ariilor afectate și a gradului pierderii greutatei corporale, care a constituit $5,25 \pm 1,3$. Scorul maxim total a fost 11.

Concluzii. Utilizarea amestecului de glicerină, vitamine și antigen, obținut din esofagul de bovine, prelungeste acțiunea lui în organism, ceea ce favorizează amplificarea efectului imun al antigenului introdus intradermal și crearea unui model experimental de tipul pemfigusului, pe șobolani, care poate fi utilizat pentru evaluarea maladiei și testarea unor metode inovative de tratament.

Cuvinte-cheie: pemfigus, modelare experimentală, șobolani.

Modelling method of the pemphigus-like lesions

Overview. Pemphigus vulgaris is a disease with a global expansion and varies depending on the clinical and epidemiological profile in different regions of the world. In current conditions of therapy, the prognosis of this disease, primarily depends on the patient's response to corticosteroids and complications that appear from the long-term treatment. To study the evolution of a specific disease and the approach to new methods of treatment the laboratory animals are used as the preclinical studies are performed on them and various diseases characteristic to humans are modelied. In order to model the pemphigus-like lesions in rats, it was proposed the administration of the vitamin complex "Tetravit" (a sterile preparation containing the vitamin complex, to 1 cm³ of the solution: A – 50000 ME, D3 – 25000 ME, E – 20 mg and F – 5 mg, per. №: IIBP-2-4.0 / 00453 from 15.03.2008, OCT 12.1.007-76, NITA-FARM, Russia, date of 2015, the term of validity 2 years) and sterile glycerol (HIMEDIA Laboratories Pvt. Ltd Company certified for ISO 9001: 2006, LOT 0000209941, date of 2015, valid for 3 years) as adjuvants of 5 fraction (solution of the antigen from mucosa esophagus of the bovine). The purpose was to create a pemphigus-like model, in rats, similar to analogical lesions in humans.

Material, methods and results. As the object of study there were used 30 rats of the Wistar's line, 5-6 months of age and body weight 275.7 ± 7.1 (n = 30). As a source for the preparation of the protein extract was used esophageal tissue obtained from bovine (n = 3). The concentration of the obtained extract was evaluated by the Lowry method and biochemical examination. For immunization, 0.1 ml of the ethanolic protein extract of fraction 5 of the bovine mucous membrane (BEM-F5) with the concentration 4.5 ± 0.32 mg / ml, was mixed with the equal volume of glycerol and vitamins. The mixture was injected intradermally, for 8 months, every 14 days. The affections were marked by the appearance of bullous-erosive lesions (2-3, non-pooled mainly in places of the injections performed) with dimensions of 0.9 ± 0.07 cm in diameter, in the control group (injected NaCl 0,9%) the lesions were not detected. The skin lesions, internal organs were studied by morphological methods, there were highlighted: thickening and epidermis detachment, with the leuco-lymphocytes infiltrate of the remaining region, dendrite necrotic in dermis and hypodermis, intense proliferation of fibroblasts at the periphery of the outbreak, interstitial hemorrhage. Assessing of the pemphigus score, estimated every two weeks, was performed by calculating of the number of affected areas and the degree of loss of the body weight, which constituted 5.25 ± 1.3 . The maximum total score was 11.

Conclusion. The use of the mixture of glycerin, vitamins and the antigen obtained from the esophagus of bovine, prolongs the action in the body, which favors the amplification of the immunological effect of the antigen introduced intradermally and creating of an experimental pemphigus-like model on the rats, which can be used for the study of the disease and testing of the innovative treatment methods.

Key words: pemphigus, experimental modelling, rats.

Tehnologii de cultivare *in vitro* a fibroblastelor din piele pentru tratamentul pacienților cu ulcere cronice

Tatiana MALCOVA¹, Diana CIRIMPEI², Octavian CIRIMPEI³, Viorel NACU^{1,3}

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

²Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, România

³Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Rezumat

Introducere. Deoarece mulți factori duc la formarea ulcerelor cronice de gambă, evaluarea sistematică a pacientului impune o abordare interdisciplinară și are drept scop determinarea patogenezei, confirmarea diagnosticului definitiv și aplicarea tratamentului optim. Unii cercetători propun utilizarea în tratamentul ulcerului a fibroblastelor non-senescente, cultivate *in vitro*. Prin donarea de celule suplimentare, eliberarea factorilor de creștere și reducerea activității antiproliferative a exudatului inflamator pot fi realizate.

Material și metode. Etapele principale de cultivare a fibroblastelor *in vitro* sunt: prelevarea eșantionului de piele, controlul serologic al donatorului, pregătirea vaselor de cultură, separarea epidermului și dermului, cultivarea propriu-zisă, controlul bacteriologic al celulelor și aplicarea lor.

Rezultate. Densitatea finală a celulelor din cultura primară a fost de $4,5 \times 10^4$ celule/cm². S-a demonstrat că fibroblastele dermice cultivate *in vitro* pot înlocui derma și oferi factorii esențiali de creștere, stimulatori ai procesului de vindecare a ulcerelor.

Concluzii. Siguranța generală și lipsa reacțiilor de respingere, combinate cu eficacitatea înaltă, încurajează utilizarea largă, în viitorul apropiat, a fibroblastelor în managementul ulcerelor cronice.

Cuvinte-cheie: cultivare *in vitro*, fibroblaste, piele, ulcere trofice.

Introducere

Ulcerale cronice sunt invalidizante și reduc semnificativ calitatea vieții pacienților. Ulcerale cronice ale gabei sunt definite ca defecte la nivelul tegumentului în părțile declive ale membrelor inferioare, cu evoluție prelungită, fără tendință de vindecare după 3 luni de tratament adecvat sau nevindecare deplină la 12 luni de îngrijiri corespunzătoare. Cele mai frecvente cauze sunt cele vasculare (venoase sau arteriale) și neuropatice. Cauze mai puțin frecvente sunt tulburările metabolice, hematologice și bolile infecțioase [1, 2]. Circa 0,6-3,0% din populația cu vârsta de peste 60 de ani suferă de ulcere cronice, acest indice crescând la peste 5% la cei cu vârsta de peste 80 de ani. Prevalența generală în comunitate variază de la 1,9% la 13,1% [3]. Ulcerale cronice rămân a fi o problemă importantă nu numai în practica medicilor de profil dar, de asemenea, și în activitatea de zi cu zi a medicilor de familie și a specialiștilor din diferite alte domenii [4].

Pentru a oferi o tactică corectă de tratament pentru fiecare pacient în parte, planul de management ideal trebuie să implice o abordare timpurie strategică coordonată, bazată pe evaluarea etiologiei și a fiziopatologiei bolii [5]. Acest lucru nu este întotdeauna posibil. Pentru aceste cazuri greu vindecabile există noi opțiuni de tratament cu utilizarea keratinocitelor și/sau fibroblastelor autologice/alogenice cultivate *in vitro*, aplicarea factorilor de creștere și substituenților biologici de piele.

Obiectivul acestui studiu a fost: (1) Descrierea metodologiei de cultivare a fibroblastelor pentru tratamentul pacienților cu ulcere cronice și (2) Oferirea unei prezentări generale a datelor curente privind principalele efecte și avantaje ale tratamentului ulcerului cronic cu fibroblaste cultivate *in vitro*.

Material și metode

Procedura începe după informarea pacientului și obținerea acordului informat.

1. Prelevarea eșantionului de piele. Procesarea primară. Biopsia este efectuată cu respectarea condițiilor sterile. Zona donatoare (axila sau partea interioară a coapsei) este dezinfectată cu etanol timp de 10-15 minute. Locul biopsiei se șterge cu un tampon, îmbibat în etanol de 70% cu mișcări circulare din centru spre periferie. Această procedură se repetă de 10 ori, de fiecare dată folosind un nou tampon. Ulterior, cu dermatomul se prelevează un fragment de piele cu grosimea de 0,4 sau 0,6 mm și suprafața de 1,0-1,5 cm². Eșantionul prelevat se plasează într-un tub conic V 50,0 ml, care conține 25,0 ml de mediu nutritiv pentru cultivarea fibroblastelor. Acesta trebuie să ajungă în laborator în mai puțin de 48 de ore din momentul prelevării.

2. Controlul serologic al donatorului. Teste serologice obligatorii: HIV, HVC, HVB, lues, HTLV. Teste serologice suplimentare: grup sanguin ABO, Rh-rezus, citomegalovirus, toxoplasmă, Ebstein-Barr, West Nile NAT Virus.

3. Obținerea matricelor din gelatină pentru cultivarea celulelor *in vitro*. Pentru atașarea optimă a celulelor, se recomandă acoperirea vaselor de cultură, în care vor fi cultivate celulele, cu soluție de gelatină 0,1%. Lucrând în hotă cu flux laminar, cu respectarea tehnicilor aseptice, se adaugă în flacoane soluție, câte 1,0 ml *per* 10 cm² de suprafață a vasului.

4. Separarea epidermului și dermului. Metoda mecanică. Această metodă este rapidă, simplă, și are puține dezavantaje, cu excepția faptului că necesită un fragment mare de țesut. Pielea se întinde manual pe o suprafață ușor convexă și se fixează cu pioaneze. Cu o lamă de ras sau bisturiu, la unul din capete, se îndepărtează epiderma de dermă, apoi

epiderma eliberată se prinde cu o pensă și se desprinde ușor într-un strat continuu.

5. Pregătirea mediului pentru cultivarea fibroblastelor. Caracteristică generală. Pentru cultivarea celulelor este utilizat HiFibroXLTM Fibroblast Expansion Medium, suplimentat cu un amestec de antibiotice și antimicotice. HiFibroXLTM Fibroblast Expansion Medium conține un mediu de bază (partea A) și un supliment de creștere a fibroblastelor (partea B). Partea A este formată din săruri anorganice, organice, aminoacizi, vitamine și bicarbonat de sodiu și este lipsită de proteine, hormoni, antibiotice și antimicotice. Partea B este formată din factori de creștere și nutrienții necesari pentru creșterea fibroblastelor. Amestecul de antibiotic - antimicotice constă din Penicilină (100 U/ml), Streptomycină (0,01g/ml) și Amfotericină B (0,25μg/ml).

6. Cultivarea fibroblastelor. Fragmentul de piele este tăiat cu un bisturiu steril în 3-4 fragmente mai mici (1,0-1,5 mm²), apoi fragmentele de țesut sunt plasate în vasele de cultură pregătite anterior. Se adaugă cu atenție 0,5 ml de mediu nutritiv și, ulterior, vasele se transferă în incubator la 37° Celsius, 5% CO₂, pentru minimum 3 zile. La a treia zi, se adaugă cu atenție mediu suplimentar (câte 1,0 ml în cazul, în care celulele încep să se înmulțească și doar 0,5 ml de mediu în cazul, în care celulele încă nu sunt pregătite pentru a împiedica detașarea bucăților de piele). Când vasul este complet umplut cu fibroblaste, celulele trebuie transferate într-un vas mai mare (0,5 ml tripsină + 9,5 ml mediu). Când și acesta este complet umplut, o jumătate din celule pot

fi crioconservate, iar cealaltă jumătate a celulelor se plasează într-un vas nou pentru cultivare ulterioară (acest pas se repetă de câteva ori, până când nu se obțin, cel puțin, patru pasaje diferite).

7. Control bacteriologic al eșantioanelor de celule.

8. Aplicarea celulelor la nivelul ulcerului. Există diferite metode de transfer și aplicare a celulelor pe locul ulcerului: injecție, aplicare directă, grafting, sisteme de pulverizare; dar, din păcate, niciunul dintre ele nu satisface pe deplin cerințele clinicienilor.

Rezultate

Densitatea celulelor în cultura primară la a 24-a zi de cultivare a fost $4,5 \cdot 10^4$ celule/cm² (fig. 1). Dacă comparăm caracteristicile fibroblastelor prelevate de la nivelul unui ulcer trofic (ulcer-fb) cu fibroblastele normale (normal-fb), putem observa două diferențe majore: (1) normal-fb se replică mai rapid decât rana-fb; și (2), caracteristicile morfologice ale ulcer-fb diferă de caracteristicile morfologice ale normal-fb. Normal-fb sunt compacte și conice, cu nucleu bine definit. Ulcer-fb sunt mai mari și au o formă poligonală, cu nucleu neomogen [6]. În concluzie, s-a demonstrat că ulcer-fb proliferază într-un ritm mai lent și morfologic diferă de normal-fb. Aceste trăsături sunt tipice pentru celulele senescente.

Fibroblastele dermice, cultivate *in vitro*, sunt concepute pentru a înlocui derma și pentru a oferi factorii esențiali de

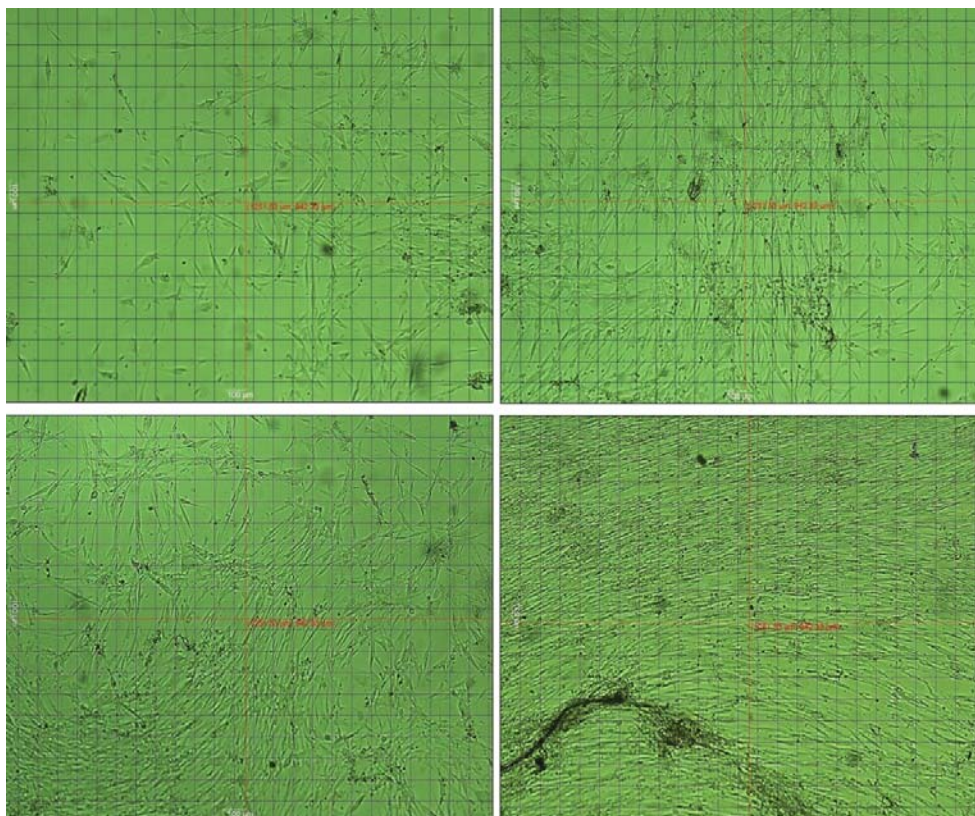


Fig. 1. Cultura primară: a – ziua a 10-a ($1,0 \cdot 10^4$ celulă/cm²), b – ziua a 14-a ($2,5 \cdot 10^4$ celulă/cm²), c – ziua a 19-a ($3,0 \cdot 10^4$ celulă/cm²), d – ziua a 24-a ($4,5 \cdot 10^4$ celulă/cm²).

creștere, stimulatori ai procesului de vindecare a ulcerelor. Fibroblastele vii, nonsenescent sunt capabile să colonizeze patul leziunii și persistă *in situ*, timp de câteva săptămâni. Ele secretă o serie de citokine și factori de creștere, incluzând factorul de creștere derivat din plachete, factori de creștere asemănători cu insulina I și II, heparin-ligand factor de creștere epidermic, factorul de creștere endotelial vascular, cei de transformare *a* și *b*, factorul de creștere a keratinocitelor. Este cunoscut faptul, că factorii de creștere stimulează activitatea fibroblastelor, sinteza țesutului de granulație, formarea matricei extracelulare, angiogeneza și maturizarea celulelor pielii. Fibroblastele produc, de asemenea, proteine cum ar fi colagenul de tip I și III, fibronectina și tenascina, precum și glicozaminoglicanii, care leagă factorii de creștere și intensifică activitatea acestora [7, 8].

Concluzii

Tactica de tratament a ulcerelor cronice, în ultimele decenii, nu s-a schimbat în mod semnificativ și necesitatea elaborării unor noi strategii terapeutice este justificată. Fibroblastele cultivate *in vitro* sunt eficiente, bine tolerate și pot fi utilizate în tratamentul ulcerelor greu vindecabile de diversă origine (venoase, de presiune, diabetice). Studiile retrospective, efectuate în diferite centre științifice, au demonstrat că la pacienții tratați cu celule cultivate, defectul tegumentar se închide semnificativ mai repede decât la pacienții tratați conform metodelor clasice [9]. Astfel, Kirsner și colab. au obținut rezultate bune în vindecarea ulcerelor venoase prin aplicarea produselor, care conțin keratinocite și fibroblaste alogene la o doză optimă de $0,5 \cdot 10^6$ celule/ml la fiecare 14 zile [10]. Siguranța generală și lipsa reacțiilor de respingere, combinate cu eficacitatea înaltă, încurajează utilizarea largă în viitorul apropiat a fibroblastelor în managementul ulcerelor cronice [11, 12].

Bibliografie

1. Evidence-Based Treatment of Chronic Leg Ulcers. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(14):231-237. Published online 2011 Apr 8.
2. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/413604>. Chronic Leg Ulcers: Epidemiology, Aetiopathogenesis, and Management. 2013.
3. Rayner R., Carville K., Keaton J., et al. Leg ulcers: atypical presentations and associated co-morbidities. *Wound Practice and Research.* 2009;17(4):168-185.
4. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K, et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Epidemiologische-Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. *Phlebologie.* 2003;32:1-14.
5. Ghauri ASK, Nyamekye IK. Leg ulceration: the importance of treating the underlying pathophysiology. *Phlebology.* 2010;25(1):42-51.
6. Andrew C. Stanley, Hee-Young Park, Tania J. Phillips, Vladimir Rusakovsky, James O. Menzoian, Reduced growth of dermal fibroblasts from chronic venous ulcers can be stimulated with growth factors. Presented at the Eleventh Annual Meeting of the Eastern Vascular Society, Atlantic City, N.J., May 2-4, 1997.
7. Naughton G, Mansbridge J, Gentzkow GD. A metabolically active human dermal replacement for the treatment of diabetic foot ulcers. *Artif Organs.* 1997;21:1203-10.
8. Roberts C, Mansbridge J. The scientific basis and differentiating features of Dermagraft. *Can J Plast Surg.* 2002;10(Suppl A):6A-13A.
9. Jason R. Hanft, DPM, FACFAS, Maria S. Surprenant, DPM, FACFAS. Healing of chronic foot ulcers in diabetic patients treated with a human fibroblast-derived dermis. *J Foot Ankle Surg.* 2002 Sep-Oct;41(5):291-9.
10. Kirsner RS, Marston WA, Snyder RJ, et al. Spray-applied cell therapy with human allogeneic fibroblasts and keratinocytes for the treatment of chronic venous leg ulcers: a phase 2, multicentre, double-blind, randomized, placebo controlled trial. *The Lancet.* 2012;380(9846):977-985.
11. Cuono CB, Langdon R, Birchall N, et al. Composite autologous-allogeneic skin replacement: development and clinical application. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80:626-7.
12. Eaglstein WH. Dermagraft treatment of diabetic ulcers. *J Dermatol.* 1998;25:803-4.





TOLERISKIN

Îngrijirea pielii sensibile intolerante
Reface ecosistemul pielii prin efect probiotic

ivatherm
Eau Thermale Herculane

Demachiant fluid și cremă calmantă și hidratantă cu ingrediente active inovanți

Îmbină efectele apei termale Herculane - antiiritantă și calmantă cu menținerea în siguranță a ecosistemului pielii

ivatherm.com



Exclusiv în farmacii

Apa termală Herculane

Calmează și decongestionează pielea sensibilă.

Considerată „apa vie”, Apa Termală Herculane este singura apă termală din România utilizată în dermocosmetică și dermatologie.

Testat dermatologic. Fără conservanți.

ivatherm
Eau Thermale Herculane

ivatherm.com

Technologies for *in vitro* cultivation of skin fibroblasts for patients with chronic ulcers treatment

Tatiana MALCOVA¹, Diana CIRIMPEI², Octavian CIRIMPEI³, Viorel NACU^{1,3}

¹Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, the Republic of Moldova

²Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

³Hospital of Traumatology and Orthopedics, Chisinau, the Republic of Moldova

Corresponding author: congres.dermato.2016@gmail.com

Abstract

Background: As many factors lead to chronic lower leg ulceration, an interdisciplinary approach to the systematic assessment of the patient is required, in order to ascertain the pathogenesis, definitive diagnosis, and optimal treatment. A number of researchers propose to use in ulcers treatment non senescent fibroblasts. By donating additional cells to the wound environment releasing extra growth factors and reversing the antiproliferative activity of chronic wound exudates can be achieved.

Material and methods: The main stages of fibroblasts' cultivation are: obtaining of skin biopsy, donors' serologic control, preparing culture flasks, separation of epidermis and dermis, proper cultivation, cells bacteriological control and application.

Results: The final cell density in primary culture was $4,5 \cdot 10^4$ cells/cm². It's demonstrated that tissue-engineered human dermal fibroblasts can replace the dermis and provide essential stimulatory growth factors for wound healing.

Conclusions: The overall safety and lack of rejection reactions combined with the efficacy encourage the use of HFDD in addition to good wound care practices.

Key words: in vitro cultivation, fibroblasts, skin, trophic ulcers.

Abbreviations: CLU – chronic leg ulcers, HFDD – human fibroblast-derived dermal, NMCF – Nutritive Medium for Cultivation of Fibroblasts

Introduction

Leg ulcers are debilitating and greatly reduce patients' quality of life. CLU are defined as a defect in the skin below the level of knee show no tendency to heal after 3 months of appropriate treatment or are still not fully healed at 12 months. The common causes are venous disease, arterial disease, and neuropathy. Less common causes are metabolic disorders, hematological disorders, and infective diseases [1, 2]. CLU affect 0.6–3% of those aged over 60 years, increasing to over 5% of those aged over 80 years. CLU are a common cause of morbidity, and its prevalence in the community ranges from 1.9% to 13.1% [3]. They remain a significant issue not only in specialist facilities but also in daily practice for family physicians and specialists across a wide variety of disciplines [4].

An ideal management plan for patients with CLU should involve an early strategic and coordinated approach to delivering the correct treatment option for each individual patient, based on accurate assessment of the underlying etiology and pathophysiology [5]. This is not always possible, and for these hard-to-heal ulcers there are new treatment options, such as growth factors, biological skin substitutes and spray formulation of allogeneic or autologic keratinocytes and fibroblasts.

The objective of this study was: (1) To develop a methodology to create fibroblast cell lines of patients with chronic wounds. (2) To describe and compare the cellular characteristics of fibroblasts taken from ulcers (wound-fb) with the fibroblasts of normal tissue and (3) To provide an overview

of current data on main effects and advantages of HFDD for chronic ulcers treatment.

Material and methods

The procedure begins once the patients have read and signed a Consent Term.

1. Preparing Tissue. Initial processing of the skin specimens. The biopsy has to be performed under sterile conditions. The site of biopsy (underarm or inner side of the thigh) has to be disinfected with ethanol for 10 to 15 minutes. For disinfection the site of biopsy is wiped from the center in circular movements to the outer site using a sterile pad soaked with 70% ethanol. This procedure is repeated 10 times using a new ethanolic pad each time. With the help of dermatom we take a piece of skin 0,4-0,6 mm thick with surface area of 1,0-1,5 cm². The obtained sample is maintained in 50 ml conic tubes with 25,0 ml of NMCF. It should arrive in the lab in less than 48 hours after the biopsy has been taken.

2. The donors serologic control. Obligatory serological tests: HIV, HVC, HVB, lues, HTLV. Supplementary serological tests: ABO group, Rh-rezus, cytomegalovirus, toxoplasma, Ebstein-Barr, West Nile NAT Virus.

3. Preparing Gelatin-Coated Tissue Culture Flasks. For optimal cell attachment 0.1% Gelatin Solution is recommended for the coating of culture dishes or flasks on which HFDD are to be grown. Using aseptic technique and working in a laminar flow hood or biosafety cabinet, solution is added to the flasks (1,0 ml per 10 cm² of culture surface area).

4. Separation of Epidermis and Dermis. Mechanical, or Stretching Method. This is rapid, simple, and has few objections, except that a sizable piece of tissue is required. The skin is manually stretched to its limit over a slightly convex surface, and is anchored in place by means of thumbtacks. A razor blade or scalpel is used to scrape the epidermis free of the corium at one end, then the freed epidermis is grasped with a forceps and the whole epidermis is gently detached in a continuous sheet.

5. NCMF preparation. Main Characteristics. HiFibroXLTM Fibroblast Expansion Medium supplemented with an antibiotic-antimycotic mixture is used for fibroblasts cultivation. HiFibroXLTM Fibroblast Expansion Medium contains basal medium (Part A) and fibroblast growth supplement (Part B). Part A consists of inorganic, organic salts, amino acids, vitamins and sodium bicarbonate and is devoid of proteins, hormones, antibiotics and antimycotics. Part B consists of growth factors and nutrients necessary for growth of fibroblasts. Antibiotic-antimycotic mixture consists of Penicillin (100 U/ml), Streptomycin (0,01g/ml), Amphotericin B (0,25µg/ml).

6. Skin-derived Fibroblast Culture Procedure. The skin biopsy is cut into 3-4 smaller (1,0-1,5 mm²) pieces with a sterile knife and then put on bottom of flask. 0,5 ml MCF are added very carefully. Flask is transferred to 37 degrees Celsius, 5% CO₂ for a minimum of 3 days. On the third day is added carefully some extra medium (1,0 ml if cells start growing and 0,5 ml medium if there are no cells yet to pre-

vent the skin pieces from starting to float). When T25 flask is completely filled with fibroblasts, fibroblasts should be transferred to T75 flask (0,5 ml trypsin + 9.5 ml medium). When the T75 flask is completely filled, a half of the cells can be frozen and the other half of the cells is put in a new T75 flask (this step is repeated a few times, until at least 4 vials from different passages are obtained).

7. Sampling cells for bacteriological control.

8. Application of cultured cells to the wound. There are different methods of cells transfer and application to the ulcers site: injection, direct application, grafting, spray systems; but, unfortunately, none of them satisfies completely clinicians' requirements.

Results

The cells' density in the primary culture on the 24th day was $4,5 \cdot 10^4$ cells/cm² (Figure 1). If we compare the cellular characteristics of fibroblasts taken from venous ulcers (wound-fb) with the fibroblasts of normal tissue (normal-fb), two major differences can be noted: (1) normal-fb replicate more rapidly than wound-fb; and (2) the morphologic features of wound-fb are different. Normal-fb are compact and tapered, with well-defined nuclear morphologic features. Wound-fb are larger and polygonal in shape, with less uniform nuclear morphologic features [6]. In conclusion, it is demonstrated that wound-fb proliferate at a slower rate and are morphologically distinct from normal-fb. These characteristics are typical of aged or senescent cells.

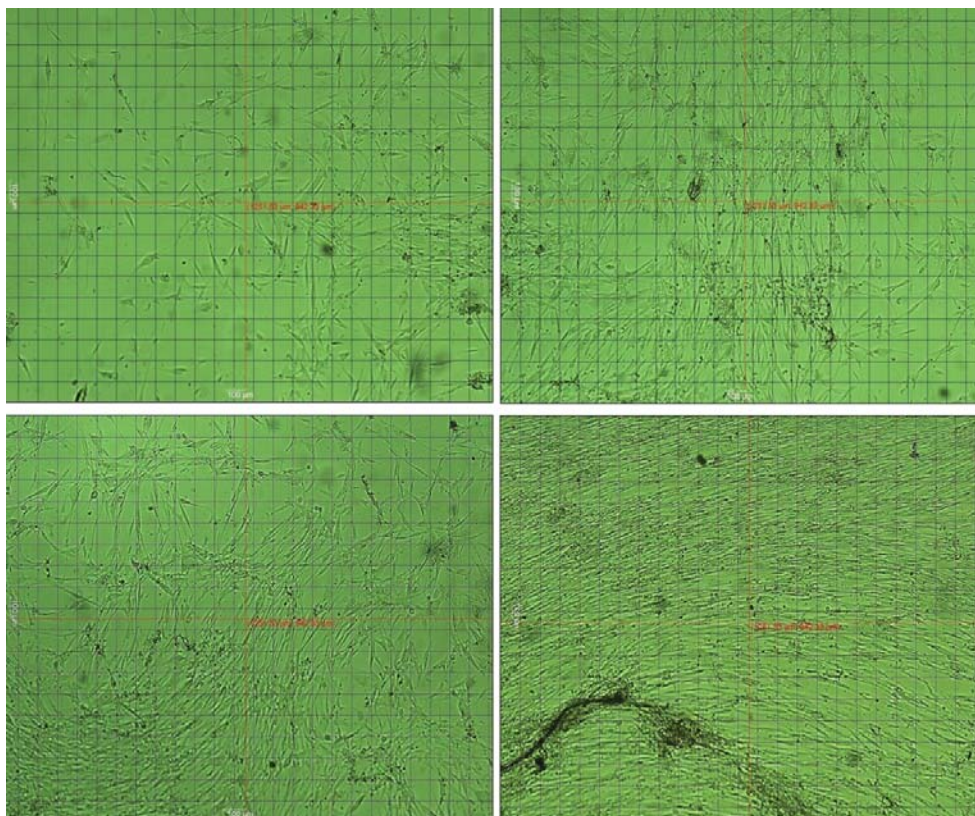


Fig. 1. Primary culture: a - 10th day ($1,0 \cdot 10^4$ cell/cm²), b - 14th day ($2,5 \cdot 10^4$ cell/cm²), c - 19th day ($3,0 \cdot 10^4$ cell/cm²), d - 24th day ($4,5 \cdot 10^4$ cell/cm²).

Tissue-engineered human dermal fibroblasts are designed to replace the dermis and to provide essential stimulatory growth factors for wound healing. Live, non-senescent fibroblasts are capable to colonize the wound bed and persist in situ for several weeks. They secrete a number of cytokines and growth factors, including platelet-derived growth factor, insulin-like growth factors I and II, heparin-binding epidermal growth factor, vascular endothelial growth factor, transforming growth factors α and β , and keratinocyte growth factor. Growth factors are known to stimulate fibroblasts, granulation tissue, matrix deposition, angiogenesis, and skin cell maturation. The fibroblasts also produce matrix proteins like collagen types I and III, fibronectin, and tenascin, as well as glycosaminoglycans, which bind growth factors and enhance their activity [7, 8].

Conclusions

The therapy for chronic ulcers has not changed significantly in decades and the need for new therapies is justified. HFDD are effective, well tolerated, and can be used in the treatment of hard-to-heal chronic ulcers of various origins (e.g. venous, pressure, diabetic foot ulcers). Retrospective analysis in different scientific centers has shown that healed HFDD patients achieve wound closure significantly faster than CT patients. [9]. So, it was demonstrated that venous leg ulcers can be healed with a spray formulation of allogeneic neonatal keratinocytes and fibroblasts at an optimum dose of $0,5 \cdot 10^6$ cells per ml every 14 days [10]. The overall safety and lack of rejection reactions combined with the efficacy encourage the use of HFDD in addition to good wound care practices [11, 12].

Bibliografie

1. Evidence-Based Treatment of Chronic Leg Ulcers. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(14):231-237. Published online 2011 Apr 8.
2. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/413604>. Chronic Leg Ulcers: Epidemiology, Aetiopathogenesis, and Management. 2013.
3. Rayner R., Carville K., Keaton J., et al. Leg ulcers: atypical presentations and associated co-morbidities. *Wound Practice and Research.* 2009;17(4):168-185.
4. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K, et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Epidemiologische-Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. *Phlebologie.* 2003;32:1-14.
5. Ghauri ASK, Nyamekye IK. Leg ulceration: the importance of treating the underlying pathophysiology. *Phlebology.* 2010;25(1):42-51.
6. Andrew C. Stanley, Hee-Young Park, Tania J. Phillips, Vladimir Rusakovsky, James O. Menzoian, Reduced growth of dermal fibroblasts from chronic venous ulcers can be stimulated with growth factors. Presented at the Eleventh Annual Meeting of the Eastern Vascular Society, Atlantic City, N.J., May 2-4, 1997.
7. Naughton G, Mansbridge J, Gentzkow GD. A metabolically active human dermal replacement for the treatment of diabetic foot ulcers. *Artif Organs.* 1997;21:1203-10.
8. Roberts C, Mansbridge J. The scientific basis and differentiating features of Dermagraft. *Can J Plast Surg.* 2002;10(Suppl A):6A-13A.
9. Jason R. Hanft, DPM, FACFAS, Maria S. Surprenant, DPM, FACFAS. Healing of chronic foot ulcers in diabetic patients treated with a human fibroblast-derived dermis. *J Foot Ankle Surg.* 2002 Sep-Oct;41(5):291-9.
10. Kirsner RS, Marston WA, Snyder RJ, et al. Spray-applied cell therapy with human allogeneic fibroblasts and keratinocytes for the treatment of chronic venous leg ulcers: a phase 2, multicentre, double-blind, randomized, placebo controlled trial. *The Lancet.* 2012;380(9846):977-985.
11. Cuono CB, Langdon R, Birchall N, et al. Composite autologous-allogeneic skin replacement: development and clinical application. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80:626-7.
12. Eaglstein WH. Dermagraft treatment of diabetic ulcers. *J Dermatol.* 1998;25:803-4.



The national level results on elimination of mother-to-child transmission of syphilis: main impact indicators

*Mircea BEȚIU, Iulia EMEȚ

Department of Dermatovenerology, Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and Pharmacy
Chisinau, the Republic of Moldova

*Corresponding author: mircea.betiu@usmf.md

Rezultatele la nivel național privind eliminarea transmiterii materno-fetale a sifilisului: principalii indicatori de impact

Rezumat

Situația epidemiologică a sifilisului în Republica Moldova rămâne tensionată, incidența sifilisului dobândit fiind net superioară, comparativ cu media europeană. Totodată, numărul cazurilor de sifilis congenital este unul mic pe parcursul mai multor ani. Astfel, principalii indicatori de impact, care caracterizează eficiența sistemului sanitar în acest domeniu, rata sifilisului congenital și ponderea mortalității atribuită sifilisului, sunt cu mult sub pragul de eliminare a sifilisului congenital propus de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Pe parcursul anilor de referință, 2012-2015, rata sifilisului congenital a fost sub nivelul de 0,3/1000 nou-născuți vii, iar ponderea mortalității, atribuită sifilisului – sub 1,5%. Menținerea indicatorilor de impact menționați, de rând cu cei de proces, sub pragul OMS, pe parcursul anilor respectivi, a permis înaintarea solicitării de validare externă OMS a eliminării transmiterii materno-fetale a sifilisului în Republica Moldova.

Cuvinte-cheie: sifilis dobândit, sifilis congenital, eliminarea transmiterii materno-fetale, indicatori de impact.

Epidemiological situation of syphilis in the Republic of Moldova

The trend of syphilis in the Republic of Moldova shows an evident decline in evolution: from the beginning of survey in 1950 till present days. In 1950 after the 2nd World War the incidence of syphilis amounted 9 to 104.2 per 100 000 population mainly because of migration of the people as well as destruction of the health network. In middle 1950s and 1960s was registered the lowest incidence of syphilis from 12.9 in 1958 to 5.5 in 1962. In 1970s a small peak was observed – 59.2 in 1978. In mid 1980s the incidence was low – 7.1 in 1988. After the collapse of the Soviet Union, due to the low socioeconomic income of people and a high migration rate, the number of reported cases of syphilis per 100000 population (incidence) increased significantly, achieving its highest level in 1996 – 200,7 per 100 000 population. In 2000s incidence of syphilis began to decrease from 155 in 2000 to 63.5 in 2010 [2, 3]. This downward pattern has been maintained during last three years: 64.6 per 100 000 population in 2012, 63.7 in 2013, 52.2 in 2014 and 53,8 in 2015 correspondingly (fig.1).

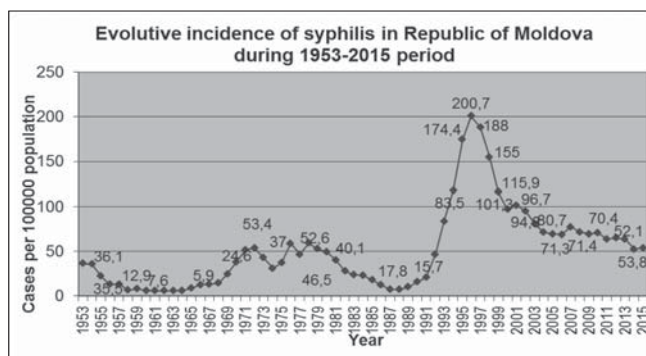


Fig. 1. Reported incidence of syphilis in the Republic of Moldova, 1953-2015.

During 2012-2015, according to the data provided by The National Center of Health Management, proportion of reported cases of syphilis was higher in men (56.3%/54.3%/55.8%/55.1%), than in women (43.7%/45.7%/44.2%/44.9). In males recent forms of syphilis have predominated (55.9% in 2012, 53.8% in 2013 and 55.4% in 2014), therein symptomatic patients in 2012 accounted for a half of cases, in 2013-2014 evolution of the disease showed a downward pattern in cases with symptoms (50.8% in 2012, 47.2% in 2013 and 44.3% in 2014). Latent cases in turn demonstrated an upward trend (48.6% in 2012, 51.8% in 2013 and 54.9% in 2014). In women recent forms of syphilis ranged 43.5% in 2012, 45.2% in 2013 and 43.8% in 2014. Symptomatic patients formed 35.8% in 2012, 31.9% in 2013 and 31.5% in 2014, with latent syphilis representing 63.6% in 2012, 66.9% in 2013 and 67.7% in 2014 (fig. 2-3).

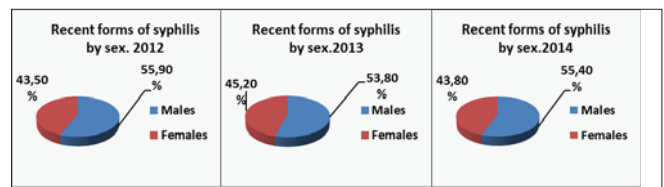


Fig. 2. Distribution of recent forms of syphilis by sex, 2012-2014.

Distribution of syphilis between different age and gender groups in 2009-2015 showed a non-uniform pattern (tab. 1).

The Integrated Bio-Behavioral Survey (2012-2013) has outlined syphilis prevalence among high-risk populations (fig. 4), including:

- Injecting Drug User (IDU) (man or woman who injected any type of drugs at least once during the last 12 months).

Table 1

Distribution of patients with syphilis by age and sex, 2009-2015

Years	Total		0-14years		15-24 years		25-49 years		50+ years	
	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Ffemales
2009	1277	1124	7	16	419	546	704	490	147	72
2010	1296	1147	13	16	409	568	725	477	149	86
2011	1209	982	8	11	378	442	698	453	125	76
2012	1231	993	8	12	390	458	702	429	131	94
2013	1173	1030	10	11	319	430	691	485	153	104
2014	958	819	8	17	263	356	546	355	141	91
2015	1022	834	15	19	259	338	600	398	148	79

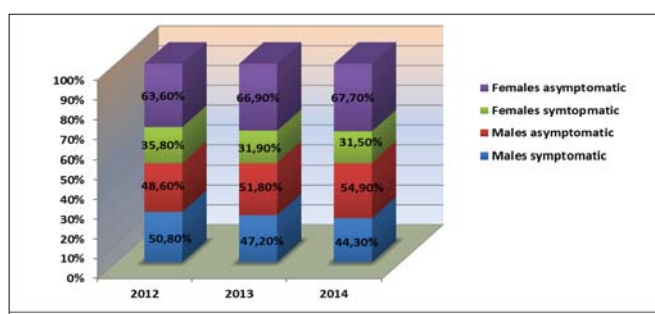


Fig. 3. Proportion of early, symptomatic and latent forms of syphilis by sex.

- Sex worker (CSW) (female who offered sex in exchange for money or drugs at least once during the last 12 months).
- Man who has Sex with Man (MSM) (male who had at least one homosexual contact with males within the last 6 months).

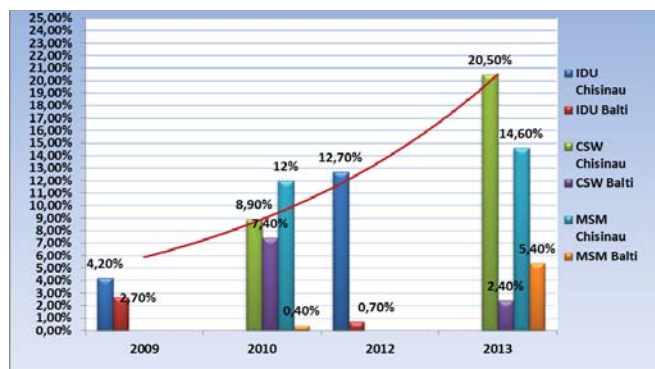


Fig. 4. Serologic prevalence of syphilis among high-risk populations.

The syphilis prevalence among IDU shows an upward prevalence in Chisinau from 4.2% in 2009 to 12.7% in 2012, at the same time a downward pattern is seen in Balti with 2.7% in 2009 and 0.7% in 2012 (tab. 2).

The prevalence of syphilis between CSW from Chisinau has increased significantly during 2010-2013 and ranged 8.9% in 2010 and 20.5% in 2013[2, 4]. In Balti city a vice ver-

sa data can be observed, as follows: 7.4% in 2010 and 2.4% in 2013 (tab. 3).

Table 2

Syphilis prevalence among key populations at higher risk (IDU)

2009		2012	
TPHA		TPHA	
Chisinau	Balti	Chisinau	Balti
IDU	4.2%	IDU	12.7%
			0.7%

Table 3

Syphilis prevalence among key populations at higher risk (CSW)

2010		2013	
TPHA		TPHA	
Chisinau	Balti	Chisinau	Balti
CSW	8.9%	CSW	20.5%
			2.4%

Rate of the disease among MSM from Chisinau has grown from 12% in 2010 to 14.6% in 2013, and dramatically increased in Balti ranging 0.4% in 2010 and 5.4% in 2013 (tab. 4).

Table 4

Syphilis prevalence among key populations at higher risk (MSM)

2010		2013	
TPHA		TPHA	
Chisinau	Balti	Chisinau	Balti
MSM	12%	MSM	14.6%
			5.4%

Case reporting released in last four years showed the highest syphilis incidence in capital of the country Chisinau, where it constituted 77.3 in 2012, 85.9 in 2013, 61.8 in 2014 and 62.18 in 2015 accordingly [1,5,7]. The 2nd place was referred to the central region (77.1/68.2/56.5/56.48), the 3rd -

to the southern region (63.4/70.4/63.4/63.18), the 4th – to the northern region (40.2/37.6/30.0/29.89) and the last one – to ATU Gagauzia (28.5/23.5/26.0/25.95), (fig. 5).

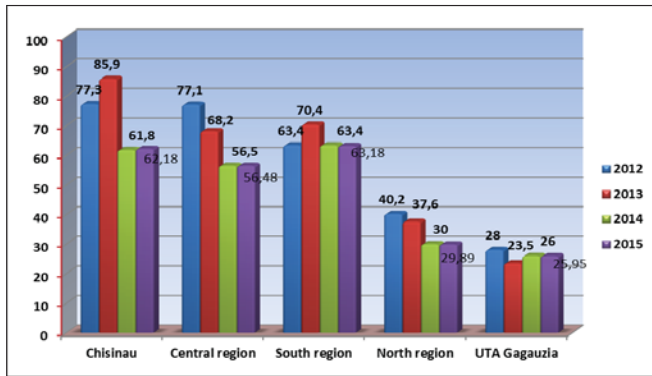


Fig. 5. Syphilis incidence by geographical distribution, 2012-2015.

Syphilis in pregnant women and live birth congenital syphilis

The trend of syphilis among pregnant women pointed out an upward pattern initially. It ranged from 132 in 2006 to 190 in 2013[8,11]. During the last 2 years the number of seropositive pregnant women remains stable with 154 cases in 2014 and 153 in 2015. The same has been registered for congenital syphilis live births (5 in 2012, 9 in 2013, 7 in 2014 and 9 in 2015), (fig. 6).

Table 5

Prevalence of syphilis among pregnant women

Years	Number of syphilis cases in pregnant women	Pregnancies detected	Prevalence (%)
2012	142	42918	0.33%
2013	190	45392	0.42%
2014	154	45804	0.34%
2015	153	45924	0.33%

To estimate the prevalence of syphilis, the nominator was the number of pregnant women testing positive for syphilis, and the denominator – the number of pregnancies detected in the respective period. As a result, the prevalence of syphilis among pregnant women in 2012 was 0.33% (142/42918×100), in 2013 was 0.42% (190/45392×100), in 2014 – 0.34% (154/45804×100) and in 2015 – 0.33% (153/45924×100), (tab. 5).

The prevalence of syphilis in pregnant women in the 15-24 year group is greater than in 25+ ages (tab. 6).

Table 6

Prevalence of syphilis in pregnant women of different age groups

Years	2012	2013	2014	2015
No. of cases of syphilis in pregnant women	142	190	154	153
No. of pregnancies in respective year	42918	45392	45804	45924
Prevalence	0.33%	0.42%	0.34%	0.33%
Age 15-24 years				
No. of cases of syphilis in pregnant women	102	110	100	90
No. of pregnancies in respective year	42918	45392	45804	45924
Prevalence	0.23%	0.24%	0.22%	0.20%
Age 25+ years				
No. of cases of syphilis in pregnant women	40	80	54	63
No. of pregnancies in respective year	42918	45392	45804	45924
Prevalence	0.09%	0.18%	0.12%	0.14%

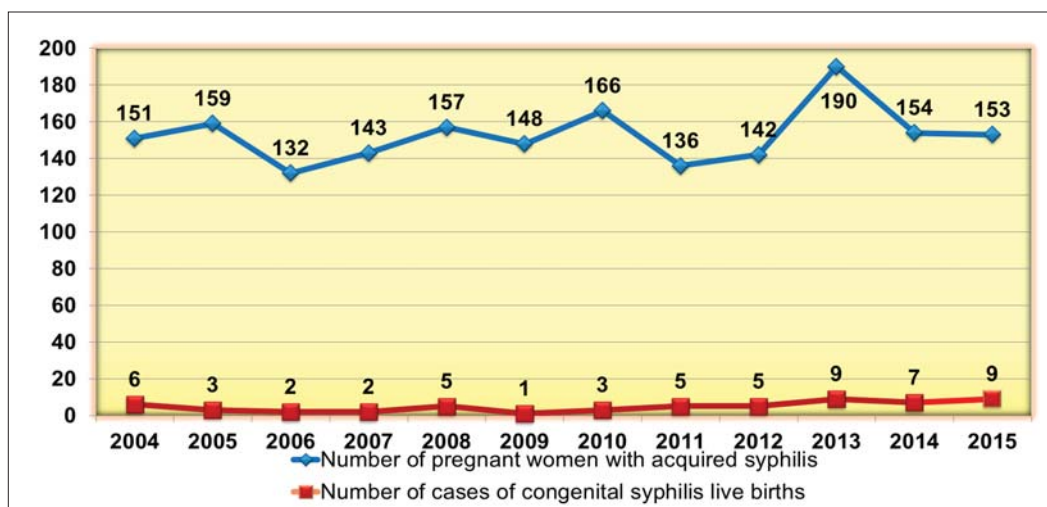


Fig. 6. Timeline of syphilis in pregnant women and congenital syphilis cases (live births).

ANECZEM

unguent 15g • cremă 15g

Betamethasonum 0,05%

Gentamicinum 0,1%

Clotrimazolum 1%

- *Antiinflamator*
- *Antipruriginos*
- *Antifungic*
- *Antimicrobian*



Aneczem cremă și unguent pentru un management rațional al afecțiunilor dermatologice

INDICAȚII TERAPEUTICE

-Dermatoze, care răspund la tratamentul cu corticosteroizi topici, complicate cu infecții secundare bacteriene și/sau fungice.
-Dermatomicoze.

DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE

Extern. Pe suprafața afectată a pielii, acoperind și suprafețele adiacente, de 2 ori pe zi. Pentru a asigura eficacitatea tratamentului trebuie aplicat în mod sistematic. Durata terapiei variază în funcție de extinderea și localizarea procesului patologic și de răspunsul pacientului la terapie.

REAȚII ADVERSE

Local: rar - arsuri, prurit, senzație de uscăciune, foliculită, hipertricoză, erupții acneiforme, hipopigmentare, dermatită periorală, dermatită alergică de contact, macerarea pielii, infecții secundare, atrofie cutanată, vergeturi și miliarie.

CONTRAINDICAȚII

Hipersensibilitate la componentele preparatului sau alte aminoglicozide, tuberculoza cutanată, manifestările cutanate ale sifilisului, varicela, herpes simplu, reacții postvaccinale, răni deschise, copiii sub 2 ani.

ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE DE UTILIZARE

A se evita contactul cu ochii și alte mucoase. Nu se recomandă aplicarea pansamentului ocluziv. Nu se recomandă în tratamentul dermatitei de scutec. La utilizarea topică a glucocorticoizilor și gentamicinei la copii, pe porțiuni extinse ale pielii sau sub pansament ocluziv pot apărea reacții adverse specifice acțiunii sistemice a preparatelor.

ADMINISTRAREA ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE ALĂPTARE

Preparatul este contraindicat în timpul sarcinii și în perioada de lactație.

Certificat de înregistrare nr. 17600; nr. 17601 din 27.04.2012

www.farmaprim.md

MD-4829, Republica Moldova, r-nul Criuleni, sat. Porumbeni, str. Crinilor, 5.
Tel.: (+373 22) 28-18-45, Fax: (+373 22) 28-18-46. e-mail: info@farmaprim.md

KLYNTOPIC gel 15g

Clindamicină 10mg + Peroxid de benzoil 50mg

Tratamentul actual al acneei



Combinăție recomandată de Ghidurile Europene în tratamentul acneei*

INDICAȚII TERAPEUTICE

Acnee vulgară forma ușoară și moderată, preponderent cu leziuni cutanate inflamatorii.

DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE

Klyntopic gel se aplică pe piele în strat subțire, o dată pe zi, seara, pe întreaga zonă afectată, după spălarea ușoară cu un agent de curățare delicat și după uscarea completă. Perioada de utilizare recomandată este de 2-5 săptămâni, dar să nu depășească 12 săptămâni de uz continuu.

REAȚII ADVERSE

De tip local: prurit, senzație de arsură, uscăciune, eritem, exfoliere, dermatită, fotosensibilitate, agravare a acneei, urticarie; gastrointestinale: cu frecvență necunoscută – colită (inclusiv colită pseudomembranoasă), diaree (inclusiv hemoragică), dureri abdominale.

CONTRAINDICAȚII

Hipersensibilitate la clindamicină, lincomicină, peroxid de benzoil, și/sau la oricare dintre excipienții produsului; copii cu vârsta sub 12 ani; perioada de alăptare; boala Crohn, colita ulcerativă, colita pseudomembranoasă, inclusiv în anamneză.

ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE DE UTILIZARE

Se va evita contactul cu cavitatea bucală, ochii, buzele și cu alte mucoase sau zone cu piele iritată sau care prezintă leziuni. Se recomandă utilizarea produselor de protecție solară pentru prevenirea fotosensibilizării. În cazul în care pacientul prezintă stări diareice prelungite sau semnificative, sau dacă suferă de crampe abdominale, tratamentul cu Klyntopic gel trebuie întrerupt imediat, deoarece simptomele pot indica dezvoltarea unei colite asociate cu administrarea de antibiotice.

ADMINISTRAREA ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE ALĂPTARE

În sarcină va fi prescris doar dacă beneficiul scontat pentru mamă depășește riscul potențial pentru făt, deoarece nu este stabilită inofensivitatea Klyntopic în timpul sarcinii. Nu se cunoaște dacă clindamicina se excretă în laptele matern după administrarea topică, de aceea în perioada de alăptare tratamentul cu Klyntopic nu se recomandă.

* Guideline on the Treatment of Acne.

Developed by the Guideline Subcommittee "Acne" of the European Dermatology Forum. 13.09.2011

Certificat de înregistrare nr. 21391 din 22.01.2015

www.farmaprim.md

MD-4829, Republica Moldova, r-nul Criuleni, sat. Porumbeni, str. Crinilor, 5.
Tel.: (+373 22) 28-18-45, Fax: (+373 22) 28-18-46. e-mail: info@farmaprim.md

METROMICON FORTE ovule N7

Metronidazol 750 mg + Miconazol nitrat 200 mg

Terapie de elecție în:

- vaginoza bacteriană cu sau fără candidoză
- vaginita tricomoniazică



METROMICON FORTE - asociere a două substanțe active incluse în ghidurile actuale de tratament a infecțiilor vaginale

DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE

Se administrează vaginal câte un ovul o dată pe zi, seara, timp de 7 zile. În caz de vaginite recidivante sau vaginite rezistente la tratament se administrează câte un ovul o dată pe zi, seara, timp de 14 zile.

REAȚII ADVERSE

Tulburări gastrointestinale: durere și spasme abdominale, gust metallic în gură, xerostomie, constipații, diaree, inapetență, greață, vomă. *Tulburări ale sistemului nervos:* cefalee, dereglări de coordonare (ataxie), neuropatie periferică (la administrarea îndelungată), convulsii. *Tulburări psihice:* neliniște, labilitate emoțională. *Tulburări acustice și vestibulare:* vertij. *Tulburări hematologice și limfatice:* leucopenie. *Tulburări ale sistemului imunitar:* reacții alergice (erupții cutanate, inclusiv urticarie). *Tulburări generale și la nivelul locului de administrare:* iritație (arsuri, prurit), îndeosebi la începutul tratamentului, care însă nu necesită sistarea tratamentului și este determinată de acțiunea medicamentului asupra mucoasei vaginale inflamate. În caz de iritație severă tratamentul va fi sistat.

CONTRAINDICAȚII

Hipersensibilitate la componentele medicamentului; epilepsie; porfirie; dereglări severe ale funcției hepatice; I-ul trimestru de sarcină; perioada de lactație; vârsta sub 18 ani (la virgine).

ADMINISTRAREA ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE ALĂPTARE

Medicamentul este contraindicat în I-ul trimestru de sarcină. În al II-lea și al III-lea trimestru de sarcină poate fi administrat în cazul când beneficiul scontat pentru mamă depășește riscul posibil pentru făt. La necesitatea administrării medicamentului în perioada de lactație se va întrerupe alimentația la sân, reluându-se peste 24–48 ore după finalizarea tratamentului.

Certificat de înregistrare nr. 19041 din 20.03.2013

www.farmaprim.md

MD-4829, Republica Moldova, r-nul Criuleni, sat. Porumbeni, str. Crinilor, 5.
Tel.: (+373 22) 28-18-45, Fax: (+373 22) 28-18-46. e-mail: info@farmaprim.md

Stillbirths and stillbirth attributable to syphilis; congenital syphilis rate

According to the ICD-10 definitions of the fetal death in perinatal period a stillbirth or fetal death is a death of a fetus before its expulsion or complete extraction from the body of the mother, independent of the duration of the pregnancy. The death is indicated by the fact that immediately after labor the fetus doesn't breathe or show any other sign of life, such as heartbeat, pulse in the umbilical cord, or effective movements of the voluntary muscles. A fetal death certificate is used for every fetus with a birth weight of 500 grams or more, or with 22 weeks or more of gestation.

WHO indicates as the major causes of stillbirth are of following conditions:

- childbirth complications
- maternal infections in pregnancy
- maternal disorders (especially hypertension and diabetes)
- fetal growth restriction
- congenital abnormalities.

Almost half of stillbirths happen when woman is in labor and the most straightforward cause is intrauterine hypoxia. Obstetricians from every regional hospital fill the case history of birth. In the case of fetal death, the case history shows that the fetus was born dead and an additional record is made in register of fetal deaths. Each case of stillbirth is examined via autopsy and all findings are included in patient's case history. The information is sent immediately to the Family Medicine Center to which mother belongs. The woman and her relatives are informed of it at a visit subsequent to the loss.

Once a year obstetric services from the whole Republic send reports (form 32A-san) to the national level, where data about health care in labor are described, inclusively stillbirth. In this way definitive data about fetal death are collected, kept and published.

In fact, the surveillance starts in pregnancy, from the moment the latter has been detected and a pregnant woman receives a "pregnant woman's card", an official document. It includes the findings of prenatal checkups as well as results of VDRL and HIV tests for the woman and her sexual partner. Pregnant women bring this card to each checkup visit, to hospital admissions during the pregnancy and when admitted to delivery. All physicians admitted to the woman's care are required to write on her card, providing feedback to the family doctor or any specialist involved. In case when a fetal death happens the acting medical team makes an analysis and comprehensive assessment of the mother's clinical, epidemiological, and serological history, with emphasis on possible risks, causes and conditions which led to the stillbirth. After the birth, the card remains archived as part of the hospital's case history [11, 13].

In the last four years stillbirth rate in the Republic of Moldova showed a stable pattern: it made up 6.6 per 1000 live births in 2012 (267 cases of stillbirth per 40322 neonates), 6.8 per 1000 live births in 2013 (270 cases of stillbirth per 39726 neonates), 5.8 per 1000 live births in 2014 (241

cases of stillbirth per 41446 neonates) and 5.8 per live births in 2015 correspondingly (243 cases of stillbirth per 41404 neonates), (fig. 7).

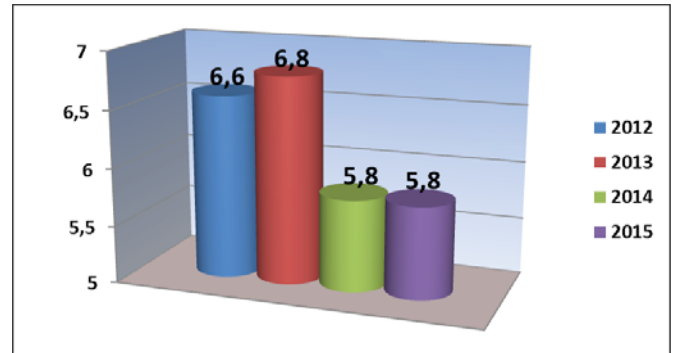


Fig. 7. Stillbirth rate, 2012-2015.

At the same time the reported number of stillbirths attributable to syphilis is as follows: 2012 – 2 (0,7%) cases; 2013 – 2 (0,7%) cases, 2014 – 0 cases and in 2015 – 3 (1,2%) cases; data were taken from Annual Report regarding par-turients' and nursing women care service, No 32a [9,10,11], 2012-2015 (fig. 8).

Overall, the number of congenital syphilis cases for the reporting period, including stillbirth attributable to mother syphilis and live birth congenital syphilis cases, was adduced below: in 2012 – 7; 2013 – 11; 2014 – 7 cases and in 2015 –

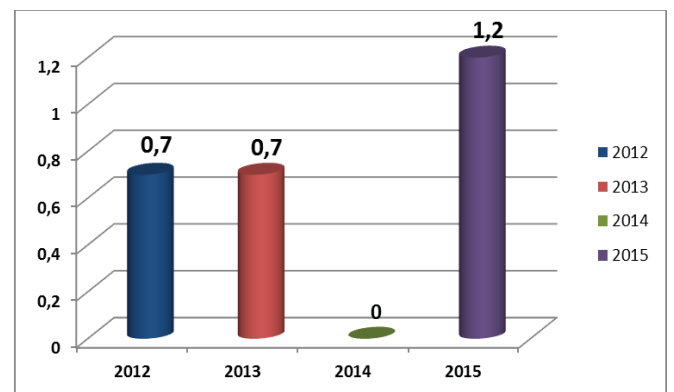


Fig. 8. Stillbirths attributable to mother syphilis (%), 2012-2015.

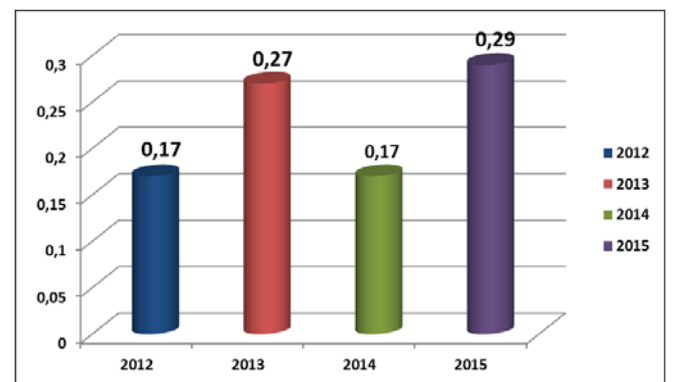


Fig. 9. Rate of congenital syphilis per 1000 live births per year, 2012-2015.

12 cases[9,10,11]. Thus, the calculation of congenital syphilis rate was made as follows: 0.17 (7 cases per 40055 live births) in 2012; 0.27 (11 cases per 39456 live births) in 2013; 0.17 (7 cases per 41205 live births) in 2014; 0.29 (12 cases per 41161 live births) in 2015 (fig. 9).

Conclusions

The national level results on elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of syphilis in the Republic Moldova revealed a consistent and stable control within the last years 2012-2015 of the main impact indicators, as follows: rate of congenital below 0,3/1000 live births and still-birth attributable to mother syphilis below 1,5%, both being much lower than WHO threshold indicators – 0,5/1000 live births and 5%, respectively. Thus, the national counterparts are ready for the WHO validation of syphilis EMTCT in the Republic of Moldova.

Key words: acquired syphilis, congenital syphilis, elimination of mother-to-child transmission, impact indicators.

References

1. Statistical Yearbook of the Republic of Moldova, 2012-2015 (<http://www.statistica.md/pageview.php?l=en&id=2193&idc=263>).
2. Integrated Bio-Behavioral Study in key populations at higher risk. Key indicators 2012-2013. pdf (<http://cnms.md/ro/rapoarte>).
3. Mid-term progress report on National Reproductive Health Strategy 2006-2015 (http://www.old.ms.md/_files/11785-Raport_evaluare_eng.pdf).
4. Republic of Moldova progress report on HIV/AIDS 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//MDA_narrative_report_2014.pdf).
5. Strengthening of STI surveillance in the Republic of Moldova, Report on a WHO mission, 11-15 March 2013 (<http://www.who.int/hq/whodoc/whodoc/201303/130303stisurveillance.pdf>).
6. Ministry of Health Ordinance No 68 of 31.01.2015 regarding approval of National Guidelines of STI Management. (<http://old.ms.gov.md/public/info/Ghid/ghiduri/ghid/ghidnationalinfectiitransmitereosexuala/>).
7. Republic of Moldova Health System Review, Health Systems in Transition, vol.14, no.7, 2012. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf?ua=1).
8. Neonatal Congenital Syphilis Clinical Standardized Protocol (http://old.ms.gov.md/_files/14930-Protocol%2520clinic%2520standardizat%2520%2520Sifilisul%2520congenital.pdf).
9. Annual Report regarding sexually transmitted diseases, No 32a –săn, 2012-2015 (<http://www.cnms.md/>).
10. Annual Report regarding pregnancy care service, no. 32 –săn , 2012-2015 (<http://www.cnms.md/>).
11. Annual Report regarding parturients' and nursing women care service, No. 32a –săn , 2012-2015 (<http://www.cnms.md/>).
12. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis, WHO, 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/en/>).
13. National Programme on Prevention and Control of HIV/AIDS and STI 2011–2015 (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=250>).

Sifilis primar, asociat cu gonoree și trichomoniază, la un copil preșcolar – caz clinic

*Vasile STURZA, Iulia EMEȚ, Rodica CHITIC, Nina FIODOROVA

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

Generalități. Se prezintă cazul unui copil de 7 ani, sex masculin, din mediul rural, internat în spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, în 2014, fiind depistat cu sifilis primar recent al pielii și mucoaselor, ca urmare a unui contact sexual al pacientei de 15 ani.

Obiectiv. Au fost observate următoarele semne clinice: ulceratii pe glandul penian de 1-2 cm în diametru, rotunde, contur regulat, culoare roșie-cărămizie, margini elevate, suprafață netedă, dur-elastice la palpare; câteva eroziuni pe foița internă a prepuțului, de 3-6 mm, bine conturate, acoperite cu depuneri purulente; parafimoză; eliminări abundente din canalul uretral, galben-verzui, cu miros fetid; limfadenită inghinală bilaterală; papulo-vezicule pe trunchi, fese, coapse și membre, multiple, mici, situate „în perechi”, unele fiind centrate de pustule și cruste. Diagnosticul clinic s-a confirmat cu cel paraclinic, depistându-se *Tr. pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* din materialul recoltat și testele serologice pozitive (RMP 4+, TPHA 4+). S-a stabilit următorul diagnostic: sifilis primar (șancru dur de tip ulceros și eroziv; parafimoză); adenopatie inghinală bilaterală; scabie asociată cu piodermie acută; infecție gonococică (uretrită acută); trichomoniază urogenitală. S-a indicat tratament general: benzilpenicilină - 1 mln. un. i/m, câte 400.000 un., de 6 ori în zi, 14 zile; benzatin-benzilpenicilină 2,4 mln. un. i/m; metronidazol 125 mg - de 2 ori în zi, 10 zile. Tratamentul topic a inclus: comprese umede cu sol. NaCl 10%; coloranți anilini, Baneocină ung., Sulf precipitat ung. 15%.

Concluzii: Cazul este pus în discuție pentru raritatea infecțiilor transmise sexual la copiii preșcolari.

Cuvinte-cheie: sifilis, gonoree, trichomoniază, copil, caz rar.

Clinical case of primary syphilis associated with gonorrhoea and trichomoniasis in a preschooler

Overview. It is presented the case of a child of 7 years, hospitalized in the Dermatology and Communicable Diseases Hospital in 2014, for primary syphilis being detected after the sexual contact with a patient of 15 years old with recently manifested syphilis.

Objectively. Were highlighted the following clinical signs: ulcers on the glans of penis 1-2 cm in diameter, round regular outline, color red-brick, elevated edges, smooth surface, tough - elastic to the touch; some erosion onto the inner foreskin, 3-6 mm, well shaped, covered by purulent deposits; paraphimosis; abundant elimination of the urethra, yellow-green, foul-smelling; bilateral inguinal lymphadenitis; papulopustular blisters on the trunk, buttocks, thighs and limbs, multiple, small, located "pairs", some centered by pustules and crusts. The clinical diagnosis was paraclinically confirmed by detection the *Tr. pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* from the harvested material and positive serological tests (RMP 4+, TPHA 4+). It has been diagnosed: primary syphilis (chancre tough of ulcerous and erosive type; paraphimosis); bilateral inguinal lymphadenopathy; scabies associated with acute pyodermias; gonorrhoea and trichomoniasis (acute urethritis). Systemic treatment included: benzylpenicillin 1 mln. un i/m to 400.000 by one, 6 times/day for 14 days; benzatin-benzylpenicillin 2.4 mln. un. i/m; Metronidazole 125 mg 2 times/day for 10 days. Topical treatment: wet compresses with 10% NaCl solution; aniline dyes, Baneocin ung., Sulphur ung. 15%.

Conclusions: The case is brought to the discussions for rarity of sexually transmitted infections in preschool children.

Key words: syphilis, gonorrhoea, trichomoniasis, child, rare case.

Manifestări psihosomatice în sifilis

*Gabriela STOLERIU¹, Anamaria CIUBARĂ², Daniel Constantin BRĂNIȘTEANU³,
Florina Mihaela Filip CIUBOTARU⁴, Alexandru OANȚĂ⁵, Daciana Elena BRĂNIȘTEANU¹

¹Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România

²Disciplina Psihiatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România

³Disciplina Oftalmologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România

⁴Disciplina Medicină de familie Adulți, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România

⁵Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Transilvania", Brașov, România

*Autor corespondent: stoleriugabriela@yahoo.com

Introducere și obiective. Sifilisul este o boală contagioasă de etiologie bacteriană (*Treponema pallidum*), transmisă preponderent pe cale sexuală, cu interesare sistemică, cu evoluție complexă, cronică, cu manifestări clinice proteiforme, imitând multe afecțiuni dermatologice, care afectează doar oamenii și unele primare. În ultimii 30 de ani, aspectele clinice și evolutive ale bolii s-au schimbat considerabil. Manifestările viscerale și cutanate ale sifilisului terțiar sunt rareori întâlnite în prezent. În studiul de față, am investigat corelația dintre intensitatea stresului pacientului și localizarea leziunilor cutanate ale sifilisului, mediul de proveniență al pacientului etc.

Material și metode. Lotul de studiu a fost constituit din 214 pacienți diagnosticați cu sifilis, urmăriți între anii 2011-2015, în regiunile centrală și de nord-est ale României, cu vârste cuprinse între 2 săptămâni și 72 de ani, de diferite religii.

Rezultate. Se observă că, în pofida faptului că incidența sifilisului este în scădere, în general, noile cazuri sunt mai ales din mediul rural, cu un nivel de instruire scăzut, cu situație materială precară, fără ocupație, șomeri. Afecțiune cu tablou clinic polimorf, sifilisul a avut o evoluție imprevizibilă și un prognostic sumbru în cazurile nediate diagnosticate și netratate la timp. A avut o frecvență considerabilă, de 0,7% din pacienții care s-au adresat serviciilor de dermatologie între anii 2011-2015. Pacienții cu sifilis au provenit mai frecvent din zonele rurale, probabil prin agregarea efectelor factorilor epidemiologici. Incidența infecției cu *Treponema pallidum* este influențată de mai mulți factori, printre care cei mai importanți sunt: gradul de cultură, igienă, schimbarea comportamentului sexual al indivizilor în urma modificărilor economice, statusul imun al receptorului, cantitatea microbiană inoculată, extinderea manifestărilor comportamentale ale patologiei sociale. Atitudinea femeilor gravide a fost influențată semnificativ de diagnostic, manifestând simptome de stres, tensiune, preocupare pentru sănătatea copilului, preocupare pentru ascunderea diagnosticului față de familie, față de anturaj.

Concluzii. Atitudinea pacientului cu sifilis s-a schimbat din momentul comunicării diagnosticului de certitudine. Principalele sentimente cu care pacienții s-au confruntat au fost cele de: rușine, vinovăție și scăderea stimei de sine. Anxietatea crește ca urmare a instalării stării tensionale. Profilul matern cu cel mai mare risc este reprezentat de o femeie tânără, care nu a primit o monitorizare prenatală adecvată, fără o minimă educație sexuală, care nu are cunoștințe cu privire la standardele de sănătate și de igienă personală. Mai mulți părinți au înțeles greșit să-și exercite atribuțiile de părinte, prin refuzul tratamentului corespunzător simultan cu partenerul/partenerii sexuali, în detrimentul interesului copilului.

Cuvinte-cheie: sifilis, manifestări psihosomatice.

Psychosomatic manifestations in syphilis

Introduction & objectives. Syphilis is a contagious systemic disease, with complex and chronic course, with clinical proteiform manifestations, imitating many dermatological diseases, caused by *Treponema pallidum*, which affects only humans and some primates. In the last 30 years, clinical aspects of the disease have changed considerably. Cutaneous and visceral manifestations of late syphilis are rarely met today. We investigated the correlation between stress intensity and localization of cutaneous lesions of syphilis, the patient in the environment of origin etc.

Material & methods. The total study group consisted of 214 patients diagnosed with syphilis, followed between 2011-2015, in the central and north-eastern Romania, aged between 2 weeks-72 years, of different religions.

Results. We notice that despite the fact that the incidence of syphilis is generally declining, new cases tend to be more rural, in patients with poor training level, unemployed. Syphilis, disease with polymorphic clinical picture, with unpredictable evolution and grim prognosis in cases undiagnosed and untreated in time, had a considerable frequency of 0.7% among patients followed up in dermatology office between the years 2011-2015. Patients with syphilis came more frequently in rural areas, probably by aggregating effects of epidemiological factors, the incidence is influenced by many factors, among which the most important are: degree of culture, hygiene, the economic basis of individual sexual behavior change, immune status of the contacts, the amount of inoculum, expanding of behavioral manifestations of social pathology. Attitude of pregnant women was significantly influenced by the diagnosis, manifesting symptoms of stress, tension, concern for the child, concern for concealment of diagnosis.

Conclusions. Attitude of patient with syphilis altered, since the diagnosis was set out. The main feelings are: facing shame, guilt and the decrease of self-esteem. Anxiety grows as a result of tensional state. Maternal profile with the highest risk is represented by a young woman who did not receive adequate prenatal monitoring, without basic sex education, who has no knowledge about health and personal hygiene standards. Some parents misunderstand to exercise parenthood, refusing fair treatment simultaneously with sexual partners to the detriment of child's interest.

Key words: syphilis, psychosomatic manifestations.

Manifestările cutaneo-mucoase în infecția HIV/SIDA

*Vladislav GOGU¹, Mircea BEȚIU¹, Lucia PĂRȚĂNĂ², Angela NAGĂȚ²,
Svetlana POPOVICI², Irina CUCEROVA², Tatiana CAISÎM¹,
Anna IASINCOVSCAIA¹, Vasile ȚĂBĂRNĂ¹

¹Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

²Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: vladislav.gogu@usmf.md

Generalități. Procesul epidemic al infecției HIV/SIDA, în Republica Moldova (RM), se află în continuă ascensiune. Astfel, conform datelor statistice, la 01.01.2015, în RM, au fost înregistrate 10 213 cazuri de HIV infectați, dintre care diagnosticați cu SIDA – 3130 și deja decedați – 2892 de persoane. Ținând cont de faptul că manifestările cutaneo-mucoase sunt frecvent întâlnite la persoanele HIV infectate, ne-am propus ca scop evaluarea frecvenței și particularităților clinico-evolutive ale leziunilor dermatologice la pacienții cu infecție HIV/SIDA.

Material și metode. Studiul retrospectiv a cuprins 2244 de fișe ale pacienților cu diagnosticul HIV/SIDA, internați în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile pentru perioada 2011-2014. De asemenea, au fost înregistrate o serie de cazuri clinice mai relevante.

Rezultate. Pe parcursul perioadei de referință, au fost înregistrați 1886 de pacienți cu manifestări cutaneo-mucoase, dintre care valoarea CD4+ sub 200 cel/mmc a fost înregistrată la 881 de pacienți. Afectarea solitară a mucoaselor a fost estimată la 1383 de pacienți, afectarea solitară a pielii la 92 de pacienți și afectarea combinată cutaneo-mucoasă – la 411 pacienți. Atingerea mucoasei cavității bucale a fost raportată în 96% din cazuri, cu prevalența incontestabilă a infecției provocate de *C. albicans*, exprimată prin candidoză orofaringiană sau esofagiană. Evaluarea ponderii atingerilor cutanate la pacienții HIV infectați a evidențiat prezența manifestărilor cutanate infecțioase în 52% cazuri, al manifestărilor non-infecțioase - în 45% cazuri (dintre care mai mult de 2/3 au fost cu dermatoze alergice) și doar la 3% din cazuri – manifestări neoplazice. Formele clinice ale atingerilor cutaneo-mucoase și evoluția lor au corelat cu valoarea numerică a celulelor CD4.

Concluzii. Manifestările cutaneo-mucoase se întâlnesc la persoanele HIV-infectate în 84% din cazuri. Mai frecvent, se afectează mucoasa cavității bucale. Severitatea și forma clinică a atingerilor cutaneo-mucoase corelează cu valoarea limfocitelor CD4. În majoritatea cazurilor, leziunile cutaneo-mucoase la pacienții HIV-infectați, apar în urma imunității scăzute și pot fi considerate ca semne revelatoare ale imunosupresiei legate de HIV, fapt care permite identificarea precoce a acestei infecții.

Cuvinte-cheie: infecția HIV/SIDA, manifestări cutaneo-mucoase.

Mucocutaneous manifestations in patients with HIV/AIDS infection

Overview. Epidemic evolution of HIV/AIDS in the Republic of Moldova is in a permanent progression. Thus, in accordance with statistic data on 01.01.2015 in the Republic of Moldova 10213 cases of HIV/AIDS were registered, among those 3130 people were identified with AIDS and 2892 have already died. It is well known that mucocutaneous manifestations are not rare in patients with HIV/AIDS this is why authors' aim was to evaluate frequency and clinico-evolutive peculiarities of skin lesions in patients with HIV/AIDS.

Materials and methods. A retrospective research was done, which included 2244 medical files of patients with HIV/AIDS, who have been treated at the Hospital of Dermatology and Communicable Diseases during 2011-2014. A number of relevant clinical cases were described as well.

Results. 1886 patients with HIV/AIDS, who have shown mucocutaneous involvement, have been registered during present research, in 881 of them CD4+ count was less than 200cells/mmc. Involvement of mucous membranes was established only in 1383 cases, of the skin only in 92 cases and both mucocutaneous manifestations in 411 patients. Mucous membrane affection was reported in 96% of cases with incontestable prevalence of *C. albicans* infection manifested by oropharyngeal or esophageal candidiasis. Evaluation of cutaneous involvement in patients with HIV has shown as follows: presence of skin infections in 52% of cases, non-infectious dermatoses in 45% of cases (2/3 of which were allergic skin disorders) and skin tumors in 3% of patients only. Clinical forms of skin diseases and their evolution was in strong correlation with CD4+ cells count.

Conclusions. Mucocutaneous manifestations affect patients with HIV/AIDS in 84% of cases. The most frequent target is oral cavity. Severity and clinical forms of mucocutaneous involvement have a strong correlation with CD4+ cell count. In majority of cases, mucocutaneous lesions in patients with HIV occur because of decreased immune response and might be considered relevant signs of immunosuppression induced by HIV, as well as comprehensive tool for HIV/AIDS early detection.

Key words: HIV/AIDS infection, mucocutaneous manifestations.

Spectrul infecțiilor transmise sexual, depistate prin controlul medical profilactic

Ion RUSU, Eugenia RUSU, Vasile VLAS, Olga RUSU

Spitalul Raional Anenii Noi, Anenii Noi, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Au fost studiate fișele a 13 543 de persoane cu vârste cuprinse între 17-50 de ani din raionul Anenii Noi, încadrate în controlul profilactic pentru perioada 2011-2015. Examenul obiectiv și investigațiile de laborator respective au permis depistarea unui șir de infecții cu transmitere sexuală și anume: 0,21% – sifilis; 0,33% – infecție gonococică; 5,08% – candidoză urogenitală; 0,89% – vaginoză bacteriană provocată de *Trichomonas vaginalis* și 12,8% cu *Gardnerella vaginalis*.

Concluzii. Se constată prevalența infecțiilor urogenitale, produse de *Gardnerella vaginalis* și *Candida albicans*.

Cuvinte-cheie: control medical profilactic, infecții cu transmitere sexuală.

A range of sexually transmitted infections, detected at the time of preventive healthcare procedure

Medical files of 13543 patients aged 17 to 50 years old, originated from Anenii Noi region, who have passed preventive healthcare procedure during 2011-2015, were examined. Clinical inspection and laboratory methods have detected a wide range of sexually transmitted infections, as follows: in 0.21% of cases – syphilis, in 0.33% of cases – gonococcal infection, in 5.08% of cases – urogenital candidiasis, in 0.89% of cases – bacterial vaginosis caused by *Trichomonas vaginalis* and in 12.8% of cases by *Gardnerella vaginalis*.

Conclusions. A prevalence of *Gardnerella vaginalis* and *Candida albicans* induced by urogenital infections was established.

Key words: preventive healthcare procedure, sexually transmitted infections.

Experiența internațională în domeniul parteneriatului public privat în sănătate

Iulian OLTU

Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: oltuiulian@yahoo.com

International experience of Public-Private Partnership in healthcare

Abstract

Public-private healthcare partnership (PPP) approach introduced in early 90's, has invented a new concept of public healthcare services delivery, which redefined the role of public health service as well as of private one. PPP approach has been successfully applied in west european countries and in developing countries too. In this article the author presents some experience which has been accumulated during recent years in clinical and non-clinical healthcare services. In conclusion it is mentioned that PPP approach may serve as solution for a large spectrum of social issues, such as health care, education, social protection and corruption.

Key words: healthcare, Public-Private Partnership, international experience.

Introducere

Sectorul privat este implicat în furnizarea serviciilor publice timp îndelungat, însă, introducerea parteneriatului public privat (PPP), la începutul anilor '90, a determinat apariția unui concept de furnizare a serviciilor publice, care a redefinit rolurile atât ale sectorului public, cât și ale celui privat. Guvernele au introdus PPP din mai multe motive, dintre care menționăm: 1) creșterea valorii banilor în tranzacțiile ce vizează furnizarea serviciilor publice; 2) obținerea de finanțe private pentru furnizarea serviciilor publice. Ca urmare a rezultatelor PPP, în Regatul Unit, Europa a îmbrățișat în mare parte ideea PPP ca model de furnizare a serviciilor publice [1, 2, 3].

PPP în sănătate a înregistrat, într-un timp scurt, succese mari în Spania, Franța și Germania, unde au existat grupuri de operatori privați, cărora li s-a încredințat gestiunea serviciilor pe timp îndelungat și care au fost recunoscuți, timp de foarte mulți ani, ca parte importantă a mediului economic. PPP este un instrument utilizat cu succes în domeniul sănătății și în țările în curs de dezvoltare, exemplu în acest sens fiind Chile, Venezuela, India, Zimbabwe, Kazahstan și Kyrgyzstan. Creșterea numărului PPP în sectorul de sănătate permite dezvoltarea unei baze considerabile de experiențe internaționale în proiectarea tranzacțiilor PPP [4].

În continuare, sunt prezentate câteva experiențe de PPP în sănătate pentru diferite tipuri de servicii clinice și non-clinice.

1. Serviciul ambulatoriu de dializă din România

Creșterea cererii pentru serviciile de dializă a impus identificarea noilor soluții pentru finanțarea, modernizarea infrastructurii și creșterea calității serviciilor. Guvernul a transferat în gestiunea operatorilor privați, prin intermediul unui tender public, pentru o perioadă inițială de 4 ani, 8 centre ambulatorii de dializă din țară, care acoperă 25% din pacienții cu dializă la nivel național. Tranzacția PPP prevedea managementul centrelor, precum și modernizarea și extinderea centrelor de dializă. Instituțiile private și-au asumat întreaga responsabilitate privind reînnoirea echipamentului

(în decurs de 90 de zile), renovarea și modernizarea unităților (în decurs de 18 luni), exploatarea și întreținerea echipamentului, angajarea și instruirea personalului transferat, furnizarea tuturor serviciilor [3].

Ministerul Sănătății, în baza unui studiu privind prețurile la nivel regional, a stabilit o taxă fixă de 110 EUR pentru fiecare tratament de hemodializă și o taxă anuală de 11.000 EUR pentru fiecare pacient cu dializă peritoneală. Ministerul Sănătății a instituit raportarea lunară obligatorie și inspectarea regulată a centrelor. Obligațiile contractuale prevăd acordarea serviciilor complete, existența standardelor de calitate în îngrijirea pacienților, personal medical cu înaltă calificare, instruire continuă și standarde de certificare a personalului [2].

Implementarea normelor și standardelor noi în domeniul dializei, în conformitate cu standardele UE. Opțiunea de prelungire a contractului, pentru o perioadă de trei ani, prevedea construcția noilor centre necesare pentru a asigura creșterea capacității serviciului, reducerea listelor de așteptare și îmbunătățirea accesului prin înlăturarea barierelor geografice. A fost înregistrată o eficiență economică semnificativă în raport cu spitalele publice, iar economiile Casei Naționale de Asigurări în Sănătate sunt estimate la 4 milioane EUR. Procentul de clinici, care se conformează standardelor naționale pentru realizarea testelor diagnostice pentru sânge, a crescut de la 50-63% la 100%. Calitatea serviciilor și gradul de satisfacție a pacienților au crescut ca urmare a costurilor mai mici, noilor standarde implementate, dotării adecvate cu echipament și managementului performant [4].

2. Serviciul regional de sterilizare în Vorarlberg, Austria

Înființarea unei noi companii responsabile de sterilizarea echipamentului medical a 3 spitale regionale, în care cota de participare a partenerului public este de 51%, iar a partenerului privat – 49%. În scopul atingerii obiectivelor privind calitatea, siguranța și sustenabilitatea financiară s-a optat pentru echiparea unei noi locații, în defavoarea modernizării unităților de sterilizare a celor 3 spitale. Reducerea costurilor este estimată la 2 milioane EUR din contul realizării

unui serviciu de sterilizare comun. Volumul suplimentar al afacerilor externe se așteaptă să reducă costul pentru fiecare casoletă cu 27%, în următorii 8 ani, și să genereze economii de 1 milion EUR pe an [2].

3. Portalul național de e-Sănătate, Danemarca

Realizarea unui parteneriat public-privat în domeniul de e-Sănătate, care ar asigura accesarea registrelor electronice de sănătate (EHR), comunicarea electronică dintre consumatorii de servicii de sănătate și lucrătorii medicali etc.

Rezultatele au constat în extinderea sistemului informațional integrat în sănătate și reducerea costurilor aferente: – 2.30 EUR economie pentru fiecare comunicare dintre instituția medicală și compania de asigurări; 66% reducere la convorbirile telefonice ale spitalului; 50 de minute pe zi economisite în practica medicală; 100% prescripții transmise electronic către farmacii; 97% din rezultatele investigațiilor de laborator transferate electronic; 84% extrase de externare transmise electronic la oficiile medicilor de familie [3].

4. PPP la spitalul BerlinBuch, Germania

În 2001, Helios-Kliniken, cel de-al doilea spital privat din Germania ca mărime, a semnat un contract de PPP de tip BOO (construcție-posesie-operare) pentru spitalul Berlin-Buch. În baza contractului de concesiune, Helios-Kliniken a preluat licența spitalului, activele și pasivele unităților existente (24 de clinici și 6 institute de cercetare, 167 de edificii și 1.100 de paturi).

Spitalul își păstrează statutul de instituție cu activitate didactică și de cercetare, iar conform contractului, cercetarea și instruirea vor fi finanțate de stat și se vor afla în administrarea Universității Charité. Managementul personalului instituției a revenit în sarcina operatorului, cu înghețarea reducerilor de personal pentru o perioadă de 4 ani. Calitatea serviciilor este asigurată prin intermediul supravegherii guvernamentale, Rapoartelor Medicale Anuale și DRG.

În baza aceluiași nivel de finanțare, s-a înregistrat creșterea volumului de pacienți. Eficiența operațională a determinat scăderea costurilor de personal cu peste 10%, păstrând numărul de personal la același nivel. Costurile implicate în parteneriatul public-privat sunt deseori subapreciate, iar în acest sens prezentăm câteva tranzacții PPP, care s-au confruntat cu probleme financiare serioase [4].

5. Spitalul Alzira, Valencia, Spania

În 1999, un consorțiu format din companii de asigurări, bănci și companii de construcții a semnat cu administrația publică regională un contract PPP pentru construcția unui spital. Spitalul a înregistrat niveluri înalte în ceea ce privește standardele de performanță, însă a suferit dezechilibre semnificative în raporturile de muncă. Evaluările au evidențiat

finanțarea nesustenabilă a proiectului, fapt care a necesitat un acord de refinanțare [1].

6. Campusul Medical din Paddington, Londra, Anglia

PPP a fost selectat ca mecanism de consolidare a spitalelor din vestul Londrei. Inițial, contractul a fost estimat la 300 milioane £ entru o perioadă de 6 ani. Reevaluarea bugetului proiectului, în momentul falimentării schemei financiare inițiale, a stabilit costurile la 894 milioane £ și o prelungire pentru încă 7 ani. Proiectarea tranzacției eșuate a costat 15 milioane £. Raportul oficial a evidențiat neclarități semnificative ce țin de responsabilitățile părților, precum și eșecul partenerului public în susținerea efectivă a proiectului [2].

7. Spitalul Regional La Trobe, Melbourne, Australia

Guvernul statului Victoria a încheiat un contract cu o companie privată PPP, pe un termen de 20 de ani, privind construcția spitalului regional La Trobe, care să înlocuiască activitatea unor spitale publice vechi. În 1999, spitalul a înregistrat pierderi de 6 milioane AUD, iar proiecțiile economice demonstau pierderi continue. Concluziile rapoartelor oficiale ale Ministerului Sănătății din statul Victoria au vizat pierderi financiare masive, situație care a determinat incapacitatea spitalului de a garanta calitatea serviciilor [3].

Concluzii

În concluzie, putem menționa că PPP, care implică guvernul, sectorul privat și societatea civilă, este recunoscut la nivel internațional ca o soluție pentru problemele sociale de orice tip – îngrijiri medicale, educație, protecție socială, trafic de persoane, corupție etc. În condițiile în care cheltuielile pentru sănătate cresc de la an la an, capacitatea instituțională și funcțională a statului este cu mult depășită de necesități. Astfel, asigurarea populației cu servicii calitative de sănătate este nesatisfăcătoare, deaceia este binevenită și actuală crearea PPP în prestarea serviciilor medicale în Republica Moldova.

Bibliografie

1. Aletti P, Bey P. Recommendations for a Quality Assurance Programme in External Radiotherapy. Brussel: ESTRO, 1995.
2. Micineanu Andrei, Malanciuc Iurie. Politicele în domeniul Parteneriatului Public Privat în sănătate. *Monitorul Social*. 2011, nr. 9.
3. Codrina Mihaela. Aspecte teoretico-practice privind parteneriatul public-privat în Uniunea Europeană. Senatul României. Departamentul Legislativ, București, România. www.ugb.ro.
4. Guidelines for Public Private Partnerships for Infrastructure Development, United Nations Economic Commission for Europe, conform site-ului www.unice.org.
5. Leer J, Mckenzie A, Scalliet P, Thwaites D. Practical Guidelines for the Implementation of a Quality System in Radiotherapy. Brussel: ESTRO, 1998.

***Mycosis fungoides* foliculotrop – prezentare de caz**

***Vasile BENEĂ, Simona-Roxana GEORGESCU, Mircea TAMPA, Alice RUSU,
Mihaela-Anca BENEĂ-MĂLIN, Diana LEAHU, Vitalie NEAMȚU**

Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Victor Babeș”, București, România

*Autor corespondent: beneav@yahoo.com

Mycosis fungoides foliculotrop (Piper, 1960) este o formă rară de limfom cutanat cu limfocite T, reprezentând sub 10% din cazurile de *Mycosis fungoides*. Clinic se caracterizează prin leziuni acneiforme sau comedoniene, papule foliculare, keratoză foliculară, chisturi epidermale, noduli sau plăci eritematoase însoțite frecvent de alopecie, cu afectare preferențială a capului, gâtului și trunchiului superior. Spre deosebire de *mycosis fungoides* clasic, pruritul este frecvent sever, reprezentând un marker al bolii. Diseminarea viscerală reprezintă un factor de prognostic important, motiv pentru care trebuie investigate chiar și cazurile cu leziuni cutanate minime.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 49 de ani, care s-a prezentat pentru plăci și papule foliculare eritematoase localizate cervical și însoțite de o placă alopecică situată cervical posterior, cu evoluție de aproximativ 1 an. Leziunile au debutat laterocervical stâng sub forma unei plăci eritemato-papuloase, pruriginoase, cu extensie progresivă. A urmat un tratament topic cu corticosteroizi, fără ameliorare semnificativă.

Nu a fost pusă în evidență adenopatia palpabilă clinic, iar investigațiile de rutină de laborator au fost în limite normale. Biopsia tegumentară a evidențiat în derm infiltrate limfoide cu celule mici-medii clivate, cu epidermo- și foliculotropism. Imunohistochimic, limfocitele atipice și infiltratele limfoide exprimă CD3, CD4, CD5, CD7, CD8 și CD30. Aspectele histopatologic și imunohistochimic sunt compatibile cu diagnosticul de limfom malign non-Hodgkin cu celulă mică-medie T de tip *mycosis fungoides* foliculotrop.

Pacientul a fost îndrumat către serviciul de Hematologie pentru investigații și tratament de specialitate.

Cuvinte-cheie: *mycosis fungoides* foliculotrop.

Infecția retrovirală acută

***Vasile BENEĂ, Simona-Roxana GEORGESCU, Mircea TAMPA,
Mihaela-Anca BENEĂ-MĂLIN, Diana LEAHU, Vitalie NEAMȚU**

Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Victor Babeș”, București, România

*Autor corespondent: beneav@yahoo.com

Se apreciază că între 40 și 90% din infecțiile retrovirale acute (primo-infecția HIV) sunt simptomatice. Identificarea pacienților în stadiile inițiale ale infecției HIV are o importanță deosebită, atât din punct de vedere medical (inițierea precoce a terapiei antiretrovirale), cât și din punct de vedere epidemiologic (întreruperea lanțului epidemiologic).

Manifestările clinice ale infecției retrovirale acute (sindromul retroviral acut) apar la 3-6 săptămâni de la infectare. Acestea includ febră (80-90%), astenie (70-90%), erupții morbiliforme (40-80%), cefalee (30-70%), limfadenopatie (40-70%), faringită (50-70%), mialgii și artralgii, meningită aseptică (24%), dureri retro-orbitare, ulceratii orale și/sau genitale (5-20%), manifestări gastro-intestinale etc. Deoarece multe dintre aceste simptome sunt nespecifice, diagnosticul poate fi omis, chiar și atunci când există un grad mare de suspiciune. Severitatea și durata infecției retrovirale acute au valoare prognostică, manifestările severe și prelungite corelându-se cu o progresie rapidă a bolii.

Diagnosticul este sugerat de apariția unor manifestări clinice compatibile la un pacient cu comportament sexual riscant sau cu o infecție transmisibilă sexual recentă și este confirmat de un test virusologic pozitiv (și anticorpi negativi) sau prin documentarea seroconversiei.

S-a demonstrat că inițierea tratamentului antiretroviral reduce morbiditatea și mortalitatea legate de boală; însă, o condiție esențială pentru realizarea acestui obiectiv o reprezintă stricta aderență la regimul terapeutic. De asemenea, prin scăderea încărcăturii virale, reduce considerabil și contagiozitatea.

Cuvinte-cheie: infecția retrovirală acută.

Sindromul Melkersson-Rosenthal – prezentare de caz

Natalia JARDAN, Sergiu VASILIȚA, Ecaterina PÂNTEA

Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Generalități. Sindromul Melkersson-Rosenthal este o afecțiune granulomatoasă sistemică, neuro-muco-cutanată, caracterizată în forma sa clasică prin triada: paralizii faciale recurente, edem persistent al buzelor și limba plicaturată. Această triadă completă este rar întâlnită în practica medicală, formele monosimptomatice sau oligosimptomatice fiind mai frecvente.

Prezentare de caz. Prezentăm cazul unei paciente de 58 de ani, nefumătoare, care se consideră bolnavă de aproximativ 20 de ani, cu perioade de recidive, la dermatolog nu s-a adresat. Pacienta acuză edem persistent al buzelor, care a apărut cu 2 luni în urmă, inițial la nivelul buzei superioare, ulterior cu extindere și la cea inferioară. La examenul obiectiv, s-a stabilit aspect de limbă plicaturată. Investigațiile de laborator sunt în limitele normei. Radiografia sinusurilor paranazale – fără patologie, sinusurile sunt libere. S-a preluat biopsie de la nivelul buzei superioare, care a relevat aspect de cheilită granulomatoasă. S-a administrat corticoterapie sistemică, urmată de corticoterapie topică, asociată cu tratament imunosupresor minor (Plaquinil), pe termen lung, evoluția fiind lentă, dar favorabilă. Cazul prezintă interes atât sub aspect clinic, cât și din punct de vedere al managementului terapeutic.

Cuvinte-cheie: sindromul Melkenson-Rosenthal, prezentare de caz.

Tranziția epitelial-mezenchimală în patologia cutanată

*Mihail ALECU^{1,2}, Gabriela COMAN¹

¹Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Victor Babeș”, București, România

²Universitatea Titu Maiorescu, Facultatea de Medicină, București, România

*Autor corespondent: beneav@yahoo.com

Tranziția epitelial mezenchimală (EMT) reprezintă un proces de reprogramare celulară, în care celulele epiteliale își pierd caracteristicile de celule epiteliale (formă, polaritate, adeziune celulară) și dobândesc caracteristici de celule mezenchimale (capacitate de invazie și metastazare crescute). Acest proces se referă atât la markerii de suprafață ai celulelor cât și la modificările, care apar la nivelul proteinelor, a genelor, a factorilor de creștere, receptorilor, citoscheletului. Există și un proces invers, respectiv tranziția mezenchimal epitelială și procese în care sunt implicate celulele endoteliale: tranziția endotelial-mezenchimală.

EMT reprezintă un proces normal întâlnit în cursul dezvoltării embrionare sau în cursul vindecării plăgilor, dar este un proces extrem de important în invazia și metastazarea tumorală.

Celulele tumorale circulante ca și celulele metastatice izolate din diferite tumori, prezintă o serie de markeri și caracteristici EMT.

Printre markerii cei mai importanți ai EMT se numără vimentina, E-cadherina, factorii de transcripție: SNAIL, ZEB, TWIST.

În studiul nostru, prezentăm implicarea unor markeri ai EMT în procesele tumorale cutanate dar și în afecțiuni cu evoluție multicentrică, respectiv, angiosarcomatoza Kaposi.

Cuvinte-cheie: tranziție epitelial-mezenchimală, patologie cutanată.

Aportul tehnologiei Western Blot (Reacția Imunoblot) în elucidarea reacțiilor fals-pozitive la sifilis

Oleg TABUICA

Dispensarul Dermatovenerologic Municipal, Chișinău, Republica Moldova

Autor corespondent: congres.dermato.2016@gmail.com

Reacțiile serologice fals-pozitive la sifilis (RSFP) reprezintă o problemă clinică frecventă în activitatea medicală, fiind generate de diverse și multiple maladii, unele condiții biologice.

În continuare vor fi prezentate unele cazuri clinice, care confirmă aportul și performanța tehnologiei Western Blot în diagnosticarea corectă a serologiei neconcludente în situații clinice discrepante.

Toți pacienții nu prezentau date clinice pentru sifilis, contactii sexuali fiind sănătoși.

Pacienta nr. 1, diagnosticată cu lupus eritematos sistemic. Examen serologic: RMP 4+ 1:2, testul ELISA negativ, TPHA 3+, reacția Imunoblot negativă. Diagnostic: RSFP.

Pacientul nr. 2, gravidă, suferă de sindrom antifosfolipidic. Examen serologic: RMP 4+ 1:2, ELISA slab pozitiv, TPHA negativ, reacția Imunoblot negativă. Diagnostic: RSFP.

Pacientul nr. 3, cu diagnosticul de cancer al ficatului, hepatita B virală. Examen serologic: RMP 4+ 1:2, testul ELISA negativ, TPHA 2+, reacția Imunoblot negativă. Diagnostic: RSFP.

Pacientul nr. 4, cu diagnosticul de malarie. Examen serologic: RMP 3+, ELISA pozitiv, TPHA negativ, reacția Imunoblot negativă. Diagnostic: RSFP.

Pacienta nr. 5, cu diagnosticul de limfogranulomatoză. Examen serologic: RMP 4+1:32, testul ELISA pozitiv, TPHA 4+, reacția Imunoblot negativă. Diagnostic: RSFP.

Pacientul nr. 6, cu diagnosticul de sclerodermie circumscrisă, borelioză. Examen serologic: RMP 3+, ELISA negativ, TPHA 2+ slab pozitiv, reacția Imunoblot negativă. Diagnostic: RSFP.

Reieșind din cazurile prezentate mai sus, putem conchide că în activitatea practică pot apărea cazuri clinice dificile, cu o serologie discordantă, reacția Imunoblot demonstrând o precizie diagnostică excelentă.

Cuvinte-cheie: reacția Imunoblot, reacția fals-pozitivă la sifilis.

PANCREATINUM[®] **Pangrol** 10000 25000

Soluție modernă pentru o digestie mai bună

Terapie de substituție cu pancreatină sub formă de minicomprimate uniforme gastrorezistente într-o capsulă ușor de înghițit¹



REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI PANGROL 10000, PANGROL 25000

DENUMIREA COMERCIALA SI COMPOZITIA: PANGROL 10000- capsulă tare cu mini-comprimate gastrorezistente care conține (activitate lipolitică 10000 unități Ph.Eur, activitate amilolitică nu mai puțin de 9000 unități Ph. Eur./capsulă, activitate proteolitică nu mai puțin de 500 unități Ph. Eur /capsulă; PANGROL 25000 capsulă tare cu mini-comprimate gastrorezistente conține Pulbere de pancreas 269,67 – 350,25 mg, activitate lipolitică 25000 unități Ph. Eur, activitate amilolitică nu mai puțin de 22500 unități Ph. Eur, activitate proteolitică nu mai puțin de 1250 unități Ph. Eur/capsulă;

INDICAȚII TERAPEUTICE : PANGROL 10000, PANGROL 25000 - Tulburări digestive cauzate de absența sau insuficiența producere, eliberare și/sau acțiune duodenală a enzimelor pancreatice care este însoțită de indigestie. Acestea pot fi asociate, de exemplu, cu: pancreatita cronică de orice origine (indusă de alcool, traumatică, autoimună, ereditară, indusă de medicamente, calcifiere tropicală, idiopatică), fibroza chistică, stenoza canalului pancreatic cauzată de tumori sau calculi biliari, tulburări ale sistemului hepato-biliar, rezecție parțială sau totală de pancreas și pancreato-duodenectomie, tranzit intestinal accelerat în cazul unei rezecții gastrice sau de intestin subțire sau ca urmare a unor boli intestinale de origine nervoasă sau infecțioasă, consumul unor legume greu digerabile, alimente grase sau cu care stomacul nu este obișnuit și care provoacă deficiențe în absorbția substanțelor nutritive și dispepsie - boală celiacă, afecțiuni inflamatorii intestinale (în special, boala Crohn), diabet zaharat, SIDA (sindromul de imunodeficiență dobândită), Sindromul Shwachman, Sindromul lui Sjögren.

MOD DE ADMINISTRARE: Tratatamentul cu Pangrol 10000, Pangrol 25000 are ca scop atingerea sau menținerea unei greutate normale ca și normalizarea frecvenței și consistenței scaunului. De aceea doza este în conformitate cu gravitatea insuficienței de enzime pancreatice din duoden și cu biodisponibilitatea digestivă a preparatului utilizat. Dacă nu este altă recomandare, doza este de 2-4

capsule de Pangrol 10000 la fiecare masă (echivalentul a 20000 – 40000 Ph. Eur. unități de lipază la o masă). PANGROL 25000 Dacă nu este altă recomandare, doza este de 1 capsulă de Pangrol 25000 la fiecare masă (echivalentul a 25000 Ph. Eur. unități de lipază la o masă). Doza necesară poate fi, de asemenea, mai mare. Creșterea dozei se face numai sub supravegherea medicului și depinde de simptomatologie (de exemplu: steatoree și dureri abdominale). Doza pentru copii trebuie stabilită numai de către medic.

REAȚII ADVERSE:

Din partea sistemului imun: foarte rar – reacții de hipersensibilitate de tip imediat (erupții cutanate, strănut, lăcrimare și bronhospasm). *Din partea tractului gastrointestinal:* foarte rar – la bolnavii cu mucoviscidoză – stricturi ale regiunii ileocecale și ale colonului ascendent; greață, diaree, disconfort gastric. *Din partea sistemului urinar:* în cazuri unice – la bolnavii cu mucoviscidoză – creșterea eliminării prin urină de acid uric. De aceea la bolnavii cu mucoviscidoză înainte de inițierea tratamentului se va efectua analiza urinei pentru determinarea nivelului de acid uric, pentru a reduce riscul formării calculilor.

CONTRAINDICAȚII: Pangrol 10000, Pangrol 25000 Hipersensibilitate la enzimele pancreatice de origine porcină sau alte componente ale preparatului, pancreatită acută, acutizarea pancreatitei cronice.

ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE DE UTILIZARE

Ocluzia intestinală este o complicație la bolnavii cu mucoviscidoză. În legătură cu aceasta la prezența simptomatice de ocluzie intestinală se va lua în considerare prezența stricturilor intestinale.

Sarcina și perioada de alăptare Este posibilă administrarea preparatului în sarcină și perioada de alăptare numai dacă beneficiul scontat pentru mamă prevalează asupra posibilului risc pentru făt.

Numărul certificatului de înregistrare în Republica Moldova: Pangrol[®] 10000 - nr. 16864 din 06.09.2011, Pangrol[®] 25000 - nr. 16865 din 06.09.2011 (modificare din 20.08.2015).

1. RCP Pangrol[®] 10000, Pangrol[®] 25000 august 2015.

Pangrol este un produs fără prescripție medicală. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Material elaborat pe data de 29.04.2016. Codul materialului: MD_PAN_02_2016.

Rezalut® Pro

Fosfolipide esențiale

EFFECT DUBLU DINTR-O SINGURĂ LOVITURĂ!

EFFECT DUBLU ASUPRA FICATULUI + COLESTEROLULUI

1 Bun
pentru
ficat



2 Bun
pentru
vasele de sânge

50
CAPSULE



1



Îmbunătățește funcția ficatului

Ajută la restabilirea țesutului hepatic prin regenerarea celulelor afectate ale ficatului.

2



Reglează nivelul de colesterol

Ajută la reglarea metabolismului colesterolului al organismului.

Există multe remedii hepatice.

Rezalut® Pro are un efect dublu asupra ficatului + colesterolului.

Acesta este un medicament. Se eliberează fără prescripție. Citiți cu atenție prospectul. Dacă apar efecte adverse, adresați-vă medicului sau farmacistului. Nr. de înreg. 21468 din 22.01.2015. Codul materialului MD-REZ-25-2016 din 29.04.2016.

**M BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Reprezentanța "Berlin-Chemie/Menarini" în Republica Moldova

str. Alexandru cel Bun, 85, or. Chișinău, MD-2012; Tel.: (+373 22) 21 25 58; (+373 22) 24 33 95; Fax: (+373 22) 24 42 84

BERLIN-CHEMIE MENARINI**Псориаз. Современные представления о роли топических стероидов в терапии****Богдан Литвиненко**

врач дерматовенеролог, онколог
Директор универсальной дерматологической клиники "ЕвроДерм"
Ассистент кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии
последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев, Украина

BAYER HEALTHCARE**Managementul dermatomicozelor cu componentă inflamatorie****Prof., dr. Călin Giurcăneanu**

Președinte SRD, București, România

Infecțiile fungice ale pielii (sau dermatomicozele) sunt asociate cu o gamă largă de agenți patogeni, implicarea bacteriilor gram-pozitive fiind adesea suspectată în cazul dermatomicozelor. Inflamația joacă un rol important în cazul dermatomicozelor, deseori existând o asociere între frecvența episoadelor inflamatorii și indicele redus al calității vieții pacienților (asociat problemelor tegumentare). Combinația diflucortolon valerat cu nitrat de isoconazol crește biodisponibilitatea locală a isoconazolului (ISN) comparativ cu isoconazol (ISN) în monoterapie. Combinația diflucortolon valerat cu nitrat de isoconazol are un debut mai rapid al acțiunii antimicotice, reducând pruritul și alte simptome inflamatorii, având în general un beneficiu terapeutic și o rată de vindecare micologică îmbunătățită.

Combinația diflucortolon valerat cu nitrat de isoconazol este eficientă și în tratamentul infecțiilor micotice cu componentă inflamatorie, dar și în eradicarea infecțiilor bacteriene cu germeni gram-pozitivi ce pot acompania dermatomicozele. Îmbunătățirea rapidă a simptomatologiei, alături de profilul de siguranță și tolerabilitate favorabile, asigură pacientului un grad de satisfacție superior și, prin urmare, poate fi un instrument eficient pentru a crește aderența la tratament pentru pacienții cu dermatomicoze însoțite de semne și simptome inflamatorii.

BECOR**The latest developments in cutaneous homeostasis****Dr. Philippe Faure**

Institut de Biologie Paris Seine, France

Cele mai recente descoperiri în homeostaza cutanată

Pielea este un actor major al homeostaziei umane, în principal datorită rolului său important în reglarea temperaturii corpului, dar și prin rolul său de barieră împotriva oricărei agresiuni externe, de asemenea și ca un transmițător de informație către creier.

Este foarte important ca acest organ vital poate regla propria sa homeostază și să fie în măsură să-și asume acest rol pentru restul corpului uman. Se admite în mod obișnuit că homeostaza cutanată se datorează mai mult sau mai puțin efectului de barieră, dar descoperirile ultimului deceniu au deschis noi domenii interesante de investigare.

În raportul dat vom studia unele dintre ultimele descoperiri cu privire la cele 4 mecanismele ale homeostazei pielii: coeziunea celulară, lipidele stratului cornos și peptidele, filmul hidro-lipidic, microbiota pielii.

Cu ajutorul ultimelor descoperiri privind microbiota pielii, homeostaza pielii devine tot mai complexă. Interacțiunile dintre sebum, lipidele epidermice, peptidele epidermice și microbiota sunt imense. Avem un câmp deschis pentru a implementa tratamente noi, ținând seama de capacitatea de miliarde de celule vii de pe suprafața pielii noastre, care vorbesc cu celulele noastre tot timpul și lucrează împreună pentru a ajuta pielea noastră să-și asume rolul de apărare a corpului uman.

IVATHERM-APĂ TERMALĂ HERCULANE

Toleriskin – soluția pentru îngrijirea pielii sensibile intolerante

Dr. Alin Nicolescu

Secretar General SRD, București, România

Pielea intolerantă, pielea sensibilă, pielea hiperreactivă – piele dificil de gestionat, reprezintă o condiție laborios de tratat. În sprijinul profesioniștilor din dermatologie, Ivatherm a lansat Toleriskin (Demachiant fluid și Cremă calmantă și hidratantă), o gamă cu formulare unică. Aceasta îmbină efectele apei termale Herculane – antiiritant, calmant și antiinflamator cu echilibrarea în siguranță a ecosistemului tegumentar – refacerea florei saprofite, acțiune specifică antibacteriană și antifungică pe germeni pro-acneici și, nu în ultimul rând, o intensă acțiune rehidratantă.

FARMAPRIM

Klyntopic gel – combinație efektivă și sigură în tratamentul acneei vulgare

Dr., conf. Vladislav Gogu

Chișinău, Republica Moldova

Acneea vulgară – afecțiune foarte frecventă, care este actuală pentru aproximativ 80% dintre copiii și adulții cu vârste cuprinse între 11 și 30 de ani. Cu cât mai bine se cunosc aspectele etiopatogenetice ale maladiei, cu atât mai avansate devin abordările terapeutice. Având în vedere importanța patogenetică a inflamației foliculare, potențată de factorii microbieni, topicele cu acțiune antibacteriană rămân pe poziție fermă în tratamentul acneei vulgare. Totodată, potrivit raportului Alianței Mondiale pentru îmbunătățirea rezultatelor în acnee (Global Alliance to Improve Outcomes in Acne), preparatele topice antibacteriene nu trebuie să fie utilizate ca monoterapie. Deoarece ele contribuie la dezvoltarea rezistenței bacteriene în timpul administrării îndelungate. Astfel, combinația optimă de ingrediente active cum ar fi fosfatul de clindamicină și peroxidul de benzoil este binevenită, grație ar fi potențării reciproce a efectului antibacterian cu minimalizarea rezistenței bacteriene.

- Clindamicina inhibă sinteza proteinelor bacteriene la nivel ribozomal și are un efect bacteriostatic asupra microorganismelor aerobe gram-pozitive, dar și împotriva unui șir întreg de bacterii anaerobe, fapt care a condus la utilizarea cea mai frecventă a acestui antibiotic topic în tratamentul acneei.
- Peroxidul de benzoil are un efect antiseptic din contul formării moleculelor active de oxigen și activitate bactericidă nespecifică, inclusiv împotriva *P. acnes* – microorganism care are un rol important în apariția leziunilor inflamatorii în acneea vulgară.

Pe lângă efectul antibacterian, peroxidul de benzoil mai are și un efect ușor keratolitic asupra comedoanelor în toate stadiile de dezvoltare și, totodată, previne hiperproducerea de sebum. Astfel se respectă conceptul de „terapie rațională”, ce prevede un preparat care acoperă cât mai multe verigi patogenetice ale acneei vulgare.

Compania farmaceutică autohtonă Farmaprim SRL a lansat pe piață preparatul Klyntopic gel (fosfat de clindamicină 1% și peroxid de benzoil 5%). Pentru evaluarea eficacității și siguranței produsului medicamentos Klyntopic gel a fost realizat un studiu clinic comparativ, randomizat, prospectiv, în grupuri paralele, unde ca indice de referință a fost luat preparatul original Duac gel (Stiefel, Marea Britanie). În baza rezultatelor obținute a fost stabilită atât eficacitatea terapeutică și tolerabilitatea bună a produsului medicamentos Klyntopic gel în tratamentul acneei vulgare, cât și echivalența terapeutică și siguranța similară dintre produsele medicamentoase luate în studiu.

PLASMOLIFTING

Eficiența corecției modificărilor involutive cutanate la utilizarea asociată a tehnologiei Plasmolifting (APT – autoplasmă trombocitară) și preparatelor pe bază de acid hialuronic – Restylane, Emervel**Dr. Alexandru Bulat**

Director Plasmolifting Moldova, Chișinău, Republica Moldova

Generalități. Cronoîmbătrânirea este o problemă actuală în dermatologia estetică. Pentru corectarea acestui proces, se aplică cu succes preparate pe bază de acid hialuronic. Cele mai bune rezultate pentru corecția proceselor involutive ale pielii sunt oferite de utilizarea asociată a preparatelor de acid hialuronic Restylane sau Emervel cu autoplasmă trombocitară APT – tehnologia Plasmolifting.

Scopul studiului. Evaluarea eficienței aplicării asociate a tehnologiei Plasmolifting și a preparatelor din acid hialuronic.

Material și metode. S-au aflat sub observație 60 de pacienți (2 grupuri a câte 30 de persoane) cu semne ale modificărilor involutive cutanate, cu vârsta cuprinsă între 30-55 de ani. Starea pielii pacientelor a fost evaluată prin metode de corneometrie și sebometrie (aparatură Monaderm Combined, Courage+Khazaka, Germania), dermatosiascopie (aparatură MOLEMATE SIAscope Digital Imaging System).

Rezultate. Metoda de corecție a modificărilor involutive ale pielii (MIP), cel mai frecvent aplicată în dermatologia estetică este biorevitalizarea cu acid hialuronic nemodificat genetic Restylane și Emervel. Căutarea unor metode noi de întinerire a pielii, de eficiență înaltă și, totodată, inofensive, s-a soldat cu apariția unei tehnologii noi, care a realizat o transformare revoluționară în reîntinerirea pielii. Aceasta este metoda APT. În acest context, a apărut ideea de utilizare asociată a ambelor metode pentru corecția modificărilor pielii, legate de vârstă. S-a efectuat un studiu clinic în câteva etape. La prima etapă, s-a realizat o analiză comparativă a eficienței metodelor APT (autoplasmă trombocitară) și BR (biorevitalizare) în corecția diferitelor variante de MIP (modificări involutive ale pielii) feței. În fiecare grup de control erau câte 30 de femei. Analiza comparativă a eficienței corecției modificărilor pielii, legate de vârstă, prin metodele APT și BR, a demonstrat că ameliorarea completă a simptomelor s-a înregistrat numai la aplicarea primei metode – 25%. S-au redus în esență hiperpigmentația și modificările vasculare ale pielii. Metoda de Plasmolifting a contribuit la regenerarea mai rapidă a țesuturilor afectate. La etapa a doua, au fost analizate aspectele pozitive și carențele metodelor de APT și BR. La cea de-a treia etapă, s-a elaborat și evaluat eficiența metodei de tratamente combinate, bazate pe aplicarea ambelor metode. Acest grup experimental a inclus 60 de femei. Selectarea parametrilor procedurii APT s-a făcut în funcție de tipul MIP.

Metoda combinată de corecție a modificărilor pielii, legate de vârstă, a inclus utilizarea succesivă a APT și BR. Au fost efectuate 8 proceduri (4 proceduri de PRP și 4 proceduri de BR) alternativ, la interval de 1 săptămână. Această metodă combinată, propusă pentru prima dată, s-a dovedit a fi mai eficientă decât doar APT (86,4% față de 75,5%). Termenul de recuperare a devenit de 1,5 ori mai scurt, gradul de satisfacție a tratamentului a crescut – 97,2% față de 86,5%. Eficiența mai mare a APT, în asociere cu BR, a fost dovedită prin metode de dermatosiascopie, sebometrie și corneometrie. S-a efectuat o comparație cu grupurile de paciente, cărora li s-a administrat doar tratamentul APT sau BR. Dermatosiascopia a demonstrat eficiența mai mare a metodei combinate de corecție a modificărilor pielii, legate de vârstă. BR elimină modificările vasculare ale pielii la numai 28,2% dintre femei, APT – la 78,2%, asocierea acestora – la 94,2%. Eliminarea hiperpigmentației a survenit numai în tratamentul APT – 44,5% și APT+BR în 54,1%. La celelalte paciente, intensitatea acesteia s-a redus considerabil. Utilizarea APT+BR a contribuit la scăderea numărului de cazuri cu o densitate scăzută a colagenului de 2,4 ori, iar APT – de 1,9 ori. Diminuarea indicatorilor sebometriei în limitele normei s-a înregistrat în tratamentul MIP prin APT+BR și APT doar la grupul de vârstă sub 39 de ani. Creșterea veridică a indicatorilor corneometriei, în limitele normei, s-a raportat la aplicarea metodei BR în grupul de vârstă sub 39 de ani și a APT+BR – în grupurile de vârstă sub 39 de ani și 40-49 de ani. Astfel, a fost dovedită eficiența înaltă a corecției modificărilor pielii legate de vârstă, prin metoda combinată APT + BR.

Concluzii

1. Modificările involutive ale pielii apar la persoanele cu vârsta cuprinsă între 40-49 de ani (53,2%) și mai mari de 50 de ani (42,1%). Acestea sunt reprezentate prin modificări vasculare – 78,6%, hiperpigmentație – 76,6%, ptoză gravitațională – 45,3%, riduri mici – 23,3%. Semnele se combină în 2/3 cazuri – 66,5%, în medie $2,04 \pm 1,2$ la o pacientă. Cel mai frecvent, se înregistrează modificări vasculare cu hiperpigmentație în 44,6% cazuri și cu ptoză gravitațională – în 38,2% cazuri. Sub formă de mono-simptom, primul loc le revine leziunilor vasculare – 12,8%. Tipul de îmbătrânire cu riduri mici și semne de ptoză gravitațională începe să apară la o vârstă de peste 40 de ani.

2. Procesele de îmbătrânire a pielii la femei sunt influențate de acțiunea complexă a mai multor factori exogeni ($2,6 \pm 1,1$) și endogeni ($2,1 \pm 0,5$), preponderent trei și mai mulți (97,3%). Dintre factorii exogeni ar fi importanți: fumatul – 38%, insolarea excesivă – 54,2%, condițiile climatice nefavorabile – 8%, acțiunea hipertermică asupra pielii – 22,4%, arsurile termice/chimice – 28,5%, abuzul de alcool, de alimente fierbinți și picante – 26,8%. În structura factorilor endogeni predomină stresul psihoe emoțional – 82%, predispoziția ereditară – 46,3%, pre- și menopauza – 24,6%, patologia somatică asociată – 18,2%.

3. Metoda dermatosiascopiei permite o evaluare obiectivă a modificărilor involutive ale pielii – gradului de hiperpigmentație, a densității colagenului și creșterii frecvenței de vizualizare a modificărilor patologice cu 9,5%. Intensitatea hiperpigmentației nu depinde de vârstă. Hiperpigmentația sub formă de mono-simptom, practic, la toate femeile după intensitate este manifestă în 94,8%, iar în asociere cu alte semne de îmbătrânire a pielii este slabă – 56,8% sau moderată – 31,1%. Predomină gradul redus (58,2%) și mediu (46,5%) al densității colagenului, corelând cu vârsta. Numărul de persoane cu o densitate redusă a colagenului, vârsta fiind în jur de 50 de ani și peste, crește de 3 ori comparativ cu vârsta de 30-39 de ani și de 1,6 ori – la vârsta de 40-49 de ani.

4. Indicatorii sebometriei la femeile cu modificări involutive ale pielii au variat de la 72 la 278 mkg/cm², constituind în medie $148,01 \pm 42,90$ mkg/cm², și s-au încadrat în limitele normei la 79,4%. În limitele normei, s-au constatat deosebiri veridice în grupul de vârstă sub 39 de ani ($226,24 \pm 45,80$), comparativ cu alte grupuri mai mari de 40 de ani ($132,57 \pm 28,65$ și $116,52 \pm 24,53$). Indicatorii corneometriei au variat de la 18 la 132 Un, constituind în medie $54,32 \pm 22,82$ Un, și s-au încadrat în limitele normei la 94,8% dintre femei. Odată cu vârsta, indicatorii corneometriei în limitele normei au descrescut: de la $96,18 \pm 15,16$ Un sub 39 de ani, până la $64,72 \pm 19,73$ la 40-49 de ani și până la $38,81 \pm 13,16$ peste 50 de ani. A fost determinată norma valorilor medii ale indicatorilor sebometriei ($156,20 \pm 28,10$ mkg/cm²) și corneometriei ($58,30 \pm 22,40$ Un) pe frunte la femeile, care își îngrijesc minuțios aspectul exterior.

5. Analiza comparativă a eficienței corecției modificărilor pielii, legate de vârstă, prin metodele APT și BR a permis identificarea particularităților pozitive ale fiecăreia. Aplicarea APT a contribuit la o regenerare mai rapidă a țesuturilor lezate. Metoda combinată, propusă pentru prima dată, cu aplicarea pe rând a APT și BR este mai eficientă decât APT în 86,4% cazuri, față de 75,5%. Termenele de reabilitare sunt de 1,5 ori mai scurte, gradul de satisfacție a femeilor de rezultate fiind mai ridicat, 97,2% față de 86,5%.

6. BR elimină modificările vasculare ale pielii doar la 28,2% dintre femei, APT – la 78,2%, combinarea acestora – la 94,2%. Eliminarea hiperpigmentației a avut loc numai în tratamentul APT (44,5%) și APT+BR (54,1%). La celelalte femei, intensitatea acesteia s-a redus considerabil. Utilizarea APT+BR a contribuit la diminuarea numărului de paciente cu o densitate scăzută a colagenului de 2,4 ori, iar APT – de 1,9 ori.

Skinboosters – rolul acidului hialuronic în tratamentul cicatricilor postacneice

Dr. Ina Șoșoacă

Medic specialist dermato-venerologie, doctor în științe medicale
Antrenor internațional pentru metode și tratamente în medicină estetică
Consultant științific al companiei IME, director medical Bella Medical SPA, București, Romania

În societatea modernă, aspectul fizic joacă un rol extrem de important, atât în viața personală, cât și în cea profesională a fiecărui individ. Unul din factorii care influențează în mod negativ demersul echilibrat al evenimentelor, trăirilor sau experiențelor din viața noastră, este exprimat de prezența cicatricilor postacneice la nivelul chipului, acestea afectând semnificativ calitatea vieții pacienților.

Alegerea metodei de tratament a cicatricilor postacneice se face în funcție de tipul și forma acestora, gradul de severitate și culoare, mărimea și localizarea, dar și experiența, tratamentele anterioare, prezența sau absența inflamației.

În ceea ce privește tratamentul cicatricilor, un mare succes îl are gama Restylane Skinboosters – fillere dermice cu acid hialuronic. Acidul hialuronic crește conținutul de apă în spațiul extracelular, reface mediul fiziologic în derm, optimizează enzimele și stimulează metabolismul, dar și activitatea fibroblaștilor. Are numeroase funcții, de la redarea elasticității pielii până la lubrifierea articulațiilor.

Место и применение Скинбустеров, дермальные филлеры гиалуроновой кислоты, в комплексной программе лечения пациентов с рубцами постакне

В симптомокомплекс постакне, развившегося в результате эволюции различных форм воспалительных элементов угревой болезни, входят рубцы постакне различных видов, поствоспалительная гиперпигментация, наличие атромов и милиумов. Длительность течения воспалительного процесса напрямую коррелирует с риском развития рубцов, которые формируются по оценкам разных авторов, в 11-95% случаев. При папуло-пустулезной узловато-кистозной формах акне, постэруптивные изменения кожи наблюдаются у 100% пациентов.

В современном обществе, физическая привлекательность играет важную роль, что позволяет достичь большего успеха как в профессиональной деятельности, так и в личной жизни. Наличие рубцов постакне значительно ухудшает качество жизни пациентов. Рубцы, как исход угревой болезни, весьма разнообразны и различаются по типу рубцов – гипертрофические и келоидные рубцы (10-20%), атрофические рубцы (80-90%); по форме – V-образные (Ice-pick), M-образные (Rolling), U-образные (Boxcar); по степени тяжести (I-IV) и требуют различного подхода в их лечении.

Выбор метода коррекции рубцов постакне осуществляют с учетом типа, формы, степени тяжести, цвета, размера, локализации, опыта предыдущих процедур, наличия или отсутствия воспалительного процесса. В случае гипертрофических и келоидных рубцов, выбор метода коррекции осуществляют с учетом расположения, толщины рубцов и состояния окружающей ткани. Не менее важными факторами влияющие на выбор метода коррекции рубцов, являются и тяжесть предшествующих угревых высыпаний, реальные возможности метода и ожидания пациента, побочные эффекты, а также стоимость лечения. Следует учитывать, что цель любого вмешательства улучшение внешнего вида, а не бесследное устранение рубца, потому как полного избавления от рубцов не гарантирует ни один метод лечения.

Методы лечения различны: при гипертрофических рубцах, они направлены на их уплощение, при атрофических рубцах, наоборот, – на их элевацию. При лечении гипертрофических рубцов с целью антипролиферативного эффекта назначают наружные средства и/или давящие повязки, инъекционные кортикостероиды – цитостатики, лучевую терапию и т. д. Тактика лечения при атрофических рубцах иная и зависит от эластичности их основания и окружающей ткани. Для эластичных рубцов успешно применяют Скинбустеры – дермальные филлеры гиалуроновой кислоты (например Restylane Vital, Restylane Vital Light и/или филлеры Restylane, Perlane) для сглаживания и заполнения рубцовой ткани.

Стимуляция коллагена и заполнение рубца гиалуроновой кислотой подходит для неплотных рубцов с покатыми краями (в основном U-образных, Boxcar). Гиалуроновая кислота способствует увеличению содержания воды во внеклеточном пространстве, восстанавливает физиологическую среду в дерме, оптимизирует работу ферментов и стимулирует обменные процессы, в том числе и работу фибробластов, обладает противовоспалительным и регенерирующим (противорубцовым) действием.

Известно, что пропионобактерии выделяют фермент – гиалуронатлиазу, которая стимулирует разрушение собственной гиалуроновой кислоты. В результате этого процесса, в коже создается неблагоприятный фон для ее успешной регенерации. Поэтому, введение гиалуроновой кислоты является важным компонентом программы профилактики и сглаживания рубцов. Доказано, что гиалуроновая кислота оказывает выраженное себорегулирующее действие: уровень сальной секреции себорейных участков после введения гиалуроновой кислоты снижается в 2 раза, причем эффект сохраняется в течение 4-х недель.

При наличии фиброзных изменений в ткани возможно сочетание одномоментного “сепарирования ткани” с введением Скинбустера. Процедура обладает хорошей переносимостью и малым риском осложнений. Также, возможна комбинация процедуры микронидлинга с применением Плазмолифтинга в альтернативу с процедурой применения Скинбустера. При лечении поверхностных рубцов показаны аблятивные методы (микронидлинг, механическая дермабразия, химические пилинги различной глубины или лазерная шлифовка). Хорошо зарекомендовал себя сочетанный метод механической дермабразии с одномоментным применением срединного пилинга.

Второй по значению показатель, влияющий на выбор метода терапии, – цвет рубца, свидетельствующий о его зрелости. Так, незрелые красные рубцы, особенно на начальных этапах развития, хорошо поддаются консервативным методам лечения, в частности фототерапии. Большинство незрелых красных рубцов полностью формируются и достигают зрелости в срок от 6 до 12 мес. С этого времени, по мере изменения цвета рубца с красного на телесный, консервативные методы лечения отходят на второй план, а на первый план выступают различные эстетические вмешательства. При выборе метода лечения также необходимо учитывать фототип кожи пациента.

Таким образом, только точная оценка всех клинических проявлений рубца (ов), как и в целом общего состояния пациента, может помочь правильно выбрать тактику лечения, тем более, что сегодня практически при любом из рубцов постакне, существует несколько альтернативных методов лечения и/или коррекции.

Аутологичная плазма. Заметки на полях

Олеся Чиркова

Врач хирург-косметолог, ассистент кафедры косметологии
Преподаватель института ДПО ИПХиФК, Москва, Россия

Культура современной эстетики предоставляет врачу-косметологу широкий спектр инструментов коррекции природной красоты. Культура всегда массова, поэтому в мире эстетики тоже существует мода. Мода на бренды, процедуры, врачей-косметологов, клиники... Лицо всегда зеркало. Зеркало культурного развития, личного опыта и частично генетических особенностей. Сохранение генетической красоты, отсутствие следов личного опыта и заметных штрихов культурного развития – цель, которая, на мой взгляд, обеспечивает в последние годы прогрессивный интерес к аутологичным методам омоложения.

«Идеальная» процедура

В связи с постоянным поиском идеальной антивозрастной процедуры, стала совершенно очевидной потребность в идеальной технологии качественного улучшения мягких тканей. Активно применявшиеся ранее методы лечения не всегда учитывали ключевые клеточные потребности. Очевидно, что идеальной методикой коррекции трофических и деформационных изменений кожи может быть только та, при которой возможно восстановление измененной клеточной регенерации в условиях, максимально приближенных к физиологическим, с сохранением и улучшением качественных показателей структур мягких тканей.

Основными преимуществами применения аутоплазмы являются широкий спектр возможного применения и высокая эффективность при гарантии максимальной безопасности для пациента.

И такой процедурой, как бы странно это ни звучало в эпоху нанотехнологий и глобального развития технического прогресса, является лечение аутоплазмой. Ее богатый состав позволяет предоставить пациенту широчайший спектр эстетических процедур. При этом безопасность процедуры всегда будет вне конкуренции в сравнении с любыми препаратами растительного, животного или синтетического происхождения.

Вторым большим плюсом, несомненно, станет возможность восстановления здорового состояния кожи без привлечения агрессивных эстетических процедур. Обеспечение фундаментальных клеточных потребностей, таких как наличие пластического материала для синтеза «новых» тканевых структур и создание условий, при которых возможно протекание клеточного деления по биотипу, то есть в максимально «правильном» русле, с соблюдением всех условий, делает эти процедуры востребованными.

Где же можно использовать аутоплазму в эстетической медицине? Прежде всего терапия фото- и хроностарения, биоревитализация и биорепарация, рубцовые изменения кожи, пигментация, восстановление роста волос, а также программы подготовки и реабилитации пациентов к агрессивным эстетическим процедурам и хирургическому лечению.

При применении аутоплазмы в протоколах коррекции возрастных изменений, терапия восстановления протекает в несколько этапов и обеспечивает фундаментальные клеточные потребности при делении, а именно «еда, вода и нужная среда».

Преимущества плазмы

Какие преимущества у плазмы перед другими препаратами? Плазма – это, безусловно, идеальный для каждого человека продукт, которого невозможно заменить ничем.

Применение плазмы гарантирует как немедленные, так и долгосрочные результаты:

- возможность работы с любым фототипом кожи;
- отсутствие возрастных ограничений;
- широкий спектр совместимости со всеми эстетическими и аппаратными процедурами;
- целевая доставка активных биодоступных ингредиентов с последующей максимальной реализацией их возможностей;
- высокая рентабельность.

Применение плазмы в клинической практике врача-косметолога может гарантировать клиенту:

- безопасность;
- доступность;
- соответствие физиологическим схемам регенерации;
- высокую эффективность.

Чем же обусловлена такая высокая эффективность плазмы? Прежде всего ее составом, конечно. Аутологичная плазма имеет очень богатый биохимический состав, что позволяет говорить об эффективности ее применения. Останов-

люсь на одной из фракций плазмы, которая, на мой взгляд, и обеспечивает максимальный эффект реабилитации и репарации тканей. В плазме крови содержится 7% всех белков организма при условии концентрации 60-80 г/л. Основными являются альбумины, глобулины и фибриноген. Альбумины – это белки, составляющие до 60% от общего количества белков плазмы крови. Основные их функции: поддержание онкотического давления крови, транспорт различных химических веществ и участие в метаболических процессах.

Альбумины представляют собой простые белки, имеющие богатый аминокислотный состав, однако с точки зрения измененной регенерации крайне важно присутствие 20 структурных аминокислот, что позволяет альбумину выступать идеальным пластическим материалом при любых острых или хронических дефицитных состояниях клетки. Альбумины выполняют множество витальных функций:

- образуют важнейшую буферную систему крови и поддерживают рН крови в пределах 7,37-7,43;
- выполняют транспортную функцию;
- определяют вязкость крови;
- являются резервом аминокислот для организма. Действие альбуминов при коррекции процессов регенерации происходит по нескольким направлениям.

Активация

Аминокислотный состав альбумина – это идеальный биодоступный материал. Так, к примеру, некоторые клетки могут захватывать белки плазмы и расщеплять их при помощи собственных внутриклеточных ферментов. Высвобождающиеся при этом аминокислоты поступают в кровь, где сразу же могут использоваться другими клетками для синтеза новых белков. Процесс протекает без привлечения звена иммунной инициации, так как плазма является аутологичным продуктом.

Восстановление

Альбумины растворимы в воде, солевых растворах, кислотах и щелочах. И это, в свою очередь, очень важный момент, поскольку чаще всего, при воздействии на те или иные клеточные структуры, мы имеем значительно измененный уровень рН, что снижает эффективность фармакологических и прочих препаратов для коррекции. Альбумины же остаются активными при любых условиях и «готовы к труду и обороне» в тканях с любой степенью трофических и деформационных изменений.

Обновление

При применении плазмы, быстрый и видимый эффект – это результат качественного клеточного ответа и активной детоксикации тканей, что связано с еще одной особенностью альбуминов, а именно наличием как гидрофильных, так и липофильных связей и взаимодействие с клеточными мембранами, имеющими соответствующие рецепторы. Данные особенности альбуминов позволяют реализовать в полном физиологическом объеме корректное протекание всех стадий асептического воспаления и завершить процесс стимуляции логичным репаративным заживлением.

Заключение

При выборе между препаратами коррекции растительного, животного, синтетического и аутологичного происхождения, методом первого выбора всегда будет аутологичный, потому как именно он способен обеспечить быстрый тканевой ответ и фундаментальные витальные потребности процесса клеточного деления, такие как наличие в должном объеме пластического материала, водной среды и соответствующего физиологическим нормам рН как в клетке, так и во внеклеточном матриксе.

Plasmoliftingul – o soluție modernă de regenerare a pielii

Cristina Nichiforciuc

Clinica de Medicină estetică Sancos, Chișinău, Republica Moldova

Plasmoliftingul (PRP) este cea mai modernă soluție de regenerare a pielii prin forțe proprii și ultima tendință în terapiile anti-aging. Tratamentul înlătură semnele de îmbătrânire (riduri, scăderea turgorului) la nivelul feței, gâtului, mâinilor și altor zone ale corpului.

Cum se realizează?

- Se recoltează o cantitate mică de sânge în eprubete speciale.
- Eprubetele sunt transferate într-o centrifugă, care se rotește până când plasma este separată de celulele roșii.
- Plasma bogată în trombocite se injectează în derm. Ea accelerează regenerarea celulară.
- Plasma stimulează noi celule ale pielii și colagenul, reduce liniile fine, ridurile, petele și deshidratarea pielii.

Avantajul major al acestei metode constă în utilizarea propriului material biologic al pacientului. Nefiind vorba de produși de sinteză, ci de propriile celule ale organismului, responsabile de repararea și regenerarea țesuturilor, alergiile sau alte complicații sunt excluse.

Ce conține plasma?

Plasma conține plachete, celule stem, enzime, nutrienți, anticorpi, hormoni, glucoză, proteine, lipide și albumină (antioxidant puternic). PRP – plasmă bogată în plachete concentrează proteine, factori de creștere, secretați activ de plachete pentru a iniția procesul de vindecare a rănilor. De asemenea, PRP conține 3 proteine: fibrina, fibronectina și vitronectina, care au un rol important în procesul de regenerare a țesuturilor deteriorate.

Indicațiile tratamentului de bioregenerare: Plasmoliftingul este indicat pacienților, care își doresc ameliorarea stării pielii, dar nu vor să apeleze la injectarea cu o substanță chimică sau artificială, folosind propriile resurse de regenerare ale pielii, fără risc de alergii.

1. Reîntinerirea facială cu remodelarea ovalului feței și îmbunătățirea vizibilă a texturii și luminozității pielii.
2. Reducerea ridurilor.
3. Reîntinerirea pielii de pe corp, decolteu, dosul mâinilor, gât etc.
4. Regenerarea părului cu condiția existenței unui număr de foliculi piloși.
5. Terapia vergeturilor.
6. Terapia hiperpigmentațiilor.
7. Tratamentul cicatricilor postacneice.
8. Reducerea cearcănelor.

Contraindicații: sarcină, alăptare, cancer de piele, cancer sistemic, chimioterapie, boli ale sângelui, boli de colagen, infecții virale acute, infecții ale pielii sau alte afecțiuni dermatologice.

Beneficiile plasmoliftingului:

Stimulează fibroblaștii dermici din matricea extracelulară pentru producția de colagen nou (neocolageneză).

Accelerează procesul natural de vindecare a pielii, prin stimularea mecanismelor naturale ale pielii – epitelizarea (repararea și regenerarea pielii pentru vindecarea rănilor).

Accelerarea procesului de refacere a pielii și după un peeling laser sau chimic.

Stimulează neovascularizarea – dezvoltarea de noi vase de sânge.

Stimulează celulele stem pentru regenerarea și reconstrucția țesutului, refacerea ADN-ului celular.

Rejuvenează și revitalizează pielea, cu rezultate durabile.

Atenuază ridurile (de expresie și șanțurile nazo-labiale), stimulează fermitatea și elasticitatea pielii, atenuează cearcănele și cicatricile postacneice.

Hidratează pielea în profunzime, uniformizează tonalitatea pielii, redensifică pielea.

Nu există reacții adverse (nu există riscul de contaminare, nu este respins de organism, este nontoxic, folosind propriul sânge al pacientului), componentele plasmii fiind 100% biocompatibile.

Ideal pentru reîntinerirea pielii feței, gâtului, decolteului și a mâinilor.

Rezultatele se instalează după aproximativ 15 zile de la efectuarea tratamentului. În genere, sunt recomandate 2-4 ședințe de tratament, având rezultate durabile. Persoanele care vor să-și folosească propriile resurse de regenerare, fără risc de alergii sau de a face infecții, pentru obținerea unor rezultate cât mai naturale și cu menținerea proprietăților de elasticitate, fermitate și strălucire a pielii pe termen lung, pot beneficia de plasmolifting.

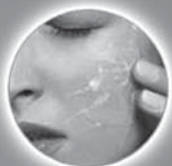


Plasmolifting™

In se et sibi...



**Crono-
îmbătrânire**



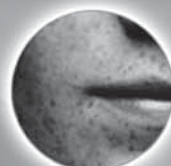
**Pielea
sensibilă
uscată**



Acne



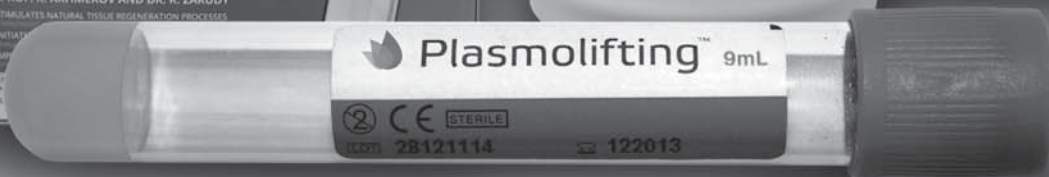
Postacne



**Pigmentație
excesivă**



Alopecie



Atenție! Feriți-vă de imitații!

SC Bulat & Co S.R.L - reprezentant exclusiv pe teritoriul Republicii Moldova.
or. Chisinau, str. Alba Iulia 97 Tel: (+373 22) 92-18-18, Mob: (+373) 600-5555-8



RESTYLANE SKINBOOSTERS

Gama de fillere pe bază de acid hialuronic stabilizat, se folosește pentru tratamente de reîntinerire, tratamente post-acneice, hidratare și biorevitalizare a următoarelor zone: față, gât, zona periorală și perioculară, decolteu, mâini, coate și genunchi.

Concentrația acidului hialuronic stabilizat în Restylane Vital este 20 mg/ml, iar în Restylane Vital Light este 12 mg/ml, remanența produselor în țesuturi este de peste 6 luni.

Pielea va deveni mai hidratată și reîntinerită, luminoasă și densă, cu aspect sănătos. Ridurile fine vor dispărea iar pielea va rămâne catifelată și își va recăpăta elasticitatea și tonicitatea.

- + RESTYLANE VITAL / RESTYLANE VITAL LIDOCAINE
recomandat pentru pielea îmbătrânită, ce își pierde elasticitatea și tonusul
- + RESTYLANE VITAL LIGHT / RESTYLANE VITAL LIGHT LIDOCAINE
recomandat persoanelor tinere, cu o piele subțire și fină

Injectorul - un sistem special de unică folosință, în care este încorporată seringă de 2 ml, cu design ergonomic ce asigură o dozare uniformă, ușor de manevrat pentru medic și confortabil pentru pacient.

- + RESTYLANE VITAL / RESTYLANE VITAL LIDOCAINE INJECTOR
- + RESTYLANE VITAL LIGHT / RESTYLANE VITAL LIGHT LIDOCAINE INJECTOR



CICATRICI
POST-ACNEICE
TRATATE CU
RESTYLANE
SKINBOOSTERS

Produsul utilizat:
Restylane Vital



Înainte



După

TRATAMENT
COMBINAT:
RESTYLANE,
RESTYLANE
SKINBOOSTERS

Produse utilizate:
Restylane,
Perlane,
Restylane Vital



Înainte



După

TEN MATUR
ÎNAINTE ȘI DUPĂ
TRATAMENTUL
CU RESTYLANE
SKINBOOSTERS

Produse utilizate
Restylane Vital și
Restylane Vital Light



Înainte



După

TEN TÂNĂR
ÎNAINTE ȘI DUPĂ
TRATAMENTUL
CU RESTYLANE
SKINBOOSTERS

Produse utilizate:
Restylane Vital și
Restylane Vital Light



Înainte



După



Telefon de contact:
+373 22 835 896
+373 69 958 359

Restylane®

Cranioplastia cu biomateriale osteoinductive

*Elena CIOBANU¹, Ala BAJUREA², Boris TOPOR¹

¹Catedra anatomie topografică și chirurgie operatorie, ²Catedra Neurochirurgie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

*Autor corespondent: ciob_elen91@mail.ru. Recepționat 23.03.2016; acceptat 16.05.2016

Abstract

Background: Official statistics worldwide shows an unexpected bleak in terms of health of young people: crania-cerebral trauma is the main cause of death in people aged under 40 years and also is responsible for approximately two-thirds of traumatic deaths, constituting the most commonly posttraumatic generator of permanently disabled. Thus, cranioplasty remains on the agenda and an interest is not only medical but also social.

Material and methods: Underlying work is accumulated material in the Division of Pediatric Neurosurgery Institute of Mother and Child. The control group consisted of 60 (100%) children who received the implants protacril cranioplasty – 30 (50%) children and allografts formalinized - 30 (50%) children. The results of operations were estimated by the same clinical criteria and morpho, according to background lot of operated patients. The group was composed of 50 (100%) children who have benefited from cranioplasty plates of osteomatrix.

Results: Comparative characteristic of methods and results of cranioplasty showed that cranioplasty combined with OMF-Plate and OMF-Paste is the least traumatic method of cranioplasty.

Conclusions: Cranioplasty with osteoinductive biomaterials represents a more effective closure of cranial defect in patients who have suffered head trauma, this being proved by investigating neuroecography, cranial computed tomography and radiography. Due to the active regenerative process there were no signs of cranioplasty in patients 20 years after the operation. Objectively, it shows a good cosmetic effect. When examining the defects of skull limits are not visible.

Key words: crania-cerebral trauma, cranioplasty, osteoinductive biomaterials.

Introducere

Statisticile oficiale la nivel mondial relevă o situație neașteptat de sumbră în ceea ce privește sănătatea populației tinere: traumatismele cranio-cerebrale (TCC) reprezintă principala cauză de deces la persoanele cu vârsta sub 40 de ani și, totodată, constituie cauza a aproximativ două treimi din decesele posttraumatice, fiind și cel mai frecvent generator de handicap permanent posttraumatic.

Multitudinea acțiunilor funcționale și stresante asupra țesutului osos pot duce la instalarea unor stări osteogene deficitare, exprimate prin întârzieri de consolidare a oaselor și defecte de țesut osos.

Specialiștii atrag atenția asupra faptului, că toți pacienții cu TCC sever și 75% dintre cei, care au suferit de o formă medie de traumatism, rămân cu dizabilități fizice și psihice (tulburări cognitive și emoționale).

Datele oficiale ale OMS remarcă incidența de 200-300 de cazuri de traumatisme craniene la 100.000 de locuitori, cu prevalență în grupul de vârstă de 15-24 de ani și raportul sexului masculin față de cel feminin fiind de 2-4:1. În Europa, există aproximativ 245.000 de persoane spitalizate anual cu astfel de traumatisme, iar 66.000 dintre acestea decedază din cauza complicațiilor.

În România, numărul cazurilor cu TCC este în creștere. Cu circa 300 de cazuri la 100.000 de locuitori, se înregistrează anual peste 60.000 de noi cazuri de TCC. La fiecare 8 minute, un român suportă un TCC, care constituie 36-40% din totalitatea traumatismelor, iar în asociere cu alte tipuri de traumatisme, ponderea lor crește la 60-65%. Totodată, TCC în structura invalidității populației constituie 25-30%.

Tratamentul chirurgical al TCC și al patologiilor neurochirurgicale de altă genă, deseori, este însoțit de formarea unor defecte ale oaselor craniului. Prezența defectului osos

al craniului reprezintă un obstacol în stabilirea unui tratament adecvat, în reabilitarea și dezvoltarea copiilor, sporind riscul leziunii encefalului, odată cu instalarea unui nou traumatism cranio-cerebral. Deoarece neglijarea defectelor craniului reprezintă un generator de handicap permanent posttraumatic, plastia defectelor craniului constituie ultima treaptă în tratamentul traumatismului cranio-cerebral și al altor patologii neurochirurgicale. Astfel, cranioplastia rămâne la ordinea zilei și constituie un interes nu doar medical, dar și social. Cranioplastia constituie o problemă de anvergură și cât se poate de autentică la momentul în chirurgie.

Primele proceduri ale cranioplastiei primitive datează din anul 7000 î.Hr. și se realizau cu utilizarea metalelor și țigvelor pentru repararea defectelor craniene [3, 4].

Cercetările științifice în domeniul plastiei calotei cerebrale încep în a doua jumătate a sec. XIX [1]. În perioada dată și la începutul sec. XX, investigațiile în cranioplastie se efectuau în două direcții. Prima direcție consta în evaluarea osului transplantat și stabilirea ulterioară a sursei de osteogeneză [2]. A doua direcție constă în studierea metodelor, procedurilor și materialelor de închidere a defectelor oaselor craniene [5, 7]. În mare parte, au fost folosite grefele singelice [6].

Plastia țesutului osos cu biomateriale osteoinductive a fost studiată în Republica Moldova de către B. Topor [10-13], V. Nacu [8, 9, 10], V. Bețișor [10]. Cranioplastia cu biomateriale osteoinductive, tehnica operatorie și utilitatea acesteia în neurochirurgie a fost prezentată detaliat în teza de doctor în științe medicale a A. Bajurea, 1995 [1].

Analizând literatura de specialitate, putem constata că problema cranioplastiei continuă să rămână neelucidată atât sub aspect de elecție a materialului de plastic, cât și sub aspect de tehnică și termene de efectuare a intervenției. Situ-

ția expusă actualizează căutările euristice ale materialelor plastice, care să poseze proprietăți osteoinductive înalte, și elaborarea, pornind de la ele, a unor tehnici chirurgicale noi cu scopul de a ameliora rezultatele imediate și de durată ale operațiilor, reducând numărul de complicații.

Material și metode

La baza lucrării stă materialul acumulat în cadrul Secției de Neurochirurgie Pediatrică a Institutului Mamei și Copiului.

Lotul martor a fost format din 60 (100%) de copii, care au beneficiat de cranioplastie cu implanturi de protacril – 30 (50%) de copii și alogrefe formalinizate – 30 (50%) de copii. Rezultatele operațiilor s-au estimat după aceleași criterii clinice și morfofuncționale, conform lotului de fond al bolnavilor operați. Lotul de fond a fost format din 50 (100%) de copii, care au beneficiat de cranioplastie cu preparate osteoinductive osoase osteomatrix forte.

Peste 20 de ani, rezultatele s-au evaluat în baza lotului de fond.

Rezultate

La utilizarea alogrefelor osoase formalinizate, s-a constatat prezența exsudatului în medie 17 ml la 17 copii, de o nuanță cenușie-gălbuie, consistență filantă, cu un conținut mărit de leucocite. Febră care depășea 38°C s-a înregistrat la 19 (63,3%) copii, menținându-se din 1 până la 4 zi postoperatorie.

De asemenea, au fost observate complicații infecțioase la 2 (6,6%) copii, reacții encefalitice pronunțate cu paroxisme convulsive – la 2 (6,6%) copii.

Studiul în catamneză cu durata între 1 și 8 ani, a relevat faptul că la 6 (40%) copii, care au beneficiat de alogrefe formalinizate, momentan după operație, s-a constatat coaptarea

nesatisfăcătoare a marginilor grefei cu marginile defectului.

Peste 3-8 ani, în regiunea plastiei, la 12 (80%) copii s-a observat denivelarea pe toată suprafața grefei, ceea ce indică predominarea proceselor de resorbție. În consecință, odată cu desfășurarea procesului pe întreg perimetrul, grefa pierde în întregime contactul cu oasele recipientului și începe să pulseze și/sau să proemineze.

La 1 copil, s-a constatat mobilitatea alogrefei formalinizate, fapt care denotă rejecția completă a grefei.

În figura 1 este prezentată radiografia și CT a encefalului după cranioplastie cu alogrefă formalinizată, observându-se o reducere difuză, la un divers grad de manifestare a densității radiologice a alogrefei formalinizate.

După folosirea implanturilor de protacril, la 23 (76,7%) de copii s-a constatat prezența exsudatului, în medie, în volum de 45 ml. Exudatul avea nuanță gălbuie, consistență filantă, conținând un număr mare de leucocite. Volumul maxim al exsudatului se constata în a 5-6-a zi postoperatorie. Febra care a depășit 38°C s-a constatat la 14 (46,6%) copii, menținându-se de la 1 la 4 zile postoperatorii.

La 1 (3,3%) copil s-au constatat reacții encefalitice pronunțate cu paroxisme convulsive. Operații iterative s-au efectuat la 3 (10%) copii din cauza deplasării implanturilor sau reacției exsudative exuberante.

Studiul în catamneză de la 1 la 8 ani, la 15 copii cu implant de protacril, a relevat faptul că la 4 (26,6%) copii după cranioplastie, s-a constatat prin palpate denivelarea suprafeței implantului sau excrescență sub formă de burelet pe marginile lui, la nivel de contact al implantului cu marginile defectului. La 6 (40%) copii, mai mari de 3-5 ani, cu un bun efect cosmetic imediat după operație, odată cu creșterea craniului, a fost constatată incongruența curburii implantului și craniului, cu formarea unui defect cosmetic.

Într-un caz, s-a semnalat mobilitatea implantului de protacril față de marginea defectului și în 2 cazuri – deplasarea lui definitivă. Din cauza deplasării implanturilor, la 3 copii s-a recurs la reexplorarea regiunii cranioplastiei cu refixarea implanturilor.

În figura 2 este prezentat prin craniografie și CT, un defect osos al craniului, ceea ce denotă absența proceselor de osteogeneză în zona plastiei cu protacril. Marginile defectului în aceste situații sunt circumvalate și îngroșate.

Este de remarcat faptul, că în lotul de studiu nu s-au constatat fenomene de encefalită, reacții alergice și alte reacții specifice, nici reacții de rejecție a grefei.

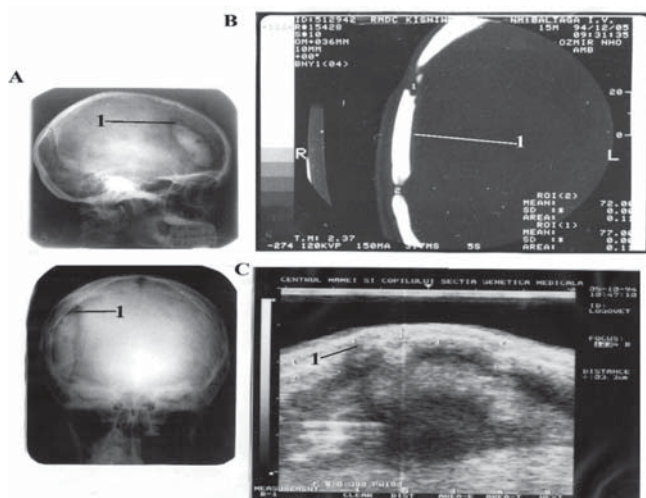


Fig. 1. Starea alogrefelor formalinizate la copii după 3-8 ani de la operație:

A – radiografia craniului; B – tomografia computerizată a craniului în regiunea plastiei; C – neurocistografia craniului în regiunea plastiei; I – alogrefă formalinizată.



Fig. 2. Imaginea craniografică și tomografia computerizată a defectului craniului după cranioplastie cu protacril:

A – craniografie; B – imagine tomografie computerizată; I – zona de cranioplastie.

Fenomene de recrudescență a simptomaticii neurologice anterioare, agravare sau instalare primară a paroxismelor epileptice nu s-au constatat. Din contra, s-a observat reducerea frecvenței acestora cu o evoluție mai benignă. După cranioplastie, copiii au devenit independenți de modificările ortostatice sau mai puțin sensibili la oscilațiile presiunii atmosferice.

Criteriile morfofuncționale de estimare a cranioplastiei includeau următorii indicatori: formarea unui regenerat osos calitativ, propriu regiunii plastiei; efectul calitativ cosmetic, protector și etanșeitatea grefonului.

Prin palpare, după operație, la toți copiii, s-a constatat un efect cosmetic satisfăcător; suprafață netedă a grefonului, rezistență bună pe marginile defectului osos, respectarea curburii craniene în regiunea de interes. Zona de cranioplastie era indoloră, pielea de de-asupra ei – netedă și destul de mobilă. Etanșeitatea craniului a fost asigurată de rigiditatea grefei lamelare și de formarea promptă a regeneratului osos propriu, îndeosebi datorită masei osteoinductive.

Procesul de formare a regeneratului osos propriu se estima prin investigații repetate: NEG, CT a encefalului, scintigrafia oaselor craniului, radiografia craniului.

În NEG și CT, țesutul osos nou se relevă sub formă de porțiuni cu densitate ecografică și radiografică sporită. Regeneratul osos începe să se formeze chiar în prima lună post-operatorie. Drept sursă de inițiere a formării regeneratului osos propriu servește OMF – Pa. Inițial, țesutul osos propriu are formă de insule mici, care treptat se extind, apoi confluază, îmbrăcând forma unei lamele fine. Treptat, grosimea lamelei osoase crește, iar densitatea ei radiologică și ecogra-

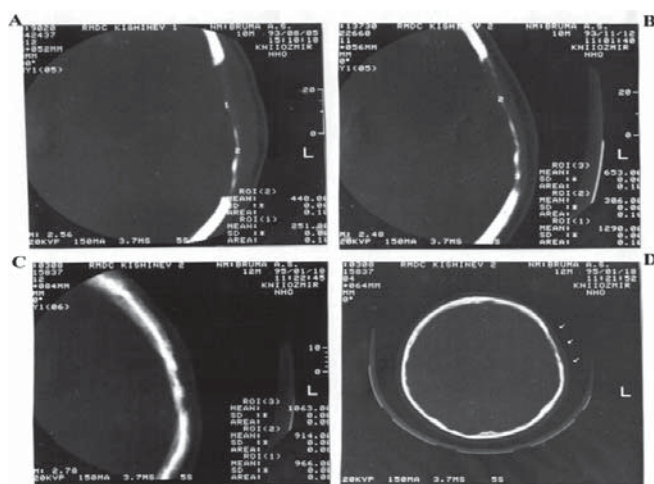


Fig. 3. Dinamica modificărilor structurii și densității regeneratului osos în regiunea plastiei defectului cranian conform datelor tomografiei computerizate: A – insule de regenerat osos; B – regenerat osos de formă lamelară; C, D – îngroșarea regeneratului osos și sporirea densității lui până la densitatea țesutului osos indemn.

fică sporește, fapt confirmat și la palparea țesutului osos. În baza histogramelor, în cadrul investigațiilor NEG și CT, s-a demonstrat că în a 9-12-a lună, densitatea țesutului osos nou este comparabilă cu cea a osului propriu subiacent (fig. 3).

În figura 3, constatăm sporirea treptată a grosimii și densității regeneratului osos propriu, format la nivelul aplicării OMF – Pa în regiunea cranioplastiei.

Grefa osoasă își menține forma și dimensiunile, suprafața ei externă rămâne netedă, iar cea internă concrește organic și

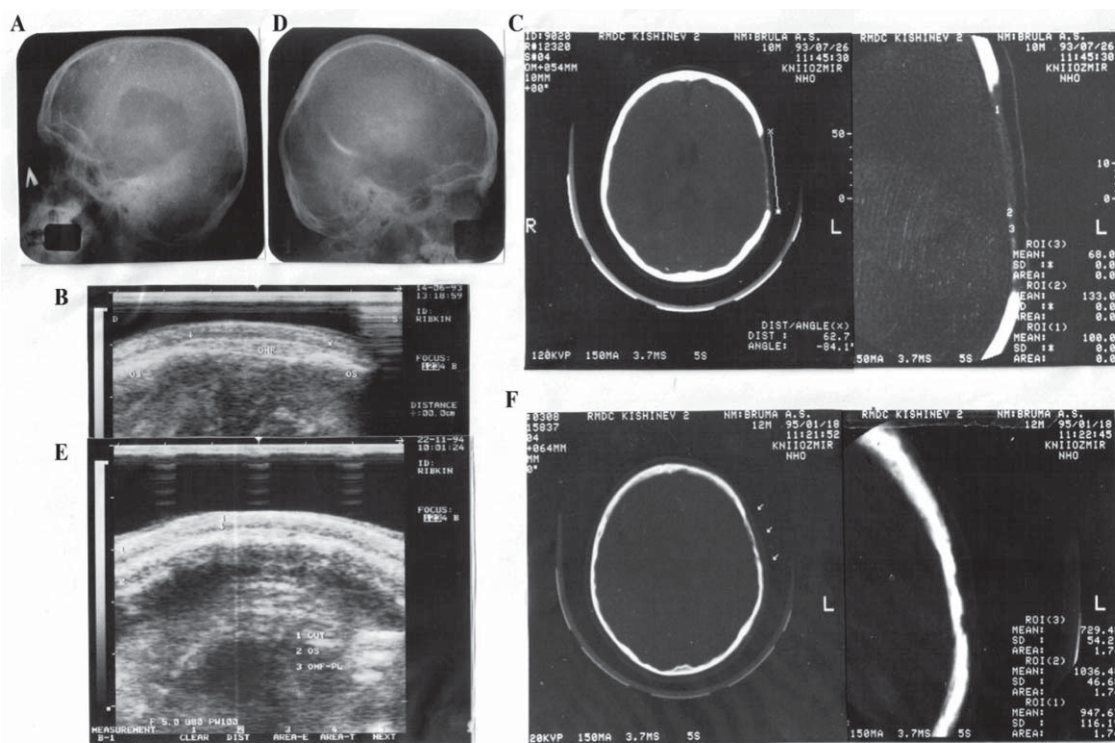


Fig. 4. Imaginea regiunii defectului cranian, după 1 – 2 luni (A, B, C) și peste 1 – 1,5 ani (D, E, F) de la cranioplastie cu materiale bioplastice OMF – Pa și OMF – Pl: A, D – radiografia craniului; B, E – neurocografia craniului; C, F – tomografia computerizată a craniului.

jonctionează treptat cu regeneratul osos, format pe baza masei osteoinductive. Cu timpul, dispar deosebirile dintre densitatea grefei osoase și densitatea regeneratului osos, format pe baza de OMF – Pa. În final, structura materialelor biologice devine similară cu structura oaselor craniene proprii.

Tabelul 1

Caracteristica comparată a metodelor de cranioplastie

Criteria de estimare a operațiilor	I	II	III
Cranioplastia primară în traumatisme cranio-cerebrale (%)	30	0	0
Durata medie a modelării și fixării grefelor (min.)	19	34	46
Plastia „microdefectelor”	+	-	-
Defectul cosmetic (%)	4	13,3	16,6
Complicații infecțioase (%)	2	6,6	-
Exsudat (peste 10 ml) (%)	18	46	60
Hipertermie (38°C și peste) (%)	26	63,3	46,6
Reacții encefalitice (%)	-	6,6	3,3
Deplasare sau rejecție (N)	-	2	3
Operații iterative (N)	-	1	3
Osteogeneză	Activă	Pasivă	Pasivă
Resorbție parțială a grefei	1	6	-

Legendă: I – preparate osteoinductive; II – alogrefă osoasă formalinizată; III – implant de protacril; (%) – procentul copiilor cu această complicație; (N) – numărul de cazuri.

În figura 4, sunt prezentate datele CT, NEG și ale radiografiei regiunii defectului craniului, imediat după operație și peste 1-1,5 ani după cranioplastie, cu materiale bioplastice.

Caracteristica comparată a metodelor și rezultatelor de cranioplastie în lotul de fond și în lotul martor este prezentată în tabelul 1.

Prin urmare, metoda de cranioplastie combinată cu biomateriale osteoinductive deține vârful prin toți parametrii principali, comparativ cu cranioplastia cu implanturi de protacril și alogrefe formalinizate. Cranioplastia combinată cu OMF – Pl și OMF – Pa reprezintă cea mai puțin traumatizantă metodă de cranioplastie.

Preparatele OMF – Pl și OMF – Pa sunt compatibile între ele și cu organismul recipientului. Ele stimulează osteogeneza precoce și activă pe toată suprafața cranioplastiei.

Rezultatele cranioplastiei cu preparate osteoinductive osoase osteomatrix forte, peste 20 de ani

Caz clinic. Bolnavul V., 5 ani, fișa nr. 5459, perioada spitalizării: 08.05.1993-22.06.1993. Pacientul s-a internat cu diagnosticul de fractură imprimată a osului occipital din stânga. Operația planificată a fost efectuată pe data de 10.06.1993. Cranioplastie cu OMF – Pl.

Pacientul a fost examinat în decurs de un an clinic și prin neuroecografie craniană. Clinic, s-a observat un efect cosmetic satisfăcător, care nu a suferit deformație în timp, pacientul nu a prezentat complicații neurologice sau de altă genă. Prin palpate, s-a constatat că rigiditatea grefei a devenit identică cu cea a oaselor circumiacente ale calotei craniene. Prin neuroecografie craniană, a fost posibilă demon-

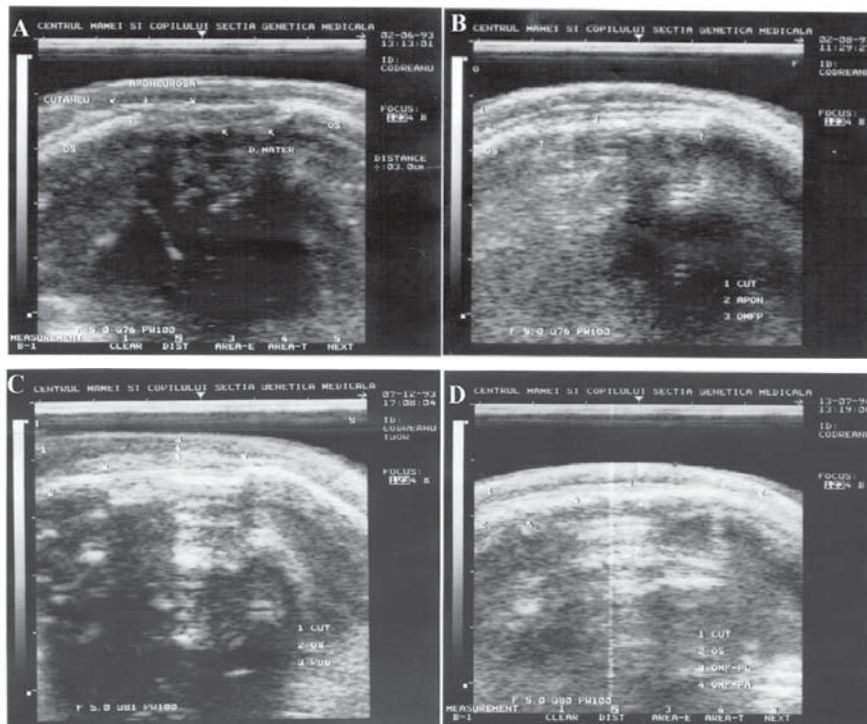


Fig. 5. Neuroecografia craniană: A – defectul înainte de operație; B – zona defectului peste 2 luni de la cranioplastie; C – zona defectului peste 6 luni de la cranioplastie; D – zona defectului peste 12 luni de la cranioplastie.

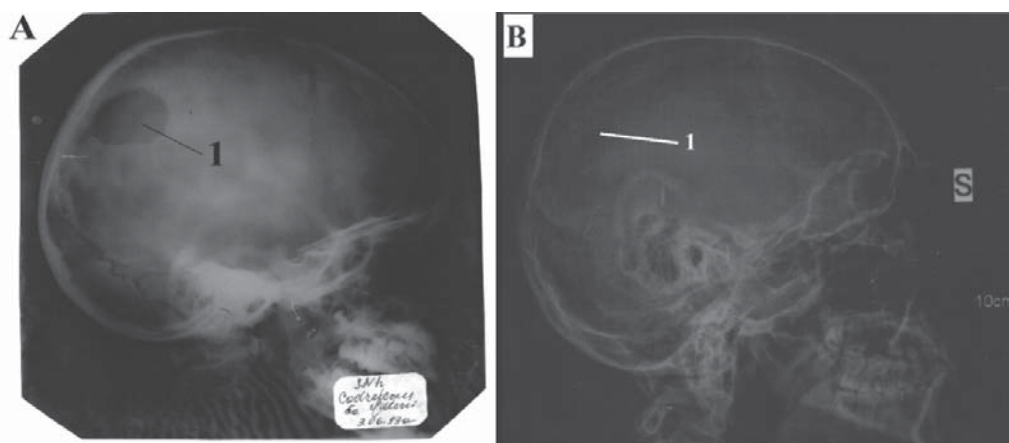


Fig. 6. Imaginea craniografică: A – înainte de cranioplastie; B – peste 20 de ani după cranioplastie, 1 – zona defectului cranian.

strarea creșterii densității regeneratului osos propriu, format la nivelul aplicării OMF – Pl în regiunea cranioplastiei.

În figura 5, este prezentată prin neuroecografie craniană evoluția densității regeneratului osos propriu, format la nivelul aplicării OMF – Pl în regiunea cranioplastiei.

Peste 20 de ani, s-a examinat pacientul clinic și prin radiografia craniului. Clinic, s-a constatat o conștiință clară, comportament adecvat, pacientul nu prezintă acuze de convulsii, pareze, cefalee sau alte complicații neurologice, susținând că nu a avut accese epileptice niciodată. În zona defectului, palpator, s-a constatat că rigiditatea greifei este identică cu cea a oaselor circumiacente ale calotei craniene. Cosmetic, s-a constatat un efect bun, practic nu diferă de oasele proprii ale calotei craniene. Rezultatul radiografiei craniene este unul foarte bun, se observă integritatea oaselor bolții craniene, iar zona defectului nici nu se remarcă.

În figura 6, se prezintă imaginea craniografică comparativă a defectului cranian înainte de operație și peste 20 de ani de la cranioplastie.

Concluzii

Cranioplastia cu biomateriale osteoinductive reprezintă o metodă mai eficientă în închiderea defectului cranian la pacienții, care au suportat traumatism cranio-cerebral, acest lucru fiind observat prin investigarea neuroecografică, prin tomografie computerizată și radiografie craniană.

Materialele pentru cranioplastie elaborate posedă proprietăți osteoinductive (OMF-Pa) și proprietăți reconstructive plastice (OMF-Pl). Datorită proprietăților plastice ale preparatelor OMF-Pa și OMF-Pl, s-a redus numărul complicațiilor postoperatorii, rezistența înaltă la infecții, permițând utilizarea acestora și în operațiile de urgență.

Rezultatele obținute peste 20 de ani sunt informative la efectuarea examenului clinic, prin care se observă o duritate identică, atât pe osul propriu al pacientului, precum și pe lo-

cul defectului, complicații de durată nefiind atestate. Obiectiv, se atestă un efect cosmetic foarte bun. La examinarea craniografică, limitele defectului nu sunt vizibile.

Prin urmare, închiderea defectului osos cu biomateriale osteoinductive, reprezintă o metodă eficientă de plastie, având rezultate tardive convingătoare.

Bibliografie

1. Bajurea Ala. Cranioplastie combinată cu biomateriale osteoinductive la copii (studiu clinic experimental) : teza de doctor în științe med. Chișinău, 1995.
2. Barth A. Histologische Untersuchungen uber Knochen-implantationen. *Beitr. Path Anat Allg Pathol.* 1895;17:65-142.
3. Courville CB. Cranioplasty in prehistoric times. *Bull Los Angel Neuro Sor.* 1959;24:1-8.
4. Durand JL, Renier D, Marchac D. The history of cranioplasty. *Ann Chir Plast Esthet.* 1997;42:75-83.
5. Konig F. Der knocherne Ersatzgroscher Schadeldefekte. *Zbl Chir.* 1890;17:443-447.
6. Laffitt H. Cranioplastie par autogreffes osteoperiostée a „deux lames”. *J Chir.* 1961;82(4):435-443.
7. Muller AG. A case of bone grafting with decalcified bone chips. *Remarks. Lancet.* 1890;2:618.
8. Nacu V. Osteoinducția. În: Zilele Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” : materialele conferinței științifice a colaboratorilor și studenților, 13-14 oct. 1999;22.
9. Nacu V. Problemele utilizării preparatelor bioplastice în insuficiența osteogenă. În: Bioetică, Filosofie, Medicină practică. Chișinău, 2000;221-223.
10. Topor B. Osteomatrix forte osteoinduction tissue preparat. In: V Congress of Bulgarian orthopaedics and traumatologies with International participations. Smolian, 1989;10.
11. Topor B. Stimulation of posttraumatic regeneration of bone tissue. Egypt International Congress of Orthopaedics and Traumatologie. Alexandria, 1989;52.
12. Topor B. The potential of bone bonefotransplantats towards growth of indication of osteogenesis after conservation. In: The 33rd World Congress of Surgery. Toronto, Canada, 1989;201.
13. Topor B, Bețșor V, Nacu V. Stimularea osteogenezei în fracturi neconsolidate la șobolani. Primul congres European de utilizare a Factorilor de Creștere și a Citochinelor în Ortopedie-Traumatologie. Cluj-Napoca, 1998;14.

Alogrefele în tumorile osoase benigne

*Costina GROZA¹, Ion DASCALIUC², Boris TOPOR¹

¹Catedra anatomia topografică și chirurgia operatorie, Universitatea de Stat Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

²Secția tumori ale aparatului locomotor, Institutul oncologic, Republica Moldova

*Autor corespondent: groza.costina@mail.ru. Recepționat 23.03.2016; acceptat 16.05.2016

Abstract

Background: Bone morphogenetic proteins (BMPs) are essential mediators of bone formation involved in the regulation of differentiation of osteoprogenitor cells into osteoblasts. By their osteoinductive capacities, BMPs have been considered as the most potent growth factors that can promote the bone regeneration and repair, representing an important alternative to bone autotransplant.

Material and methods: Underlying work is accumulated material within the Department of General Oncology and Rehabilitation Oncology Institute of Moldova. There were supervised 572 patients with benign tumors in the period from 2005 to 2015.

Results: Tests revealed that the most frequent benign tumors are cartilaginous ones: osteocondroms 39 to 2.0%, condroms 14 to 1.5%, condroblastoms – 2 to 0.6%. After cartilaginous tumors, second place is occupied by osteoclastoma. Rarely, patients with bone cyst and osteodisplastic fibrous bone lipoma are uncouncted. Other processes are rarely encountered. Benign tumors more often prevail at men (58 ± 2%).

Conclusions: Experimental and clinical studies suggested a great potential of BMPs in bone formation, especially in critical size bone defects. We may expect that the transplant for bone defects recovery that would satisfy the requirements of oncology can be developed.

Key words: benign tumors, allograft, bone regeneration.

Introducere

Alogrefa reprezintă grefa prelevată de la un subiect din aceeași specie, cu formulă genetică diferită. Tratatamentul chirurgical al bolnavilor cu tumori benigne ale oaselor tubulare este o problemă complicată și multilaterală. Țesutul osos are o capacitate unică de autorefacere. În genere, osteogeneza reparatorie depinde de fenotipul fiecărui organism. În consolidarea și restructurarea alogrefelor osoase în defectele osteoarticulare, după tumorile benigne și afecțiunile tumoriforme, nu întotdeauna influențează arhitectonica structurală a osului utilizat (cortical, spongios, mixt) sau metoda de conservare a alogrefelor (congelare, iradiere, liofilizare, conservare în soluții antiseptice etc.).

Primele loturi importante de grefe osoase au fost utilizate în pseudoartroze și în artrodeze lombosacrale, în 1954, de către frații R. și J. Judet [1].

Odată cu dezvoltarea tehnicilor chirurgicale, utilizarea largă a endoprotezelor, perfecționarea tratamentului chirurgical în oncologie, direcționat spre păstrarea integrității membrilor prin reconstrucția defectelor segmentare osoase, transplantul de os alogen a devenit un procedeu frecvent, utilizat în intervențiile chirurgicale ortopedice. În Franța, în 2002, au fost implantate 11000 de grefe osoase alogene.

În funcție de sursa donatoare, alogrefele pot fi: alogrefe corticale, care sunt penetrate greu de granulațiile vasculare și integrarea redusă în patul recipient, revascularizarea fiind posibilă exclusiv după osteoliza osului cortical și înlocuirea lui cu țesut osos nou. Osteointegrarea are loc pe parcursul mai multor ani, oricum nefiind una completă, cauzată de particularitățile arhitecturale ale osului cortical. Consolidarea cu osul-gazdă are loc numai în regiunea suprafețelor de contact, ceea ce face dificilă integrarea totală a grefei osoase. I. Marin, în 1981 [2], a analizat minuțios rezultatele obținute în tratamentul a 521 de pacienți cu tumori osoase benigne de

diferite localizări (durata supravegherii de la 2 la 19 ani), în tratamentul cărora au fost utilizate alogrefoane osoase, conservate în soluții slabe de formaldehidă. Această metodă de conservare a oaselor a fost propusă în 1965 de V. Parfentieva și coaut. [3] și constă în utilizarea soluției de 0,25-0,75% de formalină cu pH 7,3-7,4.

Alogrefele corticale osoase scindate, implantate în defectele restante posttumorale, se consolidează cu osul recipient prin procese cu însușiri de conductibilitate și inductibilitate, iar cu timpul se restructurează: la copiii în 2-3 ani (după vârsta de 10 ani acest termen devine mai îndelungat), la maturi – până la 25 de ani și mai mult (cu excepția greferelor din oasele falangiene).

Material și metode

La baza lucrării stă materialul acumulat în cadrul Secției de Tumori ale aparatului locomotor și Recuperare a Institutului Oncologic din Moldova.

Pentru sistematizarea bolnavilor a fost utilizată clasificarea histologică internațională a tumorilor oaselor, propusă de Organizația Mondială a Sănătății.

Au fost supravegheați 572 de bolnavi cu tumori benigne în perioada 2005-2015.

Rezultate și discuții

Repartizarea pacienților cu tumori benigne este indicată în tabelul 1, în care se vede că în acest grup se întâlnesc mai des tumori cartilagineoase: osteocondroame - 39 (2,0%), condroame - 14 (1,5%), condroblastoame - 2 (0,6%).

Repartizarea bolnavilor în dependență de sex și vârstă este indicată în tabelul 2.

Conform tabelului dat, tumorile benigne și afecțiunile tumoriforme se întâlnesc mai frecvent la bărbați (58 ± 2%). Sunt afectate toate vârstele.

Tabelul 1
 Repartizarea bolnavilor cu tumori benigne ale oaselor tubulare conform formelor nosologice

Forma nosologică	Bolnavi	
	Nr. absolut	%
Osteom	18	3,1 ± 0,7
Osteoid-osteom	18	3,1 ± 0,7
Condrom	82	14 ± 1,5
Osteocondrom (exostoza osteocartilaginoasă)	223	39 ± 2,0
Condriblastom	14	2 ± 0,6
Fibrom condromixoid	6	1,0 ± 0,6
Fibroamartrom	91	16 ± 1,5
Tumoare cu celule gigantice (osteoclastom)	9	2 ± 0,6
Hemangiom	21	4 ± 0,8
Lipomă	1	0,2 ± 0,2
Adamantinom al oaselor lungi	1	0,2 ± 0,2
Neurilemom	7	1,2 ± 0,5
Chist osos solitar	38	7 ± 1,9
Chist osos anevrismal	1	0,2 ± 0,2
Chist osos juxtaarticular	42	7 ± 1,9
Osteodisplazie fibroasă		
TOTAL	572	100

Tabelul 2
 Repartizarea bolnavilor cu tumori benigne ale oaselor tubulare după gen (sex)

Forma nosologică	Bolnavi		
	Bărbați	Femei	Total
Osteom	11	7	18
Osteoid-osteom	12	6	18
Condrom	42	40	82
Osteocondrom (exostoza osteocartilaginoasă)	134	89	223
Condriblastom	10	4	14
Fibrom condromixoid	5	1	6
Fibroamartrom	54	37	91
Tumoare cu celule gigantice (osteoclastom)	4	5	9
Hemangiom	8	13	21
Lipomă	1	-	1
Adamantinom al oaselor lungi	-	1	1
Neurilemom	2	5	7
Chist osos solitar	24	14	38
Chist osos anevrismal	-	1	1
Chist osos juxtaarticular	27	17	42
Osteodisplazie fibroasă			
TOTAL	334	238	572
%	58 ± 2	42 ± 2	100

Factorii care influențează regenerarea defectelor osoase

Grefele sunt necesare pentru alcătuirea unui regenerat osos calitativ la nivel de implantare. Însă alotransplanturile, compacte și masive, produse din diafizele oaselor lungi, cu toate că concresec cu loja recipientă, în decursul mai multor

ani după transplantare, rămân nesubstituite de țesuturile recipientului, deformându-se din cauza resorbției țesutului osos.

Proteinele morfogenetice osoase (BMPs) sunt mediatorii esențiali ai formării osoase, implicate în reglarea diferențierii celulelor osteoprogenitoare în osteoblaști. Studii experimentale și clinice au sugerat potențialul mare al BMPs în formarea osoasă și, în special, în defectele osoase de dimensiuni critice. Proteinele morfogenetice osoase deschid noi orizonturi în terapiile personalizate cu celule stem.

Proteinele morfogenetice osoase (BMPs, bone morphogenetic proteins) sau proteinele osteogenice (OPs, osteogenic proteins), cunoscute ca și metaboleni (metabologens) sunt glicoproteine, care fac parte din familia factorilor de creștere TGF-beta (transforming growth factor-beta). Rolul lor în regenerarea și remodelarea structurii osoase din defecte sau leziuni osoase este susținut, în primul rând, de prezența acestor factori în matricea osului matur [4].

Actualmente, sunt cunoscute 20 de BMPs, care au fost împărțite în subfamilii după similaritățile secvenței de aminoacizi. Aceste proteine sunt osteoinductive, având o importantă proprietate de a induce formarea de os sau cartilaj, excepție fiind BMP-1.

Rolul osteoinductiv al BMPs

Rolul osteoinductiv al BMPs este multifactorial, ele acționând ca:

- agent chemotactic: inițiază recrutarea celulelor stem și a celor progenitoare spre zona leziunii osoase;
- factor de creștere: stimulează atât angiogeneza, cât și proliferarea celulelor stem din țesuturile mezenchimale adiacente;
- factor de diferențiere: promovează maturarea celulelor stem în condrocite, osteoblaști și osteocite.

BMPs sunt molecule pleiotropice, care sunt implicate în chemotaxia, mitoză și diferențierea celulelor mezenchimale în țesutul osos [5].

Principalele BMPs și funcțiile lor

- BMP-1 este o metaloproteină, care acționează pe procolagen, implicată în dezvoltarea cartilajului.
- BMP-2 induce formarea osului și cartilajului, având rol-cheie în diferențierea osteoblastică.
- BMP-3 induce formarea osoasă.
- BMP-4 reglează formarea osoasă din mezoderm, având rol în repararea fracturilor.
- BMP-5 are rol în dezvoltarea cartilajului.
- BMP-6 implicată în integritatea cartilajului.
- BMP-7 intervine în diferențierea osteoblastică, inducând și producerea SMAD1.
- BMP-8a - implicată în dezvoltarea osoasă și a cartilajului.
- BMP-8b este exprimată în hipocampus.

Obținerea BMPs

În prezent există trei căi de a obține proteine morfogenetice osoase și anume:

- extracția lor din matricele osoase umane sau animale;
- producerea lor de către celulele-gază prin utilizarea tehnologiilor recombinante (rhBMP-2; rhBMP-7);
- eliberarea directă a ADN-ului codificat pentru obținerea factorilor de creștere și diferențiere spre celulele din locul dorit al formării osoase.

BMPs în formarea osoasă–studii experimentale

Proprietățile osteoinductive ale BMP-2, BMP-7 și BMP-3 purificate au fost studiate pe modele experimentale de animale pentru grefarea defectelor osoase de dimensiuni mari. Astfel, grefarea unor astfel de defecte cu fire de colagen derivate din os bovin, impregnate cu o soluție de BMP-2, a condus la vindecarea osoasă completă [6]. Cartilajul de calcifiere și remineralizarea suportului de colagen a fost observată după o săptămână, urmată de formare osoasă rapidă.

De asemenea, BMPs au rol important în repararea dentinei [7], stimulând mitoză celulelor mezenchimale și inducând diferențierea osteodentinocitelor.

BMPs în reconstrucția osoasă – studii umane

Primele studii umane au fost efectuate pentru reconstrucția osoasă utilizând proteinele morfogenetice rhBMP-2 sau rhOP-1 pe un suport de colagen. Rezultatele acestor studii au demonstrat o largă variație a răspunsurilor la acest tratament. Boyne și colab. (1997) [8] au implantat colagen impregnat cu soluție de BMP-2 în sinusurile maxilare ale 12 pacienți cu atrofi severă a maxilarului. Creșterea în înălțime a maxilarului tratat a variat între 2,3 și 15,7 mm.

Bulstra și colab. [9] au utilizat proteina morfogenetică OP-1 pentru grefarea defectelor osoase din porțiunea proximală a fibulei, într-o doză de 2,5 μg OP-1/1 g colagen. 5 din 6 pacienți tratați au prezentat vindecare osoasă.

Primele studii de aplicații clinice ale BMPs au vizat repararea sau reconstrucția defectelor sau leziunilor cranio-maxilo-faciale [10, 11].

Aplicațiile clinice ale BMPs în reconstrucția osoasă craniană, mandibulară sau palatină prin utilizarea lor în terapia personalizată cu celule stem au fost recent demonstrate [12]. Transferul celulelor osteoprogenitoare personalizate, îmbogățite cu BMPs, în defecte osoase mari, de dimensiuni critice, prezintă un mare potențial în repararea deformităților cranio-faciale determinate de tumori, traume, infecții sau boli congenitale.

Matricea osoasă a fost propusă pentru prima dată de N. Senn, în 1889, ca remediu osteoinductiv. Matricea osoasă era obținută din os compact, demineralizat în soluție de acid clorhidric, ulterior fiind păstrată în soluție de alcool etilic. Rezultatele pozitive obținute i-au permis autorului să le implementeze în practica medicală la pacienți cu defecte osoase. Implantarea matricei osoase demineralizate în țesutul subcutanat conduce la o inducție osoasă locală. Acest model al morfogenezei osoase inițiază, promovează și menține condrogeneza, osteogeneza în țesuturile netipice țesutului osos. Matricea osoasă demineralizată cu dimensiunile particulelor de 70-420 μ are o capacitate osteoinductoare mai pronunțată

în comparație cu autogrefa osoasă. La inocularea subcutanată a matricei osoase în regiunea peretelui abdominal la șobolan, în cantitate de 0,5 cm³, după 4-8 săptămâni s-a format țesut osos nou.

Brefoplastia este folosirea în calitate de grefă a materialului obținut din țesut osos fetal. Grefele osoase de origine fetală sunt supuse resorbției, fiind substituite de țesut osos nou. Acest transplant este considerat mai eficient, comparativ cu grefele osoase obținute de la donatorii adulți. Activitatea osteoinductivă a acestor grefe se explică prin existența în componența lor a substanțelor bioactive (citokine, factori de creștere etc.), care participă activ la stimularea proceselor metabolice și plastice, la procesele de sinteză a proteinelor de bază ale țesutului osos și colagen.

Terapia celulară, bazată pe celule stem, reprezintă cea mai promițătoare metodă pentru ingineria tisulară. Grefele osoase obținute *in vitro* reprezintă o alternativă importantă în repararea defectelor osoase, iar celulele cu potențial osteogenic și, în special, celulele stem constituie baza ingineriei tisulare osoase.

Celulele stem mezenchimale umane (hMSCs, human mesenchymal stem cells), celule progenitoare multipotente, având un mare potențial de a se diferenția în osteoblaști, condrocite, adipocite sau alte tipuri celulare, au fost utilizate cu succes în regenerarea osoasă [13, 14].

Celule stem mezenchimale derivate din iPSCs

Sursa cea mai importantă de MSCs o reprezintă măduva osoasă; dar ele pot fi obținute și din alte țesuturi sau sânge. Întrucât potențialul lor de diferențiere osteogenică și rata proliferării lor scade semnificativ cu vârsta, a fost necesară descoperirea a noi surse celulare. Astfel iPSCs au devenit o importantă țintă pentru diferențierea celulară și obținerea de celule stem mezenchimale, MSCs. Toate aceste rezultate demonstrează fezabilitatea obținerii de substituenți osoși pornind de la iPSCs specifice pacientului.

Pentru regenerarea osoasă și obținerea de substituenți osoși viabili, specifici pacientului, celulele stem mezenchimale derivate din celule stem pluripotente induse specifice, MSCs-iPSCs, au fost incluse pe diverse suporturi, și anume: ciment de fosfat de calciu, hidroxiapatită cu nanofibre, polimeri, sau combinațiile lor.

Metode de tratament chirurgical al bolnavilor cu tumori benigne ale oaselor tubulare

Metodele de bază în tratamentul tumorilor benigne ale oaselor tubulare sunt cele chirurgicale. Volumul intervențiilor chirurgicale depinde de forma nosologică a formațiunii, de localizarea ei, de extinderea procesului patologic în afara limitelor osului, de implicarea în proces a țesuturilor adiacente, de prezența sau lipsa fracturii patologice, de vârsta bolnavului, de patologia concomitentă și gradul de compensare a ei.

Rezecția marginală

Această operație constă în înlăturarea limitelor stratului cortical sănătos până la canalul medular, uneori împreună

cu o parte de țesut spongios. În cazul defectelor neînsemnate ale stratului cortical, după rezecția marginală, plastia osoasă nu este obligatorie. Atunci când procesul patologic are o creștere exofită în cazul osteocondromului, osteomului, osteoid-osteomului, condromului, lipomului periostal este suficientă rezecția marginală în limitele țesuturilor sănătoase cu înlăturarea focarului până la canalul medular. De obicei, aceste defecte nu necesită substituție. Dacă defectele sunt mari și apare pericolul fracturii osului, osteoplastia este obligatorie.

Rezecția marginală a oaselor tubulare fără osteoplastia defectului s-a efectuat în 280 (490,1%) de cazuri (cu osteom – 18 cazuri, osteoid-osteom – 12, condrom – 9, osteocondrom – 227, condroblastom – 2, fibrom condro-mixoid – 1, osteoclastom – 3, chist osos juxtaarticular – 1, osteodisplazie fibroasă – 1, lipom periostal – 6).

La toți bolnavii operați cu defecte ale stratului cortical, acestea au dispărut și contururile lor s-au restabilit peste 1,5 – 3 ani.

La suplinirea defectelor cu alogrefe s-au utilizat alogrefoane corticale, conservate în soluție de 0,5% formalină după metoda Parfentieva, „alopietriș” osos, iar în ultimul timp – matrice osoasă conservată.

Rezecția segmentară a osului

Cazurile când în proces sunt implicate mai mult de 2 treimi ale osului în diametru sau osul este atacat pe toată lățimea lui, se efectuează rezecția segmentară, în funcție de starea periostului subperiostal sau aperiostal.

La rezecțiile segmentare, porțiunea afectată a osului se înlătură împreună cu componentul țesutului moale (de exemplu, în cazul osteoclastomului), localizat în afara osului.

Descrierea metodei: cu o incizie semiovală în proiecția articulației proximale a oaselor gambei cu trecere în regiunea treimii superioare și medii a fibulei se secționează pielea, țesutul adipos subcutanat și fascia. Țesuturile moi se mobilizează atent în părți până la fibulă, fără ca să fie traumatizat nervul peronier și ramurile lui, apoi se înlătură capătul proximal afectat al osului în limitele țesuturilor sănătoase. După aceasta, se dezgolește suprafața laterală a tibiei. Apoi planta se fixează într-o poziție de supinație maximă astfel încât capătul liber al fibulei să coboare (caudal), mai distal și, la nivel se croiește în tibie un lambou osteoperiostal sub formă de spatulă până la canalul medular. În canalul medular, se formează o gaură în direcție pubică, îndreptată cranial și medial. După aceasta, atent, ca să nu se rupă baza lamboului, aceasta se ridică ușor și lateral și sub el se introduce în canalul medular capătul rezecat al fibulei, ridicând în același timp planta până la poziția fiziologică normală. Ulterior, de osul fibular se apropie lamboul osteo-periostal și se fixează de el cu suturi osoase. Plaga se suturează stratificat. Extremitatea se imobilizează cu o atelă gipsată până la treimea proximală a coapsei pentru 1-1,5 luni. După această perioadă de timp se formează o sinostoză bună.

Eficacitatea metodei:

1. Fixarea sigură a capătului rezecat al fibulei scutește

bolnavii de dureri, reducând traumatizarea țesuturilor moi și a nervului peronier.

2. Se reduce timpul imobilizării extremității, consolidării, tratamentului și reabilitării în comparație cu aloplastia.

După rezecțiile segmentare, apare frecvent necesitatea plastiilor osoase. Pentru suplinirea defectelor diafizei oaselor tubulare, au fost utilizate alotransplanturi tubulare sau știfturi corticale. Aloplastia osului fibular s-a efectuat într-un caz în scopul înlăturării pseudoartrozei și recidivei unui hemangiom al acestui os, care provoacă incomodități în timpul mersului. Operația este simplă.

Pentru substituția defectelor în regiunea extremităților articulare, s-au utilizat aloextremități articulare, pregătite conform dimensiunilor osului înlăturat (fig. 1, 2, 3).



Fig. 1. Radiograma bolnavei J. până la operație. Osteoclastom al metaepifizei proximale a osului tibial drept.

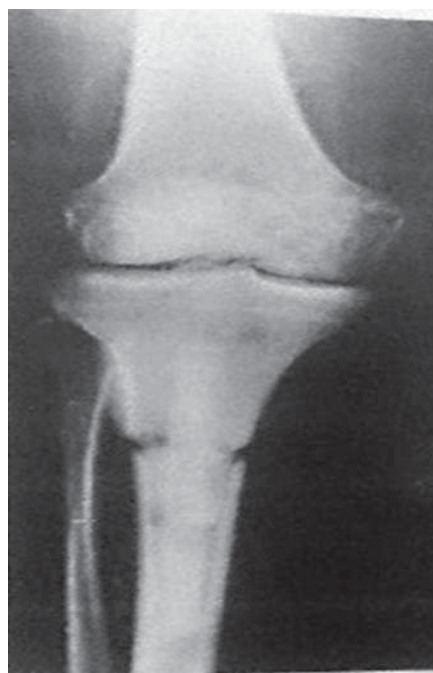


Fig. 2. Radiograma bolnavei J. după o lună de la rezecția extremității articulare proximale a osului tibial drept cu transplantarea aloextremității proximale.



Fig. 3. Radiograma bolnavei J. peste 6 ani după operație.

O mare atenție s-a acordat restabilirii ligamentelor încrucișate și colaterale ale articulației genunchiului. La început, în calitate de material plastic s-au utilizat xenotendoane, restabilind fiecare ligament în parte. Ulterior, s-au elaborat 2 metode originale descrise mai jos.

Prima metodă constă în restabilirea a 4 ligamente cu 2 xenotendoane, propusă de A. M. Țurcan și M. N. Babin (1989). După transplantarea unuia din capetele articulare ale oaselor articulației genunchiului și fixării lui la osul recipient, prin condilii femurului și ai tibiei în direcția fostelor ligamente încrucișate, în direcție oblică, cu ajutorul sfredelului electric se perforază 2 tuneluri, prin care sunt trecute 2 xenotendoane. În cavitatea articulației genunchiului ele se încrucișează. Ulterior, capetele acestora sunt strânse bine și sunt suturate între ele cu 3 ligaturi de mătase la nivelul condililor femurului, unde sunt mai multe țesuturi moi. Regiunile ligaturilor se acoperă de-asupra cu mușchi. Utilizând această metodă, s-a reușit reducerea numărului de ligaturi de la 24 la 6 și obținerea rezultatelor bune la toți bolnavii (fig. 4).

Metoda a doua, propusă de A. M. Țurcan și I. I. Dăscăliuc (inovație nr. 275 din 1986) – metoda restabilirii concomitente a 4 ligamente cu o singură panglică de lavsan constă în

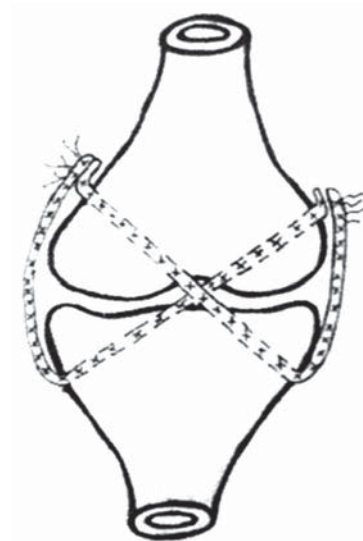


Fig. 4. Schema metodei de restabilire a 4 ligamente ale articulației genunchiului cu 2 xenotendoane sau cu două panglici de lavsan conform metodei Țurcan-Babin.

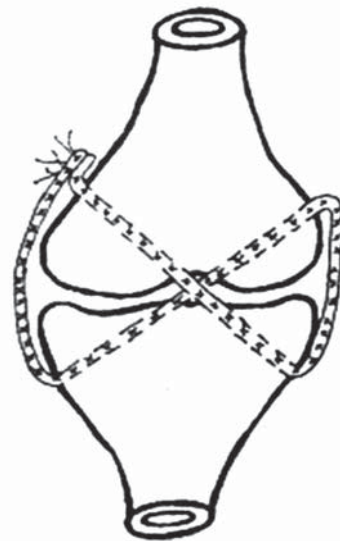


Fig. 5. Schema restabilirii concomitente a 4 ligamente ale articulației genunchiului cu o singură panglică de lavsan sau capron conform metodei Țurcan-Dăscăliuc.

următoarele: după formarea canalelor în condilii osului femural și ai tibiei, prin ele se întinde o panglică de lavsan din partea condilului lateral al femurului spre condilul medial al tibiei, apoi capătul se trece de pe condilul medial al tibiei în condilul lateral al tibiei, după aceasta ambele capete ale panglicii de lavsan se strâng bine, se leagă în nod în adâncul mușchilor de-asupra condilului lateral al femurului. Astfel, cu o singură panglică de lavsan, întinsă în direcția ligamentelor laterale, și încrucișate sub formă de cifra 8 concomitent se restabilesc toate cele 4 ligamente. Capetele panglicii sunt fixate suplimentar cu suturi de mătase în scopul preîntâmpinării slăbirii nodului sau dezlegării lui (fig. 5).

Concluzii

Nu este încă elaborată o greafă, care ar satisface solicitările ortopediei și ale traumatologiei în recuperarea defectelor osoase.

În prezent, datorită potențialului osteogenic, relevat în studii experimentale *in vitro* și *in vivo*, celulele stem pluripotente induse, iPSCs, reprezintă o sursă celulară promițătoare în regenerarea osoasă.

Ingenieria tisulară pe bază de celule iPSCs, derivate din celule somatice autologe, și obținerea *in vitro* a noi substituenți osoși cu celule specifice pacientului, deschid noi orizonturi în regenerarea osoasă și medicina osteoregenerativă personalizată.

Bibliografie

1. Judet H. Essai sur greffe de tissues articulaires. *Comp. rend. Acad. Sci.* 1998;149:193-196, 600-603.
2. Marin IM, Vucolov VV, Dmitrienco VI, ș. a. Alopastia defectelor restante la pacienții operați pe fon de tumori benigne și leziuni pseudotumorale ale oaselor. Rezultate la distanță. *Revista de ortopedie și traumatologie.* 1997;7(1):29-32.
3. Парфентьева, В. Ф., Розвадовский, В. Д., Дмитриенко, В. И. Консервация гомологических трансплантатов. Кишинев, 1965, 30 с.
4. Boyne PJ, Marx RE, Nevins M, et al. A feasibility study evaluating rhBMP-2/ absorbable collagen sponge for maxillary sinus floor augmentation. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry.* 1997;17:10-25.
5. Chenard Kristofer E, Teven Chad M, He Tong-Chuan, et al. Bone Morphogenetic Proteins in Craniofacial Surgery: Current Techniques, Clinical Experiences, and the Future of Personalized Stem Cell Therapy. *Journal of Biomedicine and Biotechnology.* 2012. Article ID 601549.
6. Lee KH, Marden JJ, Thompson MS, et al. Cloning and genetic mapping of zebrafish BMP-2. *Dev Genet.* 1998;23(2):97-103.
7. Johnson EE, Urist MR, Finerman GA. Repair of segmental defects of the tibia with cancellous bone grafts augmented with human bone morphogenetic protein. A preliminary report.
8. Boyne PJ, Marx RE, Nevins M, et al. A feasibility study evaluating rhBMP-2/ absorbable collagen sponge for maxillary sinus floor augmentation. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry.* 1997;17:10-25.
9. Greensing RGT, Bulstra SK, Hoefnagels NHM. Fibula defect repair using OP-1 device versus sham treatment, carrier or demineralized bone in patients undergoing tibial osteotomy. *Procs 2nd Int Conf Bone Morphogen Prot, Sacramento, California, 4-8 June 1997*;137.
10. Liu Y, Goldberg AJ, Dennis JE, et al. One-step derivation of mesenchymal stem cell (MSC)-like cells from human pluripotent stem cells on a fibrillar collagen coating. *PLoS One.* 2012;7:e33225.
11. Nakashima M. The induction of reparative dentine in the amputated dental pulp of dog by bone morphogenetic protein. *J. Arch Oral Biol.* 1990;35:493-7.
12. Athanasian, E. A., Bishop, A. T., Amadio, P. C. Autogenous fibular grafts and silicone implant arthroplasty following resection of gigant cell tumor of the metacarpal: a report of two cases. In: *Journal of Hand Surgery.* 2008; 33(3):505-7.
13. Bowers GM, Reddi AH. Regeneration of the periodontium in advanced periodontal disease. *J Am Dent Assoc.* 1992;122:45-8.
14. Sailer HF, Kolb E. Application of purified bone morphogenetic protein (BMP) preparations in cranio-maxillofacial surgery. Reconstruction in craniofacial malformations and post-traumatic or operative defects of the skull with lyophilized cartilage and BMP. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery.* 1994;22(4):191-199.



GUIDE FOR AUTHORS

The authors are strongly requested to visit our web site www.curierulmedical.org, and follow the directions of the Publication Ethics and Publication Malpractice Statement.

The articles are accepted for publication in Romanian, English and Russian. All articles are double-blind peer reviewed by two independent experts.

The articles must be sent electronically by the authors, responsible for the correspondence, with a cover letter written to the Editor-in-Chief Boris Topor, MD, PhD, Professor. The letter should contain a statement, saying that the manuscript has been seen and approved by all the authors and the article has not been previously published.

The authors are responsible for the content of the articles. The papers describing a research, involving animal or human subjects, should state in the cover letter that the rules of working with animals have been observed and the official consent has been obtained from the patients, and it has been approved by the designated board of the institution involved. The potential conflict of interests should be acknowledged by all the authors and editorial reviewers. If such a conflict is recognized, the reviewer is excluded from the review process and another reviewer is assigned.

All papers must be executed in the following manner:

1. **The manuscripts should be typed** in format A4, 1.5-spaced, with 2.0 cm margins, printing type 12 Times New Roman, in Microsoft Word.

2. **The title page** should include the first and last names of all the authors, their academic degrees, the name of the department and institution from which the paper has arrived, the phone number and e-mail address of the corresponding author.

3. **The abstract** should be written on the title page in English and be limited from 220 to 240 words. The abstract should end with 3 to 6 key words.

4. **The text of clinical or experimental articles** (has to be less than 16 pages long) should consist of an Introduction, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusions and be followed by no more than 40 References. The **review articles** must not exceed 25 pages and contain no more than 100 references.

5. **The tables and figures** must be typed, consecutively numbered and followed by an explanatory text. The figures that have to emphasize a comparison or details are published in colour. If coloured figures are to be placed, the author must pay an additional fee of €100 per page (1-8 figures on a page).

6. **The references** are to be listed in order of their appearance in the text, and the appropriate numbers are to be inserted in the text [in square brackets] in proper places. The references must comply with the general format outlined in the Uniform Requirements for the Manuscripts Submitted to Biomedical Journals developed by the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org), chapter IV.A.9. The references in the Cyrillic script should be transliterated into Latin script as follows: A-A, B-B, V-V, G-G, D-D, E-E, E-E, Ж-ZH, З-Z, И-I, Й-Y, К-K, Л-L, М-M, Н-N, О-O, П-P, Р-R, С-S, Т-T, У-U, Ф-F, Х-KH, Ц-TS, Ч-CH, Ш-SH, Щ-SCH, Ы-Y, Э-E, Ю-YU, Я-YA; Ъ and Ь are omitted. Immediately after the transliteration the translation of the title in English [in the square brackets] should follow. For example: Ivanov IV, Sidorov VM, Kozlov NF. Transplantatsiya organov i tkaney [Transplantation of organs and tissues]. Vestnik Khirurgii [Messenger of Surgery]. 2010; 26(6):45-49.

Address of the Journal Office
192, Ștefan cel Mare Avenue
Chișinău, MD-2004
Republic of Moldova
Telephone: +37322244751
Fax: +37322295384
www.curierulmedical.org
editor@curierulmedical.org
secretary@curierulmedical.org

GHID PENTRU AUTORI

Redacția recomandă insistent autorilor să viziteze pagina web a revistei Curierul Medical www.curierulmedical.org pentru a face cunoștință cu cerințele și respectarea ulterioară a „Regulamentului despre etica editorială”.

Sunt acceptate spre publicare articole în limba română, engleză sau rusă. Toate articolele sunt îndreptate pentru recenzare la 2 experți independenți.

Articolele se expediază prin poșta electronică, în adresa redactorului-șef Boris Topor, dr. h., profesor, cu o scrisoare de însoțire din partea autorului, responsabil pentru corespondență. Scrisoarea va confirma faptul că toți autorii sunt de acord cu conținutul articolului și că articolul dat nu a fost publicat anterior.

Pentru conținutul articolelor sunt responsabili autorii. Dacă în articol sunt prezentate date despre rezultatele cercetărilor efectuate pe oameni sau animale, este necesar ca în scrisoarea de însoțire să se indice, că au fost respectate regulile de rigoare în privința experiențelor efectuate pe animale sau a fost obținut acordul pacienților și permisiunea administrației instituției. În caz de apariție a conflictului de interese, despre această vor fi informați toți autorii și colegii de redacție al revistei. Dacă conflictul se confirmă, persoanele interesate se exclud din procesul de evaluare a articolului și se numește un nou expert.

Articolele trebuie să respecte următoarea structură:

1. **Articolele se imprimă** în formatul A4, Times New Roman 12, în Microsoft Word la intervalul 1,5, cu câmpurile de 2 cm.

2. **Foia de titlu** conține prenumele și numele autorilor, titlul și gradul științific, instituția, numărul de telefon și adresa electronică a autorului corespondent.

3. **Rezumatul** în limba engleză (220-240 cuvinte) se expune consecutiv pe foaia de titlu, inclusiv cuvinte-cheie, de la 3 până la 6. În rezumat este obligat să fie expus scopul cercetării (dacă nu este clar din titlu), metodologia studiului, rezultatele obținute și concluziile.

4. **Textul articolelor clinice, experimentale** (până la 15 pagini) cuprinde: Introducere; Material și metode; Rezultate obținute; Discuții; Concluzii și Bibliografie până la 40 de referințe. Altă structură se acceptă, dacă aceasta corespunde conținutului materialului.

Articolele de sinteză nu vor depăși 25 de pagini și bibliografia până la 100 de surse.

5. **Tabelele și figurile** trebuie să fie enumerate și însoțite de legendă. Figurile care necesită contrastare sau evidențierea detaliilor sunt executate color. Figurile color se publică din sursele autorului – 100 €, 1-8 figuri pe pagină.

6. **Referințele**, în conformitate cu cerințele Comitetului Internațional al Editorilor Revistelor Biomedicale (www.icmje.org, capitoul IV.A.9), se expun în ordinea apariției în text. În lista referințelor titlul articolului, se traduce în limba engleză, poziționându-se în paranteze pătrate. Referințele bibliografice prezentate în grafie chirilică sunt transliterate în grafie latină, utilizând următoarele semne grafice: A-A, B-B, V-V, G-G, D-D, E-E, E-E, Ж-ZH, З-Z, И-I, Й-Y, К-K, Л-L, М-M, Н-N, О-O, П-P, Р-R, С-S, Т-T, У-U, Ф-F, Х-KH, Ц-TS, Ч-CH, Ш-SH, Щ-SCH, Ы-Y, Э-E, Ю-YU, Я-YA; Ъ și Ь se omit. Imediat după transliterare, în paranteze pătrate, se prezintă traducerea titlului articolului în limba engleză. De exemplu: Ivanov IV, Sidorov VM, Kozlov NF. Transplantatsiya organov i tkaney [Transplantation of organs and tissues]. Vestnik Khirurgii [Messenger of Surgery]. 2010; 26(6):45-49.

Adresa redacției
Bd. Ștefan cel Mare, 192
Chișinău, MD-2004
Republica Moldova
Telefon: +37322244751
Fax: +37322295384
www.curierulmedical.org
editor@curierulmedical.org
secretary@curierulmedical.org

ГИД ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция настоятельно рекомендует авторам посетить электронную страницу журнала Curierul Medical www.curierulmedical.org для ознакомления с требованиями и последующего соблюдения «Положения об издательской этике».

К публикации принимаются статьи на одном из трёх языков: английском, румынском или русском. Все статьи направляются на рецензию двум независимым экспертам.

Статью подают на имя главного редактора, д. м. н., профессора Б. М. Топор, в электронной форме, с сопроводительным письмом от имени автора, ответственного за переписку. Письмо должно содержать подтверждение, что все авторы согласны с содержанием статьи и она нигде ранее не публиковалась.

Ответственность за содержание статьи несут авторы. Если в статье приводятся результаты исследований, проведенных на животных или пациентах, в сопроводительном письме следует указать, что соблюдались правила работы с животными, было получено согласие пациентов и разрешение администрации учреждения. В случае возникновения конфликта интересов об этом извещаются все авторы и редакционный совет журнала. Если конфликт подтверждается, заинтересованные лица исключаются из процесса рассмотрения статьи, и назначается другой эксперт.

Все статьи должны быть оформлены следующим образом:

1. **Статью печатают** в формате A4, с интервалом 1,5, с полями в 2,0 см, шрифтом 12 Times New Roman, Microsoft Word.

2. **Титульный лист** включает в себя фамилию, имя и отчество авторов, ученые степени и звания авторов, название учреждения, из которого поступает работа, а также номер телефона и электронный адрес автора, ответственного за переписку.

3. **Реферат** (220-240 слов) на английском языке должен быть напечатан на титульном листе. За рефератом приводят ключевые слова – от 3 до 6. Текст реферата должен содержать обоснование исследования (если оно не отражено в названии), материал и методы, результаты и выводы. При составлении реферата необходимо использовать активный, а не пассивный залог.

4. **Статья клинического и экспериментального характера** (до 15 страниц) должна содержать следующие разделы: введение, материал и методы, результаты, обсуждение, выводы и библиография (не более 40 источников). Иной порядок изложения допустим, если он соответствует содержанию. **Обзорная статья** может содержать до 25 страниц и включать не более 100 ссылок на литературу.

5. **Таблицы и рисунки** нумеруют и сопровождают пояснениями. Рисунки, которые требуют выделения контраста или деталей по цвету, печатаются в цвете. Цветные рисунки оплачивают авторы: 100 € – от 1 до 8 рисунков на странице.

6. **Список литературы** необходимо печатать в порядке появления ссылки в тексте и в соответствии с едиными требованиями Международного Комитета Издателей Медицинских Журналов (www.icmje.org, глава IV.A.9). Библиографические ссылки на кириллице транслитерируют на латиницу следующим образом: A-A, B-B, V-V, G-G, D-D, E-E, E-E, Ж-ZH, З-Z, И-I, Й-Y, К-K, Л-L, М-M, Н-N, О-O, П-P, Р-R, С-S, Т-T, У-U, Ф-F, Х-KH, Ц-TS, Ч-CH, Ш-SH, Щ-SCH, Ы-Y, Э-E, Ю-YU, Я-YA, Ъ и Ь опускают. Сразу же после transliterации приводят в квадратных скобках перевод на английском языке. Например: Ivanov IV, Sidorov VM, Kozlov NF. Transplantatsiya organov i tkaney [Transplantation of organs and tissues]. Vestnik Khirurgii [Messenger of Surgery]. 2010; 26(6):45-49.

Адрес редакции
Пр. Ștefan cel Mare, 192
Кишинёв, MD-2004
Республика Молдова
Telefon: +37322244751
Факс: +37322295384
www.curierulmedical.org
editor@curierulmedical.org
secretary@curierulmedical.org