



БЪЛГАРСКО ДЕРМАТОЛОГИЧНО ДРУЖЕСТВО

ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

ГЛАВЕН РЕДАКТОР

Николай Цанков

EDITOR IN CHIEF

Nikolay Tsankov

НАУЧНИ СЕКРЕТАРИ

Мирослава Кадурина

Снежина Василева

SCIENTIFIC SECRETARY

Miroslava Kadurina

Snejina Vassileva

ТЕХНИЧЕСКИ СЕКРЕТАР

Иван Богданов

TECHNICAL SECRETARY

Ivan Bogdanov

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Гриша Матеев

Димитър Господинов

Евгения Христакиева

Жана Казанджиева

Кирил Праматаров

Румяна Янкова

Стоян Тонев

EDITORIAL BOARD

Grisha Mateev

Dimitar Gospodinov

Evgenia Hristakieva

Jana Kazandjieva

Kiril Pramatarov

Rumiana Yankova

Stoyan Tonev

ОБЗОРИ

АЛЕРГИЧЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ В ДЕТСКА
ВЪЗРАСТ
ОСОБЕНОСТИ В ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА, КЛИНИЧНАТА
КАРТИНА, ДИАГНОСТИКАТА И ТЕРАПИЯТА
Бисера Котевска Трифунова, Жана С. Казанджиева,
Здравка В. Демерджиева 3

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ХРОНИЧНА
ЕКЗЕМА НА РЪЦЕТЕ
Малена Й. Герговска, Жана С. Казанджиева,
Димитър К. Господинов 11

ONYCHOMADESIS – НЕДОСТАТЪЧНО ПОЗНАТО
НАРУШЕНИЕ НА НОКТИТЕ
Катерина Дамевска, Сузана Николовска, Ивана Дохчева,
Анжелка Кузманова 19

ТЕРАПИЯ НА КОЖНИТЕ БОЛЕСТИ

ЛОКАЛНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА ХОЛЕКАЛЦИФЕРОЛ ПРИ
ПАЦИЕНТИ СЪС СЕБОРЕЕН ДЕРМАТИТ В ОБЛАСТТА НА
ЛИЦЕТО
Женя К. Димитрова-Михнева 23

РЕДКИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ОЧНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПСОРИАЗИС. ОПИСАНИЕ НА
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ
Здравка В. Демерджиева, Маргарита К. Къчева, Иван А. Богдан-
нов, Владислава А. Косталевска, Николай К. Цанков 27

ФИТОДЕРМАТИТ СЛЕД ПРИЛОЖЕНИЕ НА
CHELIDONIUM MAJUS (ЗМИЙСКО МЛЯКО)
Димитър Т. Черкезов, Самер И. Шокър, Иван А. Богданов. 31

ИСТОРИЯ НА
БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЯ

ВЪВЕДЕНИЕ 34

БАЛНЕОЛЕЧЕНИЕ НА НЯКОИ ДЕРМАТОЗИ В
МАРИКОСТИНОВО
Янко Попов, Иван Киряков, Илия Крумов,
Маргарита Костова, Георги Папочиев,
Никола Ботев-Златков 35

СИМПОЗИУМИ И КОНФЕРЕНЦИИ

XV ПРОЛЕТЕН СИМПОЗИУМ НА ЕВРОПЕЙСКАТА
АКАДЕМИЯ ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ..... 38

МОРЕ ОТ ДЕРМАТОЛОГИЯ..... 39

REVIEWS

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS IN CHILHOOD
Bisera Kotevska Trifunova, Jana S. Kazandjieva,
Zdravka V. Demerdjieva 3

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HAND
ECZEMA
Malena J. Gergovska, Jana S. Kazandjieva,
Dimitar K. Gospodinov 11

ONYCHOMADESIS – A BARELY KNOWN NAIL'S SIGN
Katerina Damevska, Suzana Nikolovska, Ivana Dohcheva,
Andjelka Kuzmanova 19

SKIN DISEASES THERAPY

LOCAL APPLICATION OF CHOLECALCIFEROL
IN PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS
LOCALIZED ON THE FACE
Zhenya K. Dimitrova-Mihneva 23

RARE CLINICAL CASES

PSORIASIS AND OCULAR CHANGES. DESCRIPTION OF A
CLINICAL CASE
Zdravka Demerdjieva, Margarita Kacheva, Ivan Bogdanov,
Vladislava Kostalevska, Nikolay Tsankov 27

PHYTODERMATITIS DUE TO THE APPLICATION OF
CHELIDONIUM MAJUS (SNAKE MILK) EXTRACT
Dimitar T. Cherkeзов, Samer I. Chokr, Ivan A. Bogdanov 31

HISTORY OF THE
BULGARIAN DERMATOLOGY

INTRODUCTION 34

BALNEOTHERAPY OF SOME DERMATOSES IN
MARIKOSTINOVO
Janko Popov, Ivan Kiriakov, Iliia Krumov, Margarita Kostova,
Georgi Papociev, Nikola Botev-Zlatkov 35

SYMPOSIUMS AND CONFERENCES

XV SPRING SYMPOSIUM OF THE EUROPEAN ACADEMY OF
DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY 38

DERMATOLOGICAL SEA 39

ОБЗОРИ

АЛЕРГИЧЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ ОСОБЕНОСТИ В ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА, КЛИНИЧНАТА КАРТИНА, ДИАГНОСТИКАТА И ТЕРАПИЯТА

Бисера Котевска Трифунова*, Жана С. Казанджиева**, Здравка В. Демерджиева*

* *Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница, София*

** *Катедра по дерматология и венерология, Медицински университет, София*
bkotevska@abv.bg

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS IN CHILDHOOD

Bisera Kotevska Trifunova*, Jana S. Kazandjieva**, Zdravka V. Demerdjieva*

* *Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital, Sofia*

** *Department of Dermatology and Venereology, Medical University - Sofia*
bkotevska@abv.bg

РЕЗЮМЕ

Алергичният контактен дерматит (АКД) е често срещана диагноза в детска възраст с разпространение при около 20 % от децата. За съжаление, въпреки големия брой засегнати пациенти, това кожно заболяване често остава пропуснато или неправилно диагностицирано.

Честотата на алергичния контактен дерматит в детска възраст е увеличена в последно време, поради засилената експозиция на различни алергени. Пиърсинг, временни татуировки използването на широка гама от козметични продукти са едни от най-честите причини за появата на АКД при деца. Участието в разнообразни видове спорт и различните хобита също могат да са отключващи фактори за контактен дерматит.

Диагнозата АКД при деца се поставя въз основа на типичната анамнеза и клинична картина. Златен стандарт за откриване на причината е епикутанното тестване.

Ключови думи: алергичен контактен дерматит, епикутанно тестване, детска възраст

ABSTRACT

Allergic contact dermatitis (ACD) is diagnosed frequently in childhood with an estimated prevalence of around 20%. Unfortunately, despite the high number of affected children, ACD is frequently under- or misdiagnosed.

Nowadays, there is an increase in the prevalence of ACD in childhood due to the exposition to a number of various allergens. The most common causes for ACD include temporary tattoos,

piercings and a variety of cosmetic products. Additionally, some sport's and hobby's equipment may trigger ACD.

The diagnosis of ACD is based on the typical history and clinical manifestation. The gold standard for diagnosing the cause of ACD is the epicutaneous patch test.

Key words: Allergic contact dermatitis, epicutaneous patch testing, children's age

ВЪВЕДЕНИЕ

През 21 век контактните алергични реакции са част от рутинната дерматологична практика. Подобно на възрастните с всяка година се увеличава и процентът на засегнатите деца. Причините са две – експозиция на все повече алергени в тази възрастова група и по-често прилагане на епикутанно тестване за откриване на причинителя на АКД.

Поради особеностите на детската кожа – по-тънка, с по-малко активни мастни и потни жлези, АКД има различни характеристики.

Точно както при снемането на анамнеза при възрастни, при децата е необходимо да се разпитва за хобита, спорт, музикални инструменти, изкуство и други любими занимания. Трябва да се снесе подробна анамнеза и от родителите, роднините и учителите. При по-малките пациенти е необходимо да се вземат от детските градини и училищата списъци с училищните проекти, които включват използване на лепила, гуми, бои, растения и пластелини [1].

Възрастта на детето също е от огромно значение. Най-малките деца се излагат на алергени, които са използвани от родителите и де-

тегледачките (парфюми, бои, лакове за коса). Възрастовата група между 6 месеца и 3 години, поради ниския си ръст, прекарва голяма част от деня на пода и често алергичните реакции са към подовите настилки и предметите, които се намират там. При по-големи деца очилата за плуване, виртуалните и 3-Д очила за видео игри също могат да отключат АКД, заедно с други добре познати алергени.

Много производители, с цел да увеличат продажбите си, създават детски козметични продукти, които съдържат недостатъчно пречистени растителни съставки. Честата употреба на подобни козметични продукти също може да причини поява на АКД.

Епидемиология на АКД в детска възраст

Описани са около 87000 химични субстанции в околната среда, от които 3 700 са потенциални контактни алергени. Честотата на АКД е 7% в общата популация. Разпределението във възрастовите групи е 13-24% за педиатричните пациенти, срещу 33-64% за възрастните пациенти [2].

За първи път в детска възраст през 1931 година е описана късен тип реакция на свръхчувствителност след контакт с отровен бръшлян. Тогава се е смятало, че реакциите от този тип не са толкова чести [3].

През 1986 год. се тестват епикутанно 314 здрави деца (бебета, малки деца и подрастващи) и се установява честота на контактният дерматит около 20 % [4]. Според статистиката, АКД при деца може да се наблюдава във всяка възраст от 0 до 18 години, но с увеличаването на годините, честотата също се увеличава [3].

Първото мултицентрично проучване в САЩ изследва 65 деца с АКД в периода 2001-2006 год. При 77% от участниците се наблюдават положителни реакции, които са преценени като клинично релевантни. Анализът на данните показва, че честотата на установените положителни реакции е много висока - 83 %. Положителни реакции са отчетени при 54 от общо 65 деца тествани епикутанно с 80 различни алергена. Тези данни убедително доказват необходимостта от използване на пач тест в диагностиката на АКД при деца [5].

През 2008 са направени две многоцентрови проучвания на деца с АКД в Северна Америка. Проучванията потвърждават, че няма разлика в честотата на клинично релевантните позитивни реакции при възрастни и деца, но има разлика в реакциите към различните алергени. При децата най-честите алергени са никел, неомидин, кобалт, парфюми, бацитрацин, злато, колофон, ланолин, кватерниум 15. Тези проучвания са особено важни за открояване на разликите между АКД при деца и възрастни [6].

В България наши непубликувани проучвания също показват висока честота на детските алергични контактни дерматити. При тествани общо 153 деца, положителни реакции са отчетени в 54.9 % от случаите. В българското проучване най-честите алергени при детската популация са Никел, Кобалт, Катон, Метилизотиазолинон, Неомидин, N-Isopropyl-N-phenyl-4-Phenylenediamine, Парфюм микс 1, Парафенилендиамин, Перувиански балсам и Хром.

Патогенеза на АКД в детска възраст

Според всички достъпни литературни източници при децата не се наблюдават значими различия в патофизиологията на АКД, сравнение с възрастната популация.

Детската кожа е по-тънка и с намален брой клетки в стратум корнеум. Същевременно е увеличено съотношението между големината на кожата и телесното тегло и съответно има възможност за по-голяма абсорбция на различни вещества [7].

Сенсибилизацията при децата е свързана с честия контакт с различни алергени от околната среда (козметични продукти, играчки, детски бижута и различни спортни аксесоари) [8].

Сенсибилизацията настъпва след директен контакт на алергена с кожата. Алергениите са липофилни молекули с молекулно тегло по-малко от 500 далтона. Повечето алергени са слаби сензибилизатори и са необходими по-чести контакти, за да настъпи свръхчувствителност (детски парфюми и парфюмирани детски продукти) [9]. Факторите, които подпомагат развитието на АКД в детска възраст са най-често наличието на атопичен дерматит и направата на пийърсинг.

Имунопатофизиологичният механизъм е комплекс от взаимодействия между алергениите, кератиноцитите, дендритните клетки и Т лимфоцитите [10, 11].

Алергичният процес започва с дифузия на алергена (или хаптена) и активация на Т лимфоцитите, основно Th1. Във фазата на сенсибилизация се освобождават интерлевкин (IL-1a), IL-1b, тумор некротичен фактор алфа, IL-8 и IL-18. Лангерхансовите клетки и след тях дермалните дендритни клетки поемат алергена и го пренасят до регионалните лимфни възли като активират антиген специфичните Т клетки (Th1, Th2, Th 17, T(treg) клетки). Доказано е, че важна роля за развитието на АКД имат и Th22, Th29 [3, 12].

Т-лимфоцитите претърпяват бластогенеза в регионалните лимфни възли. Един подклас от тези Т клетки се диференцират в паметови клетки (memory cells), докато другите Т лимфоцити остават в кръвното русло. Втората фаза настъпва, когато сенсибилизираният пациент

отново влиза контакт с алергена. При този следващ контакт се активират Т клетките и чрез освобождаване на цитокини се индуцира възпалителен отговор.

Сенсибилизацията зависи от много фактори: концентрацията на алергена, мястото на контакт, продължителността на контакта с кожата, състоянието на кожата бариера и честотата на контакта на алергена с кожата.

Въпросът за ролята на атопичния терен при АКД е многократно проучван. Повечето автори приемат, че честотата на детския АКД е еднаква при пациенти с подлежащ атопичен дерматит, себореен дерматит и здрави пациенти [13]. Само във възрастта между 1 и 5 години е открита значително по-висока честота на контактни алергични реакции при деца с атопичен дерматит. Причината е най-вероятно в нарушената функция на епидермалната кожна бариера при атопия, филагриновите мутации и повишената активност на серин протеазите. Тези промени в атопичната кожа водят до нарушение на дебелината на роговия слой, нарушена хидратация и производство на серамиди при посочената възрастова група.

Клинична картина на АКД в детска възраст

Кожните изменения най-често се проявяват в периода между 72 и 96 часа след повторен контакт с алергена. Макар и рядко може да има и клинична изява след 24-я час.

Локализацията на обрива е различна в зависимост от мястото на контакт с алергена. Най-често при деца са засегнати дланите, следвани от лицето и долните крайници. При аеро-алергените обривът обикновено е по лицето и деколтето. При АКД от текстилни бои при деца се засяга зоната на врата, мястото на колана и аксилите [14]. При системния контактен дерматит има дифузно разпространение на обрива като може да се засегне и цялото тяло [15, 16, 17].

Освен от локализацията, клиничната картина зависи от възрастта на пациента и вида на алергена.

Честите „детски“ алергени са детската козметика, играчките, металите, лекарствата за локално приложение и боите.

Детска козметика

Козметичните продукти са най-честата причина за поява на АКД в детска възраст. Алергени могат да бъдат както основните съставки, така и парфюмите и консервантите характерни за този тип козметика. Повечето случаи на АКД са от неизмивни („leave-on“) продукти. Кремове, лосионите, балсамите могат да съдържат растителни и химични съставки, които са с висок алергичен потенциал.

Детските червила, сенки и лакове също могат да доведат до появата на контактен дерматит. Въпреки забраните и европейските норми, проучвания откриват съдържание на никел, хром и кобалт над допустимото 5 ppm [1] в детска козметика. Гримове използвани от децата също често са контаминирани с никел. Препоръчва се да не се купуват и използват козметични продукти закупени от магазини за играчки, поради липса на контрол за безопасност.

Детските парфюмии ароматни масла са също между основните виновници за поява на АКД, поради съдържанието на множество парфюмни алергени [18].

Консервантите, съдържащи се в този вид козметичните продукти също могат да причинят сенсибилизация. Най-чести причинители на алергични реакции са парабените, Kathon CG и Euxil 400. Формалдехидните производни и метилдибромоглутаронитрила също могат да бъдат причина за развитие на АКД. Тези консерванти се съдържат в измивни козметични продукти (продукти за лична хигиена), като подтикат растежа на микроорганизмите. Макар и по-рядко този вид измивни („rinse-off“) продукти също могат да предизвикат поява на контактни дерматити в детска възраст.

Все повече се увеличава употребата на натурални съставки в козметичните продукти, като се пропуска фактът, че те могат да бъдат потенциални сензибилизатори и да индуцират алергична реакция. Съдържанието на различни билки в кремове, емолиенти и лекарства обикновено е важна част от рекламната стратегия на производителите. За съжаление наличието на „натурални“ вещества не изключва наличие на консерванти, аромати и емулгатори в козметичните продукти.

Съставки като прополис и масло от чаено дърво могат да бъдат причина за АКД [19, 20]. Маслото от чаено дърво трябва да се съхранява в тъмна стая, защото може да се оксидира и да причини сенсибилизация. Често срещани алергични реакции има и от прополис, който се използва в био-козметиките и в т.н. „домашни мехлеми“, които пациентите приготвят сами [21, 22].

Други натурални продукти, които са възможна причина за АКД в детска възраст са: невен и бразилски восък (замества прополис във веган козметични рецепти). Невените принадлежат към семейство сложноцветни. Те могат да предизвикат иритативни, алергични и фототоксични реакции.

1. Играчки

Играчките са друга потенциална причина за възникване на АКД. Това в най-голяма степен касае наличието на никел, фталати и аромати в детските стоки. Много от детските бижута и дрехи също съдържат никел, кобалт и хром.

Раната експозиция с никел освен че може да бъде причина за индуциране на алергия към никел при децата, може също да причини персистиращ никелов дерматит [23]. 15 годишно проучване с 1206 деца, открива че никел е най-честият алерген (11.8 %) в детската популация, следван от кобалт (2.3 %), колофон (2%), тимеросал (1.4 %) и парафенилендиамин (1.1%).

Фталатите са химични съставки които се съдържат в пластмасови изделия с цел увеличаване на трайността и гъвкавостта. Смята се че фталатите са карциногени за което тяхната употреба е спряна в Сащ, Канада и някои Европейски страни. Играчките които се произвеждат в Азия, основно в Китай често съдържат фталати 130 пъти над нормата. Европейската комисия, рапортува че в детските пластмасови играчки се съдържат фталати, като най-често са: (2-ethylhexyl phthalate (DEHP), dibutyl phthalate (DBP), di-isononyl phthalate (DINP). Смята се че тези алергени освен причина за АКД, могат да причинят увреждане и на репродуктивната система.

2. Локални медикаменти

Широката употреба в ранна детска възраст на локални антибиотици, локални кортикостероиди, дезинфектанти, тимерозал и неомидин е много важна за развитието на алергични реакции. Тимерозал и неомидин са често част ваксините и това е едно от обясненията на алергичните реакции към тях. Сензитивността към тимерозал не е много сигнификантна.

3. Метали

Контактът с метали се увеличава най-често в училищна възраст. Най-честите причинители за АКД са никел, хром, и кобалт. Възможни са реакции и на кръстосана сенсibilизация към други метали. Никел освен в играчките и бижутата се намира и в металните аксесоари по дрехите, часовниците, брекетите. Пиърсинг в областта на ушите е основна причина за сенсibilизация към никел, като риска за сенсibilизация се увеличава с броя на пиърсингите.

Брекети изработени от неръждаема стомана, хром-кобалт и титаниево-никелова сплав могат да причинят периорален дерматит (ангуларен или други форми на хейлит) и лезии в областта на оралната мукоза. Известно е, че използването на метални сплави в ортодонтични протези може да има странични ефекти при сенсibilизирани индивиди, въпреки че те се срещат по-рядко при деца. Независимо от това се препоръчва избягване на ендопротези при пациенти които имат чувствителност към метали.

4. Обувки

Хромът е съставка която се използва за щавене на кожни изделия. Носенето на кожени обувки особено през лятото е основна причина

за сенсibilизация, особено, когато не се слагат чорапи.

В последните години, обувките се изработват от каучук, вследствие на което се увеличава риска за сенсibilизация към вулканизиращи акселератори, каучукови антиоксиданти (тиурам и N-парафенилендиамин), лепило и смоли (паратерциерна фенолформалехидна смола).

5. Бои за коса и татуировки

Използването на бои за коса (съдържащи парафенилен диамин) може да причини АКД по скалпа, лицето и клепачите.

Къната е оранжева боя която рядко причинява АКД. Временните татуировки освен къна, съдържат и парафенилендиамин, за да повишат интензитета и трайността на боята. Временните татуировки съдържащи парафенилендиамин често са причина за трайни увреждания на кожата. Силно положителни реакции към парафенилендиамин при епикутаното тестване не са рядкост. Приложението на татуировки с къна и бои за коса са най-честата причина за поява на положителни реакции от пач теста при децата над 14 годишна възраст [24]. Описани са редица кръстосани реакции към азо бои, сулфонамиди, парааминобензоена киселина в фотозащитни кремове, локални анестетици, бензокаин, или прокаин в по късна възраст за което е нужно тази модна тенденция за прилагане на временни татуировки при децата да се спре изцяло [25].

6. Текстил

В последните няколко години има тенденция за повишаване на АКД от текстил.

Най-честата причина за този вид дерматит са азобоите, но лепилата, каучукът и металните аксесоари от дрехите също могат да предизвикат сенсibilизация при продължителен контакт с кожата. Клиничната картина е полиморфна с оглед на голямото разнообразие на дрехите и тяхната изработка.

Контактната алергия към боите в дрехите е изследвана основно при възрастни пациенти [26]. Само в единични публикации се проучва АКД от текстилни бои при деца, като честотата на положителните реакции се движи между 3.1- 4.6% [27]. Посочва се, че най-често са засегнати бедрата, вследствие на контакт със синтетични материи от детските панталони [28]. Друго проучване сравнява АКД от текстилни бои при деца с atopичен дерматит и деца без анамнеза за atopия. Установено е че при децата без atopичен дерматит най-често са засегнати аксилите, стъпалата и ингвиналните гънки. За разлика от тях при atopичните деца най-често засегнати зони са флексорните зони на горните крайници и лицето [29].

Формалдехид и смоли се откриват в дрехите означени като 'wrinkle-resistant' (т.е. дрехи,

които не се мачат). Тези съставки също могат да причинят АКД [30]. Най-висока концентрация на формалдехид и смоли е открита в дрехи от изкуствена коприна и кадифе, а най-малко - в 100 % полиестерни дрехи.

Особените клинични форми на АКД са свързани и с локализацията на промените:

I. АКД в областта на лицето при момичетата:

В групата на подрастващите, момичетата често развиват АКД по лицето. Този факт се обяснява с повишената експозиция на никел от пирсингите и с наличието на множество аромати и консерванти в гримове и козметичните продукти [31] които се използват в тази възрастова група.

II. Периорален и перианален дерматит

Периоралният дерматит често се наблюдава при момичетата. В повечето случаи причината е в често облизване на устните или използване на инхалаторни кортикостероиди [32]. Публикувано е проучване на периорален дерматит при 8 момичета причинен от фотозащитни кремове с висок слънцезащитен фактор (най-вероятно от микропигментите в състава на този вид продукти) [33].

Пастите за зъби и колофонът в детските дъвки са също потенциални причини за развитие на контактно-алергични реакции.

Перианалният дерматит е най-честия дерматит в генитална област при деца. Проучвания за този дерматит в детска възраст са оскъдни [34]. Поликоданол е посочен като причина за няколко описани случаи на дерматит в детска възраст [35]. Kazandjieva et al. описват случай на перианален дерматит при петгодишно дете, дължащ се на алергия към консервант в мокри-те кърпички [36].

III. Палмоплантарни ерупции

При екземни промени по стъпалата при деца, които персистират по-дълго време и са резистентни на лечение, трябва да се мисли в насока на АКД и да се направи епикутанно тестване [37].

В едно проучване се прави епикутанно тестване на деца до 18 годишна възраст с дерматози по стъпалата [38]. От децата с положителна реакция в 76% е налице фамилна или лична анамнеза за атопия. Паратерциер-бутилфеноловата смола и хром са най-честите идентифицирани алергени.

Описани са случаи на чувствителност към диметилфумарат (консервант при транспортиране на кожени стоки) при деца [39].

IV. АКД по подбедриците

Въпреки широката употреба на наколенки и кори за предпазване от травми при спорт, изненадващо рядко има описани алергични реакции към тях [40]. Положителни реакции при

епикутанно тестване са отчетени при 5 момчета на възраст между 9 и 10 години. Всички деца страдат от екзема на глезените, три от тях са със атопичен дерматит [41]. Най-чести сенсibiliзатори в спортните протектори са каучука и дериватите на диметилтиоурея.

V. АКД от пелени

Дерматитът от пелени се представя от остра възпалителна екземна реакция в памперс зоната. Повече от 50 % от децата имат поне един епизод на иритативен контактен памперс дерматит. Този вид дерматит основно засяга глутеусите, гениталиите, долна част на корема, бедрата. Кожните гънки най-често не са засегнати [42]. Клинично се характеризира с асимтоматичен еритем, но може да има и папули и болезнени повърхностни ерозии. Честотата на памперс дерматита е недостатъчно проучена, но се смята че е ниска [43].

Алергичния контактен дерматит от пелени наричан 'Lucky Luke' дерматит се развива въз основа на сенсibiliзация към каучукови съставки в пелените. Появява се най-често по бедрата и хълбоците, като напомня на каубойските кобури за пистолети по коланите. При тези деца се откриват положителни реакции към каучуковите компоненти в пелените, меркаптобензоатиазола, лепилото със съдържание на паратерциер бутилфенолова смола и циклохексил тиофталимид [44].

Пелените за еднократна употреба имат нисък алергизиращ потенциал.

При децата с чувствителна кожа използването на продукти с абсорбиращи полимери и водно-пропускащи задни листове води до минимализиране на риска от кожни обриви [45].

Диагноза на АКД в детска възраст

Детайлната анамнеза е много важна за АКД. Разпитва се за времетраенето на заболяването, наличие на рецидиви, субективни оплаквания. Снема се подробна анамнеза за възможни отключващи фактори, използване на лекарства, прилагане на пиърсинг, татуировки. Участието в различни спортове и хобита също е важна част от анамнезата. Трябва специално да се обърне внимание на факта, че появата на АКД може да бъде свързана с придружаващ атопичен дерматит, както и алергичен ринит и бронхиална астма. Фамилната анамнеза е също важна за поставяне на диагнозата. Важна част от диагностиката на алергичните реакции при деца е да се разпитат родителите за употреба на „натурални“ и „домашни“ козметични продукти в грижата за детската кожа.

Кожна биопсия и хистологично изследване се налагат само при затруднение в поставянето на диагнозата.

Златен стандарт за откриване на причината за АКД е епикутанното тестване (patch test).

Епикутанно тестване в детска възраст:

Пач тестът при деца винаги е бил обект на различни мнения в литературата по отношение на неговата методология.

Основно се спори за концентрацията на алергените. Някои автори смятат, че е необходима по-ниска концентрация на алергените от тази при възрастните. В детска възраст, при деца до 3 годишна възраст, самото прилагане на теста е малко по-сложно за разлика от по-големите деца. Отчитат се голям брой иритативни реакции при малките деца [1].

В детска възраст има и затруднение за запазването на целостта на лепенките, както и трудности с поставянето на лепенките поради малката площ на гърба.

Според някои автори е необходимо да се прилага само половината от концентрацията на алергените употребявани при възрастни [46]. Други научни статии предлагат да се приложи 15-25 % по-ниска концентрация от тази при възрастните пациенти [47, 48].

По-нови публикации свързват концентрацията с възрастта на пациентите. Те предлагат при деца под 8 години да се използва намалена на половина концентрация на алергени катоникел и формалдехид [49].

Повечето изследвания сочат, че стандартната концентрация на алергените, която се прилага при възрастните е подходяща и при деца [50].

Голямо проучване от 1999 година обобщава 11 студии и общо 5728 деца. Данните показват, че при тестване на деца може да се ползва същата концентрация на алергените, както при възрастни [51].

През 2011 г. S. Jacob et al. прилагат тестване с 28 алергена и една отрицателна проба при 102 деца на възраст от 6 до 12 години и доказват, че тестът е безопасен и ефективен при деца [52].

Според ICDRG (International contact allergy research group) децата могат да бъдат тествани със стандартната концентрация на алергените употребявана за тестване и при възрастни пациенти.

Диференциална диагноза на АКД в детска възраст

Диференциалната диагноза включва атопичен дерматит и иритативен контактен дерматит. Други по-далечни диференциални диагнози са различни форми на фотодерматит, уртикариален дерматит, контактна уртикария, псориазис, скабиес, нумуларна екзема, микотични инфекции, болест на Дюринг, лихен планус, лекарствени реакции и себореен дерматит.

Лечение

Основна стъпка в лечението на АКД е поставяне на правилна диагноза и след направеното епикутанно тестване, избягване на контакта с алергена (хаштен). Родителите на децата трябва да бъдат добре информирани как да предпазват децата си от доказаната алергия. Те трябва да се обучени да четат листовките на различните продукти за деца и да са информирани за различните имена, с които се обозначават едни и същи алергени [53].

За по-лесен достъп и намиране на даден алерген има две информационни системи чрез които той може да се открие: Contact Allergen Management Program (CAMP) и Contact Allergen Replacement Database (CARD).

При по-тежка клинична картина преустановяването на контакта с „виновния“ алерген не е достатъчно. Необходимо е включването на локално, а понякога и на системно лечение.

Локално лечение:

Барьерни кремове и емолиенти:

Те са задължителен елемент на терапията. Барьерните кремове и емолиентите се използват с цел да се намали пропускливостта на кожата, да се укрепи кожната бариера спрямо иританти и контактни алергени и да се нормализира кожният микробиом [54]. Барьерните кремове се нанасят на регулярни интервали преди и по време на контакт с екзогенните агенти [55, 56].

Локални кортикостероиди:

Локалните кортикостероиди са средство на първи избор в лечението на АКД. Тяхната функция е противовъзпалителна. Те потискат функцията на дендритните клетки и намаляват синтеза на цитокините IL-2, интерферон гама, тумор некротичен фактор алфа и други [57].

Кортикостероидният крем се избира според възрастта на пациента, зоната на обрива, мощността на лекарството в различните групи кортикостероиди.

При деца се предпочита употребата на ниски и средно мощни по сила кортикостероиди. Времетраенето на локалното лечение с кортикостероиди също трябва да бъде по-кратко от това при възрастни, като се избягва употребата на локални кортикостероиди в областите на лицето и гениталиите. Важно е да се снесе анамнеза за предишна употреба на локални кортикостероиди и евентуални предишни алергични реакции към тях.

Калциневринови инхибитори:

Използват се като алтернатива на кортикостероидните препарати. Обикновено се прилагат след активно лечение с кортикостероиди, за да се предотврати атрофията на кожата [58]. Тяхното действие се изразява в блокиране на активацията и пролиферацията на Т-лимфоцитите [59].

Калциневриновите инхибитори могат да се прилагат в зоната на клепачите и гениталиите [60].

Схемата на приложение при АКД включва апликация на такролимус унгвент (0.03% за деца) или пимекролимус крем (1%) два пъти дневно с постепенно намаляване на честотата на апликациите.

Системно лечение:

Кортикостероиди:

Системно лечение се прилага при острите, тежки форми на АКД. Системни КС се прилагат най-често в доза 0,1-1 мг/кг /дневно [61]. Продължителната употреба в детска възраст не е желателна поради честите странични ефекти - акне, остеопороза, хипертония, повишен апетит, катаракта, безсъние, хипергликемия.

Антихистамини:

С цел овладяване на сърбежа, антихистамините са най-често предписваните лекарства, въпреки че според повечето консенсуси те нямат отношение към механизма за развитие на АКД [62]. По-често се прилагат медикаменти от втората генерация H1 блокери. Произвеждат се под формата на сироп или капки, което ги прави удобни за приложение и дозиране в детска възраст.

Фототерапия:

Фототерапия се прилага при дисеминирани форми на АКД. Най-често се използват тясно спектърни (Narrowband) UVB лъчи с дължина на вълната 290-320nm. Поради нежеланите реакции - увеличен риск за поява на немеланомни и меланомни кожни тумори и рискът от увреждане на зрението, тази терапия се прилага в много редки случаи.

Други имуносупресори (Метотрексат, Азатиоприн, Циклоспорин):

В детска възраст поради страничните им действия тези средства се използват изключително рядко, когато има контраиндикации за лечение с кортикостероиди или при неповлияване от конвенционалната терапия. Лечението е най-добре да бъде прилагано в болнични условия. Нужни са и чести контролни кръвни лабораторни изследвания. Най-честите странични действия са нефротоксичност, анемия, хепатотоксичност, гадене, повръщане, и дефлувиум.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Bruce B., James T. Allergic contact dermatitis: Kids are not just little people. Clin. Dermatol. 2015;33:605-612.
2. Thssen JP, Linneberg A, Menne T. et al. The epidemiology of contact allergy in general population – prevalence and main findings. Contact Dermatitis. 2007; 57: 287-299.
3. Straus H. Artificial sensitization of infants to poi-

son ivy. J Allergy. 1931;2:137-144.

4. Weston W., Weston J., Kinoshita J et al. Prevalence of positive epicutaneous tests among infants, children, and adolescents. Pediatrics 1986;78:1070-1074.

5. Jacob E., Brod B., Crawford GH. Clinically relevant patch test reactions in children – a United States based study. Pediatr Dermatol 2008;25:520-527.

6. Zug A., McGinley-Smith D., Contact allergy in children referred for patch testing: North American Contact Dermatitis Group data, 2001-2004. Arch Dermatol. 2008;144:1329-1336.

7. Pigatto P., Martelli A., Marsili C., et al. Contact dermatitis in children Ital J of Pediatrics. 2010;36:2.

8. Hogeling M, Pratt M. Allergic Contact Dermatitis in Children: The Ottawa Hospital Patch-Testing Clinic Experience. 1996 to 2006. Dermatitis. 2008;19:86-89.

9. Johansen J. Fragrance contact allergy. Am J Clin Dermatol 2003;4:789-798.

10. Dhingra N, Shemer A., Correa da Rosa J et al. Molecular profiling of contact dermatitis skin identifies allergen-dependent differences in immune response. J Allergy Clin Immunol 2014;134:362-372.

11. Schmidt M, Raghavan B, Muller V et al. Crucial role for human Toll-like receptor 4 in the development of contact allergy to nickel. Nat Immunol 2010;11:814-819.

12. Michelle E., Jonathan H., Allergic Contact Dermatitis to Cosmetics. Dermatol Clin. 2014;32:1-11.

13. Silny W, Bartoszak L, Jenerowicz D, et al. Prevalence of contact allergy in children suffering from atopic dermatitis, seborrhoeic dermatitis and in healthy controls. Ann Agricult Environmental Med. 2013;20:55-60.

14. Malinauskiene L., Bruze M. Contact allergy from disperse dyes in textiles: a review Contact Dermatitis 2013;68:65-75.

15. Veien NK. Systemically induced eczema in adults. Acta Derm Venereol Suppl 1989;147:1-58.

16. Fisher A. Systemic contact dermatitis caused by ingestion of certain foods in propylene glycol-sensitive patients. Am J Contact Dermat 1996;7:259.

17. Raison-Peyron N, Meynadier J., Sorbic acid: an unusual cause of systemic contact dermatitis in an infant. Contact Dermatitis 2000;43:247-248.

18. Rastogi SC, Johansen JD, Menne T, et al. Contents of fragrance allergens in children's cosmetics and cosmetic-toys. Contact Dermatitis 1999; 41: 84–88.

19. Giusti F, Miglietta R, Pepe P. et al. Sensitization to propolis in 1255 children undergoing patch testing. Contact Dermatitis 2004;51:255-258.

20. Apted JH: Contact dermatitis associated with the use of tea-tree oil. Australas J Dermatol 1991;32:177.

21. Bonitsis NG, Tatsioni A, Bassioulas K. et al. Allergens responsible for allergic contact dermatitis among children: a systematic review and meta-analysis. Contact Dermat 2011; 64: 245–257.

22. Hausen BM. Evaluation of the main contact allergens in propolis (1995 to 2005). Dermatitis 2005;16:127–129.

23. Hsu JW, Jacob SE. Children's toys as potential sources of nickel exposure. Dermatitis 2009;20:349–350.

24. Spornraft-Ragaller P, Schnuch A, Uter W. Extreme patch test reactivity to paraphenylenediamine but not to other allergens in children. J Dtsch Dermatol Ges. 2012;10: 258–264.

25. Marcoux D, Couture-Trudel P-M, Riboulet-Delmas G. et al. Sensitization to para-phenylenediamine from a street side temporary tattoo. Pediatr Dermatol. 2002; 19: 498–502.

26. Hatch KL, Maibach HI. Textile dye allergic contact dermatitis prevalence. *Contact Dermatitis* 2000; 42: 187–195.
27. Dooms-Goossens A. Textile dye dermatitis. *Contact Dermatitis*.1992;27: 321–323.
28. Manzini BM, Motolese A, Conti A. et al. Sensitization to reactive textile dyes in patients with contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1996 ;34:172-175.
29. Seidenari S., Giusti F., et al. Sensitization to disperse dyes in a patch test population over a five-year period. *Am J Contact Dermatitis*. 2002;13:101-107.
30. Fowler JF Jr, Skinner SM, Belsito DV. Allergic contact dermatitis from formaldehyde resins in permanent press clothing: an underdiagnosed cause of generalized dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1992 ;27: 962–968.
31. Militello G, Jacob SE, Crawford GH. Allergic contact dermatitis in children. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18:385–390.
32. Loden M, Andersson AC, Lindberg M. Improvement in skin barrier function in patients with atopic dermatitis after treatment with a moisturizing cream (Cano-derm). *Br J Dermatol* 1999;140: 264–267.
33. Abeck D, Geiselfelder B, Brandt O. Physical sunscreens with high sun protection factor may cause perioral dermatitis in children. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7: 701–703.
34. Kranke B, Trummer M, Brabek E, et al. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr* 2006;118: 90–94.
35. Frosch PJ, Schulze-Dirks A. Contact allergy caused by polidocanol. *Hautarzt* 1989; 40:146–149.
36. Kazandjieva J, Gergovska M, Darlenski R. Contact Dermatitis in a Child from Methlychloroisothiazolinone and Methylisothiazolinone in Moist Wipes. *Pediatr Dermatol*.2014; 31:225-227.
37. De Waard-van der Spek FB, Andersen K. et al. Allergic contact dermatitis in children: which factors are relevant? (Review of the literature). *Pediatr Allergy Immunol*. 2013 ;24:321-329.
38. Darling MI, Horn HM, McCormack SKA et al. Sole dermatitis in children: patch testing revisited. *Pediatr Dermatol* 2012; 29: 254–257.
39. Toledo F, Silvestre JF, Cuesta L. et al. Correlation between lesion site and concentration of dimethyl fumarate in different parts of shoes in patients with contact dermatitis caused by dimethyl fumarate in footwear. *Contact Dermatitis*, 2011; 65: 92–95.
40. Powell D, Ahmed S. Soccer shin guard reactions: allergic and irritant reactions. *Dermatitis*, 2010; 21: 162–166.
41. de Waard-van der Spek F, Oranje A. Patch tests in children with suspected allergic contact dermatitis: a prospective study and review of the literature. *Dermatology*. 2009;218:119–125.
42. Pigatto P, Martelli A, Marsili C. et al. Contact dermatitis in children. *Ital J Pediatr* 2010;36:2.
43. Smith WJ, Jacob SE. The role of allergic contact dermatitis in diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2009; 26: 369–370.
44. Belhadjali H, Giordano-Labadie F, Rance F. et al. ‘Lucky Luke’ contact dermatitis from diapers a new allergen? *Contact Dermatitis* 2001; 44: 248.
45. Runeman B. Skin interaction with absorbent hygiene products. *Clin Dermatol* 2008; 26: 45–51.
46. Hjorth N. Contact dermatitis in children. *Acta Derm. Venereol. Suppl.* 1981; 95: 36-39.
47. Marcussen P. Primary irritant patch-test reactions in children. *Arch. Dermatol*. 1963;87: 378-382.
48. Röckl H., E. Müller, W. Hiltermann: Zum Aussagewert positiver Epikutantests bei Säuglingen und Kindern. *Arch. Klin. Exp. Dermatol.* 1966: 226 ;407-419.
49. Fisher A. Childhood allergic contact dermatitis. *Cutis*. 1975;15: 635–642.
50. Storrs F. Patch testing children- what should we change ? *Pediatr Dermatol*. 2008;25:420-423.
51. Mortz, KE Andresen. Allergic contact dermatitis in children and adolescents *Contact dermatitis* 1999; 41:121-130.
52. Jacob SE, Herro EM, et al. Safety and efficacy evaluation of TRUE TEST panels 1.1, 2.1, and 3.1 in children and adolescents. *Dermatitis*. 2011;22:204–210.
53. Welsh E, Goldenberg A, Welsh O., et al. Contact dermatitis: therapeutics when avoidance fails. *J Allergy Ther* 2014; 5:185-189.
54. Rietschel R, Fowler J. Jr. Fisher’s *Contact Dermatitis*. (5th Edition), Williams & Wilkins, Baltimore, 2001.
55. Дърленски Р, Герговска М, Казанджиева Ж. Екзема на ръцете: диагностичен и терапевтичен алгоритъм. *JPNews*, 2012,4,5-6.
56. Казанджиева Ж, Дърленски Р, Герговска М, Янкова Р, Тонев С, Кадурина М, Господинов Д, Христатијева Е, Ганчева Д, Николова А, Демерджијева З, Ганчева М, Грозева Д, Етугов Д, Брезоев П, Цанкова Л, Кирчева К, Станева Р, Милкова К, Гюрова М, Андасорова Р, Борисов Б, Матеев Г, Василева С, Обрешкова Е, Праматаров К, Цанков Н. Екзема на ръцете – Национален консенсус за диагностика и лечение на Българското дерматологично дружество (секция по дерматоалергология). *Дерматол и Венерол*, 2014;52(1): 72-80.
57. Cohen D., Heidary N ., Treatment of irritant and allergic contact dermatitis. *Dermatol Ther* 2004;17:334-340.
58. Казанджиева Ж, Дърленски Р, Янкова Р, Борова Н, Тонев С, Кадурина М, Господинов Д, Христатијева Е, Николова А, Мандаджијева М, Матеев Г, Василева С, Цанков Н. Национален консенсус за диагностика и лечение на контактният дерматит. *Дерматол и Венерол*, 2011;49(2): 3-16.
59. Jacob S., Castanedo-Tardan M., Pharmacotherapy for allergic contact dermatitis. *Expert OpinPharmacother* 2007; 8: 2757-2774.
60. Bornhövd E, Burgdorf W, Wollenberg A Macro-lactam immunomodulators for topical treatment of inflammatory skin diseases. *J Am AcadDermatol*. 2001;45: 736-743.
61. Brasch J. Contact allergy in children. *Hautarzt*. 2009; 60:194–196.
62. Lee R, Pristine W, Mohamed L. et al. Allergic contact dermatitis in children: common allergens and treatment: a review. *Curr. Opin. Pediatrics*. 2009;21:491–498.

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ХРОНИЧНА ЕКЗЕМА НА РЪЦЕТЕ

Малена Й. Герговска*, Жана С. Казанджиева**, Димитър К. Господинов*

*Катедра дерматология, венерология и алергология, Медицински Университет – Плевен

**Катедра по дерматология и венерология, Медицински Университет – София

malena_t@abv.bg

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HAND ECZEMA

Malena J. Gergovska*, Jana S. Kazandjieva**, Dimitar K. Gospodinov*

*Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Medical University - Pleven

**Department of Dermatology and Venereology, Medical University - Sofia

malena_t@abv.bg

РЕЗЮМЕ

Цел на изследването е, чрез въпросника Dermatology Life Quality Index (DLQI) да се проследи промяната в качеството на живот (КЖ) при лица с екзема на ръцете (vulgaris, atopic и dyshidrosiforme), провеждащи терапия за период от два месеца, като се проучат шестте измерения на въпросника и се потърсят корелации с тежестта на екземата и съпътстващата хиперхидроза.

Задачи

Анализ на изследваната популация по пол, възраст, професионална заетост, вид екзема и наличие на съпътстваща хиперхидроза, като се определи тежестта на екземата чрез индекса Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index (DASI) и връзката между тежестта и съществуващата хиперхидроза. Да се определи ефекта на болестта върху КЖ, чрез индекса DLQI и да се потърсят корелации между качеството на живот с тежестта на екземата.

Материал и методи

Общо 147 пациенти с различна форма на екзема на ръцете, селектирани за едногодишен период в Дерматологична клиника „Евродерма“ – София и Клиниката по дерматология и венерология, Медицински Университет – Плевен (януари 2015 – януари 2018 г.) Всички са проучени за наличие на хиперхидроза, професионална среда и им е проведено епикутанно алергологично тестване. Методите включват определяне на клиничната тежест на екземата на ден 0 и ден 60, чрез изчисление на стойностите на (DASI), определяне на стойностите на DLQI на ден 0 и ден 60 за негативното въздействие на заболяването върху КЖ при пациентите и статистически методи за обработка на резултатите.

Резултати

От всички изследваните 147, най-висока е честотата сред възрастовата група 16-44 г. – 100

лица (63,7%), като този факт показва тенденция на засягане от екзема процес на хора в млада и активна възраст. По отношение на диагнозата, най-висока е честотата на дисхидрозиформената екзема (ДЕ) – 76 пациенти (51,7%), следвана от контактната екзема на ръцете при 57 (38,7%) и атопичната екзема при 14 (9,6%). Установи се, че с хиперхидроза са 35 (23,8%) от общо 147 пациенти, 29 от които са с ДЕ (1 с лека и по 14 изследвани със средно тежка и тежка форма). Дисперсионният анализ ANalysis Of VAriance (ANOVA) показва статистическа значимост на връзката тежест на клиниката с хиперхидрозата в диагностичните групи ($p < 0.05$) и това я определя като рисков фактор за развитие на ДЕ. Проучиха се параметрите за качество на живот на ден 0 и ден 60, като прави впечатление, че и при трите типа екзема тежестта на клиниката е в спектъра на „средно тежка“ клинична изява (2,25 за контактната, 2,3 за ДЕ и 2,36 за атопичната), а ефектът на болестта върху КЖ е в спектъра на „много изразен“ (4,14 за контактната, 4,12 за ДЕ и 4,21 за атопичната). Не се откри статистически значима връзка на вида екзема с тежестта на дерматозата, както и с ефектът им върху КЖ. Връзката на клиничната картина (за трите диагностични групи) и подобрението настъпило след двумесечен период на лечение, дава информация за ефекта от прилаганата терапия - намаляване интензитета на клиничната тежест (от 31,66 на 8,25 пункта) и негативния ефект на болестта върху КЖ (от 17,84 на 6,54 пункта). Корелационният анализ показва висока взаимна зависимост на съотношението между коефициента за тежест на дерматозата и стойностите на DLQI на ден 0 ($p < 0.0001$), както и между коефициентите за тежест и ефекта на болестта върху КЖ на ден 0 и ден 60 ($p < 0.0001$). Статистически значимо се подобряват всички сфери на живота на пациентите – с намаляване на субективните оплак-

вания лицата са във възможност да изпълняват своите ежедневни ангажменти, с подобряване на клиничната картина.

Заклучение

Потвърждават се резултатите за негативния ефект на екземата върху КЖ при двата пола. Лечението оказва позитивно въздействие върху емоционалното състояние на пациентите.

Ключови думи: дисхидрозиформена екзема, екзема на ръцете, атопична екзема на ръцете, тежест на екземата (DASI), качество на живот (DLQI)

ABSTRACT

The aim of this study is to monitor the change in quality of life in people with hand eczema (vulgaris, atopic and dyshidrosiforme) using the Dermatology Life Quality Index (DLQI) questionnaire for two months, investigating the six dimensions of the instrument and looking for correlations with the severity of the eczema and the accompanying hyperhidrosis.

Aim

To analyse of the population studied by sex, age, occupation, type of the eczema and presence of concomitant hyperhidrosis, determining the severity of eczema with the use of the Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index (DASI) and the relationship between severity and existing hyperhidrosis. To determine the effect of the disease on quality of life (QoL) through the DLQI index and to be looked for correlations between the quality of life and the severity of the eczema.

Material and methods

A total of 147 patients with different types of hand eczema were selected for a one-year period at the Euroderma Clinic - Sofia and at the Department of Dermatology and Venereology, Medical University- Pleven (January 2015 - January 2018). All were studied for the presence of hyperhidrosis, an occupation and a skin patch test was performed. The methods include determining the clinical severity of the hand eczema at day 0 and day 60 by calculating the DASI values, determining DLQI values on day 0, and day 60 showing the negative impact of disease on QoL, and statistical methods.

Results

Of all the 147 studied patients, the highest is the frequency among the age group between 16-44 years - 100 patients (63.7%). This result shows a tendency of the hand eczema to affect people of young and active age. With regard to diagnosis, the highest incidence of dyshidrotic eczema (DE) was in 76 (51.7%) patients, followed by contact hand eczema in 57 (38.7%) and atopic dermatitis in 14 (9.6%) patients. It was found that with hyperhidrosis were 35 (23.8%) of a total of 147 patients, 29 of whom were with DE (1 with mild and 14 with mod-

erate to severe DE). ANOVA analysis revealed a statistical significance of the relationship - severity of the disease with hyperhidrosis in the diagnostic groups ($p < 0.05$), hence it determines the hyperhidrosis as a risk factor for development of DE. The QoL parameters were studied at day 0 and day 60, with the impression that for all three types of eczema the severity of the eczema is in the "medium to severe" clinical spectrum (2.25 for the contact, 2.3 for DE and 2.36 for atopic) and the effect of the disease on QoL is in the spectrum of "strongly expressed" (4.14 for the contact, 4.12 for the DE and 4.21 for the atopic). There was no statistically significant association of the type of the eczema with the severity of dermatosis as well as their effect on QoL. The clinical findings (for the three diagnostic groups) and their improvement after a two-month treatment period provide an information on the effect of the therapy applied - a reduction in disease severity (from 31.66 to 8.25 points) and in the negative effect of the disease on QoL (from 17.84 to 6.54 points). The correlation analysis shows a high correlation between the ratio of the severity coefficient of dermatosis to the DLQI values on day 0 ($p < 0.0001$) and between severity ratios and effect of the disease on QoL on day 0 and day 60 ($p < 0.0001$). Statistically significant improvement in all areas of the life of the patients - due to reducing the subjective complaints, individuals are able to fulfill their daily commitments by improving the clinical status.

Conclusion

Our study confirm the results of the negative effect of hand eczema on QoL in both sexes. Treatment has a positive impact on the emotional state of patients.

Keywords: dyshidrotic eczema, hand eczema, atopic eczema of the hands, severity of the eczema (DASI), quality of life (DLQI)

ВЪВЕДЕНИЕ

Екземата (дерматитът) е най-честото заболяване по кожата на ръцете. Хроничната екзема на ръцете (ХЕР) води до значителни икономически загуби за обществото, а психологическият ефект върху пациента може да бъде сериозен [1]. Според повечето проучвания честотата на ХЕР варира между 10-14% от общата популация. Установено е че 1/3 от екземата на ръцете започва преди 20 годишна възраст. При професии свързани с често мокрене на ръцете и контакт с различни иританти и алергени честотата на ХЕР се повишава до 30% (фризбори, готвачи, чистачи, санитарии) [1].

Всички възрастови групи могат да бъдат засегнати, но честотата се променя с годините. Meding и Swanbeck съобщават за най-висока честота на екземата при млади жени [2]. Според едно от проучванията при 35% от жените

и 27% от мъжете ЕР започва преди 20 годишна възраст [3]. Средната възраст при която започва екземата на ръцете се изчислява на 27 години [1]. Ранното начало на този вид екзема се свързва с наличие на atopична диатеза. Жените са много по-често засегнати от мъжете [1].

ХЕР предизвиква сериозен дискомфорт при пациентите, не само поради оплакванията от сърбеж и болка, но и поради факта, че затруднява социалните и личните контакти и води до сериозно нарушение на качеството на живот. Степента на засягане на КЖ на пациентите от заболяването представлява съществен проблем в съвременната дерматологична практика.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Цел на изследването е чрез въпросника DLQI да се проследи промяната в качеството на живот при лица с екзема на ръцете (vulgaris, atopic и dyshidrosiforme), провеждащи терапия за период от два месеца, като се проучат шестте измерения на въпросника за КЖ и се потърсят корелации с тежестта на екземата и съпътстващата хиперхидроза.

Задачи

1. Да се анализира структурата на изследваната популация по пол, възраст, професионална заетост, вид екзема и наличие на съпътстваща хиперхидроза.
2. Да се определи тежестта на екземата чрез индекса DASI и връзката между тежестта и съпътстващата хиперхидроза.
3. Да се определи ефекта на болестта върху качеството на живот чрез индекса DLQI. Чрез анализ на шестте измерения на въпросника DLQI да се определят най-засегнатите функции на индивида за последните 7 дни.
4. Да се проследи динамиката в стойностите на DASI и DLQI (и шестте му измерения) при сравнение на състоянието на ден 0 и ден 60, като се потърсят корелации между качеството на живот с тежестта на екземата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Група от 147 пациенти с различна форма на екзема на ръцете, от които 57 мъже и 90 жени на средна възраст 40,32 г. селектирани за едногодишен период в Клиника „Евродерма“ – София и Кожна к-ка – Плевен (януари 2015 – януари 2018 г.) са проучени за наличие на хиперхидроза, професионална среда и са тествани алергологично със стандартна европейска серия Н-1000.

За целите на проучването е приложена възрастовата класификация на СЗО:

- 0 – 17 години – детска възраст
- 18 – 44 години – младежка възраст

- 45 – 59 години – зряла възраст
- 60 – 74 години – възрастни хора
- 75 – 89 години – стари хора
- 90 – 99 години – дълголетници
- над 100 години – столетници

Обособени са следните професионални групи:

- Неработещи (ученици, студенти, безработни, майчинство, домакини, пенсионери)
- Работещи в офис (вкл. адвокати и инженери)
- Медици (лекари, стоматолози, лаборанти, мед. сестри)
- Естетика (маникюристи, козметици, фризьори)
- Производство и строителство (работници, вкл. ел. техници)
- Други (вкл. художници и учители)

Методите включват:

- Определяне клиничната тежест на екземата на ден 0 и ден 60 чрез изчисление стойностите на DASI (лека – 0-15, средно тежка – 15-30 и тежка – 31-60);
- Определяне стойностите на DLQI на ден 0 и ден 60 за негативното въздействие на заболяването върху КЖ при пациентите, които показват ефектът на болестта („не оказва ефект“ – 0-1, оказва „незначителен ефект“ – 2-5, оказва „изразен ефект“ – 6-10, оказва „много изразен ефект“ – 11-20 и оказва „крайно изразен негативен ефект“ – 21-30). В тази връзка да се определят числените и процентни стойности на шестте измерения на въпросника („симптоми и усещания“, „ежедневни дейности“, „свободно време и почивка“, „работа и училище“, „лични контакти“ и „терапия“) на ден 0 и ден 60 за проследяване промените във физическите и психосоциалните функции на лицата.
- Статистически методи за обработка на резултатите – дискриптивна статистика, ANOVA, сравнителен и корелационен анализ и непараметрични методи. За отхвърляне на нулевата хипотеза е избран коефициент на сигнификантност $p < 0.05$.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

От изследваните 147 пациенти мъжете са 57 (38,8%), а жените 90 (61,2%). Най-висока е честотата сред възрастовата група 16-44 г. – 100 лица (63,7%), следвани от тези във възрастта 45-59 г. – 31 (21%).

Този факт показва тревожната тенденция на засягане от екземен процес на хора в млада и активна възраст. От гледна точка на професионална заетост най-засегнати са служителите, работещи в офис – 53-ма (36%), от които 42 (79,2%) са в младежка и 10 (18,9%) в активна зряла възраст. (табл.1)

Табл. 1. Разпределение на пациентите по пол, възраст и професионална заетост

професия			група				общо
			16-44	45-59	60-75	над 75	
неработещи	пол	мъж	1	2	2	0	5
		жена	9	0	7	2	18
	общо		10	2	9	2	23
офис	пол	мъж	16	6	1		23
		жена	26	4	0		30
	общо		42	10	1		53
медици	пол	мъж	1	0	0		1
		жена	8	6	3		17
	общо		9	6	3		18
естетика	пол	мъж	6	0			6
		жена	12	1			13
	общо		18	1			19
производство и строителство	пол	мъж	6	6	1		13
		жена	3	3	0		6
	общо		9	9	1		19
други	пол	мъж	6	3			9
		жена	6	0			6
	общо		12	3			15
общо	пол	мъж	36	17	4	0	57
		жена	64	14	10	2	90
	общо		100	31	14	2	147

По отношение на диагнозата най-висока е честотата на дисхидрозиформената екзема (ДЕ) – 76 пациенти (51,7%), следвана от контактната екзема на ръцете при 57 (38,7%) и атопичната екзема при 14 (9,6%). Във всички групи преобладава женския пол, като и тук прави впечатление, че засегнатите са в младежка и зряла възраст и

най-засегнати са офис служителите, сред които отново ДЕ е най-застъпена (26 болни от 53-ма). Този факт ни мотивира да определим и потърсим връзка между тежестта на клиничната картина (изчислена с DASI) в трите диагностични групи и съществуващата хиперхидроза сред проучената популация. (табл. 2)

Табл. 2. Разпределението на пациентите по диагноза, тежест на екземния процес и наличната хиперхидроза

хиперхидроза			Тежест на клиничната картина – ден 0			общо
			лека екзема (0-15)	средно тежка (16-30)	тежка екзема (31-60)	
няма	диагноза	екзема на ръцете	10	23	20	53
		дисхидротична екзема	8	21	18	47
		атопична екзема	1	7	4	12
	общо		19	51	42	112
има	диагноза	екзема на ръцете	0	0	4	4
		дисхидротична екзема	1	14	14	29
		атопична екзема	0	0	2	2
	общо		1	14	20	35
общо	диагноза	екзема на ръцете	10	23	24	57
		дисхидротична екзема	9	35	32	76
		атопична екзема	1	7	6	14
	общо		20	65	62	147

Установихме, че с хиперхидроза са 35 (23,8%) от общо 147 пациенти, 29 от които са с ДЕ (1 с лека и по 14 изследвани със средно тежка и тежка форма). ANOVA анализът показва

статистическа значимост на връзката тежест на клиниката с хиперхидрозата в диагностичните групи ($p < 0.05$) и това я определя като рисков фактор за развитие на ДЕ. (табл.3)

Табл. 3. Тежест на екземата и хиперхидроза (ANOVA анализ)

			стойност	df	Общ сбор	F	Сигн.
тежест на ден 0 * хиперхидроза	Между групите	(комбинирано)	3,037	1	3,037	6,577	,011
	В групите		66,962	145	,462		
	общо		70,000	146			

За целта на изследването проучихме параметрите за качество на живот (стойности на въпросника DLQI, ефекта на екземата върху КЖ и измеренията на въпросника) на ден 0 и ден 60. Прави впечатление, че и при трите типа екзема тежестта на клиниката е в спектъра на „средно тежка“ клинична изява (2,25 за контактната, 2,3 за ДЕ и 2,36 за атопичната), а ефектът на болестта върху КЖ е в спектъра

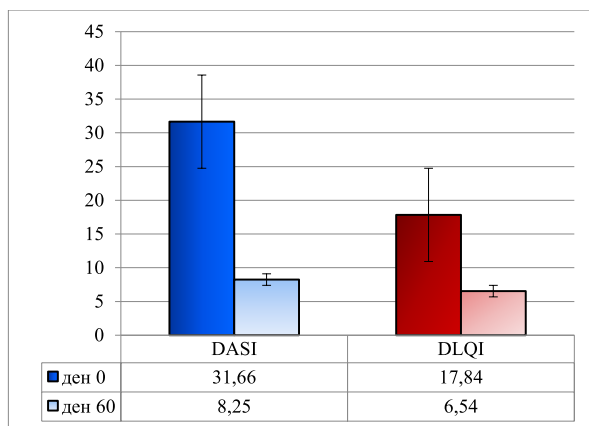
на „много изразен“ (4,14 за контактната, 4,12 за ДЕ и 4,21 за атопичната). Не открихме статистически значима връзка на вида екзема с тежестта на дерматозата, както и с ефектът им върху КЖ. Потърсихме връзка с клиничната картина (като цяло и за трите диагностични групи) и подобрението настъпило след двумесечен период на лечение, което дава информация за ефекта от прилаганата терапия. (табл.4)

Табл. 4. Дискриптивна статистика на данните за тежест на екземата и КЖ

	Брой пациенти	Минимум	Максимум	Средна стойност	Стандартно отклонение
Степен на тежест на ден 0	147	8	60	31,66	14,680
Степен на тежест на ден 60	147	0	32	8,25	8,151
Индекс КЖ на ден 0	147	2	30	17,84	7,399
Индекс КЖ на ден 60	147	0	22	6,54	6,680
Общ брой	147				

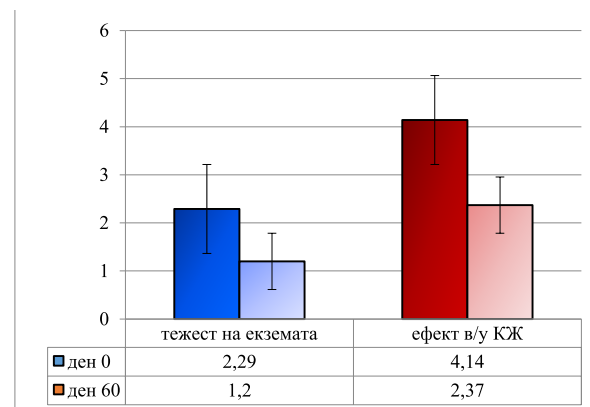
Данните показват, че сред 147-те пациенти на ден 0 превалява „тежка екзема“ (DASI в сектора 31 – 60) и „много изразен ефект“ върху КЖ (DLQI в сектора 11 – 20). Очевидно, при проведената двумесечна терапия с локални

кортикостероиди, калциневринови инхибитори и емолиенти, намалява, както интензитета на клиничната тежест (от 31,66 на 8,25 пункта), така и негативния ефект на болестта върху КЖ (от 17,84 на 6,54 пункта). (фиг.1 и 2)



Фиг. 1. Подобрение в стойностите на DASI и DLQI при 147 пациенти с екзема на ръцете (** = $p < 0.0001$)

Корелационният анализ показва висока взаимна зависимост на съотношението между коефициента за тежест на дерматозата и стойности-



Фиг. 2. Подобрение в коефициентите на DASI за тежест (>2 до 3 – „тежка“) и на DLQI за ефект в/у КЖ (>4 и <5 – „много изразен“) при 147 пациенти с екзема на ръцете (** = $p < 0.0001$)

те на DLQI на ден 0 ($p < 0.0001$), както и между коефициентите за тежест и ефекта на болестта върху КЖ на ден 0 и ден 60 ($p < 0.0001$). (табл.5)

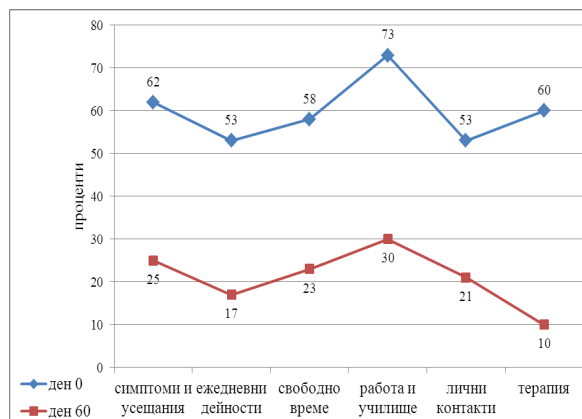
Табл. 5. Корелационен анализ между степента на тежест на клиничната изява и стойността на индекса на КЖ на ден 0

			Тежест ден 0	КЖ на ден 0
Степен на тежест на ден 0	Корелация по Пирсън	сигнификантност	1	,695**
				,000
			147	147
КЖ на ден 0	Корелация по Пирсън	сигнификантност	,695**	1
			,000	
			147	147
Метод на Спирман	Степен на тежест на ден 0	Коефициент на корелация	1,000	,717**
			.	,000
			147	147
	КЖ на ден 0	Коефициент на корелация	,717**	1,000
			,000	.
			147	147

Анализирането на шестте измерения на въпросника DLQI показва, че негативно са повлияни всички функции, като най-силен е ефектът върху социалната „работа и училище“ (73%), следвана от физическата „симптоми и усещания“ и „терапия“ (60%). На 60-ия ден подобрението за всичките шест е очевидно, като в най-голяма степен това се отчита при „терапия“ (с 50%) – безспорен факт за ефективна терапевтична схема. (фиг.3)

Резултатите при сравнение на данните за всички измерения на КЖ на ден 0 и ден 60 се подкрепят и от сравнителният анализ, осъществен чрез Paired Samples Test. (табл.6)

Видно е, че статистически значимо се подобряват всички сфери на живота на пациенти-



Фиг. 3. Подобрение (отразено в проценти) на димензиите на въпросника DLQI на ден 60 сравнени с ден 0

Табл. 6. Сигнификантност при сравнителния анализ на данните за 6-те дименсии на въпросника

Изчисления на отделните 6 параметри на КЖ		Параметри различия					t	df	Сигн.
		Средна ст-ст	SD	SE	95% CI				
					Долна граница	Горна граница			
1	Симптоми и усещания на ден 0 – Симптоми и усещания на ден 60	2,211	1,310	,108	1,997	2,424	20,466	146	,000
2	Ежедневни дейности на ден 0 – Ежедневни дейности на ден 60	2,007	1,417	,117	1,776	2,238	17,176	146	,000
3	Свободно време и почивка на ден 0 – Свободно време и почивка на ден 60	2,082	1,347	,111	1,862	2,301	18,733	146	,000
4	Работа и училище на ден 0 – Работа и училище на ден 60	1,306	1,018	,084	1,140	1,472	15,560	146	,000
5	Лични контакти на ден 0 – Лични контакти на ден 60	2,224	1,650	,136	1,955	2,493	16,344	146	,000
6	Терапия на ден 0 – Терапия на ден 60	1,184	1,079	,089	1,008	1,360	13,298	146	,000

те – с намаляване на субективните оплаквания лицата са във възможност да изпълняват своите ежедневни ангажименти, с подобряване на клиничната картина те стават по-пълноценни и в социалните си функции, свързани с професионални и/или учебни ангажименти, възползват се по-активно от своето свободно време за спорт, развлечения и почивка. Фактът, че най-слабо е подобрението в „лични контакти“ се свързва с нежелание на повечето пациенти да споделят детайли от личния си живот.

ИЗВОДИ

1. От 147 пациенти с екзема на ръцете преобладават индивидите от женски пол (мъже:жени – 1:1,58); най-засегната е младата възраст (16-45 г.; 100 болни, 63,7%) и служителите в офис (53-ма, 36%); най-висока е честотата на дисхидрозиформената екзема (76, 51,7%); съпътстваща хиперхидроза има при 35-ма (23,8%), 29 от

които (82,2%) за с ДЕ.

2. Според тежестта на екземния процес на ден 0 с лека форма са 13,6%, със средно тежка са 44,2% и с тежка са 42,1%. Независимо от диагнозата и в трите диагностични групи преобладава „средно тежка“ форма. Хиперхидрозата е рисков фактор за развитие на ДЕ ($p < 0.05$), като тежката форма е с най-висока честота именно сред пациентите с ДЕ.

3. Стойностите на DLQI определят „много изразен“ негативен ефект върху КЖ (4,14 за екзогенната, 4,12 за ДЕ и 4,21 за атопичната) на ден 0. Най-засегнати са функциите „работа и училище“, „симптоми и усещания“ и „терапия“.

4. След проведеното лечение на ден 60 се отчита статистически значимо подобрение както в клиничната картина от тежка форма с DASI 31,66 в лека с DASI 8,1 ($p < 0.0001$), така и в ефекта в/у КЖ от „много изразен“ с DLQI 17,84 в „изразен“ към „незначителен“ с гра-

ничен DLQI 6,54 ($p < 0.0001$). при сравнението в двете визити подобрението в 6-те дименсии на въпросника също показва значима сигнификантност ($p < 0.0001$).

ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Проучванията установяват нарушения на дневната активност, избягване на социалните контакти, спиране практикуването на различни видове хобита, нарушения в настроението и съня. Около 50% от пациентите смятат че околните ги избягват заради възможност да се заразят [1]. ХЕР често е причина за смяна на професията (8% до 15,5% в някои професии) [1, 5].

Създадения и внедрен от Finlay и Khan през 1994 г. DLQI е количествен, лесно осъществим, практически метод за отчитане влиянието на различните дерматози върху качеството на живот на болните през последната седмица [6]. DLQI е изключително удобен както за клиничната практика, така и в научно-изследователската дейност [8]. DLQI е използван в срезови проучвания в общата дерматология за определяне КЖ след промените, настъпили при лечението на различни групи пациенти [9].

Анализът „The Global Burden of Disease“ Study (2010), към който са разгледани 15 дерматози, определя пруритусът като един от 50-те симптома влияещи върху тежестта на болестите [12]. Като най-честата сърбяща дерматоза в глобален мащаб, екземата представлява най-постоянният хроничен фактор за тежест на заболяването върху физическите и психосоциалните функции на пациентите, особено проявено сред тийнейджърите и във възрастта над 70 г. При възрастните хора, освен екзема, ключовите проблеми са още други кожни болести, улцерации, инфекции, болка и сърбеж [12].

Harlow et al. (2000) [13] анализират 341 попълнени (за двуседмичен период) въпросника DLQI от пациенти с различни дерматози, били на преглед в 40 GP британски практики с осъществени 418 дерматологични консултации. Установяват най-висока честота на алергичните кожни болести и стойности на DLQI за атопична екзема ($n=37$) – 11,0 (SD 7,2), за уртикария ($n=8$) – 9,5 (SD 5,2) и за други екземи ($n=79$) – 6,7 (SD 5,0), които сравняват с резултатите от публикации за хоспитализирани болни със същите диагнози – атопична екзема ($n=92$) – 18,0 (SD 7,1) и за други екземи ($n=17$) – 8,6 (SD 6,5). Те определят КЖ чрез индивидуализиран DLQI въпросник за мъже и жени и установяват, че статистически достоверна разлика (с Mann-Whitney U-test) между половете има при „субективни усещания“, „облекло“ и „социални контакти и почивка“. Нашите резултати не припокриват цитираните, но се доближават

до тях. Въпреки това считаме, че трябва да се има предвид и фактът, че разликите в данните в този тип изследвания могат да се получат поради различен дизайн и използвани въпросници за КЖ, възраст, тип и локализация на дерматозите (особено професионалните алергодерматози), културни и социоикономически фактори.

Екземата на ръцете е най-честата хронична алергодерматоза, свързана предимно с професионална обусловеност, имаща негативно въздействие върху КЖ на пациентите, професионалните и лични контакти, вкл. сексуалния живот. Според литературните източници, промените в КЖ, особено при екземни процеси, е важен клиничен и терапевтичен елемент и би трябвало да се оценява с комбинация от поне 2 метода – генерични (напр. SF-36) и дерматологично специфичния DLQI [14, 15].

В тази връзка през 2014 г. Ghaderi и Saadatjoo [17] публикуват резултатите си от проучване за КЖ при 70 лица с алергична екзема на ръцете, като сравняват данните с тези при 70 здрави контроли. КЖ определят чрез генеричния въпросник SF-36 и дерматологично специфичния DLQI. Оценено с DLQI стойностите при екземно болните варират от 0 до 24 ($\text{mean} \pm \text{SD}$, 8.68 ± 5.38); не откриват статистическа връзка ($p=0.778$) в разликите между половете – М : Ж = $8.51 (\pm 5.29) : 8.88 (\pm 5.51)$ [17]. Целта на проучването е пълно обхващане на негативния ефект на екземата върху всички сфери от живота – физически функции, психоемоционален статус, ментални проблеми, стигматизация, депресия, стрес, ефект от прилаганата терапия. В нашето изследване сме използвали единствено въпросника DLQI, който е валидиран за приложение при българската популация. Не се открива статистическа връзка с пола. Откритата сигнификантност при сравнение на компонентите на КЖ (стойности на DLQI, на ефекта на болестта и анализа на шестте измерения) на ден 0 и ден 60 оправдава поставената от нас цел, с което се доближаваме до резултатите от горе цитираното проучване, както и припокриват тези, публикувани от Гинчева (2018) [18] за хоспитализирани болни с тежка екзема на ръцете ($n=55$, 31 мъже, 24 жени) при които е налице „много изразен“ ($3,20 \pm 1,11$) негативен ефект върху КЖ, като най-силно са повлияни „работа и училище“, „субективни усещания“ и „терапия“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На настоящия етап в България единични са публикациите с резултати от проучвания за КЖ в дерматологията [18, 19, 20, 21]. Проведеното от нас изследване определяме с научно-приложен и потвърдителен характер и приемаме резултатите си за доверителни.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Cvetkovski RS, Rothman KJ, Olsen J et al. Relation between diagnoses on severity, sick leave and loss of job among patients with occupational hand eczema. *Brit J Dermatol*, 2005;152: 93–98.
2. Meding B, Swanbeck G. Occupational hand eczema in an industrial city. *Contact Dermatitis*, 1990; 22: 13–23.
3. Meding B, Jarvholm B. Incidence of hand eczema—a population-based retrospective study. *J Invest Dermatol*, 2004; 122: 873–877.
4. Казанджиева Ж, Дърленски Р, Герговска М, Янкова Р, Тонев С, Кадурина М, Господинов Д, Христатиева Е, Ганчева Д, Николова А, Демерджиева З, Ганчева М, Грозева Д, Етугов Д, Брезоев П, Цанкова Л, Кирчева К, Станева Р, Милкова К, Гюрова М, Андасорова Р, Борисов Б, Матеев Г, Василева С, Обрешкова Е, Праматаров К, Цанков Н. Екзема на ръцете – Национален консенсус на Българското Дерматологично Дружество (Секция по дерматоалергология) за диагностика и лечение. *Дерматол и Венерол*, 2014; 52 (1): 72-80.
5. Bissonnette R, Worm M, Gerlach B et al. Successful retreatment with alitretinoin in patients with relapsed chronic hand eczema. *Br J Dermatol*, 2010;162(2):420-426.
6. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*, 1994; 19(3): 210 – 216.
7. Hongbo Y, Charles LT, Micheal AH et al. Translating the science of quality of life into practice: What do dermatology life quality index score mean? *J Invest Dermatol*, 2005; 125: 659 – 664.
8. De Korte J, Mommers FMC, Sprangers MAG et al. The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: A systematic literature review. *Arch Dermatol*, 2002; 138: 1221 – 1227.
9. Kurwa HA, Finlay AY. Dermatology in-patient management greatly improves life quality. *Br J Dermatol*, 1995; 133(4): 575 – 578.
10. Prinsen CA, de Korte J, Augustin M, et al. Measurement of health-related quality of life in dermatological research and practice: outcome of the EADV Taskforce on Quality of Life. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013; 27: 1195–1203.
11. Salek MS, Kamudoni P. Quality of life measurement in dermatology consultation: impact on patient reported outcomes. *J Ital Dermatol Venereol*, 2013; 148: 263-275.
12. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, et al. The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol*, 2014; 134(6): 1527 – 1534.
13. Harlow D, Poyeer T, Finlay AY et al. Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care. *Br J Dermatol*, 2000; 143: 979–982.
14. Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature. *Br J Dermatol*, 2003; 149: 452 – 546.
15. Agner T, Andersen KE, Brandao FM et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicenter study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis*, 2008; 59: 43 – 47.
16. Yu M, Han TY, Lee JH et al. The Quality of Life and Depressive Mood among Korean Patients with Hand Eczema. *Ann Dermatol*, 2012; 24: 430 – 437.
17. Ghaderi R, Saadatjoo A. Quality of Life in Patients with Hand Eczema as Health Promotion: A Case Control Study. *Acta Dermatovenereol Croat*, 2014; 22(1): 32 – 39.
18. Гинчева В. Качество на живот при пациенти с някои хронични дерматози – асоциации с клиничната картина и терапията на заболяването, Дис., д.м., Плевен, 2018.
19. Bogdanov I, Kircheva K, Miteva L et al. Quality of life in patients undergoing combined climatothrapy and phototherapy. *Rev Med Rom*, 2012;14:251-254.
20. Господинов Д. Псориазична болест – клинично-епидемиологичен анализ, коморбидност и качество на живот, Дис. д.м.н., Плевен, 2012.
21. Богданов И. Комбиниран климатолечебен метод в терапията на псориазис, Дис. д.м., София, 2013.

ONYCHOMADESIS – НЕДОСТАТЪЧНО ПОЗНАТО НАРУШЕНИЕ НА НОКТИТЕ

Катерина Дамевска*, Сузана Николовска*, Ивана Дохчева*, Анджелка Кузманова**

**Клиника по Дерматология, Медицински Факултет, Университет "СвКирил и Методи", Скопие, Република Македония*

*** Специална Болница по Хирургични заболявания Жан Митрев Клиник, Скопие, Република Македония*

kate_damevska@yahoo.com

ONYCHOMADESIS – A BARELY KNOWN NAIL'S SIGN

Katerina Damevska*, Suzana Nikolovska*, Ivana Dohcheva*, Andjelka Kuzmanova**

**Department of Dermatology and Venereology, Medical Faculty, University "Ss. Cyril and Methodius", Skopje, R. Makedonia*

*** The Special Hospital for Surgical Diseases Zhan Mitrev Clinic, Skopje, R. Makedonia*

kate_damevska@yahoo.com

РЕЗЮМЕ

Beau линиите са напречни, подобни на ленти вдлъбнатини, разположени от единия страничен ръб на нокътя към другия и засягат всички нокти на съответните нива [1]. Onychomadesis се счита за екстремна форма на Beau линиите, с последващо отделяне на, проксималната нокътна плоча от ноктите. И двете изменения принадлежат в един спектър от аномалиите на ноктите, които се появяват като резултат на временното задържане на матрикса на ноктите (NMA).

Ключови думи: Beau линии, onychomadesis, задържане на матрикса на ноктите

ABSTRACT

Beau lines are transverse, band-like depressions extending from one lateral edge of the nail to the other and affecting all nails at corresponding levels. Onychomadesis is considered an extreme form of Beau line with subsequent separation of the proximal nail plate from the nail bed. Both fall along a spectrum of nail plate abnormalities that occur secondary to temporary nail matrix arrest (NMA).

Keywords: Beau lines, onychomadesis, nail matrix arrest

Диференциалната диагноза на заболяванията на ноктите е широка и включва инфекциозни, възпалителни и неопластични процеси. Някои промени на ноктите са специфични за определени дерматологични заболявания. В допълнение, изследването на ноктите може да даде и представа за по-сериозни системни заболявания. Тези находки могат да представляват дефект на различни анатомични компоненти на нокътната

единица; матрикс, нокътна плочка и/или нокътното легло или васкуларизацията. Изследването на ноктите на ръцете обикновено осигурява по-точна информация от ноктите на краката, тъй като клиничните признаци на ноктите на краката често се променят от наличието на травми [1].

ЕТИОЛОГИЯ

Епителът на матрикса на ноктите се образува от силно пролифериращи клетки, които се диференцират и кератинизират, при което се образува нокътната плочка. Епителът на матрикса на ноктите е много податлив на токсични ноксии, всяко остро нараняване води до образуване на дефектен нокът. Задържането на матрикса на ноктите (NMA) е термин, използван за описване на временно инхибиране на пролиферацията на матрикса, която може да се представи като линии на Beau и онихомадезис [2]. NMA е свързано с различни дерматологични състояния, системни заболявания и експозиции на лекарства (Таблица 1) [3-9].

Линиите на Beau и онихомадезиса показват асоциация с вирусни инфекции в детството. Наблюдавани са случаи, свързани с варицела [10] и синдром на Джианоти-Крости [11].

Има няколко предположения за етиологичните механизми за NMA. NMA, свързана с повишена температура, тежки инфекции и други заболявания, може да се обясни с възпаление на матрикса, периунгвалната тъкан и кръвоносните съдове на пръстите [2]; химиотерапевтичните средства временно инхибират митотичната активност в матрикса на ноктите [12]; откриването на вирусни частици в отделена част на нокътя, след вирусни инфекции. Предполага се,

Табл. 1. Причини за линии на Beau и онихомадеза [3-14]

Конгенитални
Идиопатична семейна онихомадеза
Придобита
Тежък системен инсулт, висока температура, системни болести, бъбречна недостатъчност, перитонеална диализа, инфекция, тежък метаболитен стрес, протеинов дефицит и синдром на Cronkhite-Canada
Вирусни инфекции: Варицела, Болест на Кавазаки, HFMD, синдром на Gianotti-Crosti
Бактериални инфекции: Тиф
Медикаменти: Антинеопластични агенти, азитромицин, ретиноиди, пеницилин, валпроева киселина, лъчетерапия
Дерматологични състояния: Булозен пемфигоид, пемфигус, синдром на Stevens-Johnson, кожен Т-клетъчен лимфом, кератозис пунктата палмарис ет плантарис, лихен рубер планус
Локално възпаление: Травма, остра паронихия, гранулома пиогеникум
Други: Травма на периферната нервна система (дистрофия на симпатикуса)

че самата вирусна репликация може директно да увреди матрикса на ноктите [13]. Въпреки това, тъй като промените на ноктите не са единствени, трудно е да се определи един етиологичен причинител.

Онихомадезис и Hand foot and mouth disease (HFMD)

В последните години онихомадезис най-често се свързва със HFMD. HFMD е високо контагиозна вирусна инфекция, характеризираща се със типичен макуло-папуларен или везикулозен обрив на длани, стъпала и в устната кухина. Честотата на тази болест се увеличава през последните няколко години. Най-често срещаните патогени са Coxsackie viruses A10 и A16 и Enterovirus 71. През последните няколко години Coxsackievirus A6 е идентифициран като етиологичен фактор за епидемии в Европа, Югоизточна Азия и Америка [14].

HFMD се счита за доброкачествено заболяване от самоограничаващо се естество. Описани са голям брой не-типични случаи на HFMD с необичайна морфология и/или локализация на кожни лезии [15]. Характеристиките на Coxsackie virus A6 HFMD са нетипични и по-тежки от тези, наблюдавани при проявите на класическата болест [16,17].

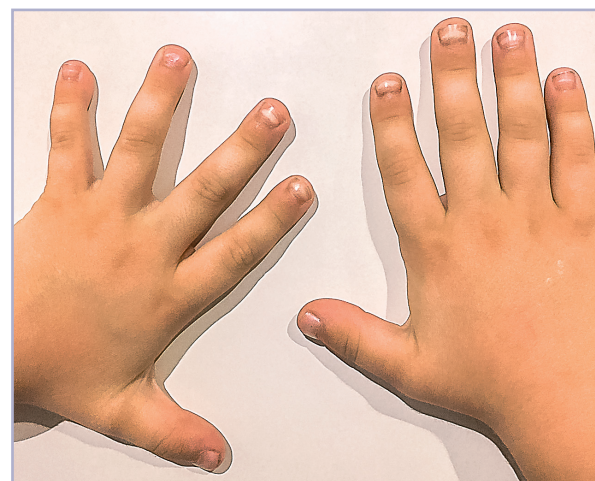
HFMD, последвано от onychomadesis, е описано за първи път през 2000 г. на 5 деца в Чикаго [18]. Оттогава в Европа и Азия са описани няколко клинични случаи [13, 19, 20].

Не е ясно дали NMA е резултат на възпаление, разпространено от кожните лезии около ноктите, или дали вирусна инфекция е повлияла върху общото състояние на децата. Откриването на вируса Сохаски във някои фрагменти на ноктите предполага, че самата вирусна репликация може директно да увреди матрикса на ноктите [13].

КЛИНИЧНА КАРТИНА

Линиите на Beau са напречни, подобни на ленти вдлъбнатини, разположени от единия

страничен ръб на ноктя до другия и засягат всички нокти на съответните нива (Fig.1).



Фиг. 1. Beau линии след HFMD. Едновременно, бърза поява на трансверзално, набраздени нокти. Браздите са с 2 мм широчина, и с еднакво разстояние от проксималната нокътна плочка.

Onychomadesis се счита за екстремна форма на линиите на Beau с последващо отделяне на проксималната нокътна плочка от ноктите (Fig. 2-4). И двете принадлежат на един спектър от вторични аномалии на нокътната плочка, в резултат на временното задържане на матрикса на ноктите [21].



Фиг. 2. Онихомадезис при HFMD. Няма признаци на периунгвално възпаление

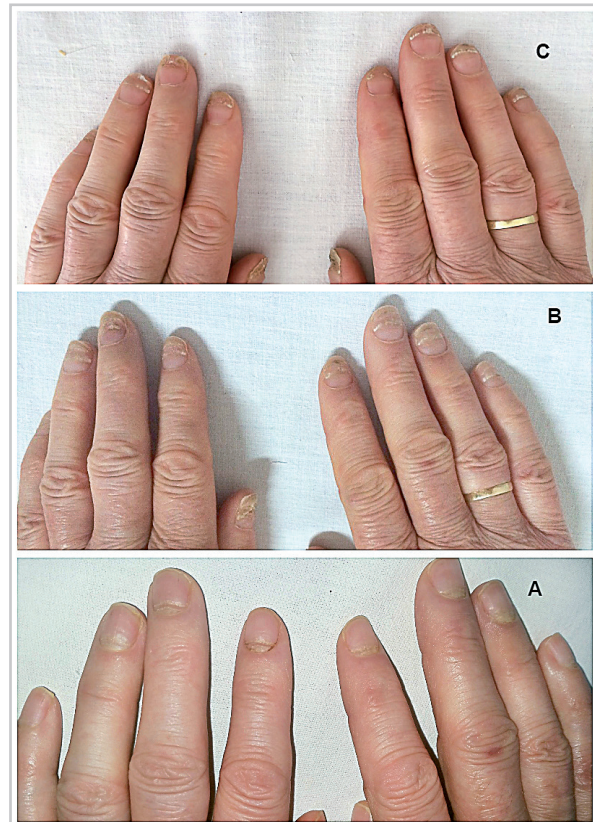


Фиг. 3. Онихомадезис на нокът на стъпалото след HFMD. Няма признаци на периунгвално възпаление. Пробата с KOH за мицели е отрицателна.

Широчината на линиите на Beau е свързана с продължителността на действие на етиологичния фактор. Тъй като нокътят здраво се прилепва към нокътното легло, онихомадезис остава латентен няколко седмици, преди да доведе до промени. Промяната на ноктите може да засегне всички или някои от ноктите, както на ръцете така и на краката, но ноктите на ръцете са по-често засегнати. Тежестта на промените на ноктите варира в зависимост от основната причина и нейната продължителност [2].

Диференциална диагноза

Основна клинична находка, която отличава онихомадезис от други нарушения на ноктите, е синхронният външен вид на промените



Фиг. 4. Онихомадезис при васкулит. - А- начални промени, В- след 2 месеци, С- след 3 месеци.

на ноктите. Диференциалните диагнози, които трябва да се имат предвид при пациенти с хоризонтални нокътни ръбове или обезцветявания, са изброени в Таблица 2.

Табл. 2. Диференциална диагноза на линиите на Beau и онихомадеза

Проксимална субунгвална онихомикоза	Появява се когато причинителят (обикновено <i>Trichophyton rubrum</i>) засегне нокътът през проксималната нокътна плочка, а впоследствие мигрира дистално.
Онихолиза	Спонтанно отделяне на нокътната плочка от нокътното легло, започващо от дисталния край и прогресиращо проксимално. Зоните на отделяне изглеждат бели или жълти. Травми, инфекции, псориазис, контактно-иритативни реакции, системни заболявания, медикаменти (псоралени, тетрациклини), недоимък на Витамин С.
Онихосхизия	Ламеларно отделяне на дорзалната част на дисталната нокътна плочка, поради чупливостта на нокъта.
Линии на Мее (Линии на Aldrich или Reynolds)	Истинска левконихия. Напречни бели линии, единични или множествени, паралелни с лунулата. Линиите не изчезват при пресия и се движат дистално с течение на времето. Причини: Отравяне с арсен, болест на Ходжкин, проказа, малария, химиотерапия, отравяне с въглероден окис.
Линии на Muehrcke	Непалпируеми, гладки бели линии, които са паралелно с лунулата по цялата ширина на нокъта. Резултат от хипоалбуминемично състояние, малнутриция, нефрозен синдром, чернодробно заболяване, химиотерапевтични лекарства.
Washboard нокът (Деформация от навик)	Няколко напречни вдлъбнатини, подобни на дъска за пране, поради повторни травми, вследствие на гризене на нокти или удари върху нокътния матрикс.
Ретронихия	Проксимално врастване на нокътната плочка, вероятно в резултат на травма.
Трахонихия (20-нокътна дистрофия)	Тънки, чупливи нокти с лонгитудинални набраздявания или повърхност като шкурка. Идиопатично състояние или асоциирано с алоpecia areata, псориазис, лихен планус и други.

Лечение

Състоянието обикновено преминава спонтанно в рамките на няколко седмици и е без остатъчни последствия. Емулсиите могат да подобряват структурата на повърхността на ноктите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дерматозите трябва да са запознати с това рядко, но доброкачествено състояние, за да се избегнат ненужните изследвания.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Singal A, Arora R. Nail as a window of systemic diseases. *Ind Dermatol Online J*, 2015;6:67-74.
2. Hardin J, Haber RM. Onychomadesis: literature review. *Br J Dermatol*, 2015;172:592-596.
3. Tosti A, Piraccini BM, Camacho-Martinez F. Onychomadesis and pyogenic granuloma following cast immobilization. *Arch Dermatol*, 2001;137:231-232.
4. Grover C, Vohra S. Onychomadesis with lichen planus: an under-recognized manifestation. *Ind J Dermatol*, 2015;60:420.
5. Mehra A, Murphy RJ, Wilson BB. Idiopathic familial onychomadesis. *J Am Acad Dermatol*, 2000;43:349-350.
6. Aksentijevich I, Masters SL, Ferguson PJ, et al. An autoinflammatory disease with deficiency of the interleukin-1-receptor antagonist. *N Engl J Med*, 2009;360:2426-2437.
7. Poretti A, Lips U, Belvedere M, et al. Onychomadesis: A rare side-effect of valproic acid medication? *Pediatr Dermatol*, 2009;26:749-750.
8. Damevska K, Gocev G, Pollozhani N, et al. Onychomadesis following Cutaneous Vasculitis. *Acta Dermatovenerol Croat*, 2017;25:77-79.
9. Piraccini BM, Rech G, Sisti A, et al. Twenty nail onychomadesis: an unusual finding in Cronkhite-Canada syndrome. *J Am Acad Dermatol*, 2010;63:172-174.
10. Podder I, Das A, Gharami RC. Onychomadesis following varicella infection: is it a mere co-incidence? *Ind J Dermatol*, 2015;60:626-627.
11. Damevska K, Oncheva R, Oncheva S, et al. Onychomadesis following Gianotti-Crosti Syndrome. *Glob Dermatol*, 2016, 2: DOI: 10.15761/GOD.1000164
12. Piraccini BM, Iorizzo M, Starace M, et al. Drug induced nail diseases. *Dermatol Clin*, 2006;24:387-391.
13. Bettoli V, Zauli S, Toni G, et al. Onychomadesis following hand, foot, and mouth disease: a case report from Italy and review of the literature. *Int J Dermatol*, 2013;52:728-730.
14. Hayman R, Shepherd M, Tarring C, et al. Outbreak of variant hand-foot-and-mouth disease caused by Coxsackievirus A6 in Auckland, New Zealand. *J Paediatr Child Health*, 2014;50:751-755.
15. Sinclair C, Gaunt E, Simmonds P, et al. Atypical hand, foot, and mouth disease associated with coxsackievirus A6 infection, Edinburgh, United Kingdom, 2014. *Euro Surveill*, 2014;19:20745.
16. Ben-Chetrit E, Wiener-Well Y, Shulman LM, et al. Coxsackievirus A6-related hand foot and mouth

disease: skin manifestations in a cluster of adult patients. *J Clin Virol*, 2014;59:201-203.

17. Clementz GC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: a report of five children. *Pediatr Dermatol*, 2000 ;17:7-11.

18. Bernier V, Labrèze C, Bury F, et al. Nail matrix arrest in the course of hand, foot and mouth disease. *Eur J Pediatr*, 2001;160:649-651.

19. Osterback R, Vuorinen T, Linna M. et al. Coxsackievirus A6 and hand, foot, and mouth disease, in Finland. *Emerg Infect Dis*, 2009;15:1485-1488.

20. Shin JY, Cho BK, Park HJ. A Clinical Study of Nail Changes Occurring Secondary to Hand-Foot-Mouth Disease: Onychomadesis and Beau's Lines. *Ann Dermatol*, 2014;26:280-283.

21. De Barber D. What do Beau's lines mean. *Int J Dermatol*, 1996;134:542-547.

ТЕРАПИЯ НА КОЖНИТЕ БОЛЕСТИ

ЛОКАЛНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА ХОЛЕКАЛЦИФЕРОЛ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЕБОРЕЕН ДЕРМАТИТ В ОБЛАСТТА НА ЛИЦЕТО

Женя К. Димитрова-Михнева

*Катедра по инфекциозни болести, паразитология и дерматовенерология, Медицински университет-Варна
dimitrova_derm@abv.bg*

LOCAL APPLICATION OF CHOLECALCIFEROL IN PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS LOCALIZED ON THE FACE

Zhenya K. Dimitrova-Mihneva

*Department of infectious diseases, parasitology and dermatovenereology, Medical University -Varna
dimitrova_derm@abv.bg*

РЕЗЮМЕ

Натрупаните в последните години научни доказателства доведоха до въвеждане на витамин Д аналози при лечението на заболявания като псориазис, атопичен дерматит, витилиго, меланом и състояния характеризиращи се с кожна фиброза. Кръгът от дерматози при които е прилаган локален витамин Д непрекъснато расте. Есенно-зимното влошаване на себорейния дерматит както и повлияването на кожните лезии от УВ Б лечение дават основание да се изследва влиянието на витамин Д върху протичането на заболяването. Цел на проучването е установяване на ефекта от локално приложение на холекалциферол върху лицеви лезии на себорейен дерматит.

Ключови думи: витамин Д, локален холекалциферол, себорейен дерматит, терапевтичен ефект

ABSTRACT

Scientific evidence in the last years lead to the use of vitamin D analogs in treatment of psoriasis, atopic dermatitis, vitiligo, melanoma and conditions characterized by skin fibrosis. The number of dermatological diseases in which the therapeutic efficacy of local vitamin D is studied is still increasing. Winter worsening of seborrheic dermatitis and the positive effect on skin lesions of UV B therapy give reason for investigation of the influence of vitamin D on the course of the disease. The aim of the study is to evaluate the effect of locally applied cholecalciferol on facial lesions of seborrheic dermatitis.

Key words: vitamin D, local cholecalciferol, seborrheic dermatitis, therapeutic efficacy

ВЪВЕДЕНИЕ

Множество изследвания в последните години доказват ролята на витамин Д в патогенезата на някои кожни заболявания. Натрупаните научни доказателства доведоха до въвеждане на витамин Д аналози при лечението на заболявания като псориазис, атопичен дерматит, витилиго, меланом и състояния характеризиращи се с кожна фиброза. В литературата се намират съобщения за локално приложение на витамин Д и негови аналози при над 20 дерматози, включително ихтиозис, морфея, лихен склероатрофикус, себорейни кератози и вирусни брадавици [1-5]. Механизмите по които витамин Д повлиява на кожната патология може да се групират по следния начин:

1. Стимулиране на диференциацията и инхибиране на пролиферацията на кератиноцитите [6]

2. Иmunни ефекти по отношение на кожата.

2.1 Влияние на витамин Д върху Т клетките:

Витамин Д рецепторните лиганди намаляват експерсията на проинфламаторните цитокини в Т-клетките, което играе роля в кожното възпаление и пролиферацията на Т лимфоцитите и кератиноцитите [7]. Локалния калципотриол повишава антиинфламаторния IL-10 и намалява IL-8 в псориаитичните лезии [8]. 1,25 (OH)₂ Д увеличава експерсията на рецепторите за IL-10 в кератиноцитите [9] и намалява експерсията на IL-12, като по този начин влияе на баланса между Th1 и Th2 [10]. 1,25(OH)₂ Д също така намалява продукцията на γ-интерферон(γ-IFN) и интерлевкин 2 (IL-2) в Т клетките, докато повишава продукцията на IL-4 и въздейства върху индуцирането на регулаторни Т клетки [11, 12].

2.2 Влияние на витамин Д върху дендритните клетки

Витамин Д рецепторните лиганди подтискат диференциацията, матурацията, активацията и продължителността на живота на дендритните клетки, което е свързано с намален Т клетъчен отговор [13]. 1,25(ОН)₂Д също подтиска диференциацията на човешките дендритни клетки от моноцитите, както и тяхното съзряване в антигенпредставящи клетки [14].

2.3 Витамин Д и вроден имунитет на кожата

Няколко изследователски групи потвърждават кателицидина като директна мишена на витамин Д₃ в кератиноцитите [15-17]. Намерена е позитивна корелация между индукцията на кожния антимикробен пептид и витамин Д рецептора, което предполага, че hCAP 18 експресията е повлияна позитивно от увеличаването на нивата на витамин Д рецептора. Повлияването на експресията на кателицидин от витамин Д₃ дава основание да се смята, че въздействия върху неговия метаболизъм може да допринесат ползи при пациентите с atopичен дерматит, розацея и псориазис.

2.3 Влияние на витамин Д върху кератиноцитната апоптоза

Калцитриолът предизвиква стимулиране на церамидния синтез чрез индуциране на неутралните Mg²⁺ -зависими сфингомиелинази, повишавайки конверсията на сфингомиелин в церамид, който усилва про-диференциационния ефект на калцитриола върху кератиноцитите [18, 19]. Докато фармакологичните нива на калцитриола индуцират апоптоза на кератиноцитите и други епидермални клетки, физиологичните нива блокират ефекта на про-апоптотичните церамиди, УВ радиацията и тумор некрозис фактор –алфа [20].

Единични са съобщенията за локално приложение на холекалциферол. Проучване върху възможността за локално приложение на тази форма на витамин Д₃, като алтернатива на пероралния прием на същия установява, че локалното приложение на 5000 IU холекалциферол върху предмишницата на здрави доброволци с установен субоптимален витамин Д статус води до значимо повишение на серумните нива на 25-хидроксивитамин Д [21].

Проведено е и сравнително проучване на ефекта от локално приложение на холекалциферол, калцитриол и калципотриол при пациенти с псориазис [22]. Изследването на екипа установява клинично подобрене при използването на локален холекалциферол, което не се различа статистически значимо от приложението на вехикулум.

Витамин Д би могъл да влияе върху себорейния дерматит чрез ефектите си върху себоцитите, бариерната функция на корнеалния

слой, вродения и придобит имунитет на кожата. През 1998 година колектива на Kowalzik L. et al. (1998) съобщава за отличен терапевтичен ефект от разтвор и крем съдържащ калципотриол, като при шест от изследваните пациенти лечението е било спряно на осмия ден от приложението, тъй като се е постигнало пълно обратно развитие на клиничните находки по кожата [23]. През 2001 година английски изследователски екип съобщава за резултати от рандомизирано, двойно-сляпо, плацебо-контролирано изследване на 40 пациенти с лицеви лезии на себорейен дерматит. При това проучване е съобщено повлияване на само един от пациентите приложили локален калципотриол в сравнение с осем пациенти които са се повлияли положително от приложението на плацебо-вехикулум [24]. През 2001 Basak Y. et al. (2001) съобщават за добър терапевтичен ефект от приложението на калципотриол при лечение на себорейен дерматит на скалпа [25].

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Цел на настоящото изследване е проучване на терапевтичния ефект от локално приложение на холекалциферол Д върху лицеви лезии на себорейен дерматит при пациентите с установен влошен витамин Д статус.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В изследването са включени 42 пациенти (24 мъже и 18 жени) на възраст от 18 до 67 години с еритем и/или десквамация в Т-зоната на лицето. При всички пациенти са установени серумни нива на 25(ОН) витамин Д под 30ng/ml. От проучването са изключени субектите с тежки хронични заболявания, бременни и кърмачки.

Дизайн на изследването:

- Оценка на тежестта на клиничните изяви на пациентите според степента на еритема и десквамацията като 0-липсваща, 1- леко изразена, 2-тежко изразена за всяка участък от кожата на лицето в който се намират болестни лезии. Така получения цифров израз на тежестта на заболяването (индекс тежест) варира от 1 до 16.

- Определяне на нивото на серумен 25 (ОН) витамин Д чрез електрохемилюминесцентен имуноанализ (ECLIA) - Elecsys 2010 (Roche).

- Предоставяне на пациентите на флакон с 30 капки локален холекалциферол разтворен в средноверижни триглицериди (Vitamn D Jameson). Прапаратът е регистриран като разтвор предназначен за орален прием на витамин Д при бебета и новородени, като може да бъде използван и чрез директно нанасяне върху оралната мукоза на детето или върху ареолата

на кърмещата майка. Всяка капка от използвания разтвор съдържа 400 IU холекалциферол.

- Инструктиране на пациентите за нанасяне на 3 капки разтвор (1200 IU) върху върху всички лезии на себореен дерматит по челото, веждите, назолабиалните гънки и брадичката веднъж дневно.

- Оценяване на обективната находка на осмия ден от началото на приложението на локален холекалциферол.

- Контролен преглед 30 дни след края на локалните приложения за установяване на кожния статус и анамнестични данни за рецидив на заболяването.

- Всички пациенти са инструктирани да избягват прием на витамин Д или калциеви препарати, приложение на локални средства и излагане на УВ лъчение по време на изследването.

За статистическа обработка на получените резултати е използван статистически пакет IBM SPSS за Windows, версия 19.0.

РЕЗУЛТАТИ

Средната стойност на началния индекс на тежест (ИТ) при изследваните 42 пациенти е 6,9 за мъжете и 5 за жените. Нивото на серумен витамин Д варира между 8 и 30,8 ng/ml (средно 16,39) при мъжете и между 4,95 и 27,4 (средно 14,98) при жените.

Един от изследваните пациенти не е завършил проучването поради поява на кожна иритация в мястото на прилагане на локален холекалциферол на четвъртия ден от началото на аплицирането.

След седемдневно прилагане на локален холекалциферол само трима пациенти (две жени и един мъж) не показват промяна в степента на еритем и десквамация в областта на лицевите лезии на себореен дерматит. При 38 от проучените пациенти (92%) се намира подобрене по отношение клиничните изяви на заболяването.

При трима мъже и една жена на осмия ден от изследването все още се намира десквамация в засегнатите области при преминал еритем. Интересна находка при двама от частично повлияните се пациенти е наличието на фоликуларна хиперкератоза в назолабиалните гънки. 34 пациенти показват пълно обратно развитие на еритема и десквамацията по лицето. В таблица 1 са показани стойностите на ИТ преди и след седемдневно приложение на локален холекалциферол при всеки от пациентите включени в проучването.

Разликите в средните стойности на ИТ преди и след лечение общо за цялата извадка (изходен ИТ -5,71 и ИТ след апликации- 0,56) са статистически значими ($t=12,39$; $p<0,0001$), както и поотделно: при жените ($t=10,25$; $p<0,0001$) и при мъжете ($t=8,15$; $p<0,0001$).

Табл. 1. Индекс тежест (ИТ) - изходни стойности и след 7 дни приложение на локален холекалциферол

Мъже			Жени		
Пациент №	Начален ИТ	Краен ИТ	Пациент №	Начален ИТ	Краен ИТ
1	4	0	1	6	0
2	12	0	2	4	0
3	4	0	3	5	0
4	8	0	4	3	0
5	5	0	5	4	0
6	8	0	6	7	7
7	8	8	7	7	0
8	7	0	8	2	0
9	3	0	9	8	0
10	7	0	10	4	4
11	4	0	11	6	0
12	5	0	12	6	0
13	4	0	13	4	1
14	8	0	14	3	0
15	6	1	15	6	0
16	4	0	16	6	0
17	10	0	17	6	0
18	7	1	18	3	0
19	4	0			
20	11	0			
21	8	0			
22	12	1			
23	8	0			
24	9	Напуснал			

На контролния преглед проведен тридесет дни след края на локалното лечение седем пациенти съобщават за рецидив на себорейния дерматит - четири от тях в първата седмица след спирането на локалните апликации и трима по-късно в едномесечния период.

ИЗВОД

Проведеното изследване върху ефекта от локално приложение на холекалциферол върху лицеви лезии на себорейен дерматит показва статистически значимо подобрение на клиничните изяви при 92,7% от изследваните пациенти. Четири от пациентите с подобрение (10,5%) показват десквамация в края на седемдневния курс на приложение. Иритация в мястото на приложение е установена при един от проучените пациенти (2,4%).

ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Настоящото проучване е първото, при което при себорейен дерматит на лицето се прилага локален холекалциферол разтворен в средновежни триглицериди. Приложението на 1200 IU холекалциферол дневно води до статистически значимо подобрение на клиничните изяви на себорейен дерматит по лицето при 92,7% от изследваните пациенти. Тъй като седем от пациентите с подобрение съобщават за рецидив в рамките на 30 дни след спиране на локалните апликации, може да се допусне, че локалният холекалциферол би могъл да служи за овладяване на клиничните прояви при екзацербация. Изследването не е плацебо-контролирано. Въпреки това резултатите са многообещаващи и могат да бъдат основа на по-мощно проучване на терапевтичния ефект на локалния холекалциферол, като безопасна алтернатива на използваните досега кортикостероиди и калциневринови инхибитори.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Според настоящото изследване, локалното приложение на холекалциферол разтворен в средновежни триглицериди в доза 1200 IU дневно води до статистически значимо подобрение на клиничните изяви на себорейен дерматит по лицето. Получените резултати могат да послужат за основа на по-мощно проучване на лечебния ефект на локалното приложение на холекалциферол в дерматологичната практика.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Patsch H. Intermittent pneumatic compression in immobile patients. *Int Wound J* 2008; 5: 389-397.
2. Guest J. F., F. J. Ruiz, A. Mihai et al. Cost effectiveness of using carboxymethylcellulose dressing compared with gauze in the management of exuding venous leg ulcers in Germany and the USA. *Curr Med Res Opin* 2005; 21: 81-92.
3. Heit J. A., T. W. Rooke, M.D. Silverstein et al. Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. *J Vasc Surg* 2001; 33: 1022-1027.
4. de Araujo T., I. Valencia, D. G. Federman et al. Managing the patient with venous ulcers. *Ann Intern Med* 2003; 138: 326-334.
5. Nelson E. A., M. B. Harrison, Canadian Bandage Trial Team. Different context, different results: venous ulcer healing and the use of two high-compression technologies. *J Clin Nurs* 2014; 23: 768-773.
6. Alavi A., R. G. Sibbald, T. J. Phillips et al. What's new: Management of venous leg ulcers: Approach to venous leg ulcers. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74(4): 627-640.
7. Горанов В. Честота, клиника и терапевтично-прогностична характеристика на венозната язва при посттромботичния синдром в дерматологичната практика. Дис., д.м. Специализиран научен съвет по епидемиология, инфекциозни болести и дерматовенерология при ВАК, София, 1983.
8. Margolis D. J., W. Bilker, J. Santanna et al. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 381-386.
9. Erickson C. A., D. J. Lanza, D. L. Karp et al. Healing of venous ulcers in an ambulatory care program: the roles of chronic venous insufficiency and patient compliance. *J Vasc Surg* 1995; 22: 629-636.
10. Baker S. R., M. C. Stacey, A. G. Jopp-McKay et al. Epidemiology of chronic venous ulcers. *Br J Surg* 1991; 78(7): 864-867.
11. Kirsner R. S., W. A. Marston, R. J. Snyder et al. Durability of healing from spray-applied cell therapy with human allogeneic fibroblasts and keratinocytes for the treatment of chronic venous leg ulcers: a 6-month follow-up. *Wound Repair Regen* 2013; 21: 682-687.
12. Melhuish J. M., M. Clark, R. Williams et al. The physics of sub-bandage pressure measurement. *J Wound Care* 2000; 9: 308-310.
13. Tang J. C., A. Vivas, A. Rey et al. Atypical ulcers: wound biopsy results from a university wound pathology service. *Ostomy Wound Manage* 2012; 58:20-22.

РЕДКИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ОЧНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПСОРИАЗИС. ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Здравка В. Демерджиева*, Маргарита К. Къчева*, Иван А. Богданов*,
Владислава А. Косталевска**, Николай К. Цанков*.

* Клиника по Дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, София

** Отделение по Офталмология, Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, София
z.demerdjieva@abv.bg

PSORIASIS AND OCULAR CHANGES. DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE

Zdravka V. Demerdjiev*, Margarita K. Kacheva*, Ivan A. Bogdanov*, Vladislava A. Kostalevska**, Nikolay K. Tsankov*

* Dept of Dermatology and venereology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital Sofia

** Dept. of Ophthalmology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital
z.demerdjieva@abv.bg

РЕЗЮМЕ

Псориазисът е наследствено обусловено, имуномедирано възпалително заболяване. Възпалителният компонент в патогенезата на заболяването е безспорен и голям брой автори приемат, че псориазисът е не само кожно заболяване, а системен възпалителен процес.

Представяме случай на очно засягане при пациентка с псориазис вулгарис. Установи се обхващане на предния очен сегмент от патологичния процес – засягане на клепачите и мигления рѳб. При пациентката бе проведена лимфография на лявото око, при която в конюнктивата не се визуализираха лимфни съдове. Липсата на лимфни съдове се наблюдава при повечето възпалителни автоимунни заболявания.

Препоръчваме редовно наблюдение на псориаитично болните за очни симптоми.

ABSTRACT

Psoriasis is an inherited, immune-mediated inflammatory disease. The inflammatory component in the pathogenesis of the disease is indisputable and many authors assume that psoriasis is not only a skin disease but a systemic inflammatory process.

We present a case of ocular changes of a patient with psoriasis vulgaris. In addition to the anterior ocular segment involvement of the pathological process - affecting the eyelids and the eyelid edge, left eye lymphography was performed and there were not visualized lymphatic vessels. The absence of lymphatic vessels is observed in most inflammatory autoimmune diseases.

We recommend a regular monitoring of psoriatic patients for eye symptoms.

ВЪВЕДЕНИЕ

Псориазисът е заболяване, засягащо между 0,1 % до 3% от населението на земята. Още от обособяването му като отделна нозологична единица от Willan R. през 1808 г. [1] съществува мнението, че освен кожата са засегнати и други органи и системи в организма. Болестни изменения при тези болни са търсени в бъбреците, черния дроб, сърдечно-съдовата система, гастроинтестиналния тракт.

В литературата са натрупани множество данни за по-голямата честота на някои коморбидни или придружаващи заболявания при болните от псориазис. Коморбидните заболявания се развиват вторично, на фона на системно възпаление, като по-често са мултигенни и мултифакторни. За разлика от синдромите, при които отделни симптоми се развиват синхронно, коморбидните заболявания са времево несвързани болести, засягащи същия или други органи [2]. В наши дни схващането, че псориазис вулгарис е системно заболяване е общоприето [3].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Жена на 83-годишна възраст е хоспитализирана в Клиниката по Дерматология и венерология при „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“ по повод на хиперкератоза в областта на дланните и стъпалата (фиг.1, фиг.2) и залющени окръглени плаки в областта на крайници-



Фиг. 1. Хиперкератоза в областта на длани



Фиг. 2. Хиперкератоза в областта на стъпала

те и скалпа. Кожните промени датират от около година и половина и са с хронично- рецидивиращ ход, като локалната терапия има само временен и незадоволителен терапевтичен отговор. Жената съобщава за скованост в ставите на горни и долни крайници и мускулна слабост.



Фиг. 3. Еритемосквамозни плаки в областта на клепачите

От месец и половина се наблюдава влошаване на статуса с обхващане на нови кожни площи от обрива и двустранно, симетрично засягане на клепачите от патологичния процес (фиг.3). Пациентката е полиморбидна – артериална хипертония, бронхиектатична болест, ХОББ, тромбофлебит на долни крайници, аневризма на аортата.

Фамилна обремененост – необременена.

Рискови фактори - тютюнопушене.

Status dermatologicus:

Болестните изменения са локализирани по кожата на трункус, горни и долни крайници, ретро- и преаурикуларна област и клепачи. Наблюдават се еритемосквамозни окръглени плаки с различна големина, някои от които с рупиевидно наслоени сквами, силно изразена хиперкератоза с рагади в областта на стъпалата, придружена с еритемиедем. Субмаларно са налице еритемни макули придружени с мацерация.

Ноктите са засегнати от патологичния процес като в областта на долните крайници се наблюдава субунгвална хиперкератоза до степен на онихогрифоза, а в областта на ноктите на



Фиг. 4. Еритемосквамозни плаки – периунгвално

горните крайници се наблюдава липса на епонихиум (симптом на проф. Л. Попов) (фиг.4), еритемосквамозни плаки се наблюдават периунгвално.

От рутинната параклиника се установиха – левкоцитоза $19.51 \cdot 10^9/l$ (3,5-10,5), повишение на абсолютния и относителния брой на гранулоцитите, съответно – $18.19 \cdot 10^9/l$ (2.0-6.5); 93.2% (50-75) и понижение на абсолютния и относителния брой на лимфоцитите – $0.73 \cdot 10^9/l$ (1.1-3.8); 3.7% (20-48), повишение на скоростта на утаяване на еритроцитите – 114mm/h (0-30) и повишение на С – реактивния протеин – 130mg/l (0-5.0). Рентгенография на бял дроб – белодробен емфизем, пулмофиброза, миокардни промени с двукамерно обременяване, хомогенно средноинтензивно засенчване в долно ляво белодробно поле.

Хистологично се наблюдава паракератоза, акантоза, разрастване на дермалните папили, липса на гранулозен слой и наличие на умерено изразен кръглоклетъчен инфилтрат в горна дерма.

Пациентката бе консултирана с офталмолог поради субективни оплаквания от фотофобия, съзрени и намалено зрение. От офталмологичния статус: зрителна острота: дясно око - 0,2 н.к.; ляво око - 0,1 с корекция +0,75d/cyl/30° астигматизъм. Вътреочно налягане: дясно око - 19 mm.; ляво око 16 m.m.

Преден очен сегмент двустранно: псориазични плаки по горни клепачи еритемни клепачни ръбове, лещи- нуклеарни катаракти, очни дъна- папили витални, макули без рефлекс, ангиосклеротични промени II ст.

Беше проведена лимфография на дясно око, при която се получи депо от багрило Патенблау В, от което се изпълниха единствено кръвоносни съдове на 12 и на 6 часа, 3 минути след



Фиг. 5. Изпълване на на кръвоносни съдове от багрило Патенблау В



Фиг. 6. Дифузия от кръвоносните съдове, 5 мин, след инжектирането

инжектиране на багрилото (фиг.5). Установи се дифузия от кръвоносните съдове, около 5 мин. след инжектирането; лимфни съдове не се визуализираха (фиг.6).

Липсата или трудна визуализация на на лимфни съдове се наблюдава при повечето възпалителни автоимунни заболявания. До момента, това е установено при пациенти с булозен пемфигоид, пемфигус, системна склеродермия

и системен лупус еритематозус.

След провеждане на системно лечение, визуализацията на лимфните съдове се улеснява и възстановява.

Беше проведена терапия с Рифампицин (Tubocin®) - 2x300mg. Локална терапия – Ung. Ac.Salicylici 10%, емолиенти и калциневринови инхибитори (Protopic® 0,1% ung).

ОБСЪЖДАНЕ

Псориазисът е наследствено обусловено, имуномедирано възпалително заболяване [3]. Псориазисът има комплексна генетична предиспозиция, но неговото развитие и обостряне се дължат на взаимодействието на генетични фактори и на такива от околната среда. Възпалителният компонент в патогенезата на заболяването е безспорен и днес се счита, че псориазисът е не само кожно заболяване, а системно заболяване [3-6].

Връзката между очните заболявания и псориазиса е позната от десетилетия. Очни находки във връзка с псориазичен артрит са съобщени през 1976 г, когато Lambert и Wright отбелязват присъствието на очно възпаление при 31,2% от 112 пациента с псориазичен артрит, като най-висока е честотата на конюнктивитите – 19,6%, следван от иридоциклит 7,1% [7].

В литературата и клиничната практика, обаче вниманието което се обръща на очните изменения като коморбидности е недостатъчно. Очните промени при псориазис са трудно забележими. Въпреки че усложнения заплашващи зрението са редки, 10% от псориазично болните пациенти развиват очни промени (8-10). Те могат да бъдат различни и неспецифични, като блефарит, конюнктивит, кератит, сухота на очите и др. [11, 12].

Очните изменения са по-чести при мъже и почти винаги предшестват кожните промени [13-15]. Проявяват се предимно при обостряне на псориазиса и могат да засегнат почти всяка част от окото [10, 13]. Те могат да се класифицират в две групи: 1. Изменения по кожата на клепачите и блефарит 2. Имуномедиранни състояния като псориазичен увеит.

Durrani и Foster [16] сравняват 36 пациента с псориазис и увеит с 30 пациента с идиопатичен преден увеит и 30 пациента с HLA-B27-асоцииран преден увеит [16]. Резултатите показват, че псориазично болните пациенти са по-склонни да развиват билатерален увеит, чиято продължителност е по-дълга и изисква терапия с нестероидни противовъзпалителни средства.

Освен като коморбидитет, очни изменения при болни с псориазис може да възникнат и ятрогенно, вследствие на прилаганата терапия.

В литературата са описани случаи на развитие на катаракта при пациенти провеждали PUVA терапия [17-19]. Трябва да се има предвид, че терапията с интравенозен метотрексат, може да доведе до ксероза, конюнктивит и инфекция на конюнктивата [20, 21].

След УВ терапия могат да се появят болки в очите и кератит, което най-често е резултат от лоша протекция по време на облъчването.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Съвременните проучвания разглеждат псориазиса като системно заболяване, засягащо множество органи и системи, сериозно застрашаващо физическото здраве на пациентите, а не само външния им вид. Това налага мултидисциплинарен подход при диагностиката и лечението на псориазиса. В литературата и клиничната практика вниманието, което се обръща на очните промени при псориазис не е поставено на предна позиция.

Предвид сериозния характер на болестта, дерматологът трябва да следи за съпътстваща очна симптоматика. По тази причина, при пациенти с псориазис препоръчваме редовно наблюдение на болните за очни симптоми. Доброто сътрудничество между офталмолози и дерматолози ще доведе до оптимизация на контрола на болестта.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Willan, R., On Cutaneous Diseases. London, 1808.
2. Christophers, E., Comorbidities in psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venerol, 2006;20:52-55.
3. Psoriasis as a systemic disease.(Ed.N.Tsankov)Lambert Acad Publ, Saarbrücken, 2016.
4. Langley, R.G., G.G. Krueger, C.E. Griffiths. Psoriasis:epidemiology, clinical features, and quality of life.Ann. Rheum.Dis.,2005;64:ii18-23.
5. Lowes, M.A., A.M. Bowcock, J.G. Krueger. Pathogenesis and therapy of psoriasis. Nature, 2007;445:866-873.
6. Krueger, J.G. et A.Bowcock.Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. Ann. Rheum.Dis, 2005;64:ii30-36.
- 7.Lambert JR, Wright V. Eye inflammation in psoriatic arthritis. Ann.Rheum. Dis, 1976;35(4):354-356.
8. Catsarou-Catsari A, Katsambas A, Theodoropoulos P et al. Ophthalmological manifestations in patients with psoriasis. Acta Derm Venerol,1984;64:557-559.
9. Chandran NS, Greaves M, Gao F et al. Psoriasis and the eye:prevalence of eye disease in Singaporean Asian patients with psoriasis. J Dermatol,2007;34:805-810.
10. Rehal B, Modjtahedi BS, Morse LS et al.. Ocular psoriasis. J Am Acad Dermatol, 2011;65:1202-1212.
11. Donsik PC, Hoss DM, Ehlers WH. Inflammatory and papulosquamous disorders of the skin and eye. Dermatol Clin,1992;10:533-547.
12. Young Her, Ji Won Lim, Sang Hak Han.Dry eye and tear film functions in patients with psoriasis.Jpn J Ophthalmol,2013;57: 341-346.
13. Kaldeck R.Ocular psoriasis: clinical review of elev-

en cases and some comments on treatment. AMA Arch Derm Syphilol,1953;68:44-49.

14.Lomuto M, Ranieri G, Coviello C. Results of ocular examination in psoriasis. Proceedings of the third international symposium.Grune and Stratton, New York; 1981;1:341-343.

15. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis.Br J Dermatol,2008;159:2-9.

16. Durrani K, Foster CS. Psoriatic uveitis: a distinct clinical entity? Am J Ophthalmol,2005;139:106-111.

17. E.Archier; S.Devaux; E.Castela et al. Ocular damage in patients with psoriasis treated by Psoralen UV-A therapy or Narrow band UVB therapy: a systematic literature review.J Eur Acad Dermatol Venerol,2012;26:32-35.

18. Stern RS, Parrish JA; Fitzpatrick TB.Ocular findings in patients treated with PUVA.J Invest Dermatol,1985;3:269-273.

19. Stern RS. Ocular les findings in patients treated with PUVA: photochemotherapy follow up study.J Invest Dermatol,1994;4: 534-538.

20. Sousa LB, Bass LJ.Psoriasis. In: Eye and skin disease. Mannis MJ, Mascai MS, Huntley AC, editors,Lippincott:Raven Publishers, Philadelphia;1996.

21. Foster CS, Calonge M. Drug – induced ocular side effects and drug interactions. Lea Febiger, Philadelphia,1989.

22. Andley UP, Chylack LT Jr. Recent studies on photodamage to the eye with special reference to clinical phototherapeutic procedures. Photodermatol Photoimmunol Photomed.1990;3: 98-105.

ФИТОДЕРМАТИТ СЛЕД ПРИЛОЖЕНИЕ НА CHELIDONIUM MAJUS (ЗМИЙСКО МЛЯКО)**Димитър Т. Черкезов*, Самер И. Шокър*, Иван А. Богданов*****Клиника по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник Токуда болница, София
dimitarcherkeзов@abv.bg***PHYTODERMATITIS DUE TO THE APPLICATION OF CHELIDONIUM MAJUS (SNAKE MILK) EXTRACT****Dimitar T. Cherkeзов*, Samer I. Chokr*, Ivan A. Bogdanov*****Dermatology and Venereology Clinic, Acibadem City Clinic, Tokuda Hospital, Sofia
dimitarcherkeзов@abv.bg***РЕЗЮМЕ**

Контактният дерматит, причинен от растения е сравнително честа кожна реакция. В народната медицина лечението с растителни продукти и техни екстракти е широко разпространено. Представяме случай на 51-годишна пациентка, самолечувала се със сок от *Chelidonium majus*, или т.нар. „змийско мляко“.

Ключови думи: фитоерматит, *Chelidonium majus*, иритативен дерматит

ABSTRACT

Contact dermatitis due to plants is a relatively common skin reaction. In folk medicine treatment with plant-based products and their extractions are widely used. We present a clinical case of a 51-year old patient, that used the plant extract of *Chelidonium majus* or so called “snake milk” for the treatment of her skin lesion.

Keywords: phitodermatitis, chelidonium majus

ВЪВЕДЕНИЕ

Честотата на контактните реакции към растителни продукти и растения е между 5 и 10% от всички пациенти с дерматит, консултирали се с дерматолог [5]. Патогенетичните механизми са разнообразни и включват токсични и контактно-алергични реакции и такива с участието на слънчева светлина – фитофотодерматити [2, 7, 8].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме 51-годишна пациентка, която постъпва за първи път в Клиниката по дерматология и венерология към Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда София с оплаквания, датиращи от месец декември 2017 г., изразява-

щи се в поява на нодуларни и веруциформени лезии по двете подбедрици, придружени от силен сърбеж. Бе поставена клинична диагноза Prurigo nodularis (фигура 1: Лезии в областта на подбедриците, третирани с цинков крем.).



Фиг. 1. Лезии в областта на подбедриците, третирани с цинков крем

Пациентката е тревожна и емоционално лабилна. Започва самолечение с цинков крем (крем “Рачев”) по двете подбедрици, а на една от веруциформените лезии в областта на лявото коляно със сок от стеблото на растението *Chelidonium majus*, известно под името „змийско мляко“. След една седмица самолечение лезията нараства и улцерира с формиране на неболезнен улкус с надигнати ръбове, покрит с плътно срастнала есхара. (фигура 2: Лезия,



Фиг. 2. Лезия, третирана със сок от *Chelidonium majus*

третирана със сок от *Chelidonium majus*)

След проведен амбулаторен преглед в дерматологичен кабинет към диагностично консултативният център на Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда София, приложението на екстракта *Chelidonium majus* е прекратено и пациентката е хоспитализирана. При проведените лабораторни изследвания не се наблюдаваха отклонения от нормалните стойности на ПКК, СУЕ, CRP и чернодробни ензими. Започнато е локално лечение с Intrasis gel 25g един път дневно, Betamethasone 0,05% (Diprosone® cream) два пъти дневно, Gentamicin унгвент 0.1% два пъти дневно, Chlorpyromine hydrochloride 20mg (Allergosan®) два пъти дневно интрамускулно, със задоволителен терапевтичен ефект.

ОБСЪЖДАНЕ

Фитодерматитите са чести кожни реакции при локално прилагани растения и растителни продукти с различна етиопатогенеза и клинична картина [1, 7].

Известни са клинични случаи на фитодерматити, описани от български автори - след контакт при бране на магданоз [9] и след лечение на ухапване от насекоми с налагане на листа от *Nylotelephium spectabile* („дебела Мара“) [1].

Chelidonium majus или „змийско мляко“ (фигура 3), (фигура 4) е единственият представител на едноименния род тревисти многогодишни растения от семейство Макови. При разчупване стеблото и листата изпускат светъл жълто-оранжев млечен сок, а сокът на корена е оцветен в ярко оранжево. Според Норт (1967) този биологичен вид расте близо до стени и камъни върху богата на нитрати почва [3].

Има няколко легенди за произхода на змийското мляко. Според една от тях в Древна Гърция е било известно с името „хелидониум“ - „дар от небето“. Древните гърци смятали, че



Фиг. 3.



Фиг. 4

самите богове са изпратили змийското мляко на хората, за да лекуват редица заболявания, най-вече брадавици, „кокоши трън“ и други [6]. В България се предлага под формата на тинктура 10 мл.

Растението съдържа разнообразие от алкалоиди, включващи хелидонин, хелиритрин, берберин, протоберберин и хелидонова киселина. Хелидоновата киселина е силен иритант и се използва в народната медицина за третиране на брадавици, някои чернодробни, офталмологични, онкологични и гастроинтестинални заболявания.

През 2011 г. Европейската Агенция по Лекарствата (ЕМА) прави проучване за *Chelidonium majus* и неговото приложение в медицинската практика [4].

Екстрактите от *Chelidonium majus* показват активност срещу вирусите херпес симплекс, полиовирус, някои аденовируси и инфлуенца вирус *in vivo*. Някои алкалоиди на растението демонстрират анти-туморна и анти-микробна активност. Те обаче не показват добра абсорбция и се метаболизират прекалено бързо от организма. Това е причината за липса на клинично значима активност на алкалоидите в малки дози. Използването на високи дози е свързано

с висока токсичност за клетките на костния мозък. Има данни за тератогенност, цитотоксичност, хепатотоксичност и растението се смята за мощен контактен алерген.

Според клиничното проучване на ЕМА, липсват доказателства за клинично значима ефективност на *Chelidonium majus* в медицинската практика, което не оправдава неговата употреба.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Снемането на детайлна анамнеза и прецизирането на вида на подозираният растителен алерген е от особено значение за поставянето на правилната диагноза.

Провеждането на епикутанно тестване с целева серия „растения“ е желателно, с цел уточняване на алергена. Поради големия процент токсични или фалшиво положителни реакции, интерпретацията на резултатите трябва да се извърши от специалист. Тестването се провежда „as is“ (т.е. направо с материала), с частта от растението (корен, листо, стъбло, цвят), суспектно за контактен алерген [1].

В заключение, описаният клиничен случай представя контактна кожна реакция към сравнително рядък етиологичен причинител. При приложение върху кожата растенията, използвани в народната медицина, могат да причинят контактно-алергични, токсични и иритативни реакции, каквато представлява описаният от нас случай на контактен фитоерматит.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Дърленски, Р., Ж.Казанджиева, А.Николова и сътр., Фитоерматит от контакт с *Hylotelephium spectabile*, Дерматол и Венерол, 2011; 49(2):56-59.
2. Basketter, D., R. Darlenski, J.W. Fluhr, Skin irritation and sensitization: mechanisms and new approaches for risk assessment. *Skin Pharmacol Physiol*, 2008; 21(4): 191-202.
3. North, P.M., Poisonous Plants and Fungi in Colour. London. Blandford Press Ltd, The botanical dermatology database. In: <http://www.botanical-dermatology-database.info>.
4. Lackeman, G., Jan-Corne, P., Vandewalle, F., Committee on Herbal Medicinal Products, European Medicines Agency (EMA), Assessment report on *Chelidonium majus* L., herba. In: <http://www.ema.europa.eu>, 2011.
5. Coz, C.J.L., G. Ducombs et al., Plants and Plant Products, Contact dermatitis, Berlin Heidelberg., Springer-Verlag, 2006: 751-780.
6. Extenaguia, M.A., Anda, M., Gonzalez-Mahave et al., Contact dermatitis from *Chelidonium majus* (Greater calendine), *Contact dermatitis*, 2000;43(1), 47-50.
7. Sasseville, D., Clinical patterns of phytodermatitis. *Dermatol Clin*, 2009;27(3): 299 -308.
8. Schempp, C.M., E. Schopf, J.C. Simon, Plant induced toxic and allergic dermatitis (phytodermatitis), *Hautarzt*, 2002; 53(2):93-97.
9. Stransky, L., N. Tsankov, Contact dermatitis from

parsley (*Petroselinum*). *Contact Dermatitis*, 1980;6(3):233-234.

ИСТОРИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЯ

В първия си брой за 2017 година,
списание “ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ”

откри нова рубрика –

“ИСТОРИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ДЕРМАТОЛОГИЯ”

Всички главни редактори на списанието досега:

проф. Илия Петков (гл. редактор 1962-1975);

ст.н.с. Любен Боянов (гл. редактор 1976-1985);

проф. Никола Ботев-Златков (гл. редактор 1986-1992);

проф. Асен Дурмишев (гл. редактор 1993-2006);

Стоян Тонев (гл. редактор 2007-2014)

са публикували материали, свързани със славната история на българската дерматовенерология.

Отправям покана към всички колеги, които притежават сведения и спомени за личности, събития, конференции и конгреси, както и стари снимки, да ги изпратят за отпечатване.

Гл. редактор

чл.-кор. Николай Цанков, д.м.н.

Село Марикостиново се намира в Санданско-Петричката котловина, на левия бряг на река Струма, на 211 м. надморска височина.

Известно е, че селото разполага с минерални води. В непосредствена близост с хидрокарбонатно-сулфатната натриево, флуорна и силициева вода се намира съвременно грифонно термално езеро. Особен интерес представлява калонаходището, което е образувано от натрупване на лечебни тини в грифонно езеро около термални извори.

В периода 1986-1989 г. под ръководството на проф. Никола Ботев-Златков, директор на Научния институт по дерматология и венерология към МА, София, се проведе клинични наблюдения за лечебния ефект на хидроминералното калонаходище при болни от псориазис вулгарис, екзема и уртикария. Съдействие в осъществяването на тези проучвания бе оказано от д-р Георги Папочиев от санаторно-курортния комплекс Марикостиново и д-р Илия Крумов от Районна болница

Петрич. От страна на Научния институт по дерматология и венерология участваха следните дерматолози: Иван Киряков, Николай Цанков, Любомир Странски, Янко Попов, Маргарита Костова, Соня Марина, Изабела Юшкевич, Юлинка Видинова, Георги Спиров, Красимир Николов, Васил Димитров (алерголог).

Благоприятният ефект от балнеолечението в с.Марикостиново при болни с различни дерматози се дължи не само на топлите минерални извори и калонаходището, но и на топлия климат, продължителното слънцегреене и ниската относителна влажност.

В резултат на наблюденията и данните от проучванията бе лансирана идеята за развитието на санаторно-курортния комплекс Марикостиново с оглед обезпечаване на пълноценно, икономически ефективно използване на калолечебното езеро при лечение на някои хронични и скъпо струващи при болнично лечение дерматози.

БАЛНЕОЛЕЧЕНИЕ НА НЯКОИ ДЕРМАТОЗИ В МАРИКОСТИНОВО

Янко Попов*, Иван Киряков*, Илия Крумов**, Маргарита Костова*,
Георги Папочиев***, Никола Ботев-Златков*

*Медицинска академия, Научен институт по дерматология и венерология, София

**Районна болница, Петрич

***Санаторно-курортен комплекс, Марикостиново

drpopov@gbg.bg

BALNEOTHERAPY OF SOME DERMATOSES IN MARIKOSTINOVO

Janko Popov*, Ivan Kiriakov*, IliiaKrumov**, Margarita Kostova*,
Georgi Papociev***, Nikola Botev-Zlatkov*

*Medical Academy, Scientific Institute of Dermatology and Venerology, Sofia

**Regional hospital, Petrich

***Sanatorium resort, Marikostinovo

drpopov@gbg.bg

РЕЗЮМЕ

Ние си поставихме за цел да проследим как се повлияват болни с различни дерматози от балнеолечение в с. Марикостиново. Наблюдавахме 194 болни с псориазис вулгарис, невродермит (екзема) и уртикария.

Благоприятен ефект оказаха не само топлите минерални извори, калонаходището, но и продължителното слънцегреене и ниската относителна влажност.

Ключови думи: балнеолечение, псориазис, невродермит, уртикария

ABSTRACT

Our aim was to find out how the patients with different dermatoses are influenced by the balneotherapy in the village of Marikostinovo. We examined 194 patients with psoriasis vulgaris, neurodermitis (eczema) and urticaria.

We conclude that not only warm mineral springs have beneficial effect, but also the continuous sunlight and low moisture.

Keywords: balneotherapy, psoriasis, neurodermitis, urticaria

ВЪВЕДЕНИЕ

Балнеолечението с български минерални води при кожно болни има своя дългогодишна история. Н. Ботев-Златков и сътр. в доклад на втората юбилейна научно-практична конференция през 1986 г. в Сандански съобщават за благоприятни резултати от лечението на болни от псориазис в находището на минерална вода в Благоевград и флуорната минерална вода в

с. Добринище. Редица кожно-венерологични заведения проявяват инициатива за използване на местни минерални води (с. Ягода, Старо-загорско, с. Обединение и с. Овча могила – В. Търновско, гр. Свищов, с. Крушуна и с. Чифлик, Ловешко и др.) при лечението на някои хронични дерматози [1, 3].

През 1987/88г. възникна идеята да се проведат клинични наблюдения за лечебния ефект на уникалното калонаходище край с. Марикостиново. Целта бе да се проследи влиянието на курс лечение в хидроминералното калонаходище върху болни от псориазис вулгарис, екзема и уртикария. Известно е, че с. Марикостиново разполага с минерални води. В непосредствена близост с хидрокарбонатно-сулфатната натриева, флуорна и силициева вода се намира съвременно грифонно термално езеро. Особен интерес представлява калонаходището, което е образувано от натрупване на лечебни тини в грифонно езеро около термални извори. Голяма част от него е покрито с ценна минерална вода и естествено затоплената кал се прилага едновременно с хидроминералната вода на открито. Температурата на калта съответно е 38-44°C, на суспензията - 36-38°C, варираща в зависимост от местоизвора на минералната вода на дъното и на температурните климатични промени [2].

Лечебната кал и минералната вода притежават антимикробни свойства. Общото микробно число аероби отчетено на месо-пептонов агар е 0. Радиологичният анализ на водата и калта е установил, че дозата на облъчване е от 20 до 50 микрорентгена за отделните участъци на калонаходището.

Малките дози на облъчване, които получава

болен подложен на 20-дневно лечение са от порядъка на 150 микрорентгена при 15-минутна експозиция.

Една особеност в характеристиката на калолечебното езеро е наличието на малки рибки от рода *Gambusia*, които имат агресивно поведение към болните. По данни на много наши болни от псориазис тези рибки активно се насочват към псориазисните плаки и „кълват“ паракератотичните сквами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването се проведе от 30.V.1988г. до 5.V.1989г. без месеците януари, февруари и март. Болните бяха организирани в 11 смени, всяка от които с период на лечение 20 дни. На практика всеки болен провеждаше от 13 до 15 процедури, при продължителност на експозицията 10-20 минути.

Наблюденията ни обхващат 194 болни, от които 87 жени и 107 мъже. Разпределението на болните по пол и диагноза е представено на табл.1.

изписани 173 души (89,2%). Почти няма разлика между жените (88,5%) и мъжете (89,8%). По диагнози терапевтичното повлияване е както следва: псориазис вулгарис 91% (съответно 90,6% жени и 91,3% мъже), невродермит (екзема) 89% (94,7% жени и 81,2% мъже), уртикария 96,8% (95% жени и 100% мъже) и вария 75% (68,7% жени и 83,3% мъже). Най-добър лечебен резултат е установен при болните с уртикария, след това при тези с псориазис и на трето място при болните с невродермит (екзема). В зависимост от пола при жените подреждането по диагноза е уртикария, невродермит (екзема) и псориазис, а при мъжете съответно уртикария, псориазис и невродермит (екзема).

Няма изписани болни с уртикария без промяна. Не бе наблюдавано влошаване при жените, болни от псориазис. Без промяна в дерматологичния статус бяха изписани двама мъже и три жени, болни от псориазис. Не бе установена промяна в състоянието при една жена и трима мъже, болни от невродермит.

При някои болни от псориазис (четири-ма мъже) и една жена с уртикария се появиха

Табл. 1. Разпределение на болните по диагноза и пол

Диагноза	Общо		В това число							
	бр.	%	жени				мъже			
			брой	% към общия брой	% към общия брой жени	% към брой жени по диагноза	брой	% към общия брой	% към общия брой мъже	% към брой мъже по диагноза
Psoriasis vulgaris	100	51,5	32	16,4	36,7	32,0	68	35,0	63,5	68,0
"Neurodermitis (eczema)"	35	18,0	19	9,8	21,8	543,0	16	8,2	15,0	45,7
Urticaria	31	16,0	20	10,4	23,0	64,5	11	5,5	10,3	35,5
Varia	28	14,5	16	8,2	18,5	57,1	12	6,5	11,2	42,9
Всичко:	194	100,0	87	44,8	100,0	*	107	55,2	100,0	*

Следва да се отбележи, че повече от половината лекувани болни са с псориазис (51,5%), като мъжете са с около 10% повече от жените.

Калолечебните процедури се понасяха много добре. Отделни болни се оплакваша от краткотраен сърбеж (само по време на престоя в езерото) или от контакта с рибките.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Най-голямо внимание заслужава обсъждането на резултатите при болните, които са изписани клинично здрави, по-точно в клинична ремисия, с голямо подобрене и с подобрене. От 194 болни с такъв сумарен лечебен ефект са

нови, свежи ефлоресценции, като налице бе засилване на сърбежа. При тези болни бе отбелязано влошаване в състоянието. Те бяха изписани и насочени към районните кожно-венерологични заведения. При болните жени и мъже с невродермит (респ. екзема) не бе установено влошаване.

В групата вария бяха включени болни с палмо-плантарна дисхидроза, циркумскриптна склеродермия, лихен рубер планус, контактен дерматит, периониксис, епидермофития и др.

На табл. 2 е представен балнеотерапевтичният ефект в зависимост от сезона (пролет, лято и есен).

Най-добър терапевтичен резултат при бо-

Табл. 2. Относителен дял (в %) на изписаните клинично здрави, с голямо подобрение и с подобрение болни по сезони, диагноза и общо

сезони	От дата до дата	Psoriasis vulgaris			Neurodermitis			Urticaria			Varia			Общо		
		в т.ч. изписани кл. здрави с гол. подобр. с подобрение			в т.ч. изписани кл. здрави с гол. подобр. с подобрение			в т.ч. изписани кл. здрави с гол. подобр. с подобрение			в т.ч. изписани кл. здрави с гол. подобр. с подобрение			в т.ч. изписани кл. здрави с гол. подобр. с подобрение		
		всичко	бр.	%	всичко	бр.	%	всичко	бр.	%	всичко	бр.	%	всичко	бр.	%
пролет	от 27. III. до 24. VI.	31	27	87,1	7	5	71,4	4	3	75,0	8	5	62,5	50	40	80,0
лято	от 24. VI. до 23. IX.	37	36	97,3	14	13	92,8	21	21	100	18	14	77,8	90	84	93,3
есен	от 23. IX. до 25. XII.	32	28	87,5	14	13	92,8	6	6	100	2	2	100	54	49	90,7
всичко	от 27. III. до 25. XII.	100	91	91,0	35	31	88,6	31	30	96,8	28	21	75,0	194	173	89,2

лните с псориазис е установен през летните месеци (97,3%), което несъмнено се дължи на съчетание на калолечението със слънчево облъчване. Най-благоприятен лечебен ефект при болните с невродермит (екзема) и хронична уртикария се наблюдава през лятото (92,8%) и есента (100%). По-слабият терапевтичен резултат през пролетта при болните с невродермит (71,4%) и при тези с уртикария (75%) може да се обясни с отрицателното влияние на pollen-фактора. При групата болни с други дерматози (вария) най-голям е процентът на повлияване през есента (100%) и през лятото (77,8%). Малкият брой на тези болни за различните дерматози не позволява да се направят статистически оправдани изводи за калолечебния ефект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хидроминералното калонаходище край с. Марикостиново притежава ефективно лечебно действие при псориазис вулгарис, хронична уртикария и невродермит. Най-добро терапевтично повлияване при болните с псориазис вулгарис (вкл. и артропатичните форми) се установява през летните месеци. За лечението на болни с невродермит и хронична уртикария са подходящи лятото и есента.

Концепцията за развитието на санатор-

но-курортния комплекс Сандански, респ. санаторно-курортния филиал Марикостиново може и заслужава да обезпечи пълноценното и резултатно, икономически ефективно, перспективно използване на калолечебното езеро, това особено ценно богатство за страната при лечение на някои хронични и скъпо струващи при болнично лечение дерматози.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Спиров Г., Златков Н. Б., Дурмишев А. Балнеолечение. В: Климатолечение на кожните болести. Никола Ботев Златков (редактор), Мед. и физк., С., 1989, 146-176.
2. Дайски Ал. Балнеология. Мед. и физк., С., 1977.
3. Златков Н., Б. Дурмишев А. Дерматологични индикации за балнеолечение. Псориазис и псориаитичен артрит. В: Климатолечение на кожните болести. Н. Ботев-Златков (редактор), Мед. и физк., С., 1989, 174-176.

СИМПОЗИУМИ И КОНФЕРЕНЦИИ

XV ПРОЛЕТЕН СИМПОЗИУМ НА ЕВРОПЕЙСКАТА АКАДЕМИЯ ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ И ВЕНЕРОЛОГИЯ

XV SPRING SYMPOSIUM OF THE EUROPEAN ACADEMY OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY



От 3 до 6 май тази година в красивият средновековен град Будва на Адриатическото крайбрежие се проведе 15-ят Пролетен симпозиум на Европейската академия по дерматология и венерология (ЕАДВ). Това направи Черна гора 35-та държава, на която е дадена възможността да организира събитие от програмата на ЕАДВ и седмата балканска държава, в която се провежда пролетен симпозиум – една престижна щафета, чието начало бе поставено още през 2005 в София. Въпреки, че оттогава тези събития загубиха голяма част от мащаба и престижа си, поради ограничаване на бюджета и липсата на фирмено изложение, остана очарованието от непосредствения контакт между дерматолози в потесен кръг от този на големите конгреси. За всичко това особена роля имаше и домакинят и председател на симпозиума Д-р Предраг Щилет, който успя да създаде усещането, че всеки делегат на събитието е важен за него и трябва да получи специално внимание. А делегатите на симпозиума достигнаха впечатляващите 1500 души, което поддържаше Д-р Щилет в постоянно движение.

Прочутото черногорско гостоприемство успя до голяма степен да компенсира капризите на времето и участниците се радваха на отличен прием.

Научната програма бе разнообразна и добре балансирана и всеки делегат можеше да извлече от нея новини и полезни идеи за своята практика. Впечатление направи силното присъствие на лектори от Централна и Източна Европа и Балканите,

като българската дерматология бе достойно представена от трима лектори: Проф. Мира Кадуриня, Доц. Жана Казанджиева и Проф. Николай Цанков като пленарен лектор и множество интересни постери от млади български дерматолози.

За поредна година бе спазена традицията и част от българските делегати на симпозиума участваха в „Голямата българска снимка“, която за съжаление на този конгрес не се получи особено голяма. Причината за това най-вероятно е, че в този момент времето най-накрая се усмихна и предостави отдавна чаканата възможност пълноценно да се опознае чарът на градът домакин – Будва и прекрасните му околности. Старинните градчета по адриатическото крайбрежие на Черна гора определено имат какво да предложат, както като архитектура и атмосфера, така и като отношение към туристите и разходката из тях е празник за сетивата, включително и вкусовите. Така делегатите имаха възможността да разтоварят малко натежалите от информация умове или както се казва по тези земи: „Науката да слегне“. На колегите, които ще организират следващият пролетен симпозиум в Порто през 2020 година можем само да пожелаем едно поне толкова добро представяне, а на борда на Европейската академия по дерматология и венерология пожелавам по-често да избират домакини от Балканите, защото много добре ни се получават конгресите!

Иван А. Богданов

МОРЕ ОТ ДЕРМАТОЛОГИЯ, 17-19 МАЙ 2018 Г., БУРГАС

DERMATOLOGICAL SEA, 17-19 MAY 2018 G., BURGAS

Близко 6 години след Националната конференция в Бургас, българската дерматология отново акостира в града. На 17-19 юни, под егидата на кмета на Бургас Димитър Николов и ректора на Тракийски университет, Стара Загора, проф. Иван Въшин, се проведе конференция под надслов „Море от дерматология“, организирана от Югоизточния клон на Българското дерматологично дружество. Събитието се превърна в същинска международна научно-практическа регата, която събра над 150 участници, „плаващи“ под флагите на България, Германия, Македония, Словения, Черна гора, Италия и други.

Конференцията започна със среща на Българо-немското дерматологично дружество (БНДД). Проф. Евгения Христатиева (председател на БНДД), доц. Кирил Праматаров (доскорошен председател на БНДД), проф. Христос Зубулис от Десауи проф. Невена Борова направиха кратка историческа справка, придружена от богат снимков материал от предишните подобни симпозиуми.



Сн. 1. След срещата на Българо-немското дерматологично дружество

Д-р Димитър Антонов от Йена представи новата класификация на меланома, а интересни клинични случаи бяха изнесени от доц. Праматаров, проф. Петер Кол от Берлин и специалисти от България и Германия. Проф. Николай Цанков ни припомни големите постижения на българската дерматология и българските дерматолози, с които се гордеем.

Резултатите от българо-немското сътрудничество в лечението на hidradenitis suppurativa (HS) бяха обобщени от д-р Росица Лавчева, докторант от клиниката в Стара Загора. Това заболяване беше един от основните фокуси на събитието с лекции от известни учени, работещи в тази област. Проф. Христос Зубулис от Десау, Германия, ни запозна със съвременните клинични и молекулярни биомаркери в диагностиката и лечението на HS. Новостите в медикаментозното и хирургично лечение на гнойния хидраденит бяха представени от проф. Ерол Пренс от Ротердам, Холандия, а доц. Илия

Лефтеров, експерт-генетик от университета в Питсбърг, САЩ, разкри какво свързва HS и болестта на Алцхаймер.

Случаи, лекции и доклади на разнообразни теми като лечение на рани и цикатрикси, лазер-терапия и естетична дерматология, бяха изнесени и от други гости от чужбина. Участваха проф. Йоахим Флуор от Берлин, проф. Ивана Бинич от Сърбия, проф. Игор Бартениев от Словения, проф. Сузана Николовска, прим. д-р Георги Гоцев, д-р Нина Цаца-Билиановска, проф. Андреа Петров от Македония и други.



Сн. 2. Практически курс по дерматохирургия

Важно течение в „морето от дерматология“ бяха дерматохирургията и онкодерматологията. По време на практическия курс по дерматохирургия, Морското Казино в Бургас се превърна в галера със шурман проф. Кол и неговия екип. Вместо с гребла, тя беше задвижвана със скалпели, иглодържатели и пинсети от участниците в практическия курс.

От българска страна в научната програма и симпозиумите участваха още проф. Снежина Василева, проф. Димитър Господинов, доц. Развигор Дърленски, доц. Ивелина Йорданова, проф. Мирослава Кадурина, доц. Жана Казанджиева, доц. Гриша Матеев, проф. Елена Обрешкова, доц. Мариана Трашлиева, проф. Петранка Троянова, доц.

Румяна Янкова и други. В духа на мултидисциплинарния подход в лечението на кожните заболявания бяха поканени и колеги от други специалности – съдови хирурзи, ревматолози, кардиолози, онко-и пластични хирурзи.

Посещението с кораб до остров „Света Анастасия” бе отлично организирано.

Социалната програма беше изпълнена с музика и морски залези, а кацнал наблизко гларус би видял група от озарени лица, общуващи в хармония и разбирателство. Не успяхме да измерим дали под кила на българската дерматология има седем фута вода до подводните камъни, но се надявам, че кормчиите на различните академични лодки ще погледнат в една посока, без значение откъде духа вятъра. И все пак, опънете платната! Екипът на клиниката по Клиниката по кожни и венерически болести в Стара Загора Ви очаква на следващото събитие.

Организационният комитет на конференцията беше в състав: проф. Евгения Христакиева, доц. Мария Ганева, д-р Таня Ганчева, д-р Радостина Делийска, доц. Развигор Дърленски, д-р Росица Лавчева, д-р Карен Мануелян, д-р Жени Троева, д-р Лина Ал-Садек, д-р Мирослав Драголов, д-р Инес Накшо и д-р Пролет Паздерова.

Карен Мануелян

© Space Vision, графично оформление - 2018

© Авторите на статиите - 2018