

Дерматологичен ПРЕГЛЕД

октомври 2012
том 1
брой 1

специализирано научно списание по дерматология, венерология и естетична медицина

Коморбидност
при псориазис

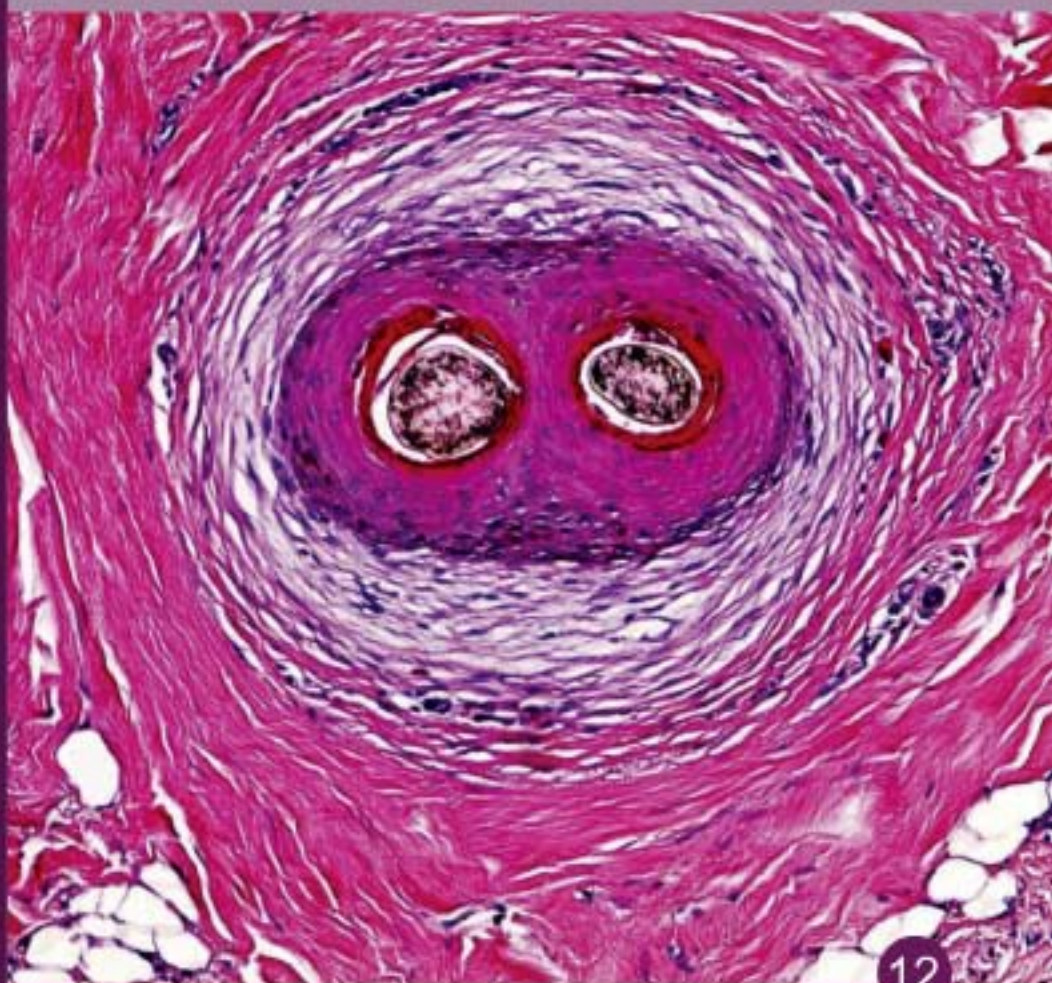
4

Ранни усложнения
при употреба
на дермални
филтри

34

Каква е вашата
диагноза –
дерматоскопска и
хистопатологична
корелация

42



12

*Цикатризираща алопеция: „белез на очилата“
в хоризонтални хистологични срезове*



**Базоцелуларен карцином
с аксиларна локализация**

22

Дерматологичен ПРЕГЛЕД

*специализирано научно списание по
дерматология, венерология и
естетична медицина*

ISSN 1314-720X

Всички права запазени. Нито една част от списанието не може да се размножава или предава под никаква форма или начин, електронен или механичен, включително фотокопиране, записване или чрез каквито и да е системи за съхранение на информация, без предварително писмено разрешение на “Б енд Б Консулт” ЕООД.

Отговорност за достоверността на публикуваните материали носят само неговите автори.
Издание е публикувано от издателство “Б енд Б Консулт ЕООД”, © 2012 г.



Уважаеми колеги,

Развитието на информационните технологии чувствително промени нашия професионален живот. От защитаването на първата в България дисертация в областта на дерматологията, написана на компютър изминаха повече от 20 години.

Информацията, която получаваме от интернет пространството вече многократно надвишава тази от печатните издания. Увеличават се електронните периодични издания в световен мащаб.

С амбицията да бъдем полезни на дерматологичната общност, през 2007 г. поставихме началото на научно-практическата конференция „Пролетни Варненски Дерматологични дни“, която придоби национален характер с международно участие. По този начин продължихме традициите за професионално общуване и развитие, създадени от нашите учители – проф. П. Михайлов, проф. Г. Спиров, проф. А. Бонев, проф. Н. Берова, проф. Н. Ботев, проф. Зл. Пенев.

Сега, през октомври, 2012, с желанието да бъдем до всички вас, специалистите в областта на дерматологията и венерологията, естетичната медицина, специализантите, студентите по медицина, както и всички, които се интересуват, поставяме началото на списание „Дерматологичен преглед“.

Тук ще публикуваме вашите научни статии, обзори, клинични случаи, резюмета, реферати и писма от опита ви в България и чужбина в дух на демократичност и професионализъм.

Благодарим на всички автори за съвместната работа.

На добър час!

**София, Варна
октомври, 2012 г.**

**Доц. д-р Георги Пехливанов, дм
главен редактор**

ДЕРМАТОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

октомври 2012 г., том 1, брой 1

ГЛАВЕН РЕДАКТОР

Доц. Георги Пехливанов, дм
Катедра по дерматология и венерология,
Медицински Университет София,
бул. "Св. Георги Софийски" 1, София 1431
Тел. 0888 527 141, Факс 052 311 133
joropehlivanov@abv.bg

ЗАМЕСТНИК ГЛАВЕН РЕДАКТОР

Д-р Илко Бакърджиев, дм
Медицински колеж,
Медицински Университет Варна
бул. "Цар Освободител" 84, Варна 9000
Тел. 0888 768 413, Факс 052 311 133
varna2008@gmail.com

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Проф. д-р Любка Митева, дмн (София)
Проф. д-р Невена Борова, дмн (София)
Проф. д-р Димитър Младенов, дмн (София)
Доц. д-р Мария Балабанова, дм (София)
Доц. д-р Снежина Василева, дм (София)
Доц. д-р Гриша Матеев, дм (София)
Доц. д-р Георги Чернев, дм (София)
Доц. д-р Димитър Господинов, дм (Плевен)
Доц. д-р Соня Вълкова, дм (Плевен)
Доц. д-р Красимира Чудомирова, дм (Пловдив)
Доц. д-р Лилия Зисова, дм (Пловдив)
Доц. д-р Христо Добрев, дм (Пловдив)
Доц. д-р Евгения Христакиева, дм (Стара Загора)
Д-р Иван Красналиев (Варна)
Проф. д-р Михаел Троние, дмн (Хилдесхайм, Германия)
Проф. д-р Пиетро Неноф, дмн (Мьолбис, Германия)
Д-р Мария Митева (Маями, Флорида, САЩ)
Д-р Емил Иванов (Питсбърг, Пенсилвания, САЩ)
Д-р Хосе Карлос Кардосо (Коимбра, Португалия)

ИЗДАТЕЛ И ПРЕДПЕЧАТ

Б енд Б Консулт ЕООД
ISSN 1314-720X

ЗА РЕКЛАМА:

Бисер Николов, моб. 0894 373 531,
e-mail: bbconsult@gmail.com

АДРЕС НА РЕДАКЦИЯТА:

гр. Варна 9002, ул. „Войнишка“ 3, вх. А
тел. 052 390 350, факс 052 311 133,
e-mail: office@varnaderma.com,
dermareview@gmail.com

DERMATOLOGICAL REVIEW

October 2012, Volume 1, Number 1

EDITOR-IN-CHIEF

Georgi P. Pehlivanov
Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Sofia (MUS) - Sofia,
1 St. Georgi Sofiyski blvd., Sofia 1431, Bulgaria
Tel. +359 888 527 141, Fax + 35952 311 133
joropehlivanov@abv.bg

CO-EDITOR-IN-CHIEF

Ilko G. Bakardzhiev
College of Medicine,
Medical University of Varna (MUV)
84, Tzar Osvooboditel blvd., Varna 9000, Bulgaria
tel + 359 888 768 41, Fax + 35952 311 133
varna2008@gmail.com

EDITORIAL BOARD

Lubka Miteva (Sofia, Bulgaria)
Nevena Berova (Sofia, Bulgaria)
Dimitar Mladenov (Sofia, Bulgaria)
Maria Balabanova (Sofia, Bulgaria)
Snejina Vasileva (Sofia, Bulgaria)
Grisha Mateev (Sofia, Bulgaria)
Georgi Tchernev (Sofia, Bulgaria)
Dimitar Gospodinov (Pleven, Bulgaria)
Soniya Valkova (Pleven, Bulgaria)
Krasimira Chudomirova (Plovdiv, Bulgaria)
Liliya Zisova (Plovdiv, Bulgaria)
Hristo Dobrev (Plovdiv, Bulgaria)
Evgeniya Christakieva (Stara Zagora, Bulgaria)
Ivan Krasnaliev (Varna, Bulgaria)
Michael Tronnier (Hildesheim, Germany)
Pietro Nenoff (Moelbis, Germany)
Maria Miteva (Miami, FL, USA)
Emil Ivanov (Pittsburgh, PA, USA)
Jose Cardoso (Coimbra, Portugal)

PUBLISHER

B and B Consult PLC
ISSN 1314-720X

FOR ADVERTISING:

Biser Nikolov, GSM. +359 894 373 531,
e-mail: bbconsult@gmail.com

ADDRESS:

entr. A, 3, Voynishka str., Varna 9002, Bulgaria
Tel. +35952 390 350, Fax +35952 311 133,
e-mail: office@varnaderma.com,
dermareview@gmail.com

СЪДЪРЖАНИЕ

КОМОРБИДНОСТ ПРИ ПСОРИАЗИС

Д. Господинов, Кл. Господинова 4

СЪВРЕМЕННИ АКЦЕНТИ В ДИАГНОСТИКАТА НА ЦИКАТРИЗИРАЩАТА АЛОПЕЦИЯ

М. Митева 12

ПСИХОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ И ПРУРИТУС В ПЕРИОД НА АДАПТАЦИЯ ПРИ БОЛНИ НА ДИАЛИЗА

Св. Стайкова 18

БАЗОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ С АКСИЛАРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ - РЯДЪК СЛУЧАЙ ОТ КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

И. Бакърджиев, Т. Драгнева, Г. Пехливанов, Г. Чернев,
М. Гонеvски, П. Генеv 22

ГЕНИТАЛНА ФОРМА НА LICHEN SCLEROSUS - УСПЕШНО ЛЕЧЕНИЕ С PIMECROLIMUS

А. Аргиров, И. Бакърджиев,
Г. Пехливанов, Г. Чернев 26

ЛОКАЛИЗИРАНА ФОРМА НА ЛИМФОМАТОИДНА ПАПУЛОЗА ЕВОЛЮИРАЩА В Т-КЛЕТЪЧЕН ЛИМФОМ.

С. Щилионова, И. Красналиев, М. Балабанова,
П. Друмева 30

РАННИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УПОТРЕБА НА ДЕРМАЛНИ ФИЛЪРИ

С. Вълкова 34

КАКВА Е ВАШАТА ДИАГНОЗА - ДЕРМАТОСКОПСКА И ХИСТОПАТОЛОГИЧНА КОРЕЛАЦИЯ

И. Бакърджиев, И. Красналиев 42

ПЕРСПЕКТИВИ ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПОДГОТОВКА НА МЕДИЦИНСКИЯ КОЗМЕТИК

Д. Димитрова 48

РЕЗЮМЕТА 50

IN MEMORIAM 92

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ 94

CONTENTS

PSORIASIS AND CO-MORBIDITIES

Gospodinov D., Gospodinova K. 4

UPDATE IN THE DIAGNOSTICS OF CICATRICAL ALOPECIA

Miteva M. 12

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS END PRURITUS IN THE ADAPTATION PERIOD OF DIALYSIS PATIENTS

Staykova Sv. 18

CARCINOMA BASOCELLULARE IN THE AXILLAR AREA - A RARE CASE FROM THE CLINICAL PRACTICE

Bakardzhiev I., Dragneva T., Pehlivanov G., Tchernev G.,
Gonevski M., Genev P. 22

GENITAL FORM OF LICHEN SCLEROSUS - SUCCESSFUL TREATMENT WITH PIMECROLIMUS

Argirov A., Bakardzhiev I.,
Pehlivanov G., Tchernev G. 26

A LOCALIZED FORM OF LYMPHOMATOID PAPULOSIS EVOLVING INTO T-CELL LYMPHOMA

Shtilionova S., Krasnaliev I., Balabanova M.,
Drumeva P. 30

EARLY COMPLICATIONS WITH THE USE OF DERMAL FILLERS

Valkova S. 34

WHAT IS YOUR DIAGNOSIS - DERMOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL CORRELATION

Bakardzhiev I., Krasnaliev I. 42

PERSPECTIVES FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF THE MEDICAL COSMETICIAN

Д. Димитрова 48

ABSTRACTS 50

IN MEMORIAM 92

INSTRUCTION FOR AUTORS 94

КОМОРБИДНОСТ ПРИ ПСОРИАЗИС

Д. Господинов, Кл. Господинова

Сектор по дерматология и венерология, Медицински Факултет, МУ - Плевен

Резюме:

Psoriasis vulgaris е имуномедирана хронично-рецидивираща дерматоза, засягаща около 1-3 % от населението в световен мащаб. Известно е, че псориазис не е само заболяване на кожата и ставите, а е системна възпалителна аутоимунна болест, която може да се асоциира с други инфламаторни кожни и вътрешни алтерации. Активацията на възпалителния процес и на Th1-медираната цитокинова каскада (с IFN- γ , TNF- α , IL-1) е вероятният пусков механизъм както за псориазис, така и за голяма част от коморбидните състояния. Редица ендогенни (генетични) и екзогенни (околна среда, инфекции, стрес, начин на живот) фактори могат да се окажат рискови, като водят до изява или рецидив на дерматозата. Повечето от тях са общи както за псориазис, така и за доста други системни заболявания. Високата честота сред псориазиците на съпътстващи, особено кардиометаболитни, нарушения е един от значимите медико-социални проблеми на съвременното. Тези факти изискват прецизен интердисциплинарен подход с оглед адекватна и пълноценна терапия, както и предотвратяване на потенциално негативните последствия при пациентите, някои от които животозастрашаващи.

Ключови думи: коморбидност, метаболитен синдром, кардио-васкуларен риск

Адрес за кореспонденция: Медицински университет – Плевен, гр. Плевен

E-mail: dkg@abv.bg

PSORIASIS AND CO-MORBIDITIES

Gospodinov D., Gospodinova K.

Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Pleven, MU - Pleven

Abstract:

Psoriasis Vulgaris is an immunomediated chronically relapsing dermatosis, affecting approximately 1-3 % of the world's population. Psoriasis is not only affecting the skin and joints but in essence it is a systemic inflammatory autoimmune disease, associated with other inflammatory skin conditions and internal alterations. The activation of the inflammatory process and the Th1-mediated cascade of cytokines (IFN- γ , TNF- α , IL-1) is the trigger mechanism for Psoriasis and for a large portion of the co-morbid conditions as well. A variety of endogenic (genetic) and exogenic (surrounding environment, infections, stress and lifestyle) factors can have an increased risk leading to the appearance or relapse of the dermatosis. Most of them are common not only to Psoriasis but to other systemic diseases as well. The high frequency of co-morbid conditions among patients with Psoriasis, especially cardio metabolic, has a huge medico-social impact. This requires a multidisciplinary approach among not only at the appropriate therapy, but prevention of the complications, some of which can be life threatening.

Key words: co-morbidity, metabolic syndrome, cardiovascular risk

Address for coresspondence: Medical university – Pleven, Pleven, Bulgaria

E-mail: dkg@abv.bg

КОМОРБИДНОСТ

Според Wikipedia, the free encyclopedia, коморбидност (коморбидитет, co-morbidity) е термин в психологията, който се отнася до диагностицирането на две или повече психични разстройства при едно и също лице. Пример за това е честата асоциация между депресия и тревожни разстройства. В медицината, като

и факторите на околната среда, като инфекции, климат, начин на живот и др. Взаимодействието между тези разнообразни клиничко-физикални феномени определя и мястото на дерматологията като интердисциплинарна наука, изискваща индивидуален подход към всеки отделен пациент и колаборация с медици от други специалности (5) (Фиг. 1).

Фиг. 1: Коморбидност в дерматологията (по Wakkee & Nijsten, 2009)



цяло, се приема за едновременно присъствие на едно или повече заболявания или разстройства в допълнение към основната болест или ефектът върху организма от такива допълнителни състояния. В осмото издание на Mosby's Medical Dictionary, коморбидност, представлява две или повече съпътстващи заболявания или болестни процеси, които са в допълнение към първоначалната диагноза (3). Кожната патология се състои от изключително разнообразни клинични синдроми, някои като самостоятелни диагнози, други като кожни стигми на редица вътрешни заболявания, което определя коморбидитета като често срещано явление в дерматологията. Трябва да се има предвид и факта, че повечето дерматози повлияват негативно качеството на живот на пациентите, а прилаганата терапия да окаже негативно въздействие върху някои от физиологичните механизми на здравия организъм (4). Същевременно влияние оказват както генотипа и възрастта на отделния индивид, така

ПСОРИАТИЧНА БОЛЕСТ

Класическата дерматоза Psoriasis vulgaris е еритемо-папуло-сквамозна болест с неясна патогенеза, разнообразни клинични форми и хронично-рецидивиращ ход. Засяга около 3% от земната популация и често е рефрактерна на прилаганата терапия (1, 6). През последното десетилетие се натрупаха достатъчно научни доказателства, свидетелстващи, че псориазис е не само заболяване на кожата и ставите, а е мултифакторна системна аутоимунна болест (2, 7). В генетично направление са идентифицирани 9 генни локуса (PSORS 1 – 9), отговорни за заболяването. Доказана е и генетична връзка с други възпалителни кожни и вътрешни алтерации – витилиго, atopичен дерматит, болест на Крон, диабет, системен еритемен лупус, ревматоиден артрит и др. (6, 7, 8). Рискови фактори на околната среда, като стрептококови инфекции, стрес, травма, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, затлъстяване, също представляват част от това мултисистемно разстройство (9). Патифизиоло-

гията е свързана със скъсен клетъчен търновър в епидермиса, водещ до дисбаланс между кератиноцитните пролиферация и диференциация и натрупване на несъвършен кератин по повърхността на кожата. Кератиноцитната хиперпролиферация е пряко следствие на възникналото възпаление, което се генерира от множество цитокини, хемокини, тъканни и растежни фактори (1, 6, 7, 10). Водеща роля имат отделяните от активираните Т-лимфоцити цитокини – IFN- γ , TNF- α , IL-1 от Th1-клетките, и IL-8, 17, 22 от Th17. Напр. IFN- γ инхибира апоптозата и допринася за хиперпролиферацията на епитела в кожата. IL-2 стимулира пролиферацията на Т-лимфоцитите, а TNF- α дисбалансира равновесието между пролиферацията и диференциацията на кератиноцитите. Други ефекти на TNF- α са стимулиране производството на цитокини от Т-лимфоцити и макрофаги, освобождаване на хемокини от макрофагите, както и експресия на адхезионни молекули от клетките на съдовия ендотел. IL-17 и IL-22 активират кератиноцитната пролиферация, като IL-17 не се установява в нормална кожа, но корелира със засегнатата от псориазиса площ, тежестта на дерматозата и ефекта от прилаганата терапията (6, 10, 11).

Хистопатологично в псориазисните лезии се наблюдават хипер- и паракератоза, акантоза и папиломатоза, заедно с дилатирани капиляри в дермалните папили. Микросъдовите промени обикновено предхождат хиперплазията на кератиноцитите и появата на самите обриви. При псориазис патологичната ангиогенеза се отключва от хипоксия или от нараняване (клинично представени с феномените на Auspitz и Koebner), но също така и при ендотелна дисфункция, както е при атеросклерозата, например (1, 12, 13). Този факт доказва колатералност в патогенезата на тези две заболявания. Факторите, индуциращи ангиогенезата (VEGF, хипоксия индуциращ се фактор-1, TNF- α , TGF- β и IL-17) активират ендотелните клетки за изграждане на нови съдове. Например съдовия ендотелен растежен фактор – VEGF, при псориазис е свръхекспресиран, като нивата му корелират с тежестта на заболяването (11, 14, 15).

Инфекциите също могат да индуцират или обострят вече съществуващ псориазис. Най-сериозното доказателство за това е проявата на

гутатната форма на болестта след стрептококов тонзилит, за която се предполага, че включва първоначално Т-клетъчно активиране от стрептококовите токсини, последвано от имунен отговор на антиген-специфични Т-клетки, които могат също така да отговорят и срещу аутоантигени на кожата, т. е. налице е аналогичен принцип на формиране на лезиите както при ревматизъм (5, 16).

Активацията на възпалителния процес и на Th1-медираната цитокинова каскада е вероятният пусков механизъм както за псориазис, така и за голяма част заболявания, протичащи самостоятелно или в коморбидитет. Ето защо прогресиращият ход, клиничната форма и степента на засягане на кожата по повърхността при псориазис може да се асоциира с канцерогенеза, ендокринни синдроми, съдови заболявания, депресивни състояния и др (5, 17, 18).

КОМОРБИДНОСТ ПРИ ПСОРИАЗИС

Анализът на публикуваните през последните 10 години проучвания за коморбидност в дерматологията показва засилен интерес към пациентите с псориазис. Коморбидните състояния при тях могат да се класифицират по следния начин (5, 17):

Arthritis psoriatica (PsA) – среща се в около 10% сред псориазисите (м/у 6 и 40% според различните проучвания) (1, 19). Представява серонегативна спондилартропатия, която се изяснява с 5 клинични форми – артрит на дисталните интерфалангиални стави, асиметричен олигоартрит, симетричен полиартрит, спондилит и мутилиращ артрит. Обикновено настъпва от 7 до 10 години след началото на кожното засягане, но в близо 10% от случаите може да протича като самостоятелно заболяване без кожно ангажиране. Висок риск за изясняване на PsA съществува при фамилно обременени псориазисни пациенти с ранно начало на дерматозата, нокътни дистрофии, умерено изразен до тежък псориазис, psoriasis pustulosa (5, 20). По данни на National Psoriasis Foundation от 2012 г. псориазисите с артропатична форма на болестта са предразположени към сърдечно-съдов коморбидитет с висок риск за хипертония, стренокардия и микарден инфаркт (18).

Кардиоваскуларни заболявания и метабо-

литен синдром – коморбидност с особена медико-социална значимост, като се има предвид и факта, че именно тези патологични отклонения са най-честата причина за преждевременна смърт от внезапни сърдечни- и мозъчно-съдови инциденти в световен мащаб. Заплашени са и псориаитите, покриващи 3 от 5-те критерии за сърдечно-съдов риск (затлъстяване, повишен холестерол, високи нива на триглицериди, хипертония и нарушен глюкозен толеранс) (1, 2, 20, 21). Кардиометаболитните болести са инфаркт на миокарда, мозъчен инсулт, diabetes mellitus, obesitas, дислипидемия и неалкохолна чернодробна мастна стеатоза. Именно настъпващият и прогресиращ метаболитен дисбаланс сред болните от псориазис е причина за по-високата честота на инфаркт, стенокардия, атеросклероза, захарна болест, периферна съдова болест и инсулти (22, 23, 24). При тежки форми на дерматозата, особено в млада възраст, рискът от миокарден инфаркт се увеличава 4-кратно, в сравнение с младите диабетици. Комплексната оценка на риска от преждевременна смърт показва, че той е с 50% по-висок при пациенти с тежки форми на псориазис в сравнение с индивиди без заболяването, а смъртността, като цяло, предхожда с 4 години тази при неболедаващите (18). Ето защо се налага задължителен комплексен подход към такива пациенти в колаборация с медиците от други специалности, редовен контрол и мониториране на всички отклонени параметри, както и промяна в начина на живот на псориаитите с оглед преустановяване на тютюнопушене, алкохолна употреба, прием на ненужни лекарства или други токсични вещества (9, 22, 24, 25).

Неоплазми – немеланомни кожни тумори, lymphoma, карциноми на бял дроб, гърда, панкреас, черен дроб, вулва, penis, ларинкс, фаринкс, бъреци и пикочен мехур (5, 26, 27). Тази коморбидност налага прецизност и отчетност в провежданата фото- и фотохимиотерпия с UVA, UVB и PUVA, съобразяване на локалното лечение с каменноуглен катран със засегнатата кожна повърхност (28, 29). Карциномите, повече от които с жлезен произход, изискват редовна профилактика, съобразена с възрастта на псориаитите, тяхната фамилна анамнеза и начина им на живот (27). Задължителни са преценката и

контролът при всички пациенти, лекувани или предстоящи да се лекуват с имunosупресори и биологични продукти, с което намалява риска от миелопролиферативни заболявания, вкл. Т – кл. Лимфоми (6, 17, 30).

Инфекции – Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Mycobacterium tuberculosis, HIV и др., (срещат се в около 7% от псориаитите) (5, 16, 31, 32, 33). Продължават изследванията, свързани с ролята на различните ваксини като тригер на дерматозата и причина за рецидивит (34). Сравнително ниската честота на инфекциите (за сравнение – 30% при болни от атипичен дерматит) се отдава на експресията на т. нар. антимикробни пептиди и протеини (AMPs) като функция на естествения имунитет (35). Честотата на системните инфекции при псориаитите е сравнима с тези при общата популация, но трябва да се има предвид, че употребата на някои антибиотици и туберкулостатици (Rifampicin) и антиретровирусни медикаменти, всички с имуномодулиращо действие, подобряват клиничната картина на псориазис (36, 37). Други имunosупресори и имуномодулатори, обаче, могат да обострят съществуващи в организма на болния латентни инфекции (туберкулоза, хепатит В и С) – methotrexate, cyclosporine, TNF- α рецепторни инхибитори (6, 17, 38, 39).

Други коморбидни заболявания – към тази група могат да се причислят състояния, свързани с нездравословен начин на живот като подагра (хранене), хронична обструктивна белодробна болест (тютюнопушене), чернодробна мастна стеатоза (хранене и алкохол) (4, 7, 9, 17, 40). Те могат да възникват както преди, така и след изявата на псориаитичната болест, но трябва да се има предвид и фактът, че в едно голямо популационно проучване сред повече от 12 500 лица с псориазис, честотата на ХОББ е с 25% по-висока в сравнение с адекватно подобрени контроли от общата популация (40).

Не на последно място, тук би трябвало да се присъединят дистрес синдрома и честите депресивни състояния сред псориаитите. Като класическа психосоматична дерматоза psoriasis може да започне след стресово изживяване, но не трябва да се забравя, че влошеното качество на живот на пациентите забълбочава психичния им дестабилитет, което ги прави рискови за

усвояване или задълбочаване на разнородните вредни за здравето навици (1, 9, 41).

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ (март-април 2012, Клиника по дерматология – Плевен)

Клиничен случай 1: Б. Г. М. – 48 год. През 2001 г. след силен психострес (смърт на съпругата) отключва хипертонична болест с 2 кризи през същата година (АН до 220/140 mm Hg). За следващите две години увеличава теглото си с 60-70 кг. През 2005 г. е диагностициран захарен диабет II тип, през 2007 г. се установява хиперхолестеролемия, а през 2009 ставен синдром с преходни еритем, едем и болезненост на глезени и колена. До 2010 г. развива симптоматиката на хронична сърдечна болест със стенокардни кризи, СН II-III ФК, исхемична кардиомиопатия, коронарни оклузии. Пенсионирани с 60% нетрудоспособност. През м. ноември 2011 г., след нов стрес, изявява клиниката на бързо прогресиращ плакетен псориазис. Фамилно обременен (родители с хипертония). Не пуши, приема алкохол ежедневно – до 150 мл. концентрат и 500 мл. бира. Не приема редовно назначените медикаменти.

От статуса: телесно тегло 148 г., BMI-51, 3, глухи сърдечни тонове, затруднени движения в коленните стави. Дерматологичен статус – разнокалибровени овални еритемо-сквамозни плаки, с големина от 5 до 30 см. в диаметър, по крайници, торс и капилицуум; нокътно засягане с точковидни депреси и онихолиза. PASI – 24, 4, BSA – 30-49%, PGA – 3 (Фиг. 1)

От изследванията: хипергликемия, дислипидемия, пикочна к-на - 636 $\mu\text{mol/l}$ (н. 214 – 476), ЕКГ данни за исхемия, ЕхоКГ – миокардиопатия, от ингвинални и коремна гънки и аксиларии – *Candida albicans*

ДИАГНОЗА: Умерено-тежка форма на Psoriasis placata, кардио-метаболически синдром, подагра/псориазичен артрит

Фиг. 1 Овални еритемо-сквамозни плаки, с големина от 5 до 30 см. в диаметър, по крайници, торс



Клиничен случай 2: Г. С. Т. – 65 год. От 35 годишна възраст страда от артериална хипертония (стойности 140-180/100-120 mm. Hg). През 1990 г. е диагностициран идиопатичен хипотиреоидизъм. След хроничен дистрес през 2001 г. се проявя псориазис с периоди на пълна клинична ремисия и рецидиви след стрес, които ангажират по-обширни кожни повърхности. През 2003 и 2007 г. преживява 2 инфаркта на миокарда, след втория развива постинфарктна кардиомиопатия с проводни нарушения. През 2008 г. е установен нарушен глюкозен толеранс, появява се болезненост в тазобедрени и коленни стави, китките и поясната област. В хода на сърдечна криза през 2010 г. е проведена ангиография и са поставени два стента – на лява и на дясна коронарни артерии. Фамилно обременена (баща с псориазис). Не пуши и не консумира алкохол. Пенсионирана с 91% нетрудоспособност. Редовно приема назначените медикаменти.

От статуса: телесно тегло 84 г., ръст – 153 см., BMI-35, 9, глухи сърдечни тонове. Дерматологичен статус – разнокалибрени овални еритемо-сквамозни плаки, с големина от 10 до 40 см. в диаметър, по крайници и торс; нокътна дистрофия и онихолиза. PASI – 10, 2, BSA – 30-49%, PGA – 2 (Фиг. 2)

От изследванията: лекостепенна анемия, кр. захар и липиден профил в норма. ЕКГ данни за прекаран обширен преден ИМ, ЕхоКГ – миокардиопатия, АБ от ингвинални и коремна гънки – *S. aureus* и *E. coli*

ДИАГНОЗА: Psoriasisplacata, Hypothyroidismus idiopathica, кардио-метаболически синдром с висок кардиоваскуларен риск



Фиг. 2 Овални еритемо-сквамозни плаки, с големина от 10 до 40 см. в диаметър, по крайници и торс

Табл. 1: Диагностициране на метаболитния синдром при пациентите (по Kassi et. al., 2011)

КРИТЕРИИ	СТОЙНОСТИ	Б. Г. М.	Г. С. Т.
Затлъстяване (обиколка на талията)	Мъже ≥ 94 см. Жени ≥ 80 см.	117 см.	102 см.
Триглицериди	$> 1,7$ mmol/l или текущо лечение за дислипидемия	2,30 mmol/l	1,6 mmol/l
HDL – Cholesterol	Мъже $< 1,03$ mmol/l Жени $< 1,29$ mmol/l или текущо лечение за дислипидемия	Не е изследван не провежда редовно лечението	Не е изследвана провежда редовно лечението
Кръвна захар	$> 5,6$ mmol/l или диагностициран вече диабет тип 2	7,6 mmol/l Диагностициран Диабет тип 2	4,96 mmol/l Нарушен глюкозен толеранс
Хипертония	$\geq 130/85$ mm Hg или текущо лечение за хипертония	до 160/110 mm Hg не провежда редовно лечението	до 180/110 mm Hg провежда редовно лечението

Диагнозата Psoriasis е поставена на база клиничната картина и е верифицирана хистологично. И при двамата болни тежестта на дерматозата е оценена след изчисление на PASI, BSA (Body Surface Area, засегната повърхност на кожата на тялото в 4 региона – глава и врат, горни и долни крайници, торс) и PGA (Physician's Global Assessment).

Метаболитният синдром е диагностициран с критериите на IDF (International Diabetes Federation), NCEP:ATPIII (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III) и American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute (AHA/NHLBI) на базата на обезитет III – IV степен и BMI (индекс на телесната маса) по-голям от 30 kg/m^2 и за двамата пациенти. Диагнозата се поставя при наличие на първия и още два от следващите 4 критерия (Табл. 1). Размерът на обиколката на талията е съобразен с европейските норми (24, 42, 43).

Кардио-васкуларният риск е преценен въз основа на покриване на 3 от 5-те критерии за сърдечно-съдов риск – и при двамата има затлъстяване, хипертония и нарушен глюкозен толеранс. В допълнение, при 48-годишния Б. Г. М. има неконтролирана дислипидемия, която не се лекува редовно (високи нива триглицериди – 7, 6 mmol/l и холестерол 7, 9 mmol/l), което го пра-

ви пациент с особено висок риск за преждевременна смърт (21, 22).

Идиопатичният хипотиреоидизъм при Г. С. Т. също приемаме за коморбидност, поради достатъчно натрупаните през годините научни данни за връзката между заболяванията на щитовидната жлеза и свързаната с тях многообразна дерматологична патология, вкл. псориазис (44).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коморбидността в медицината е ежедневно явление в лекарската практика. В областта на дерматологията тя съпътства голяма част от пациентите със сериозни възпалителни и аутоимунни кожни болести и е поредното доказателство за системния характер на псориатичната болест. Цитираните морбидни асоциации, за жалост не редки, представят псориатичите като рискова група хора, което изисква задълбочен интердисциплинарен анализ на тяхното физическо и психологично състояние, адекватно комплексно лечение, както и превенция на застрашаващите пациента последствия.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Ботев, Н., Ботев И., Псориазис, 2006, изд. Арсо
2. Желязков А., Цанков Н., Псориазис и съпътстващи заболявания. Нов поглед върху псориазиса като системно заболяване, Дерматол и венерол., 2010; 48 (1):12 – 16
3. Mosby's Medical Dictionary, 8th Edition, 2009, Elsevier, ISBN: 978-0-323-05290-0
4. Mrowietz U., Elder J. T., Barker J., The importance of disease association and concomitant therapy, Arch Dermatol Res, 2006; 298: 309 – 319
5. Wakkee M., T. Nijsten, Comorbidities in dermatology, Dermatol Clin. 2009; 27 (2): 137 – 27
6. Nestle F. O., Kaplan D. H., Barker J., Psoriasis, N Engl J Med., 2009; 361 (5): 496 – 509
7. Chong L., Is Psoriasis a Cutaneous Disease or Systemic Disease?, The Hong Kong medical Dyary, 2010; 15 (11): 9 – 11
8. Becker K. G., Barnes K. C., Underlying disease specificity of genetic loci in atopic dermatitis, J Invest Dermatol, 2001; 117: 1325 – 1327
9. Khan G. A., Malik L. M., Jahangir M., Prevalence of smoking, alcohol, and comorbid conditions in psoriasis, J. Pak. Assoc. Dermatol., 2010; 20: 212 – 216
10. Takahashi H., Tsuji H., Hashimoto Y. Et al., Serum cytokines and growth factor levels in Japanese patients with psoriasis, Clin Exp Dermatol., 2010; 35 (6): 645 – 649
11. Krueger G., Ellis C. N., Psoriasis – recent advances in understanding its pathogenesis end treatment, J A; Acad Dermatol., 2005; 53 (1): S94 – S100
12. Gotsman I., Gupta R., Lichtman A. H., The influence of the regulatory T lymphocytes on atherosclerosis, Arterioscler Thromb Vasc Biol., 2007; 27 (12): 2493 – 2495
13. Armstrong A. W., Voyles S. V., Armstrong E. J. et al., A tale of two plaques: convergent mechanisms of T-cell-mediated inflammation in psoriasis and atherosclerosis, Exp Dermatol., 2011; 20 (7): 544 – 549
14. Bhushan M., McLaughlin B., Weiss J. B. et al., Levels of endothelial cell stimulating angiogenesis factor and vascular endothelial growth factor are elevated in psoriasis, Br J Dermatol., 1999; 141 (6): 1054 – 1060
15. Ghazizadeh R., Shimizu H., Tosa M. Et al., Pathogenic Mechanisms Shared between Psoriasis and Cardiovascular Disease, Int. J. Med. Sci., 2010; 7 (5): 284 – 289
16. Gudjonsson J. E., Thorarinsson A. M., Sigurgeirsson B. Al., Streptococcal throat infections and exacerbation of chronic plaque psoriasis: a prospective study, Br J Dermatol, 2003; 149, (3): 530 – 534
17. Puig-Sanz L., Psoriasis, a systemic disease?, Actas Dermosifiliogr. 2007; 98: 396 – 402
18. National Psoriasis Foundation, Psoriasis and Comorbid Conditions Issue Brief, January 2012
19. Gelfand J. M., Gladman D. D., Mease P. J., et al., Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States, J Am Acad Dermatol, 2005; 53 (4): 573 – 577
20. Taylor W., Gladman D., Helliwell P. et al., Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study, Arthritis Rheum, 2006; 54 (8): 2665 – 2673
21. Pearson K. C., Armstrong A. W., Psoriasis and cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms and clinical implications, Dovepress Journal Psoriasis: Targets and therapy, 2012; 2: 1 – 11
22. Wakkee M., Thio H. B., Prens E. P. et al., Unfavorable cardiovascular risk profiles in untreated and treated psoriasis patients, Atherosclerosis, 2007; 190: 1 – 9
23. Cozzi A., Gizondi P., Girolimoni G., Cardio-metabolic comorbidities in patient with psoriasis, Vol I - No 2 - April - Four Monthly Publication, 2011; 1 (2)& 1 – 8, ISSN 1853-4244
24. Alberti K. G., Eckel R. H., Grundy S. M., Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement..., Circulation, 2009; 120:1640 – 1645
25. Altobelli E., Petrocelli R., Maccarone M. et al., Risk factors of hypertension, diabetes and obesity in Italian psoriasis patients: a survey on sociodemographic characteristics, smoking habits and alcohol consumption, Eur J Dermatol., 2009; 19 (3): 252 – 256
26. Margolis D., Bilker W., Hennessy S. et al., The risk of malignancy associated with psoriasis. Arch Dermatol, 2001; 137 (6): 778 – 783
27. Boffetta P., Gridley G., Lindelof B., Cancer risk in a population-based cohort of patients hospitalized for psoriasis in Sweden. J Invest Dermatol, 2001; 117, (6): 1531 – 1537
28. Marcil I., Stern R. S., Squamous-cell cancer of the skin in patients given PUVA and ciclosporin: nested cohort crossover study, Lancet, 2001; 358 (9287): 1042 – 1045
29. Roelofzen J. H., Aben K. K., van der Valk P. G. et al., Coal tar in dermatology, J Dermatolog Treat., 2007; 18 (6): 329 – 334
30. Gelfand J. M., Shin D. B., Neimann A. L. et al., The risk of lymphoma in patients with psoriasis, J Invest Dermatol, 2006; 126, (10): 2194 – 2201
31. Gudjonsson J. E., Thorarinsson A. M., Sigurgeirsson B. Et al., Streptococcal throat infections and exacerbation of chronic plaque psoriasis: a prospective study, Br J Dermatol, 2003; 149 (3): 530 – 534
32. Tomi N. S., Kranke B., Aberer E., Staphylococcal toxins in patients with psoriasis, atopic dermatitis, and erythroderma, and in healthy control subjects, J Am Acad Dermatol, 2005; 53 (1): 67 – 72
33. Sadick N. S., McNutt N. S., Kaplan M. H., Papulosquamous dermatoses of AIDS. J Am Acad Dermatol, 1990; 22 (6 Pt 2): 1270 – 1277
34. Lebwohl M., Bagel J., Gelfand J. M. et al., From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: monitoring and vaccinations in patients treated with biologics for psoriasis, J Am Acad Dermatol, 2008; 58 (1): 94 – 105
35. Lande R., Gregorio J., Facchinetti V. et al., Plasmacytoid dendritic cells sense self-DNA coupled with antimicrobial peptide, Nature, 2007; 449 (7162): 564 – 569
36. Tsankov N., Grozdev I., Rifampicin - A mild immunosuppressive agent for psoriasis, Journal of Dermatological Treatment, 2011; 22 (2): 62 – 64
37. Goh B. K., Chan R. K., Sen P. et al. . Spectrum of skin disorders in human immunodeficiency virus-infected patients in Singapore and the relationship to CD4 lymphocyte counts. Int J Dermatol, 2007; 46 (7): 695 – 699
38. Smith J. D., Knox J. M., Psoriasis, methotrexate and tuberculosis, Br J Dermatol, 1971; 84 (6): 590 – 593
39. Lebwohl M., Bagel J., Gelfand J. M. et al., From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: monitoring and vaccinations in patients treated with biologics for psoriasis, J Am Acad Dermatol, 2008; 58 (1): 94 – 105
40. Dreier J., Weitzman D., Shapiro J. et al., Psoriasis and chronic obstructive pulmonary disease: a case-control study, Br J Dermatol, 2008;
41. Langley R. G., Krueger G. G., Griffiths C. E., Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life, Ann Rheum Dis., 2005; 64, Suppl 2: ii18 – ii23; discussion ii24 – ii15
42. Alberti K. G., Zimmet P., Shaw J. et al., The metabolic syndrome – a new worldwide definition, Lancet, 2005; 366 (9491): 1059 – 1062
43. Kassi E., Pervanidou P., Kaltsas G. et al. Metabolic syndrome: definitions and controversies, BMC Medicine, 2011; 9:48, <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/48>
44. Antonelli A., Delle Sedie A., Fallahi P., et al., High prevalence of thyroid autoimmunity and hypothyroidism in patients with psoriatic arthritis, J Rheumatol, 2006; 33: 2026 – 2028

СЪВРЕМЕННИ АКЦЕНТИ В ДИАГНОСТИКАТА НА ЦИКАТРИЗИРАЩАТА АЛОПЕЦИЯ

М. Митева

Катедра по Дерматология и Кожна хирургия, Медицински университет Маями, Флорида

Резюме

Цикатризиращите алопеции са група заболявания, които водят до необратима загуба на коса. Механизмите, които са в основата им, не са известни и понастоящем няма излекуване. Целта е рано да се разпознае точният тип алопеция и да се започне навременно лечение, за да се избегне прогресирането на болестта.

Тази статия има за цел да запознае дерматолозите с сновните стъпки за поставяне на диагнозата цикатризираща алопеция, както и с някои новости в тази област.

Ключови думи: цикатризираща алопеция, дерматоскопия, хоризонтални хистологични срезове

Адрес за кореспонденция: Катедра по Дерматология и Кожна хихургия, Медицински университет Маями, Флорида, САЩ

Е-мейл: m.i.miteva@gmail.com

UPDATE IN THE DIAGNOSTICS OF CICATRICIAL ALOPECIA

Miteva M.

Department of Dermatology & Cutaneous Surgery University of Miami, Miller School of Medicine, FL, USA

Abstract

Cicatricial (scarring) alopecias are a clinically diverse group of disorders that result in irreversible hair loss leading to major disfigurement and psychological distress. The mechanisms underlying this process are unknown and currently there is no cure. The goal is to diagnose early the correct type of cicatricial alopecia and start prompt treatment to avoid further progression. Recent data have shown that cicatricial alopecia may not be restricted to the scalp, but may also involve the eyebrows and limbs, as in cases of frontal fibrosing alopecia.

Clinical examination cannot always differentiate cicatricial from non-cicatricial alopecia. In such cases scalp dermoscopy can be of help. In cicatricial alopecias the dermoscopy is characterized by loss of follicular openings, white patches, perifollicular erythema and peripilar casts.

Scalp biopsies are crucial for the diagnosis of alopecia. This is particularly relevant to cicatricial alopecia. A biopsy obtained from the peripheral edge of the alopecic patch is more likely to show diagnostic features than the central portion which is of no help except for confirming the scarring. However, as the disease may be focal, especially at early stage, horizontal sections are superior to vertical in identifying the affected follicles.

This article aims to help dermatologists get familiar with the most common forms of cicatricial alopecia and discuss the main steps to make the correct diagnosis.

Key words: cicatricial (scarring) alopecia, dermoscopy, scalp biopsies, horizontal sections

Address for coresspondence: Department of Dermatology & Cutaneous Surgery University of Miami, Miller School of Medicine, FL, USA

e-mail: m.i.miteva@gmail.com

Въведение

Цикатризиращите алопеции са група заболявания, които водят до необратима загуба на коса. Механизмите, които са в основата им, не са известни и понастоящем няма излекуване. Целта е рано да се разпознае точният тип алопеция и да се започне навременно лечение, за да се избегне прогресирането на болестта.

Клиничният преглед не винаги може да разграничи цикатризиращата от нецикатризираща алопеция. В такива случаи дермоскопското изследване на скалпа може да е от помощ. В случаите на цикатризираща алопеция дерматоскопията показва загуба на на фоликули, бели петна, еритем и сквами около космените отвори. Биопсията от скалпа има решаващо значение в диагности-

ката на алопециите. Това особено се отнася за цикатризиращата алопеция. Когато биопсията е взета от ръба на алопетичното петно и са използвани хоризонтални хистологични срезове, вероятността за поставяне на диагнозата е по-голяма отколкото, ако е биопсирана централната част и се изработени вертикални срезове.

Видове алопеция

Косопадът (алопеция) се разделя на две големи групи: нецикатризираща алопеция (фоликулите са запазени и косопадът е обратим) и цикатризираща алопеция (фоликулите се унищожават и заместват от съединителна тъкан, поради което косопадът е необратим). Най-често срещаните форми на алопеция са представен в таблица 1.

Таблица 1 – Класификация на алопециите и най-често срещаните форми

ПЪРВИЧНИ АЛОПЕЦИИ	
нецикатризираща	цикатризираща
Андрогенна алопеция	Дискоиден лупус еритематозус
Алопеция ареата - на петна - дифузна (с дистрофични косми) - Алопеция ареата инкогнито	Лихен планопиларис
Телогенен ефлувиум - акутен - хроничен	Фронтална фиброзираща алопеция
Анагенен ефлувиум	Централна центрифугираща цикатризираща алопеция
Трихотиломания	Дисекиращ целулит (perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens)
Сифилитична алопеция	Фоликулитис декалванс
Генетични и придобити болести на космените влакна (hair shaft disorders)	Акне келоидалис
Алопеция от натиск (pressure alopecia)	Тракционна алопеция (алопеция от опъване)
Псориамична алопеция	Ерозивен пустулозен дерматит на скалпа

Цикатризираща алоpecia (ЦА)

Диагнозата се поставя след клиничен преглед, който включва:

- тест за опъване на косата (hair pull test) - наличието на косъм в анаген е патологично и говори за възпалителна активност на ЦА
- обзорна фотография на скалпа - за проследяване хода на болестта и ефекта от лечението
- микробиологично изследване (в случаите на възпалителни промени с възловидни лезии и пустули при фоликулитис декалванс, тиней капитис, дисекиращ целулит)
- дерматоскопия (виж по-долу)
- биопсия от скалпа (виж по-долу)

Дерматоскопия на скалпа

Дерматоскопското изследване на косата и скалпа е известно още като трихоскопия. Това е неинвазивен метод, който осигурява увеличение от 10-20x (при използване на ръчни дерматоскопи) до 100x (при използване на видеодерматоскопи) и позволява разпознаване на морфологични структури, невидими с невъоръжено око. Освен за диагнозата, този метод е много ценен и за проследяването на пациентите с алоpecia. Най-общо при нецикатризиращите алоpecии, дерматоскопията показва запазени космени отворстия с характерните за всяко заболяване патологични зименения на космите. При ЦА космени отворстия липсват, и характерните белези включват: еритем, бели петна (white patches) и т. нар. околокосмени сквами (peripilar casts) (Фиг. 1). Описани са и допълнителни, специфични за всяко заболяване белези, които включват: червени точки при дискоиден лупус еритематозус (1), кератотични тапи при дискоиден лупус еритематозус и лихен планопиларис, снопчета от косми, излизащи от едно отворстие при фоликулитис декалванс и околокосмени сквами във формата на цилиндър (hair casts) (2) при тракционна алоpecia. Това е заболяване, дължащо се на продължителното (с години) опъване на косата, което засяга една на всеки три жени от черната раса. Описани са обаче случаи и сред бялата раса, при жени, които носят косата си в стегнат кок (балерини) или на конска опашка. Разпознаването на



Фиг. 1 Цикатризираща алоpecia – дерматоскопското изследване показва липса на космени фоликули, бели петна и околокосмени сквами.

т. нар. hair casts под дерматоскопа е доказателство, че травматичното увреждане на косата продължава.

Подробно ревю по темата с богат снимков материал за дерматоскопията на косата и скалпа бе публикувано от нас наскоро в J Am Acad Dermatol (3).

Фронтална Фиброзираща Алоpecia (ФФА)

Това е първична форма на ЦА, която до скоро бе считана за клиничен вариант на лихен планопиларис. Наблюдава се при постменопаузални жени (в 83%) от случаите и се проявява като отдръпване назад на челната линия на косата до степен на пълна загуба на косата в тази област и постепенно напредване към централната част на скалпа. Веждите се засягат също в 75% от случаите (Фиг. 2). Наскоро бе установено, че често пациентките с ФФА имат също алоpecia в областта на крайниците (най-често предмишниците) под формата на петна или тотална загуба на космите (Фиг. 3) (4). При хистологично изследване на биопсии от алопетичните места на скалпа и крайниците, се установи, че те показват еднакви патологични белези – лихеноиден инфилтрат около засегнатите косми със зона на перифоликулна фиброза. Понастоящем се счита, че ФФА е отделно заболяване от лихен планопиларис и представлява генерализирана форма на първична ци-



Фиг. 2 Фронтална фиброзираща алопеция – алопеция на веждите

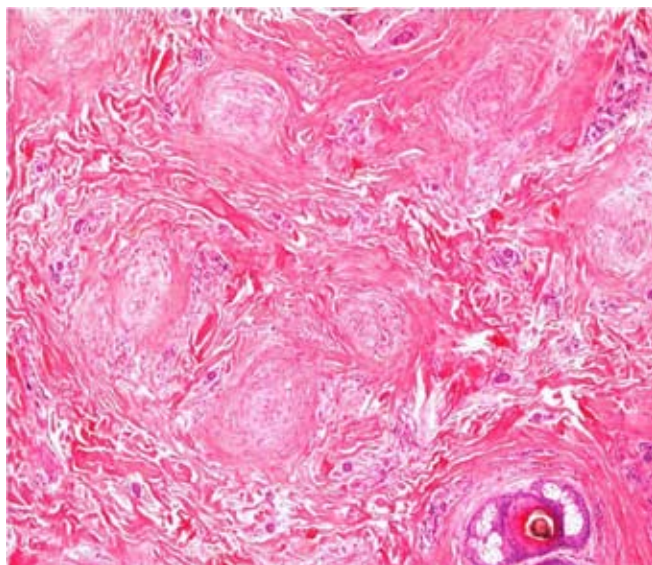


Фиг. 3 Фронтална фиброзираща алопеция – тотална алопеция на предмишниците

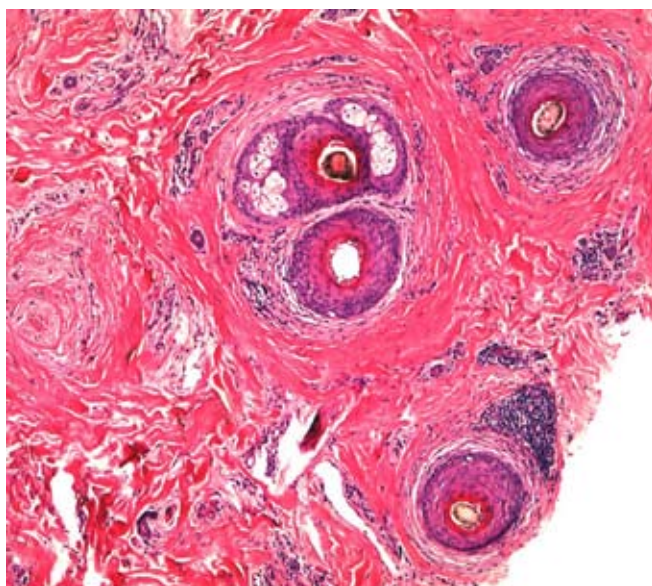
катризираща алопеция, която засяга скалпа, веждите и крайниците (5). Напоследък се появиха доста съобщения за асоциация на ФФА с други заболявания: една такава асоциация е развитието на ФФА след фейслифтинг и трансплантация на коса (6). Не се знае дали появата на заболяването в тези случаи се дължи на Кьобнеров феномен в резултат на хирургичната травма или промяна в постинфламаторната среда след прецедурата, която компрометира т. нар. „имунна привилегия на фоликулите” и води до тяхното увреждане.

Биопсия от скалпа

Биопсичното изследване на скалпа е много важно за поставяне на диагнозата алопеция, защото позволява: 1) разграничаване на нецикстрираща от цикстрираща алопеция, 2) определяне активността на заболяването при ЦА – дали възпалителният инфилтрат

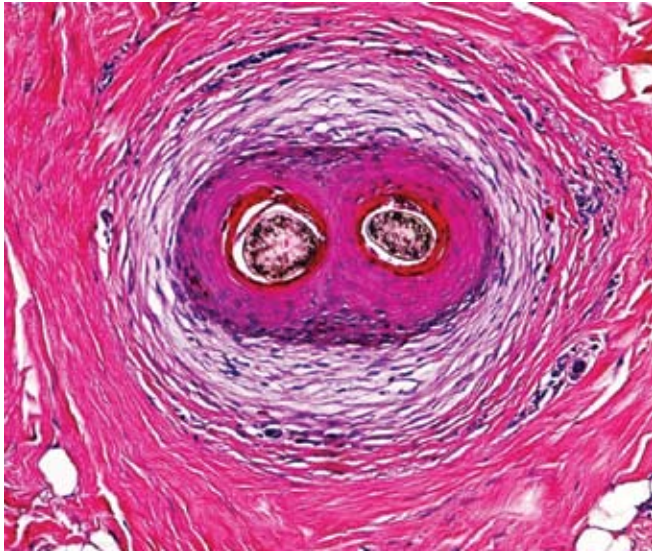


Фиг. 4 Цикстрираща алопеция – биопсията е взета от центъра на алопетичното петно и показва липса на космени фоликули, заместени от съединителна тъкан. Липсват специфични белези за поставяне на конкретна диагноза.



Фиг. 5 Цикстрираща алопеция – биопсията е взета от ръба на алопетичното петно и показва фокална липса на космени фоликули, заместени от съединителна тъкан, но освен това и фоликули засегнати от лихеноиден инфилтрат и перифоликулна фиброза, което позволява да се постави диагнозата лихен планопиларис.

преобладава спрямо съединителната тъкан на мястото на унищожените фоликули или обратно и 3) определяне на точния тип нецикстрираща алопеция според фоликулния брой и съотношения в хоризонтални срезове. Хоризонталните срезове са специфичен начин на обработване на хистологичния материал, при който разполовяването на тъканта става по



Фиг. 6 Цикатризираща алопеция: „белег на очилата“ в хоризонтални хистологични срезове

хоризонталната права и получените две половини се нарязват едновременно на микротома. Така допълнителните срезове позволяват изследване на всички нива на космените фоликули от нивото на луковиците до косменото отворствие. Хоризонталните срезове превъзхождат вертикалните срезове в диагностиката на алопециите и са средство на избор при дифузните нецикатризиращи алопеции и огнищно засягане при цикатризиращите алопеции. Важно е при съмнение за ЦА, биопсията да се вземе от ръба на алопетичното петно, а не от центъра, където липсват насочващи хистологични данни за диагнозата, тъй като преобладава съединителната тъкан и няма възпалителен инфилтрат (Фиг. 4 и Фиг. 5). Най-общо хистологията на ЦА включва редуциран/липсващ брой фоликули, съединителна тъкан на мястото на предшестващи фоликули и във фиброзните повлекла, липсващи мастни жлези и наличие на перифоликуларен възпалителен инфилтрат (предимно лимфоцитен или полиморфнонуклеарен) около единични фоликули или слети в едно фоликуларни структури (compound follicles), изглеждащи като „очила“ или „очи на сова“ (8), (Фиг. 6). Повече по темата за хистологията на ЦА (полезни белези за диагнозата, използване на поляризирана светлина за отграничаване на хроничната нецикатризираща от цикатризиращата алопеция) може да бъде намерена в литературата (7, 9).

Вземане на биопсия от скалпа под дерматоскопски контрол

Наскоро бе публикуван резултата от едно наше проучване (10), което показва, че използването на ръчния дерматоскоп за откриване на диагностичните белези за съответната ЦА в ръба на цикатрициалното петно, позволява да се вземе биопсията от най-оптималното място. Предимствата на този подход са, че е неинвазивен, увеличава възможността за поставяне на точната диагноза (съвпадение на дерматоскопска и хистологична диагноза в 95% от случаите в нашата серия от 80 биопсии) и увеличава възможността за диагностиране на ранна/огнищна форма на ЦА със засягане на единични фоликули.

Перманентна алопеция след химиотерапия с docetaxel за рака на гърдата

Химиотерапията води до анагенен ефлувиум, който обикновено е обратим и косата се възстановява напълно. В последните години обаче се появиха съобщения за алопеция, след химиотерапия, която е трайна и не се повлиява от лечение на този етап. Клинично пациентите се представят с тежка алопеция (дифузна, рядка, тънка и къса коса), която налага носене на перука. Ние публикувахме хистологичните белези на този тип алопеция, установени в хоризонтални срезове от биопсии от скалпа при десет пациента с това заболяване (11). Хистологичната картина е на нецикатризираща алопеция, тъй като няма съединителна тъкан, запазена е фоликулната архитектура и това затруднява поставяне на диагнозата под микроскопа. Най-често поставяната хистологична диагноза в такива случаи е андрогенна алопеция. Важно е да се знае и да се мисли за това заболяване, което заема междинно място в класацията на алопециите, тъй като е перманентно (косопадът е необратим), а в същото време показва белези на нецикатризираща алопеция.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. Arch Dermatol. Dec 2009;145 (12):1406-1409.
2. Tosti A, Miteva M, Torres F, Vincenzi C, Romanelli P. Hair casts are a dermoscopic clue for the diagnosis of traction alopecia. Br J

Dermatol. Dec 2010;163 (6):1353-1355.

3. Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy. J Am Acad Dermatol. Mar 8 2012.

4. Miteva M, Camacho I, Romanelli P, Tosti A. Acute hair loss on the limbs in frontal fibrosing alopecia: a clinicopathological study of two cases. Br J Dermatol. Aug 2010;163 (2):426-428.

5. Chew AL, Bashir SJ, Wain EM, Fenton DA, Stefanato CM. Expanding the spectrum of frontal fibrosing alopecia: a unifying concept. J Am Acad Dermatol. Oct 2010;63 (4):653-660.

6. Chiang YZ, Tosti A, Chaudhry IH, et al. Lichen planopilaris following hair transplantation and face-lift surgery. Br J Dermatol. Mar 2012;166 (3):666-370.

7. Miteva M, Tosti A. Polarized microscopy as a helpful tool to

distinguish chronic nonscarring alopecia from scarring alopecia. Arch Dermatol. Jan 2012;148 (1):91-94.

8. Miteva M, Torres F, Tosti A. The 'eyes' or 'goggles' as a clue to the histopathological diagnosis of primary lymphocytic cicatricial alopecia. Br J Dermatol. Feb 2012;166 (2):454-455.

9. Miteva M, Tosti A. The follicular triad: a pathological clue to the diagnosis of early frontal fibrosing alopecia. Br J Dermatol. Feb 2012;166 (2):440-442.

10. Miteva M, Tosti A. Dermoscopy guided scalp biopsy in cicatricial alopecia. J Eur Acad Dermatol Venereol. Mar 26 2012.

11. Miteva M, Misciali C, Fanti PA, Vincenzi C, Romanelli P, Tosti A. Permanent alopecia after systemic chemotherapy: a clinicopathological study of 10 cases. Am J Dermatopathol. Jun 2011;33 (4):345-350.

Какво значи инвалиди?

Ако не ги виждаш като хора, а само техният недъг, кой е сляп тогава?

Ако не си открит с тях, а ги отхвърляш веднага, кой тогава е недъгъв?

Ако в сърцето ти няма място за близко човешко същество, кой тогава има емоционален проблем?

Тони Вонг

ПСИХОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ И ПРУРИТУС В ПЕРИОД НА АДАПТАЦИЯ ПРИ БОЛНИ НА ДИАЛИЗА

Св. Стайкова

Клиника по диализа, УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна

Резюме

Болните с хронични заболявания не рядко изпадат в състояние на депресия и отчаяние, като това не само съпътства основното заболяване, но и създава редица трудности, усложняващи адаптацията и лечението на основния лечебен процес. Медицината е разчитала твърде много на мистичната сила на лекарите и на вярата на пациентите в техните способности да надделеят над болестта. При пациентите на диализа самото диализно лечение, пруритуса и комуникация с медицинския персонал както и реализацията в социалния живот се приема индивидуално. За по-добро качество на живот на хронично болните пациенти до голяма степен има значение не само терапевтичната намеса, но и въздействието върху емоционалното им състояние с методите на психотерапията. Процесът на приемане и адаптиране към новия начин на живот наложен от болестта е труден и продължителен.

Ключови думи: диализа, адаптация, хронична бъбречна недостатъчност, качество на живот

Адрес за кореспонденция: Клиника по диализа, УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна,

ул. „Хр. Смирненски“ 1, Варна

e-mail: svetlastaykova@abv.bg

What defines an invalid?*If you fail to see the person, but only the disability, then, who is blind?**If you cannot hear your brother's cry for justice, who is deaf?**If you do not communicate with your sister but separate her from you, who is disabled?**If your heart and your mind do not reach out to your neighbour, who has the mental handicap?***Tony Wong**

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS END PRURITUS IN THE ADAPTATION PERIOD OF DIALYSIS PATIENTS

Staykova Sv.

Medical University - Varna, Clinic of Nephrology and Dialysis

Abstract

Chronic disease patients often succumb to a state of depression and desperation, which not only accompanies the primary condition, but also creates a number of difficulties for the treatment and adaptation processes. Medicine has been all too dependant on the mystical power of doctors and the patients' faith in their capacity to overcome disease. For dialysis patients the actual dialysis treatment, the communication with the medical staff, and the fulfillment of their social life are all factors rationalized individually. To improve the quality of life of the chronically ill one must focus not only on the therapeutic intervention, but also on impacting their emotional state with the methods of psychotherapy. The process of acceptance and adaptation to their new way of life imposed by the illness is difficult and lengthy.

Key words: dialysis, adaptation period, chronic renal failure, quality of life

Address for coresspondence: Dialysis Clinic, UMBAL "St. Marina", Varna, Bulgaria

e-mail: svetlastaykova@abv.bg

Въведение

Хора получили заболяване по своя жизнен път, са принудени да преминат през процес на „ре-социализация“, т. е. от една социална група да преминат в друга. Те трябва коренно да променят своята идентичност. Тази идентичност наложена от определеното заболяване е неспособността и неудобствата, за водене на живот, приет за нормален за всяко човешко същество. Подобна социална идентичност е нормално да бъде отбягвана от всеки, тъй като тя носи само негативни характеристики. Процесът на прие-

мане и адаптиране към новия начин на живот наложен от болестта е труден и продължителен. Това се откроява в пълна степен и най-вече при болните с хронични заболявания, в частност болните с хронична бъбречна недостатъчност /ХБН/, при които сърбежът и лечението му са проблем на всички.

Повечето от изследванията, посветени на темата за психосоциалната адаптация и пруритуса към инвалидността посочват реакции като шок, тревожност, депресия, външно проявена враждебност, страх, стрес и др.

Цел:

Да се проучат някои страни на психологичните проблеми в периода на адаптация на болни на диализно лечение.

Пациенти и методи:

Изследвани са 80 пациенти от които 40 мъже и 40 жени, на възраст от 17 до 70 години, лекувани чрез хемодиализа за срок не по-малък от една година. В проучването са включени отделенията по хемодиализа в МБАЛ „Св. Марина” гр. Варна, гр. Търговище гр. Шумен. Използвани са самооценъчен тест на У. Зунг за страхови състояния, самооценъчна депресивна скала на У. Зунг, тест за стреса, скала на тревожност адаптирана от Т. А. Немчин от ММРІ.

Резултати и обсъждане:

Резултатите показват, че още при първата информация за необходимостта от диализно лечение болният се поставя в остра страхова ситуация, като степента на изразеност е различна. При проведените анкети се установи, че болни, с които е проведена беседа с психотерапевтична цел и на които е предоставена изчерпателна информация за заболяването са понесли по-леко първата диализа. Информацията трябва да бъде ясна, разбираема, съобразена с интелектуалното ниво на болния и с неговите личностни особености. Към най-важните параметри за психичното състояние на болните с ХБН спада тревожността и свързаната с нея напрегнатост. Тревожността е чувство, на емоционално напрежение, безпокойство, неопределен страх от нещо което може да се случи, отрицателно дифузно напрежение, готовност за реагиране на опасности, проявяваща се с чувства на несигурност и безпомощност (1, 3, 4, 7, 8). Пациентите са отчаяни и страдат от безсъние, поради непрекъснатото чувство на “полазване от насекоми или щипане от мравки”. Това чувство и упоритият сърбеж още по-вече засилва враждебността им към медицинския персонал и близките около тях. Безпомощността и напрежението предизвикват често пъти отношение на гняв и нежелание да продължават да се диализират и лекуват (9, 10). При направеното проучване установихме, че степента на тревожност е по-висока при мъжете отколкото при жените.

Таблица 1. Степен на тревожност

пол	средна степен (%)	висока степен (%)
мъже	60, 5	30, 5
жени	50, 2	20, 7

Според Х. Селие (6) стресът е неспецифичен отговор на тялото спрямо всяко поставено пред него изискване. Обикновено всяко изискване е уникално, т. е. специфично. Пациентите с ХБН лекувани с периодична хемодиализа /ПХД/ се намират под влиянието на много стресови фактори.

- Свързани със самата диализна процедура - зависимост от апарата за хемодиализа и от медицинския екип.
- Свързани със промяна на житейските позиции на пациентите - променена обстановка, напускане на работа, обкръжение от болни хора.

Таблица 2. Скала на стреса

мъже	80, 25%
жени	60, 75%

Здравият човек може да компенсира стреса чрез физическа дейност, ядене, сексуална активност, консумация на алкохол и др. [2 и 4]. При пациентите на диализа това е възможно само частично.

С увеличаване на продължителността на диализното лечение при пациентите се откриват и депресивни черти. Налице са неработоспособност, увеличена нужда от почивка, финансови проблеми.

Добрата грижа за пациента по време на диализа започва извън измерването на кръвното налягане и контрола на уредите за диализа. Много изследвания са показали, че справянето с болестта е успешно само тогава, когато пациен-

тите открито и свободно могат да говорят за проблемите си. Появата на сърбеж в областта на гениталиите при жените често се прикрива при разговор с тях, и когато вече се задълбочи има напрежение в отношенията. Лечението на пруритуса също е трудно, индивидуално и изисква много време. Разговорите трябва да се водят открито, да се дават обосновани надежди. Това може да бъде например надеждата за успешна бъбречна трансплантация или реално представяне на очакваните резултати на една дългосрочна диализа. Не рядко при такива диализни пациенти се предлага, както всекидневни диализи, така и допълнително включване на друг метод на екстакорпорално лечение - хемосорбция. При комбинирането на тези два метода вероятността за намаляване на сърбежа и възстановяване на психичното равновесие се запазва за дълъг период от време (10, 11). Пациентите показват разбиране към проблемите и усложненията на диализното лечение, както и сътрудничество при използваните нови методи за повлияване на пруритуса.

Процесът на психосоциалната адаптация към физическото увреждане води до психична зрялост, която помага на човека да разграничи реалните /наложените от увреждането/ ограничения и перспективи, и тези оформени от социалните предразсъдъци. Адекватната адаптация би завършила с приемане на болестта и ограничени-

ята наложени от нея във физически и личностен план.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Иванов, Вл. Практическа психосоматична медицина. - изд. Знание, Стара Загора, 1999.
2. Иванов, Ив. Методики за изследване на функционалните състояния. - Шумен, 1999.
3. Камбова, Л. Защо са необходими психологични грижи в центровете по хемодиализа?. Психосоматична медицина, том V, 1, 1997, 68-71.
4. Кокошкарлова, Д. Психологично изследване на личността в клиничната практика. - Медицина и физкултура, София, 1982.
5. Песешкиан, Н. Психоматика и позитивна психотерапия. - Славена, Варна, 2003.
6. Селие, Х. Стрес без дистрес. Изд. Наука и изкуство, София, 1982.
7. Cahen, D. S., V. Holder-Perkins, J. Kimuoel. Psychosocial Issues in end-stage renal disease patients. - Handbook of Dialysis, Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 457-461.
8. Levi, N. Psychology and rehabilitation. - Handbook of dialysis- Litt I Broun and compani, Boston/Toronto, 1988, 279-283.
9. Makhloogh A, Ala S, Haj-Heydari Z, Kashi Z, Bari A. Topical capsaicin therapy for uremic pruritus in patients on hemodialysis. Iran J Kidney Dis. 2010 Apr;4 (2):137-40. Erratum in: Iran J Kidney Dis. 2010 Jul;4 (3):273.
10. Mathur VS, Lindberg J, Germain M, Block G, Tumlin J, Smith M, Grewal M, McGuire D; ITCH National Registry Investigators. A longitudinal study of uremic pruritus in hemodialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol. 2010 Aug;5 (8):1410-9. Epub 2010 Jun 17.
11. Zucker I, Yosipovitch G, David M, Gafter U, Boner G. Source - Department of Dermatology, Rabin Medical Center, Petach Tikva. Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing hemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease

БАЗОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ С АКСИЛАРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ - РЯДЪК СЛУЧАЙ ОТ КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

И. Бакърджиев¹, Т. Драгнева², Г. Пехливанов³, Г. Чернев⁴, М. Гонеvски⁵, П. Генеv⁶

¹ Медицински Колеж, Медицински Университет Варна

² МБАЛ "Св. Анна" - Варна, Клиника по съдова хирургия

³ Катедра по дерматология и венерология, УМБАЛ "Александровска", МУ - София

⁴ Поликлиника по дерматология и венерология, Университетска болница "Лозенец", СУ "Св. Климент Охридски" - София

⁵ Университетска Болница Лийдс, Сейнт Джеймс Институт по Онкология, Великобритания

⁶ Катедра по обща и клинична патология, Медицински Университет Варна

Резюме

Базоцелуларният карцином (ВСС) е една от най-честите неоплазми в човешката патология, която представлява около 75 % от всички немеланомни тумори на кожата. Аксиларната област е добре защитена от слънчева експозиция и локализацията на базоцелуларния карцином в тази област е относително рядка. Само 34 случая на аксиларен ВСС са описани в световната литература. Представя се 72 годишна жена, при която оплакванията датират от около 5 години, когато в дясната аксиларна област се появило образуване, което постепенно увеличило размерите си. Фамилно необременена. Минали заболявания отрича. В рамките на дерматологичния преглед бе установена улцерирана асиметрична плака с приблизителни размери около 13 мм и добре изразени перлообразни граници, леко болезнена при палпация. Аксиларно локализираните лимфни възли - неувеличени. Извършена е елиптична екцизия с последващо хистопатологична верификация, която показва: кожа с изтънен епидермис, с възпалителен инфилтрат в дермата и солидни гнезда от мономорфни туморни клетки с палисадно подреждане в периферията. Рецидив на тумора не беше открит в хода на 24 месечното клинично проследяване.

Ключови думи: базоцелуларен карцином, аксиларна област, елиптична екцизия

Адрес за кореспонденция: д-р И. Бакърджиев, дм, Медицински колеж, Медицински университет Варна, бул. Цар Освободител 84, Варна

e-mail: varna2008@gmail.com

CARCINOMA BASOCELLULARE IN THE AXILLAR AREA - A RARE CASE FROM THE CLINICAL PRACTICE

Bakardzhiev I.¹, Dragneva T.², Pehlivanov G.³, Tchernev G.⁴, Gonevski M.⁵, Genev P.⁶

¹ Medical College, Medical University of Varna

² Department of Vascular Surgery, "St Anna Hospital", Varna

³ Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Sofia

⁴ Polyclinic for Dermatology and Venereology, University Hospital "Lozenetz", Medical Faculty, "St Kliment Ohridski University" - Sofia

⁵ Leeds Teaching Hospitals, St James Institute of Oncology, Department of Oncology Leeds, United Kingdom

⁶ Department of General and Clinical Pathology, Medical University of Varna

Abstract

Basal cell carcinoma (BCC) is one of the most common neoplasm in humans, representing about 75% of all nonmelanoma skin cancers (NMSC). The BCC is very seldom located in the axillar area as it is very well protected from sun exposure. There are only 34 cases of axillary BCC reported in the specialised literature worldwide. A 72-year-old Caucasian woman presented to the clinic with a formation that appeared 5 years ago and showed slow infiltrative tumour growth. The patient denied concomitant disease and drug intake. The familial history was negative. She was phototype II. On physical examination an ulcerated assymetrical plaque, 13mm in diameter, with pearly borders and slightly painful on palpation was observed. The axillary located lymph nodes were not enlarged. The patient was treated with elliptical surgical excision of the plaque and the histopathological verification showed cutaneous lesion with reduced thickness of the epidermis, inflammatory infiltrate located in the dermis and solid nests of monomorphous tumour cells with palisade distribution in the periphery. The patient was followed up in the clinic for 24 months and no relapse was detected during this time.

Key words: Axillar basal cell carcinoma, axillar area, elliptical excision

Address for coresspondence: Ilko Bakardzhiev, MD, Ph D, Medical College, Medical University of Varna, 84, Tzar Osvoboditel str., Varna, Bulgaria
e-mail: varna2008@gmail.com

Въведение

Базоцелуларният карцином (BCC) е една от най-честите неоплазми в човешката патология, която представлява около 75 % от всички немеланомни тумори на кожата. Аксиларната област е добре защитена от слънчева експозиция и локализацията на базоцелуларният карцином в тази област е рядка (6, 9). Първият случай на базоцелуларен карцином в аксиларната област е описан от Hazen през 1917 година (1). Само 34 случая са представени в световната литература (13).

Излагането на слънчева светлина води до формирането на тиминови димери от увреждането на ДНК веригата. Докато се извършва ДНК репарирание на увредените от УВ лъчи участъци, части от нея остават непоправени. Увреждането на ДНК води на по-късен етап до мутации. Отделно от това дистресът, който бива предизвикван от слънчевото лъчение води и до потискане на имунната система и спад в имунната бдителност по отношение на новообразуваните туморни клетки. Среща се главно при пациенти със светла кожа и фамилна предиспозиция. Слънчевата светлина е фактор, оказващ влияние за фенотипната изява на тумора едва във второто-третото десетилетие, поради което за тези пациенти се препоръчва ранен кожен скрининг (14).

Една трета от случаите на базоклетъчни карциноми на кожата възникват на места, непряко изложени на слънчева светлина. Характерната локализация на BCC е кожата на лицето и шията, но макар и рядко, тази неоплазма може да се срещне и в други области на тялото (14).

Описание на случая

Представяме 72 годишна жена. Оплакванията и датират от преди 5 години, когато в дясната аксиларна област се появило образуване, което постепенно увеличило размерите си. Отрича системен прием на медикаменти, както и съпътстващи заболявания. Фамилно необременена спрямо наличието на кожни тумори.

Дерматологичен статус

При дерматологичният преглед в дясната аксиларна област бе установена улцеративна асиметрична плака с приблизителни размери около 13 мм и добре изразени приповдигнати перлообразни граници, леко болезнена при палпация. (Фиг. 1) Около нея се наблюдават педикулирани лезии с цвят на околната кожа. Лимфни възли - неувеличени и неболезнени палпаторно. Видими лигавици - бледорозови. Косми и нокти - не се наблюдават видимими патологични промени.

Лабораторни изследвания и апаратна диагностика

Лабораторните изследвания бяха в границите на нормата. Скрининга, който бе проведен отхвърли наличието на метастази.



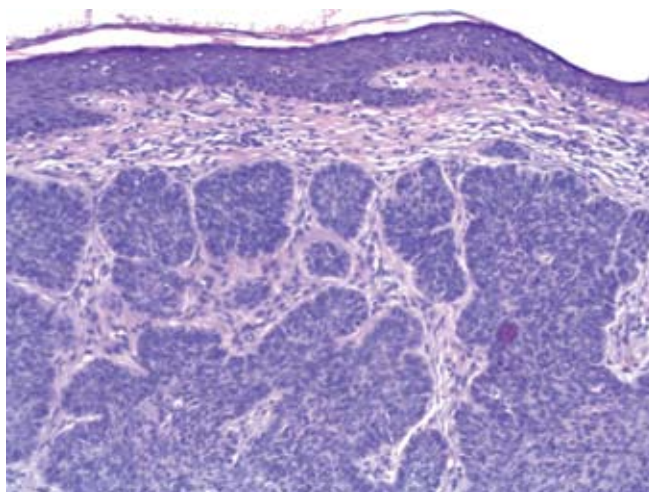
Фиг. 1 Улцеративна асиметрична плака.

Лечение

Беше извършена елиптична екцизия с последващо хистопатологично изследване, което показва: кожа с изтънен епидермис, ясно изразен субепидермално локализиран възпалителен инфилтрат, както и солидни гнезда от мономорфни туморни клетки с палисадно подреждане в периферията (Фиг. 2). Рецидив на тумора не беше открит в хода на 24 месечното клинично проследяване (Фиг. 3).

Дискусия

Един от основните рискови фактори за развитието на базоцелуларния карцином (БСС) е тоталната доза ултравиолетова радиация, особено при лица с първи и втори фототип кожа с червени или руси коси, светли очи и лунички. Други рискови фактори са йонизираща радиа-



Фиг. 2 Гнезда от мономорфни туморни клетки с палисадно подреждане.



Фиг. 3 Клинична находка две години след първичното отстраняване на тумора

ция, травмата, вродената или придобита, както и медикаментозно индуцираната имunosупресия, различни генодерматози (2, 5). Най-честата локализация на тумора е по откритите части на тялото: глава, лице, шия последвани от туловище и крайници.

Аксиларната област е една от най-добре защитените области от ултравиолетови лъчи в

човешкото тяло, като честотата на базоцелуларният карцином с такава локализация е от порядъка на 0, 33 процента. С още по-рядка локализация са базоцелуларните карциноми в дорзалната част на подбедрицата, гениталната и перианалната бласт (7, 14, 15). Имуносупресията е друг рисков фактор. Пациенти с органна трансплантация имат 10 пъти по-голям риск за развитието на ВСС в сравнение с общата популация. Описани са случаи с аксиларно локализиран базоцелуларен карцином при пациенти след рентгенова терапия по повод лечение на Hidradenitis suppurativa, както и след тежко слънчево изгаряне и при пациенти с Nevoid Basal Cell Syndrom (16).

В по-голям процент от случаите не се откриват рискови фактори. Липсват ясни научни обяснения за появата на ВСС в тази област. Strickland и съавтори предполагат че системното потискане на имунния отговор от ултравиолетовите лъчи играе роля в канцерогенезата на базоцелуларните карциноми на места естествено защитени от ултравиолетовата радиация (10). Neckmann и съавт. отбелязват, че нарушените взаимодействия на клетъчния матрикс могат да бъдат кофактор за развитието на такива тумори (11). Средната възраст на документираният пациенти е 67, 5 години, като съотношението мъже/жени е приблизително 1:1. Диференциалната диагноза на ВСС включва: sebaceous hyperplasia, dermal nevus, neurofibromas, angiofibromas. Базоцелуларните карциноми рядко метастазират (3, 12). Елиптичната ексцизия на по-големите тумори и агресивните хистологични варианти на 5 мм или повече от видимия ръб с чисти хистологично контролирани резекционни граници е “златен стандарт” в лечението им и дава отлични терапевтични и естетични резултати. Козметичният ефект се подобрява с течение на времето (12). Рецидивите при правилно отстраняване са рядки (1%). Те са свързани доста често с непълно отстраняване на тумора (33-39 %). Поради факта че пациентите с ВСС са с повишен риск за развитие на малигнен

меланом и тумори на вътрешните органи е необходимо, както пълно изследване на кожата и видимите лигавици, така и на вътрешните органи и системи и клинично проследяване след първичното отстраняване на тумора (4).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Hazen HH. Basal celled cancers of the skin. South Med J 1917;10:241-6.
2. Kopf AW. Computer analysis of 3531 basal-cell carcinomas of the skin. J Dermatol 1979;6:267-81.
3. Wermuth BM, Fajardo LF. Metastatic basal cell carcinoma. A review. Arch Pathol 1970;90:458-62.
4. Joseph C, Daniel R, Eric M. Axillary basal cell carcinoma: a need for full cutaneous examination. Am Fam Physician 1998; 57:1860-4.
5. van Dam RM, Huang Z, Rimm EB, Weinstock MA, Spiegelman D, Colditz GA, et al. Risk factors for basal cell carcinoma of the skin in men: results from the health professionals follow-up study. Am J Epidemiol 1999;150:459-68.
6. Johnson TM, Tschen J, Ho C, Lowe L, Nelson BR. Unusual basal cell carcinomas. Cutis 1994;54:85-92.
7. Betti R, Bruscin C, Inselvini E, Crosti C. Basal cellcarcinomas of covered and unusual sites of the body. Int J Dermatol 1997;36:503-5.
8. Gardner, E. S. ; Goldberg, L. H., Axillary basal cell carcinoma: literature survey and case report. Dermatol Surg 2001; 27 (11):966-8.
9. Betti, R. ; Crosti, C. ; Moneghini, L. ; Crespi, E. ; Menni, S., Axillary basal cell carcinoma: additional 25 patients and considerations. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011; 25 (7) : 858-60.
10. Strickland PT, Creasia D, Kripke ML. Enhancement of two-stage skin carcinogenesis by exposure of distant skin to UV radiation. J Natl Cancer Inst 1985;74:1129-34.
11. Heckmann M, Zogelmeier F, Konz B. Frequency of facial basal cell carcinoma does not correlate with site-specific UV exposure. Arch Dermatol 2002;138:1494-7.
12. Martorell – Calatayd, Sanz- Motiva V, Candelas D, Sanchez –Carpintero I, Ruiz Rodriques R, Metastatic Basal cell carcinoma in the axilla: reconstruction with a lateral pectoral island flap. Actas Dermosifiliogr 2011 Jan;102 (1):53-7. Epub 2010 Dec 22.
13. Lin CT, Chen SG, Chen TM, Chang SC. Axillary basal cell carcinoma: case report and literature review. Acta Dermatovenereol Croat 2011;19 (2):107-9.
14. Basal cell carcinoma with atypical localisation and uncommon clinical presentation: complete remission after surgical excision. Ananiev, Y. ; Tchernev, G. ; Galabova, M. Journal Meditsinski Pregled / Medical Review 2011; (Vol. 47) 3: 60-63.
15. Kevin O'Bryan, Divya Sambandan, and Desiree Ratner. Basal Cell Carcinoma: Current Concepts and Future Directions. Current and Emerging Treatment Paradigms for Basal Cell Carcinoma, Supplement to practical dermatology, November 2011, 3-7
16. Susong CR, Ratz JL. Basal cell carcinoma occurring in an axilla: a case presentation and a review of factors related to tumor development. J Dermatol Surg Oncol 1985; 11:526-30.

ГЕНИТАЛНА ФОРМА НА LICHEN SCLEROSUS - УСПЕШНО ЛЕЧЕНИЕ С PIMECROLIMUS

А. Аргиров¹, И. Бакърджиев², Г. Пехливанов³, Г. Чернев⁴

^{1,3} Катедра по кожни и венерически болести, Медицински Университет - София

² Медицински Колеж, Медицински Университет - Варна

⁴ Поликлиника по дерматология и венерология, Университетска болница - Лозенец, СУ "Св. Климент Охридски" - София

Резюме:

Lichen sclerosus е хронично протичаща възпалителна дерматоза, характеризираща се с образуване на атрофични папули и плаки. Най-често засегнатата област са гениталиите, но се наблюдават и случаи с екстрагенитална локализация. Представя се 70 годишна пациентка с атрофични и склеротични лезии в областта на лабиите и полулигавицата на вулвата. Въз основа на клиничната картина и хистологичното изследване се постави диагнозата Lichen sclerosus. Пациентката се повлия добре от приложеното лечение с Pimecrolimus cream, Vit. E и Hydroxyzine.

Ключови думи: lichen sclerosus, генитална форма, pimecrolimus

Адрес за кореспонденция: д-р И. Бакърджиев, дм, Медицински колеж, Медицински университет Варна, бул. Цар Освободител 84, Варна

e-mail: varna2008@gmail.com

GENITAL FORM OF LICHEN SCLEROSUS – SUCCESSFUL TREATMENT WITH PIMECROLIMUS

Argirov A.¹, Bakardzhiev I.², Pehlivanov³ G., Tchernev G.⁴

^{1,3} Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Sofia

² Medical College, Medical University of Varna

⁴ Polyclinic for Dermatology and Venereology, University Hospital "Lozenetz", Medical Faculty, "St Kliment Ohridski University" of Sofia

Abstract:

Lichen sclerosus is a chronic inflammatory dermatosis, characterized by atrophic plaques and papulae. The most-frequently affected areas are the genitals, although there are other areas with extra genital localization. We present a 70 year old lady with atrophic and sclerotic lesions in the area of the labia and the semi mucous membrane of the vulva. The diagnosis Lichen sclerosus was based on the clinical picture and the histological examination. Good results of treatment were achieved with Pimecrolimus cream, Vitamin E and Hydroxyzine.

Key words: lichen sclerosus, genital form, pimecrolimus

Address for coresspondence: Ilko Bakardzhiev, MD, Ph D, Medical College, Medical University of Varna, 84, Tzar Osvoboditel str., Varna, Bulgaria

e-mail: varna2008@gmail.com

Въведение

Lichen sclerosus (LS) е лимфоцитно медирана дерматоза с предилекционна локализация в аногениталната област. По епидемиологични данни боледуват предимно жени на възраст между 40 и 60 г. Заболяването се среща от 6 до 10 пъти по-често при жени. Характерни са два пика на неговото начало, в детска възраст преди пубертета или след менопауза или в четвъртата или пета декада при мъже, но въпреки това може да започне във всяка възраст (1, 2). Екстрагениталната локализация на заболяването при деца е рядка (3). Описана е коморбидност между LS и атопия при момичета, въпреки че липсват контролирани клинични проучвания (4).

Описание на случая

Представя се жена на 70 години, с оплаквания датиращи от една година и половина. Съобщава за зачервяване, сърбеж в областта на гениталиите и парене при уриниране. Сърбежът е най-силно изразен в нощните часове, което смущава нормалния сън на пациентката. Липсват данни за фамилна обремененост по отношение на кожното заболяване. Съпътстващи заболявания при пациентката са язвена болест на стомаха от пет години, артериална хипертония от четири години и неинсулинозависим захарен диабет от седем години. По повод на актуалното кожно заболяване е провеждано самолечение с компреси, напоени с лайка в продължение на няколко месеца без да има видимо клинично подобрене.

Дерматологичен статус

Патологичните изменения са ограничени в областта на вулвата. Обективно се наблюдава уплътняване (склероза) и атрофия в областта на лабиите и полулигавицата на вулвата (Фиг. 1). В резултата на гореспоменатите изменения е налице частична атрезия на introitus vaginae. Големите лабии са в голяма степен "изконсумирани" от патологичния процес (Фиг. 2). Перинеалната кожа не е засегната от болестните промени. Изменения липсват по кожата на трункуса и крайниците. По устната лигавица не се откриват данни за левкоплакия. Косми и нокти - б.о.



Фиг. 1 Атрофия в областта на лабиите



Фиг. 2 Частична атрезия на introitus vaginae

Лабораторни изследвания

При рутинните параклинични изследвания не се откриват патологични отклонения от нормалните стойности, с изключение на повишено ниво на кръвната захар до 8.1 mmol/L. Серологичните изследвания за *Borrelia burgdorferi* бяха негативни. От лезия в областта на малките лабии е взет биопсичен материал за хистологично изследване, което показва хиперкератоза, вакуолна дегенерация на базалните клетки, хиалинизация на колагена и лимфоцитни инфилтрати.

Лечение

При пациентката се проведе лечение с Pimecrolimus (Elidel®) локално два пъти дневно за един месец, последвано от една апликация дневно за още три месеца, Vit E 100 mg/d за три месеца, Hydroxyzine (Atarax®) по една таблетка от 25 mg дневно.

При контролните прегледи на третия месец се

установи намаляване на субективните оплаквания – преминаване на сърбежа и паренето при уриниране, както и за нормализиране на съня. Не се установи прогресия и поява на нови лезии извън наличните преди стартирането на терапията.

Обсъждане

Съществуват редица хипотези, относно причините за развитие на заболяването. Важно е да се отбележи инфекциозният фактор, тъй като често LS се предхожда от хронични баланити и вулвити (5, 6, 7). Описани са възможни връзки между Epstein-Barr вирус и LS на вулвата (8). Инфекциозната генеза на заболяването се свързва според някои автори и с *Borrelia burgdorferi* (9). В нашият случай серологичните изследвания за *Borrelia burgdorferi* бяха отрицателни. Хормоналната теория като евентуален патогенетичен фактор намира израз в наблюдението, че началото на заболяването обикновено се наблюдава в периода около менопаузата, а при засягане в детска възраст, не рядко настъпва спонтанно подобрене след пубертета (10, 11). Друг възможно асоцииран етиологичен фактор с LS е вероятно позитивната фамилна анамнеза за налчието захарен диабет (12). Описани са асоциации на LS с редица заболявания. Заболяването е описано и при болни с пернициозна анемия, витилиго, заболявания на щитовидната жлеза и редица други автоимунни заболявания (13, 14, 15). Честотата на глюкозен intolerанс и захарен диабет е много по-висока при пациенти с LS, поради което някои автори препоръчват провеждането на орален глюкозо-толерантен тест при всички пациенти с LS (5). Пациентката в представения от нас случай е с неинсулинозависим захарен диабет от седем години. Локалната иритация и травмата имат значение при генетично предразположените индивиди (16). Предилекционни места при LS са шия, клавикуларна област, гърди, флексорни повърхности на горни крайници, рамене, вулва, penis, анус, перинеум (17). Гениталните промени са придружени най-често от сърбеж, парене, болка, дизурия, вагинално или уретрално течение. Перианалната област се засяга в 30 % от случаите. Тези симптоми влошават качеството на живот. Описан е и феномен на Кьобнер особено на места на триене от тес-

ни дрехи (18). Гениталният LS е значително по-чест при пациенти с Morphea (45%) в сравнение с незасегнати лица, факт който изисква пълно клинично изследване и внимателна инспекция на гениталната лигавица при пациенти с тази дерматоза (19). Екстрагениталните промени по правило са асимптоматични и са представени от малки порцеланови или синкаво-бели, овални, плоски папули с размери около 0,5 cm., които в последствие конфлуират и атрофират. Понякога лезиите са заобиколени от еритемно хало. При мъже засягането на гениталиите е известно под термина Balanitis xerotica obliterans (20). LS има неблагоприятен ход по отношение на обратно развитие на лезиите. Често LS протича хронично с бавен, прогресиращ ход, като в много от случаите се наблюдава спонтанно задържане на измененията. При възрастни LS е потенциално премалигнена дерматоза, като най-вероятно на по-късен етап е възможно и развитието на спиноцелуларни карциноми в областите на засегнатите от заболяването области (7). Счита се, че LS е прекурсор на вулварния спиноцелуларен карцином, като малигнизират 2-5% от всички лезии на LS (7). В диференциално диагностичен план Lichen sclerosus трябва да се отграничи от ерозивен лихен планус, Lichen Simplex Chronicus, Morphea, Eczema, и редица други автоимунни булозни дерматози със засягане на гениталната лигавица (13).

Основната цел на лечението е бърз контрол на симптомите с най-малко странични ефекти от приложеното лечение. Златен стандарт и първа линия на терапия на LS остават ултрапотентните локални кортикостероиди, като Clobetasol propionate (21).

Въпреки това, калциневриновите инхибитори имат своето място като ефективно и добре толерирано лечение (22). Те са особено полезни, като терапевтично средство при пациенти, резистентни на кортикостероидната терапия (22).

Тестостерон и други хормонални препарати, използвани доста често в миналото са с недоказан терапевтичен ефект. Добро клинично повлияване се наблюдава при системно лечение с Penicillin, когато като възможен етиологичен фактор участва *Borrelia burgdorferi* (9). Някои автори съобщават за добър терапевтичен ефект от фотодинамична терапия (23).

В заключение ние представяме 70 годишна пациентка с диагноза генитален LS, повлияла се добре от приложеното лечение с Pimecrolimus cream, Vit. Е и Hydroxyzine. Необходимо е клинично проследяване на пациентите след първичния преглед поставяне на диагнозата и включване на лечението. Контролната биопсията при пациенти с нетипични лезии (улцеративни или екзофитни) в рамките на проследяването с последващо хистопатологично верифициране е задължителна с цел изключване на преканцерози.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Baskaramoorthy S, Bygum A. Lichen sclerosis can also be seen in children. *Ugeskr Laeger*. 2012 May 7;174 (19):1309-10.
2. Wallace HJ. Lichen sclerosis et atrophicus. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc* 1971; 57:9–30.
3. Jensen LS, Bygum A. Childhood lichen sclerosis is a rare but important diagnosis. *Dan Med J*. 2012 May;59 (5):A4424.
4. Becker K, Meißner V, Farwick W, Bauer R, Gaiser MR. Lichen Sclerosis and Atopy In Boys: Coincidence Or Correlation? *Br J Dermatol*. 2012 Aug 4. doi: 10. 1111/j. 1365-2133. 2012. 11201. x. [Epub ahead of print]
5. Nyirjesy P, Leigh RD, Mathew L, Lev-Sagie A, Culhane JF. Chronic vulvovaginitis in women older than 50 years: analysis of a prospective database. *J Low Genit Tract Dis*. 2012 Jan;16 (1):24-9.
6. van Kessel MA, van Lingen RG, Bovenschen HJ. Vulvitis plasmacellularis circumscripta in pre-existing lichen sclerosis: treatment with imiquimod 5% cream. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Jul;63 (1):e11-3.
7. Bjekic M, Sipetic S, Marinkovic J. Risk factors for genital lichen sclerosis in men. *Br J Dermatol*. Feb 2011;164 (2):325-9.
8. Aidé S, Lattario FR, Almeida G, do Val IC, da Costa Carvalho M. Epstein-Barr virus and human papillomavirus infection in vulvar lichen sclerosis. *J Low Genit Tract Dis*. 2010 Oct;14 (4):319-22.
9. Zollinger T, Mertz KD, Schmid M, Schmitt A, Pfaltz M, Kempf W. Borrelia in granuloma annulare, morphea and lichen sclerosis: a PCR-based study and review of the literature. *J Cutan Pathol*. 2010 May;37 (5):571-7. Epub 2009 Dec 10.
10. Smith SD, Fischer G. Childhood onset vulvar lichen sclerosis does not resolve at puberty: a prospective case series. *Pediatr Dermatol*. Nov-Dec 2009;26 (6):725-9.
11. Gunthert AR, Faber M, Knappe G, Hellriegel S, Emons G. Early onset vulvar Lichen Sclerosis in premenopausal women and oral contraceptives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Mar 2008;137 (1):56-60.
12. Higgins CA, Cruickshank ME. A population-based case-control study of aetiological factors associated with vulval lichen sclerosis. *J Obstet Gynaecol*. 2012 Apr;32 (3):271-5.
13. Cooper SM, Ali I, Baldo M, Wojnarowska F. The association of lichen sclerosis and erosive lichen planus of the vulva with autoimmune disease: a case-control study. *Arch Dermatol*. 2008 Nov;144 (11):1432-5.
14. Attili VR, Attili SK. Vitiligoid lichen sclerosis: a reappraisal. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008 Mar-Apr;74 (2):118-21.
15. Birenbaum DZ, Young RC. High prevalence of thyroid disease in patients with lichen sclerosis. *J Reprod Med* 2007; 52:28–30.
16. Bjekic M, Sipetic S, Marinkovic J. Risk factors for genital lichen sclerosis in men. *Br J Dermatol*. Feb 2011;164 (2):325-9.
17. Pugliese JM, Morey AF, Peterson AC. Lichen sclerosis: review of the literature and current recommendations for management. *J Urol*. 2007 Dec;178 (6):2268-76.
18. Todd P, Halpern S, Kirby J, Pembroke A. Lichen sclerosis and the Köbner phenomenon. *Clin Exp Dermatol*. 1994 May;19 (3): 262-3
19. Lutz V, Francès C, Bessis D, Cosnes A, Kluger N, Godet J, Sauleau E, Lipsker D. High frequency of genital lichen sclerosis in a prospective series of 76 patients with morphea: toward a better understanding of the spectrum of morphea. *Arch Dermatol*. 2012 Jan;148 (1):24-8
20. Бакърджиев И, Пехливанов Г, Каваклиева С. Balanitis xerotica obliterans- локална терапия с Pimecrolimus. *Мед. Преглед*, 2009, брой 1-2, том 60, 73-77.
21. Goldstein AT, Creasey A, Pfau R, Phillips D, Burrows LJ. A double-blind, randomized controlled trial of clobetasol versus pimecrolimus in patients with vulvar lichen sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jun;64 (6):e99-104. Epub 2011 Feb 25.
22. Kauppila S, Kotila V, Knuuti E, Väre PO, Vittaniemi P, Nissi R. The effect of topical pimecrolimus on inflammatory infiltrate in vulvar lichen sclerosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Feb;202 (2):181. e1-4. Epub 2009 Nov 4.
23. Osiecka BJ, Nockowski P, Jurchyszyn K, Ziółkowski P. Photodynamic therapy of vulvar lichen sclerosis et atrophicus in a woman with hypothyreosis - Case report. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2012 Jun;9 (2):186-8. Epub 2012 Mar 27.

ЛОКАЛИЗИРАНА ФОРМА НА ЛИМФОМАТОИДНА ПАПУЛОЗА ЕВОЛЮИРАЩА В Т- КЛЕТЪЧЕН ЛИМФОМ.

С. Щилионова¹, И. Красналиев², М. Балабанова³, П. Друмева¹

¹ Катедра по дерматология и венерология, Медицински Университет - Варна

² Катедра по обща и клинична патология, Медицински Университет - Варна

³ Катедра по дерматология, Медицински Университет - София

Резюме.

Лимфоматоидната папулоза представлява дерматоза с поява на внезапни или спонтанно прогресиращи кожни инфилтрати, които микроскопски наподобяват лимфома. В някои случаи преминава в Морбус Ходжкин или Неходжкинов малигнен лимфом. Засягат се предимно възрастни мъже между 30-40 години. Представя се случай на 64 годишен мъж с диагноза лимфоматоидна папулоза. Пациентът беше лекуван за 10 седмици с метотрексат (15 мг седмично) с добър терапевтичен ефект. Една година след спиране на лечението пациентът разви подобни клинични промени и хистохимични белези на Т-клетъчен лимфом.

Ключови думи: лимфоматоидната папулоза, Т-клетъчен лимфом, хистопатология, имунохистохимия.

Адрес за кореспонденция: д-р С. Щилионова, Катедра по дерматология и венерология, МУ - Варна
e-mail: shtilionova@abv.bg

LOCALIZED FORM OF LYMPHOMATOID PAPULOSIS EVALUATING IN T-CELL LYMPHOMA

Shtilionova S.¹, Krasnaliev I.², Balabanova M.³, Drumeva P.¹

¹ Department of Dermatology and Venereology, Medical University - Varna, Bulgaria

² Department of General and Clinical pathology, Medical University - Varna, Bulgaria

³ Department of Dermatology, Medical University, Sofia, Bulgaria

Abstract.

Lymphomatoid papulosis is chronic ulcerated papulonodular skin disease with histologic features suggestive of a cutaneous T-cell lymphoma. We present a case of Lymphomatoid papulosis in a 64 years old male, who complains from reddish non painful papules, localized symmetrically on the back and lateral zone of the legs. The patient was treated for 10 weeks with low dose of methotrexat (15 mg per week) with good clinical result. One year after treatment interruption the same patient had a similar clinical changes and hystochemical signs for development of T-cell lymphoma.

Key words: lymphomatoid papulosis, T-cell lymphoma, hystopathology, immunohistochemistry

Address for coresspondence: Shtilionova S., Department of Dermatology and Venereology, Medical Univercity - Varna
e-mail: shtilionova@abv.bg

Въведение

Лимфоматоидната папулоза представлява дерматоза с поява на внезапни или спонтанно прогресиращи кожни инфилтрати, които микроскопски наподобяват лимфома. В някои случаи преминава в болест на Ходжкин или неходжкинов малигнен лимфом. Заболяването е описано за първи път от Dupont през 1965 година. Засягат се предимно възрастни мъже между 30-40 години. Етиологията на Лимфоматоидна папулоза е неизвестна и противоречива. Някои автори са установили, че в 10-20% от случаите пациентите биха могли да развият лимфом, или първичен гигантоклетъчен анапластичен Т-клетъчен лимфом. В редки случаи заболяването преминава към Микозис фунгоидес (1, 2). От лабораторните изследвания рядко се установяват лимфоцитоза и хипергамаглобулинемия. Протичането на заболяването е хронично, като липсата на рецидиви над 5 години говори за излекуване. Клиничните белези, които предполагат малигнизация са улцерирание предимно на тумороровидните лезии и папуло-некротични промени по кожните дерматомии.

Описание на случая. Представяме пациент на 64 години. Заболяването му датира от около 1 година, започнало с появата на червено-кафеникави неболезнени, несърбящи, малки възелчета, разположени симетрично по задните и страничните повърхности на двете бедра (Фиг. 1, 2).

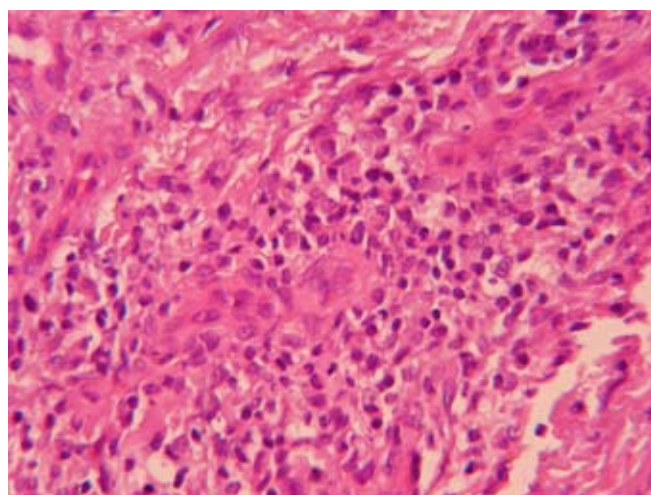


Фиг. 1, 2 Папули и нодули по задните и странични повърхности на двете бедра

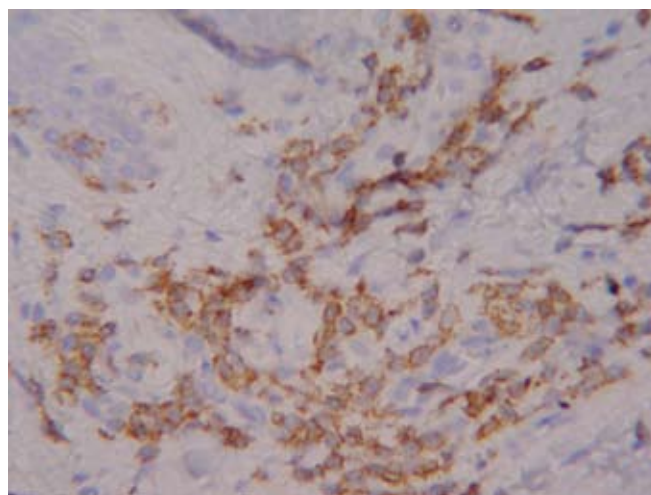
Дерматологичен статус: Патологичните лезии ангажират задно-страничните повърхности на двете бедра. Представени са от групирани папули и нодули с еритемно-кафеникав цвят и покрити с финни сквами, предимно в периферията.

Не се палпират увеличени регионални лимфни възли. От лабораторните изследвания: Hb 100 G/l, Htc 32 l/l, Leuc 2, 1 g/l, Ly 17 g/l, общ белтък 93 g/l, кратенин 120 mmol/l, уреа 400 mmol/l.

Хистопатологично изследване: Кожна и подкожна с предимно периваскуларна, но и периаднексиална инфилтрация от големи атипични лимфоцити, сред които примес на еозинофили, неутрофили и малки лимфоцити. Не се наблюдава епидермотропизъм (Фиг. 3). От имунохистохимичните изследвания: инфилтратът е CD-3+ и CD-30+ положителен (Фиг. 4).



Фиг. 3 Кожна биопсия – 2007 г. Големи атипични лимфоцити



Фиг. 4 Имунохистохимично изследване. CD-3+ и CD-30+ инфилтрат

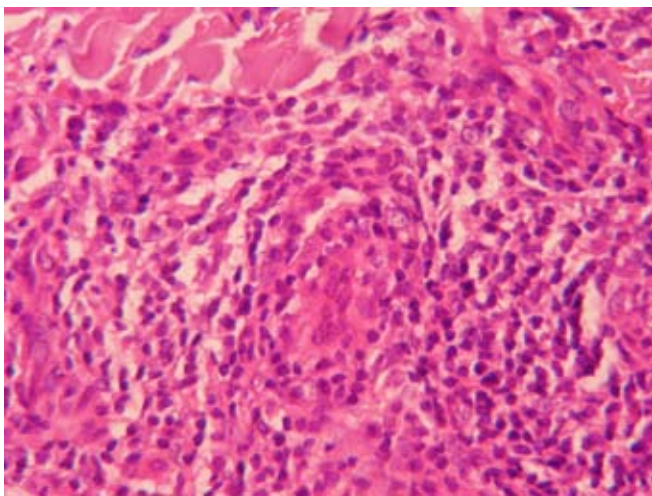
Лечение

Проведено бе лечение с ниски дози метотрексат за 10 седмици. Постигнат бе добър клиничен резултат изразен в резорбция на всички лезии, отпадане на сквамите и оформяне на постлезиионелни хиперпигментни петна. Три месеца след

спиране на лечението с метотрексат, клиничната картина при пациента се промени с появата на нови папуло-нодуларни лезии, разположени на местата на първичната локализация. Бе извършена втора кожна биопсия.

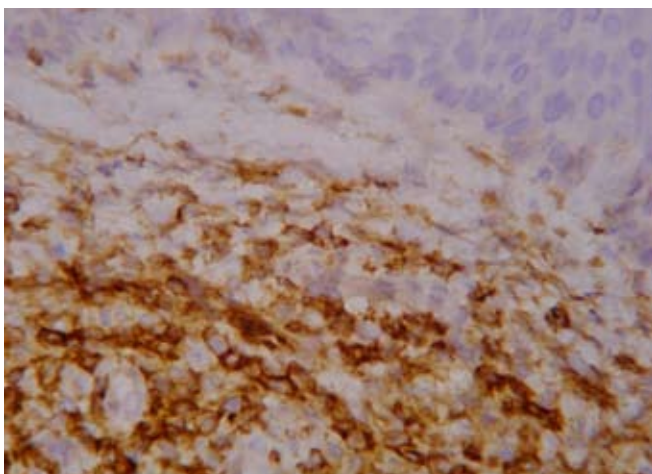
Хистопатологично изследване (кожна биопсия 2010 г.)

Кожа и подкожие с крустообразуване, изразен периваскуларен инфилтрат от атипични лимфоцити, сред който множество големи форми, необилнен примес на малки лимфоцити и неутрофили (Фиг. 5).



Фиг. 5. Кожна биопсия 2010 г. Периваскуларен инфилтрат от атипични лимфоцити

От имунохистохимичното изследване: CD-3-, CD-30-, CD-4 дифузно, подчертано положително маркиране, CD-8-. Загубата на експресия на CD-3 при CD-4+, може да се интерпретира като преход в Т-клетъчен лимфом (Фиг. 6).



Фиг. 6 Имунохистохимично изследване CD-3-, CD-30-, CD-4 дифузно, подчертано положително маркиране

Дискусия:

Касае се за пациент с локализирана форма на лимфоматоидна папулоза, при който загубата на експресия на CD-3 при наличие на CD-4+, може да се интерпретира като преход в Т-клетъчен лимфом. Предвид възможността за преминаване на лимфоматоидна папулоза в малигнен вариант лимфома от изключително значение за клинициста дерматолог е клиничното проследяване на пациентите и задължителен хистопатологичен контрол на евентуалните промени. Не съществуват обективни критерии за времето в което лимфоматоидна папулоза би могла да еволюира в споменатите заболявания, тоест да предшества, да съпътства или да бъде тяхно продължение (1, 2). Дори в случаите на регресия на лимфоматоидна папулоза, молекулярно биологичните проучвания показват критерии за преминаване към Т-клетъчен лимфом. Клинично лимфоматоидна папулоза се представя предимно от множествени асиметрични папули и нодули с десквамация в периферията, единични хеморагии, крусти. В единични случаи се развиват солитарни туморни маси, а в други малко на брой червено-кафеникави папули, ясно ограничени от околната тъкан. Разполагат се по горни и долни крайници, седалище. Всички лезии претърпяват обратно развитие след седмици или месеци, но с тенденция за рецидив. Изключително рядко се развива лимфаденопатия. Хистологичната картина на заболяването се представя с първоначално неепидермотропни смесено клетъчни инфилтрати, с големи атипични лимфоцити, комбинирани с еозинофили, малки лимфоцити, неутрофили и хистиоцити (2, 3, 4). В някои случаи инфилтратът е лентовиден или нодуларен. Големите лимфоцити наподобяват клетките при анапластичната гигантоклетъчна лимфома-те са CD-30+. Могат да бъдат позитивни за CD-2, 3, 4, 5 и за пролифериращ маркер К-67 (6, 7).

Изводи:

1. Въпреки niskият процент на малигнизация и относителното добра прогноза за протичането на лимфоматоидна папулоза, пациентите с това заболяване, трябва да бъдат контролирани клинично и хистопатологично.

2. Локализираната форма на лимфоматоидна папулоза е сравнително рядка, но носи потенциала на еволюция към малигнизация както стандартната дисеминирана форма .

3. Пациентите с лимфоматоидна папулоза, при които се наблюдават туморовидни плаки с улцерация както и папуло-некротични лезии, да се смята като клиничен критерии за евентуална малигнизация в посока Микозис фунгоидес, Морбус Ходжкин, или малигнен неходжкинов лимфом.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Burg G, Kerl H, Schmoeckel C. Differentiation between malignant B-cell lymphomas and pseudolymphomas of the skin. *J Dermatol Oncol* 1984; 10: 271-275.
2. Burg G, Braun-Falco O. Cutaneous pseudolymphomas. In: *Cutaneous lymphomas*. Berlin: Springer-Verlag, 1983, 415-464.
3. Duncan SC, Evans HL, Winkelmann RK. Large cell lymphocytoma. *Arch Dermatol* 1980; 116: 1142-1146.
4. Dorfman RF, Warnke R. Lymphadenopathy simulating the malignant lymphomas. *Hum Pathol* 1974.
5. Englich JC, Smith NP, Wilson Jones E, Winkelmann RK. Large cell lymphocytoma [abstract]. *J Cutan Pathol* 1986; 13: 441.
6. Kerl H, Ackerman AB. Inflammatory diseases that simulate lymphomas: cutaneous pseudolymphomas. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF (editors). *Dermatology in general medicine*, 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1993, 1315-1327.
7. Landa N, Zelickson BD, Peters MS, et al. Cutaneous lymphoma versus pseudolymphoma: gene rearrangement studies of 21 cases with clinicopathologic correlation [Abstr.]. *J Invest Dermatol*

РАННИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УПОТРЕБА НА ДЕРМАЛНИ ФИЛТЪРИ

С. Вълкова,

УМБАЛ - Плевен, МУ - Плевен

Резюме

Дермалните филтри имат много добър профил на безопасност, но масовата им употреба обуславя нарастващата честота на индуцираните от тях усложнения. В зависимост от времето на появата си те се делят на ранни и късни, а в зависимост от тежестта на наблюдаваните симптоми – на леки и тежки. Леките усложнения (недостатъчна корекция, възловидност, промяна в цвета на кожата) обикновено са преходни и преминават без остатъчни явления. Тежките включват инфекции, алергични реакции, грануломи, некроза и други. Познаването на тяхната профилактика, симптоми и методи на лечение е задължение на всеки лекар, практикуващ естетична медицина. Това ще ограничи неблагоприятните последствия за пациента и ще допринесе за оптимално използване на коригиращите възможности на дермалните филтри.

Ключови думи: филтри, усложнения, некроза, възли, инфекция

Адрес за кореспонденция: доц. С. Вълкова, дм, УМБАЛ – Плевен, МУ – Плевен, ул. “Св. Климент Охридски” 1, Плевен

EARLY COMPLICATIONS WITH THE USE OF DERMAL FILLERS

S. Valkova

UMBAL – Pleven, MU – Pleven, Bulgaria

Abstract

Despite the good safety profile of dermal fillers unanticipated events and severe adverse outcomes do occur with a frequency proportional to the increase in their use. The most common complications encountered with all types of soft tissue fillers can be categorized according to different criteria - time of onset (early and delayed), aesthetic relevance (major and minor). The minor ones (undertreatment, transient nodularity, pigmentary changes) usually subside with no permanent consequences. The major encompass infections, allergic reactions, granulomas and necrosis. Thorough understanding of their symptoms, methods of treatment and prophylaxis is of utmost importance for all aesthetic practitioners. This will diminish the risk of adverse events and help take advantage of the impressive rejuvenating capabilities of the dermal fillers.

Key words: fillers, complications, necrosis, nodules, infection

Address for coresspondence: Assoc. prof. S. Valkova, MD, Ph D, 1, St. Kliment Ohridski str., UMBAL – Pleven, MU – Pleven, Bulgaria

Въведение

Дермалните филтри са ефективно средство за неутрализиране въздействието на годините и стреса и възстановяване на свежото младежко излъчване без хирургични интервенции. След въвеждането им в употреба преди повече от двадесет години те се радват на все по-нарастващо търсене и приложение и са вторият по честота метод за неинвазивни естетични корекции след ботулиновия токсин. Само в САЩ употребата им през 2008 година е нараснала с 200% в сравнение с 1997 (1). Това се обуславя от отличния им, бърз и дълготраен ефект, минималния възстановителен период и добрия профил на безопасност (2, 3).

В момента в света съществува огромно разнообразие от дермални филтри. Те могат да бъдат класифицирани в зависимост от трайността на ефекта, който осигуряват (временни, полуперманентни, перманентни), в зависимост от хистологичната реакция, която индуцират в тъканите (създаващи обем и стимулиращи) и в зависимост от произхода си (човешки, животински, синтетични). Напоследък все повече се налага мнението, че в бъдеще дермалните филтри следва да бъдат класифицирани и въз основа на своята дългосрочна безопасност и обратимост на страничните ефекти (4).

Макар и рядко всеки дермален филтър може да предизвика странични ефекти. Това са всички явления, които за разлика от нормалните последиствия от процедурата не би трябвало да възникнат и в повечето случаи могат да бъдат избегнати с добър подбор на пациенти, техника и материал. В зависимост от тежестта на клиничните прояви усложненията биват леки и тежки, а в зависимост от времето на настъпване след процедурата – ранни и късни. Могат да се дължат на свойствата и състава на самия продукт, на неправилна техника на инжектиране и на причини от страна на пациента.

Ранните усложнения

настъпват от момента на приложение до две седмици след инжектирането на филтъра. През този период се развиват и обичайни локални реакции като еритем, едем, хематоми, видимост на импланта, лека асиметрия, чувствителност, болка, сърбеж. В болшинството от случаите те

са минимални и преходни, не налагат лечение и не се разглеждат като усложнения на процедурата.

Недостатъчна корекция

Преценката на оптималното количество материал, необходимо за коригиране на конкретен дефект е от ключово значение за добрия ефект на процедурата. Изисква се и добро познаване на качествата и механизма на действие на филтъра (пасивно увеличаване на обема, дермална стимулация или и двете), използване на подходяща техника и поставяне на материала в правилната равнина. Най-честите причини за недостатъчна корекция са погрешна преценка на лекаря, финансови ограничения от страна на пациента и прекалено дълбоко инжектиране на материала. Повечето от съвременните филтри са предназначени за интрадермално инжектиране и при поставянето им субкутанно вместо ефект на "повдигане" се получава такъв на „разливане“ (материалът се поставя твърде дълбоко, ако по време на инжектирането не се наблюдава запълване на дефекта) (5). Удачно е недостатъчната корекция да се поправи 10–15 дни след първата процедура, за да отшумят локалните реакции и да се инжектира точното количество там, където е необходимо.

Свърхкорекция

Дермалните филтри нерядко водят до свърхкорекция под формата на зърнистост, възловидност или видимост на импланта (21). Могат да се наблюдават при всички филтри и в повечето случаи се дължат на технически грешки - повърхностно или неравномерно инжектиране, поставяне на голямо количество материал в малко пространство. Често се формират в периферията на резистентни за коригиране бръчки (по челото, периорални и периорбитални) (22). При третиране на хлътнали белези (акне, варицела и др) и запълване на менталната гънка може да се наблюдава надигане на периферията и хлътване на центъра на дефекта („ефект на поничка“) (22). Това може да се избегне чрез използване на временни филтри, компресия в периферията на дефекта по време на инжектиране или предварително отпрепарирание на по-дълбоките слоеве на кожата от по-повърхност-

ните (при менталната гънка). В ранните стадии след процедурата могат да се развият палпируеми или видими възли, които постепенно, със или без масаж изчезват и постепенно стават неразличими от околните области. Колагеновите филтри имат специфични физикохимични характеристики и при тях леката (10-20%) свръхкорекция в началото е желателна, поради реабсорбцията на лидокаина и физиологичния серум (23).

Промени в цвета на кожата

Еритем възниква най-често вследствие на възпалителна реакция, при интрадермално инжектиране (6, 7), след поставяне на колаген, силикон, артекол (колаген+полиметилметакрилат) и др. (8, 9, 10). Обикновено отзвучава за няколко седмици, но при полуперманентните и перманентни филтри може да персистира по-дълго. В тези случаи се препоръчва избягване на еритем-индуциращи фактори като прекомерно излагане на слънце, консумация на алкохол, интензивно физическо натоварване, изпотяване. Терапевтичните мерки включват локални кортикостероиди, пропанонол 20 мг/1х дневно (11) или ибупрофен 200 мг/2х дневно (12).

Побеляването е резултат от свръхкорекция или прозиране цвета на материала (калциев хидроксипатит) (6, 13). При коригиране на повърхностни дефекти (белези от акне, бръчки) или мезотерапия то е желан ефект и е индикация, че материалът е поставен достатъчно високо (7). В тези случаи отзвучава спонтанно за 1-3 дни със или без масаж.

Синкавото оцветяване може да се дължи на:

- следи от хемосидерин след постинжекционно интрадермално кървене (14);
- Тиндалов ефект (избирателно поглъщане и разсейване на лъчи с различна дължина на вълната). В случая синята светлина се разпръсква по-силно от червената, която прониква по-дълбоко в тъканите. Тиндалов ефект се наблюдава най-често в т. нар "I" централна лицева зона (гърба на носа, устните), под очите, фините периорални и периорбитални бръчки. Развива се по-често при повърхностно поставяне на материала и при пациенти с тънка кожа и

недостатъчно колаген. Третира се успешно с хиалуронидаза или Q switched Nd Yag лазер 1064 нм (15, 16).

- разширени венозни капиляри след интрадермално инжектиране на филтри. Повлияват се успешно от няколко сесии интензивна пулсираща светлина (7).

Постлезионална хиперпигментация се наблюдава след инжектиране на колаген (17), дермалоген (18), силикон (19) или при обратното развитие на папуло-кистични възли, индуцирани от хиалуронова киселина (20). Кориригира се с избелващи кремове или подходящ лазер.

Инфекция

Инфекциите са редки при спазване правилата на асептика и антисептика. Обикновено се представят с еритем, едем, болка, оток, папулозни, папуло-пустулозни или възловидни лезии (23). За предотвратяването им филтрите не трябва да се инжектират при наличие на интраорална, лигавична или дентална инфекция в съседство. Трябва да се използват възможно най-малките игли, които позволяват преминаването на материала. Изключително важна е подходящата обработка на кожата преди инжектиране. Препоръчват се препарати, съдържащи хлорхексидин, който съчетава добър бърз първоначален ефект с оптимална продължителност и освен това действа на някои резистентни щамове G (+) *Staphylococcus aureus*, G (-) бактерии, вируси и микотични причинители. Приложението му около очите трябва да се избягва поради опасност от развитие на кератит. След процедурата задължително се нанася антибиотичен крем или унгвент, а пациентите не трябва да използват грим минимум 4 часа. Напоследък все повече се налага мнението, че с увеличаване на трайността и дълбочината на инжектиране на филтрите, процедурите по тяхното поставяне трябва да се разглеждат като хирургични интервенции (24). При уголемяване на устните може да настъпи реактивация на херпес симплекс (23). При пациенти с анамнестични данни за такъв се препоръчва профилактичен прием на антивирусни препарати (ацикловир, валацикловир). При наличие на активна инфекция процедурата се отлага.

Реакции на свръхчувствителност

Филърите са чужди за организма субстанции и на теория всеки от тях би могъл да инициира различна по степен имунна активност – от лек еритем и иритация до изключително рядка анафилаксия (2, 3, 25, 26, 27, 28). Независимо от това реакциите на свръхчувствителност след употреба на дермални филъри са изключително редки -1-5/10000 (29) и се развиват най-често след приложение на колаген, филъри с предварително инкорпориран лидокаин или хиалуронова киселина (ХК). ХК е видово неспецифична, но би могла да доведе до развитие на ранни или късни имуномедиирани реакции по три механизма: действайки като суперантиген (30), индуцирайки синтеза на проинфламаторни цитокини като TNF α и IL-12 (31) или чрез свързване със CD 44 рецепторите на мастоцитите (32). Реакциите на свръхчувствителност биха могли да се дължат и на контаминанти от бактериалния ферментационен процес при производството на филъри с ХК (33). През 90-те години на миналия век именно подобряването на производствената им технология и въвеждането на високо пречистен, с ниско протеиново съдържание продукт е довело до 50% намаление на наблюдаваните до момента реакции на свръхчувствителност (34). Терапевтичното поведение в тези случаи включва локални, системни или интралезионални кортикостероиди, антихистамини, локални калциневринови инхибитори. Приложението на филъри с ХК може да доведе до развитие на изразен едем и хематоми поради структурното сходство на ХК с хепарина и изразените й антикоагулантни и хидрофилни свойства (35). Едемът в тези случаи не трябва да се бърка с ангиоедем. Описан е случай на наподобяващ ангиоедем оток на устните след приложение на ХК (36), който според повечето автори се дължи на посттравматичен оток (37).

Формиране на възли

Могат да се развият в резултат на неравномерно разпределение на продукта, травма, инфекция, реакция на свръхчувствителност (6). В зависимост от наличието или липсата на признаци на възпаление възлите се делят на възпалителни и невъзпалителни (Табл. 1) и изискват различен

терапевтичен подход (38). Рано развитите се невъзпалителни лезии обикновено се дължат на свръхколичество или неравномерно поставен материал. При тях се предприема изчаквателно поведение и се препоръчва масаж. При липса на или слаб ефект и използване на ХК се инжектира хиалуронидаза. При перманентните филъри за разграждане се препоръчват интралезионални кортикостероиди, ексцизия, дермабразия или СО 2 лазер (38).

Всички болезнени и еритемни възли се третират като инфекция. При наличие на флукуация се предприемат инцизия и дренаж с микробиологично изследване в аеробни и анаеробни условия. За предпочитане е изследването на биопсичен материал. Лечението следва да започне с тетрациклинови или макролидни антибиотици (които имат противовъзпалителни и имуномодулаторни свойства) или с флуорохинолони (40). Удачно е комбинирането на два препарата, за да се разшири спектърът на действие и се ограничи развитието на резистентни бактерии. Продължителността на терапията зависи от тежестта и давността на инфекцията и от вида на филъра. Обикновено е от 4 до 6 седмици, като перманентните филъри изискват по-дълги срокове. При по-тежки случаи може да се започне с парентерално приложение, след което да се премине на перорален прием. За отстраняване ядрото на инфекцията може да се инжектира хиалуронидаза или филърът да се евакуира мануално чрез пункция, инцизия или аспирация с игла. Ако инфекцията отзвучи, но възелът персистира е удачно интралезионално приложение на кортикостероиди. Профилактиката на възловидните лезии включва:

- “изтъняване” на филъра с по-тънки игли;
- бавно, прецизно инжектиране на оптимално количество филър;
- избягване на интрамускулно инжектиране;
- спазване на инжекционните техники – област, ниво и техника на поставяне. Колкото по-дълготраен е един филър, толкова по-дълбоко се инжектира (22);
- приложение на ботулинов токсин 2 седмици преди апликацията на филъра в области с усилена мускулна активност (39).
- спазване правилата на асептика и антисептика.

Табл. 1 Поведение при развитие на възли след употреба на дермални филтъри

Възли без признаци на възпаление	Възли с признаци на възпаление
Масаж в посока незасегнатите области Разграждане с: - Хиалуронидаза - Стерилна вода - Лидокаин - Физиологичен серум Евакуация (пункция, инцизия, аспирация) Интралезионални кортикостероиди	■ Флуктуирани - Инцизия, дренаж - Микробиологично изследване - Антибиотици (миноциклин 100 мг, кларитромицин 500 мг два пъти дневно за 6 седмици), флуорохинолони ■ Нефлуктуирани - Антибиотици - При липса на ефект след 2-3 дни - биопсия, аеробно и анаеробно микробиологично изследване - Антибиотици 4-6 седмици - Хиалуронидаза, хирургична ексцизия, лазер терапия

Папуло-пустулозни лезии

Наподобяват бактериална инфекция или акнеиформена ерупция и са наблюдавани след приложение на колаген (41), дермалоген (42), ХК (34) и поли-Л-млечна киселина (21). Касае се за стерилен фоликулит вследствие на притискане и оклузия на отворите на мастните или потните жлези от филтъра. Рядко персистира повече от няколко дни и преминава без последствия. Може да бъде предотвратен чрез силно масажирание след процедурата. Лечение с локални адстрингентни лосиони се провежда само при нужда. Описани са и случаи на обостряне на съществуващо акне след приложение на дермални филтъри (43). При много повърхностно инжектиране на филтъра в папиларната дерма той може да излезе през мастните жлези или да изглежда като папула (пустула). В тези случаи съдържанието се евакуира чрез пунктиране със стерилна игла (7).

Съдова оклузия

Това е най-тежкото усложнение при употребата на дермални филтъри, в повечето случаи резултат от операторски грешки. Среща се рядко (0,001%) (44) и може да се развие практически във всяка област, но поради особеностите на локалната съдова мрежа някои участъци са особено рискови. Това са глabeledата (която се кръво-

снабдява от малки клонове на супратрохлеарната и супраорбиталната артерия с ограничена колатерална циркулация), крилата на носа (при инжектиране на назолабиалната гънка) и устните. Най-често се засягат басейните на а. supratrochlearis, а. labialis superioris et inferioris, а. angularis, а. temporalis superficialis, а. nasalis dorsalis, а. nasalis lateralis. Описани са случаи на ретинална емболия и слепота след инжектиране в супратрохлеарната артерия, която е свързана с артерия офталмика (45), както и на белодробна емболия след вагинални корекции с хиалуронова киселина (46). Съдова оклузия може да се развие по три механизма – външна компресия на съда от оток или филър, директно инжектиране на филър в съда или разкъсването му с иглата. Артериалната и венозна оклузия се проявяват с различни признаци (Табл. 2). Белезите на венозна оклузия много наподобяват обичайните явления, които се развиват след процедурата (оток, хематом). Затова всички подобни оплаквания, които персистират повече от две седмици трябва да се ревизират, за да се отхвърли евентуален съдов инцидент.

Целта на лечението при настъпила съдова оклузия е да се възстанови колкото е възможно по-скоро кръвоснабдяването на съответната област (Табл. 3) (47). Ако по време на процедурата се развият някои от признаците

Табл. 2 Клинични прояви при артериална и венозна оклузия

Артериална оклузия	Венозна оклузия
- непосредствено или ранно побеляване с географски рисунък, силна до минимална болка - асимптомен еритем - разширяваща се ливидна ретикулирана плака - след 2-3 дни ливиден еритем - дълбока некроза	- късно начало след инжектиране на голямо количество филър в малък участък с венозна конгестия - тъпа, персистираща болка - оток, ливидно оцветяване - повърхностна некроза

на съдово засягане инжектирането се спира незабавно и се прави опит за аспирация на материала. Започва се интензивен масаж и областта се затопля с цел стимулиране на циркулацията. Локално се нанася нитроглицеринова паста 2%. Удачно е инжектирането на 10-30 Е хиалуронидаза (за област 2/2 см) след предварително тестване, независимо от вида на филтъра, тъй като препаратът има и противооточен ефект (48). Започва се ежедневен прием на 325 мг аспирин за предотвратяване на тромбообразуването. При употреба на перманентни и полуперманентни филтри някои автори препоръчват прием на фосфодиестераза тип 5 инхибитори - силденафил (Viagra) 50 мг веднъж дневно 3-5 дни с цел стимулиране на вазодилатацията (49). Може да се нанасят локално два пъти дневно кислород-съдържащи кремове, а при по-тежки случаи се обсъжда хипербарна оксигенация (45, 50). При нужда в засегнатата област може да се инжектира дълбоко субкутанно нискомолекулярен хепарин, а при силен и персистиращ оток да се назначи и метилпреднизолон (51). При белези за начеваща или вече развита се некроза се препоръчват локални и/или системни антибиотици, хирургична обработка на лезията, хидроколоидни превръзки, емолиенти, епителизиращи средства и хипербарна оксигенация. Описани са случаи на добро повлияване на кожните лезии, без остатъчни явления, след локално инжектиране на стволови клетки от мастна тъкан. Те стимулират ангиогенезата и фибробластната пролиферация и секретират растежни фактори, които ускоряват възстановителните

процеси (52).

Профилактиката на съдовите инциденти включва (53):

- добро познаване на анатомичните особености на съответната област;
- аспирация преди и непрекъснато движение на иглата по време на инжектиране;
- работа с канюли;
- малки количества и серийни убощдания в рисковите области;
- в областта на глабелата - повърхностно и медиално инжектиране, притискане началото на супратрохлеарните съдове със свободната ръка;
- подходяща техника, захващане на кожна гънка със свободната ръка;
- използване на по-малко вискозни филтри с ХК в рисковите области или предварително смесване на филтъра с 0, 3 мл лидокаин за намаляване на вискозитета;
- използване на локални анестетици с адреналин, лед;
- използване на по-малки игли (30-32G), когато е възможно;
- наблюдение на пациента 30-60 мин след процедурата.

Заклучение

Независимо от солидния профил на безопасност на дермалните филтри употребата им е свързана с реална възможност от възникване на усложнения, които могат да бъдат редуцирани, но не и напълно елиминирани. Всички лекари, практикуващи естетична медицина трябва да ги познават толкова добре, колкото и

Табл. 3 Алгоритъм за поведение при съдови инциденти вследствие приложение на дермални филтри

1. Незабавно преустановяване на инжектирането.
2. Масажиране на засегнатата област.
3. Поставяне на горещи компреси.
4. Равномерно нанасяне на нитроглицеринова паста върху засегнатия участък и 3 см около него под оклузия; престой 12 часа и отстраняване за 12 часа, като цикълът се повтаря до настъпване на клинично подобрение.
5. При липса на ефект от нитроглицерина инжектиране на хиалуронидаза след предварително тестване. Подобрение настъпва след 24 часа, а пълно възстановяване след няколко дни.
6. Инжектираненанискомолекулярен хепарин (5000 Е/дневно, дълбоко подкожно, с ротация на местата на инжектиране до настъпване на подобрение).
7. Наблюдение и обработка на раната.
8. Лечение на развилите се cicatrices.

свойствата на продуктите, инжекционните техники и методи и анатомичните особености на третираните области. Това гарантира точната и навременна диагноза на настъпилите неблагоприятни явления, адекватното им лечение и предотвратяване на възможни трайни последици.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. American Society for Aesthetic Plastic Surgery 2008 Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics. At: <http://www.surgery.org/sites/default/files/2008stats.pdf>
2. Andre P. Evaluation of the safety of a nonanimal stabilized hyaluronic acid (NASHA-Q-Medical, Sweden) in European countries: a retrospective study from 1997 to 2001. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18:422-425.
3. Godin MS, Majmundar MV, Chrzanowski DS, Dodson KM. Use of Radiesse in combination with Restylane for facial augmentation. Arch Facial Plast Surg 2006; 8: 92-97.
4. Reig JA, Garcia-Himenez V. Delayed immune-mediated adverse effects related to hyaluronic acid and acrylic hydrogel dermal fillers: clinical findings, long-term follow up and review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22: 150-161.
5. Niamtu J. Whengoodfillersgobad. At: <http://plasticsurgerypractice.com/2009>.
6. Lowe NJ. Temporary dermal fillers – European experiences. In Lowe NJ, editor. Textbook of facial rejuvenation. London: Martin Dunitz/Taylor and Francis; 2002. p. 177-188.
7. Lemperle G, Rullan P, Gauthier-Hazan N. Avoiding and treating dermal filler complications. Plast Reconstr Surg 2006; 118 (3S): 92-107.
8. Lemperle G, Gauthier-Hazan N, Lemperle M. PMMA microspheres (Artecoll) for skin and soft tissue augmentation. Part II: Clinical investigations. Plast Reconstr Surg 1995; 96: 627-634.
9. Orentreich DS. Liquid injectable silicone: techniques for soft tissue augmentation. Clin Plast Surg 2000; 27: 595-612.
10. Pons-Guiraud A. Reactions d'ipersensibilite retardee aux implants de collagene bovine. Etude sur 810 patients. Nouv Dermatol 1992; 11: 422-427.
11. Elson ML. Soft tissue augmentation. A review. Dermatol Surg 1995; 21: 491-500.
12. Overholt MA, Tschien JA, Font RL. Granulomatous reaction to collagen implant: light and electron microscopic observations. Cutis 1993; 51:95-98.
13. Klein AW. Collagen substances. Facial Plast Surg Clin North Am 2001; 9:205-218.
14. Mullins RJ, Richards S, Walker T. Allergic reactions to oral, surgical and topical bovine collagen. Anaphylactic risk for surgeons. Aust N Z J Ophthalmol 1996; 24:257-260.
15. Hirsch RJ, Narurkar V, Carruthers J. Management of injected hyaluronic acid induced Tyndall effects. Lasers Surg Med. 2006;38:202-204.
16. Rzany B, Zielke H. Complications. In: de Maio M, Rzany B. Injectable Fillers in Aesthetic Medicine. 1st ed. New York: Springer; 2006:67-77.
17. Knapp TR, Kaplan EN, Daniels JR. Injectable collagen for soft tissue augmentation. Plast Reconstr Surg 1977; 60: 398-405.
18. Ashinoff R. Overview: soft tissue augmentation. Clin Plast Surg 2000; 27:479-487.
19. Bigata X, Ribera M, Bielsa I, Fernandez C. Adverse granulomatous reaction after cosmetic dermal silicone injection. Dermatol Surg 2001;27:198-200.
20. Lupton JR, Alster TS. Cutaneous hypersensitivity reaction to injectable hyaluronic acid gel. Dermatol Surg 2000; 26:135-137.
21. de Boule K. Management of complications after implantation of fillers. J Cosm Dermatol 2004; 3:2-15.
22. Duffy DM. Complications of fillers: Overview. Dermatol Surg 2005; 31 (11) Part 2:1626-1633.
23. Klein AW. Skin filling. Collagen and other injectables of the skin. Dermatol Clin 2001; 19: 491-508.
24. Hopkins JMJ. Filler complications. J Am Acad Dermatol 2010; 63 (4): 703-705.
25. Berlin A, Cohen JL, Goldberg DJ. Calcium hydroxylapatite for facial rejuvenation. Semin Cutan Med Surg 2006;25:132-137.
26. Parada MB, Michalini NS, Hassun KM, Bagatin E, Talarico S. A histologic study of adverse effects of different cosmetic skin fillers. Skinmed 2005; 4: 345-349.
27. Lemperle G, Romano J, Busso M. Soft tissue augmentation with Artecoll: 10 year history, indications, techniques and complications. Dermatol Surg 2003; 29: 573-587.

28. Kusin S, Lippitz J. Skin fillers. *Dis Mon* 2009;55:236-256.
 29. Brody HJ. Use of hyaluronidase in the treatment of granulomatous hyaluronic acid reactions or unwanted hyaluronic acid misplacement. *Dermatol Surg* 2005; 31:893-897.
 30. Wang JY, Roehrl MH. Glucosaminoglycans are a potential cause of rheumatoid arthritis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2002; 29:14362-14367.
 31. Fillion MC, Philips NC. Pro-inflammatory activity of containing DNA in hyaluronic acid preparations. *J Pharm Pharmacol* 2001; 53:556-561.
 32. Fukui M, Whittlesley K, Metcalfe DD, Dastyh J. Human mast cells express the hyaluronic acid binding isoform of CD 44 and adhere to hyaluronic acid. *Clin Immunol* 2000; 94: 173-178.
 33. Bussamara MV, Bagatin E, Hassun KM, Talarico S. Adverse effect of soft tissue augmentation with hyaluronic acid. *J Cosmet Dermatol* 2005; 4: 184-186.
 34. Friedman PM, Mafong EA, Kauvar AR, Geronemus R. Safety data of injectable nonanimal stabilized hyaluronic acid gel for soft tissue augmentation. *Dermatol Surg* 2002; 28:491-494.
 35. Requena L, Requena C, Christensen L, Zimmermann US, Kutzner H, Cerroni L. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64 (1):1-34.
 36. Leonhardt JM, Lawrence N, Narins RS. Angioedema acute hypersensitivity reaction to injectable hyaluronic acid. *Dermatol Surg*. 2005;31:577-579.
 37. Klein AW. Re: hypersensitivity reactions to injectable hyaluronic acid: reality or fiction. *Dermatol Surg*. 2005;31:1745.
 38. Sciafani A, Fagien S. Treatment of injectable soft tissue filler complications. *Dermatol Surg* 2009; 35 (S2):1672-1680.
 39. Lemperle G. Treatment options for dermal filler complications. *Aesthetic Surg J* 2006; 26:356-364.
 40. Lowe J, Maxwell C, Patnaik R. Adverse reactions to dermal fillers: review. *Dermatol Surg* 2005; 31:1616-1625.
 41. Kemer FM, Churukian MM. Clinical use of injectable collagen. A three year retrospective review. *Arch Otolaryngol* 1984; 110: 93-98.
 42. Alster TS, West TB. Human derived and new synthetic injectable materials for soft tissue augmentation: current status and role in cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105:2515-2525.
 43. Hanke C, Stegman S, Swanson N et al. Abscess formation and local necrosis following treatment with Zyderm and Zyplast collagen implant. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25:319-326.
 44. Narins R, Jewell M, Rubin M, Cohen J, Strobos J. Clinical conference: Management of rare events following dermal fillers- focal necrosis and angry red bumps. *Dermatol Surg* 2006; 32 (3):426-434.
 45. Silva MT, Curi M. Blindness and total ophtalmoplegia after aesthetic polymethylmetacrylate injection: case report. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62: 873-874.
 46. Park HJ, Jung KH, Kim SY, Lee JH et al. Hyaluronic acid pulmonary embolism: a critical consequence of an illegal cosmetic vaginal procedure. *Thorax* 2010;65:360-36.
 47. Glaich A, Cohen J, Goldberg L. Injection necrosis of the glabella: Protocol for prevention and treatment after use of dermal fillers. *Dermatol Surg* 2006; 32 (2):276-281.
 48. Johnson C, Hallgren R, Elvin A et al. Hyaluronidase ameliorates rejection-induced edema. *Transpl Int* 1999; 12 (4):235-243.
 49. Beer K, Downie J, Beer J. A treatment protocol for vascular occlusion from particulate soft tissue augmentation. *J Clin Aesthet Dermatol* 2012; 5 (5): 44-47.
 50. Georgescu D, Jones I, McCann J, Anderson R. Skin necrosis after calcium hydroxylapatite injection into the glabellar and nasolabial folds. *Ophtal Plast Reconstr Surg* 2009; 25 (6):498-499.
 51. Schanz S, Schippert W, Ulmer A et al. Arterial embolization caused by injection of hyaluronic acid (Restylane). *Br J Dermatol* 2002; 146: 928-9.
 52. Sung HM, Suh SI, Lee HB, Tak KS et al. Case reports of adipose derived stem cell therapy for nasal skin necrosis after filler injection. *Arch Plast Surg* 2012; 39 (1): 51-54.
 53. Bailey S, Cohen J, Kenkel J. Etiology, prevention and treatment of dermal filler complications. *Aesthet Surg J* 2011; 31 (1):110-21.
- Arch Pathol Lab Med. 2011 Mar;135 (3):300-6. Review.

Неразгадаемото наистина съществува. Зад тайните на природата остава нещо неуловимо, неосезаемо и необяснимо. Благоговението пред тази сила, надхвърляща възможностите на нашия разум, е моята религия. “

Алберт Айнщайн.

КАКВА Е ВАШАТА ДИАГНОЗА - ДЕРМАТОСКОПСКА И ХИСТОПАТОЛОГИЧНА КОРЕЛАЦИЯ

И. Бакърджиев¹, И. Красналиев²

¹ Медицински Колеж, Медицински Университет- Варна

² Катедра по обща и клинична патология, Медицински Университет- Варна

Резюме

Представя се 38 год. жена с множество пигментни лезии в областта на гърба. През последните 4 месеца в една от лезиите в лявата скапуларна област забелязала поява на кафеникаво оцветяване. Фамилно необременена. Минали заболявания отрича. Не приема медикаменти.

Дерматологичен статус: В посочената област се наблюдава кафеникава макула с ясно изразени граници, диаметър 5, 9 x 6, 1 мм, овална форма и ексцентрично разположена тъмно кафеникава пигментация в единия край на лезията. До нея се наблюдава сателитна тъмно кафеникава макула с овална форма и диаметър 3x3 мм.

Дерматоскопско изследване: Дерматоскопското изследване с поляризирана светлина установи тънки ретикуларни линии предимно в периферията, ексцентрична тъмно кафеникава хиперпигментация, черни точки, васкуларни структури под формата на точки и линии, както и хипопигментни безструктурни участъци предимно в центъра на лезията. Дерматоскопското изследване на сателитната лезия показва тънки ретикуларни линии, единични черни точки, дискретно изразени кръгове и централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация. Беше извършена оценка със следните методи: ABCD (клинично и дерматоскопски), Menzies method, 7- point check list, risk level, алгоритмичен метод за прецизна диагноза. На базата на клиничната картина и дерматоскопското изследване бяха поставени следните диагнози: Dysplastic nevus, melanoma in situ и lentigo solaris (сателитна лезия).

Лечение: Извършена беше елиптична екцизия с последващо хистопатологично изследване. Обсъждат се клиничната, дерматоскопската и хистопатологична корелация.

Ключови думи: дерматоскопия, dysplastic nevus, melanoma in situ, lentigo solaris, хистопатологична корелация

Адрес за кореспонденция: д-р И. Бакърджиев, дм, Медицински Колеж, Медицински Университет, Варна, бул. Цар Освободител 84
e-mail: varna2008@gmail.com

WHAT IS YOUR DIAGNOSIS – DERMOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL CORRELATION

Bakardzhiev I.¹, Krasnaliev I.²

¹ Medical College, Medical University of Varna

² Department of General and Clinical Pathology, Medical University of Varna

Abstract

A 38 year old woman with multiple pigmented lesions in the back. During the last 4 months in one of the lesions in the left scapular area she noticed the appearance of brown discoloration. No family history for any disease. The patient denies any past medical history. She is not taking any medication.

Physical examination: The area of the lesion is a brown coloured macula with clear and well determined borders, diameter of 5. 9 x 6. 1 mm, oval shape and excentric deep brown pigmentation on one side of the lesion. Close to it is observed a satelite dark brown macula with oval shape and diameter of 3mm x 3mm

Dermatoscopy: The dermatoscopic exhamination with polarized light determined thin reticular lines, located predominantly in the peripheral area, excentric deep brown hyperpigmentation, black dots, vascular pattern (dots and lines) as well as hypopigmented structures predominantly at the centre of the lesion. The dermatoscopy of the satellite lesion showed thin reticular lines, single black dots, discrete circles and centrally located dark brown hyperpigmentation. The clinical evaluation was performed using the following methods: ABCD (clinically and dermatoscopically), Menzies method, 7-point check list, risk level, algorithmic method for accurate diagnosis. Based on the clinical presentation and the deramtoscopy the following diagnoses were established: Dysplastic nevus, melanoma in situ and lentigo solaris (satellite lesion)

Treatment: Elliptical excision was performed, followed by a histopathological examination. The clinical, dermatoscopic and histopathologic correlation come under review.

Key words: dermatoscopy, dysplastic nevus, melanoma in situ, lentigo solaris, histopathologic correlation

Address for coresspondence: Bakardzhiev I., MD, Ph D, Medical College, Medical University of Varna, 84, Tzar Osvoboditel str., Varna, Bulgaria

e-mail: varna2008@gmail. com

Описание на случая

Представя се 38 год. жена с множество пигментни лезии в областта на гърба. През последните 4 месеца в една от лезиите в лявата скапуларна област забелязала поява на кафеникаво оцветяване. Фамилно необременена спрямо наличието на кожни тумори. Минали заболявания отрича. Не приема медикаменти.

Дерматологичен статус:

В посочената област се наблюдава кафеникава макула с ясно изразени граници, диаметър 5, 9 x 6, 1 мм, овална форма и ексцентрично разположена тъмно кафеникава пигментация в единия край на лезията. До нея се наблюдава сателитна тъмно кафеникава макула с овална форма и диаметър 3x3 мм. (Фиг. 1)



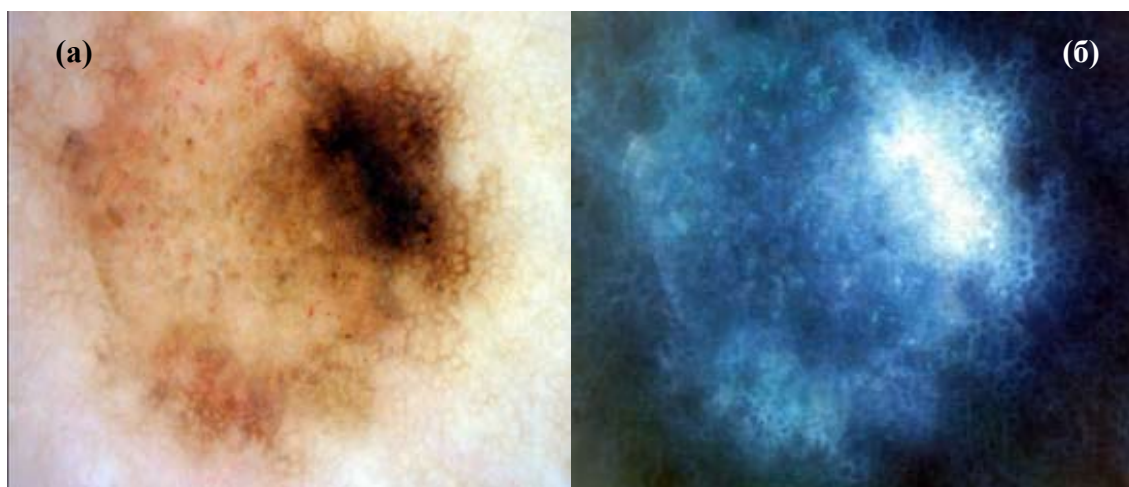
Фиг. 1 Кафеникава макула с ясно изразени граници с ексцентрично разположена хиперпигментация и сателитна лезия в лява скапуларна област

Дерматоскопско изследване:

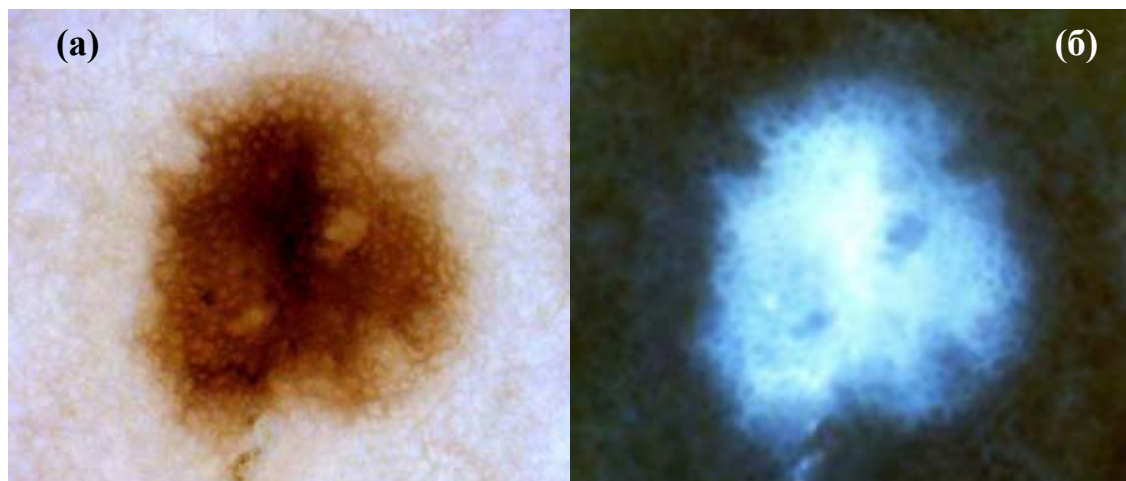
Дигиталното дерматоскопско изследване с поляризирана светлина установи тънки ретикуларни линии предимно в периферията, ексцентрична тъмно кафеникава хиперпигментация, черни точки, васкуларни структури под формата на точки и линии, както и хипопигментни безструктурни участъци предимно в центъра на лезията (Фиг. 2). Дерматоскопското изследване на сателитната лезия показва тънки ретикуларни линии, единични черни точки, дискретно изразени кръгове и централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация (Фиг. 3). При компютърно инвертиране на образа някои от структурите се визуализират по-добре (Фиг. 2 б, Фиг. 3 б)

Дерматоскопска интерпретация

Беше извършена оценка със следните методи: ABCD клинично (поради малкия размер на лезията клинично не може да се интерпретира точна диагноза). ABCD дерматоскопски - общ брой точки = 5; между 4, 8 - 5, 5 брой точки лезията е суспектна за меланом (6, 7). Menzies scoring method - лезията е позитивна за меланом (5); 7- point check list (общ брой точки = 4, >3 меланом (1); risk level- medium (2). Алгоритмичен метод за прецизна диагноза - наличието на повече от един структурни елементи, асиметрия на структурите, повече от един цвят могат да бъдат интерпретирани



Фиг. 2 (а) Тънки ретикуларни линии предимно в периферията, ексцентрична тъмно кафеникава хиперпигментация, черни точки, васкуларни структури под формата на точки и линии, както и хипопигментни безструктурни участъци предимно в центъра на лезията. **(б)** Компютърно инвертиран образ



Фиг. 3 Сателитна лезия. (а). Тънки ретикуларни линии, единични черни точки, дискретно изразени кръгове, централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация и фестонирани ръбове. (б) Компютърно инвертиран образ

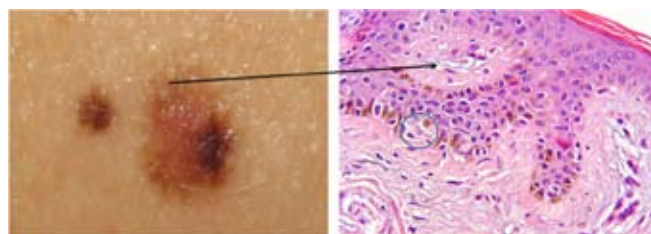
като *Melanoma malignum*. Екцентрично разположената хиперпигментация, тънките ретикуларни линии, предимно в периферията и повече от един цвят на лезията могат да бъдат интерпретирани като *Dysplastic nevus* (Clark nevus)/*Melanoma in situ*. Сателитна лезия – наличието на повече от един цвят, тънки ретикуларни линии, единични черни точки и централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация, са характерни за *Dysplastic nevus* (Clark nevus). Дискретно изразените кръгове и наличието на ярко изразени фестонирани ръбове (scalloped) са в полза на дерматоскопска диагноза *lentigo solaris* (3, 4, 14).

Лечение:

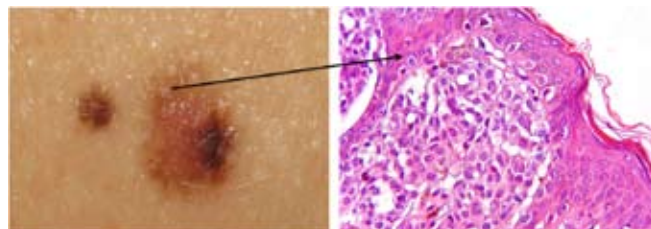
Извършена беше елиптична екцизия с последващо хистопатологично изследване.

Хистологично изследване

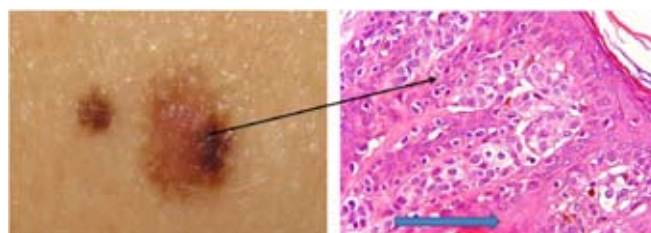
В периферията единични и гнезда от меланоцити по върха на *rete ridges* и дермо-епидермалната граница, леко изразени белези на цитологичен атипизъм, концентрична дермална фиброза и сливане на дермални папили, (Фиг. 4); в центъра – гранична активност без пейджетоиден растеж (Фиг. 5), *lace-like* акантоза (Фиг. 6), дермална компонента от гнезда и конфлуиращи повлекла от меланоцити с леко изразени белези на атипизъм, огнищно нарушена матурация; без митотична активност и лимфоцитна инфилтрация (Фиг. 7)



Фиг. 4 Периферия - единични гнезда от меланоцити по върха на *rete ridges* и дермо-епидермалната граница, леко изразени белези на цитологичен атипизъм, концентрична дермална фиброза и сливане на дермални папили, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

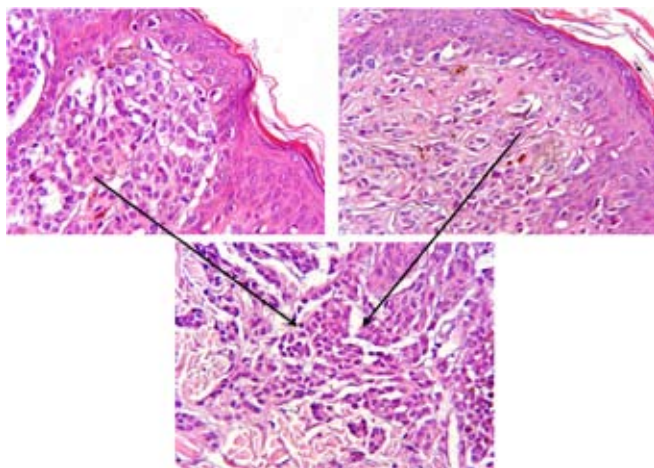


Фиг. 5 Гранична активност без пейджетоиден растеж към горните слоеве на епидермиса, *lace-like* акантоза, дермална компонента от гнезда и конфлуиращи повлекла от меланоцити с леко изразени белези на атипизъм, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.



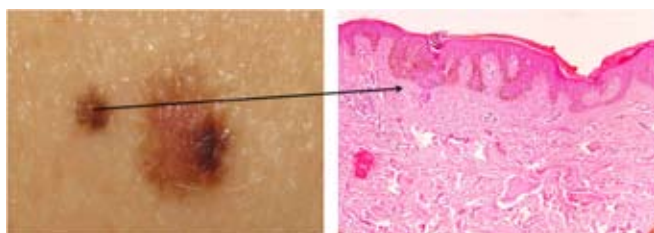
Фиг. 6 *Lace-like* акантоза, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

Малка сателитна лезия – кожа и подкожие с малък участък с удължени, club shaped *rete ridges*, повишен брой единични меланоцити в общо пигментиран базален слой, (Фиг. 8),

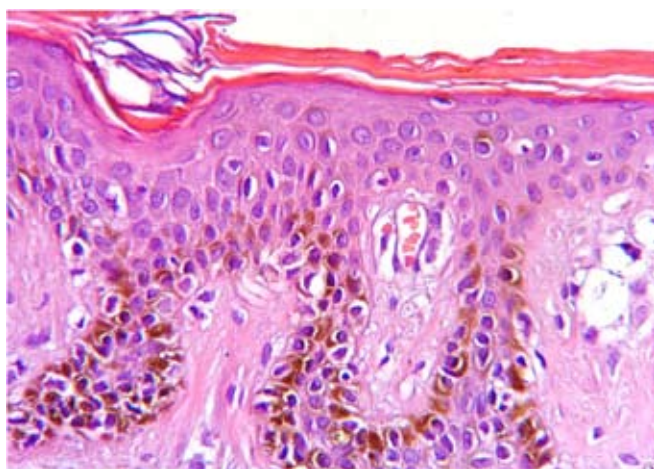


Фиг. 7 Изразена матурация - меланоцитите в базата на лезията (долу) са по-малки от меланоцитите в гнездата и повлелката горе. В други участъци тя е леко нарушена, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

участъци със сливане на дермални папили, без дермална компонента, без сигнификантен атипизъм (Фиг. 8) – морфологична картина на лентиго.



Фиг. 8 Малка сателитна лезия - акантоза, леко изразена хиперкератоза, club-shaped rete ridges, огнищно сливане на дермални папили, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 10.



Фиг. 9 Пролиферация на единични меланоцити в дермо-епидермалната граница без сигнификантен цитологичен атипизъм; без пейджетоиден растеж, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

Дискусия

Проблематичните меланоцитни лезии са широко дискутирани в литературата. Причините за това наложени от практиката са няколко: коректна диагноза на меланомите, които могат да наподобяват бенигнени невуси, диагнозата на бенигнени невуси, които могат да наподобяват меланоми и разбирането на концепцията за наличие на меланоцитни тумори с неясен биологичен потенциал и суперфициални атипични меланоцитни пролиферации с неясно значение (8, 11). Приемането на концепцията за „несигурност“ (uncertainty) се налага от липсата на универсално приети критерии (10, 12). Неоспорим е фактът, че съществуват „трудни“ лезии, които не покриват всички използвани критерии. Съществуват разногласия в мнението на експертите по немалък брой от проблематичните случаи. Несъгласието между експертите (20%) е съсредоточено основно в диагнозата на Spitz невусите при възрастни и Spitzoid меланомите, където достига 35-40% (16). Това показва че несигурността трябва да бъде приета, осмислена и вербално експресирана, като това може да промени последващите лечебни режими и мероприятия, като например по-широка ексцизия в приетите граници и/или сентинелна лимфна дисекция (9). Много обсъждана е и терминологията, чрез която се вербализира несигурността, въпрос от изключителна важност в комуникацията между патолог и клиник. В литературата се откриват множество термини, които имплицират само едно – несигурност - Atypical nevus, Clark's nevus, B-K mole, Nevus with architectural disorder, Nevus with atypical melanocytic hyperplasia, MELTUMP (Melanocytic Tumor of Uncertain Malignant Potential) – туморогенна лезия с възможност за локален рецидив и метастазиране, SAMPUS (Superficial Atypical Melanocytic Proliferation of Uncertain Significance) – нетуморогенна лезия с възможност за локален рецидив (11, 13, 16, 17). Необходимо е да се осмислят понятия като „гранична лезия“, „нисък малигнен потенциал“ и „неясен малигнен потенциал“ (Borderline lesion, Low Malignant Potential, Uncertain Malignant Potential) (19). Това е възможно само ако се приеме концепцията за меланоцитната туморна прогресия – меланоцит (стабилен, с възможност за реактивна

пролиферация), невус (лимитирана туморна пролиферация), дисплазия (меланоцитна атипия + нарушение в архитектурата), radial growth phase (не-туморогенна необратима пролиферация), vertical growth phase (туморогенен меланом). Граничната лезия може да бъде биологично гранична в интермедиерна позиция в прогресията и диагностично гранична – лезии при които отсъстват някои от строгите диагностични критерии. Вероятно много от тези лезии не са биологично гранични – те са или бенигни или малигнени (15). Лезии с нисък малигнен потенциал – присъства думата малигнен, но обикновено са с добра прогноза. Лезии с неясен малигнен потенциал – по-широк термин, който включва биологично и/или диагностично гранични лезии – това е зоната с най-голямо разминаване между експертите (10). Следва да се отбележи, че това се отнася само за проблематичните лезии. В болшинството от случаите, в двата края на биологичния и диагностичен континиум диагнозата на пигментните лезии в ежедневната практика се поставя бързо, точно и без експертни разногласия. Според нас изборът на терминология е въпрос на екипен подход след задълбочено обсъждане на всички клинични, дерматоскопски и морфологични данни. По-важно е не как ще се нарече конкретната лезия, а разбирането къде е тя по пътя на прогресията.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De Giorgi V, Sammarco E, Delfino M. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. *Arch Dermatol*. Dec 1998;134 (12):1563-70.
2. Kenet RO, Fitzpatrick TB. Reducing mortality and morbidity of cutaneous melanoma: a six year plan. B). Identifying high and low risk pigmented lesions using epiluminescence microscopy. *J Dermatol*. Nov 1994;21 (11):881-4.
3. Kittler H, Rosendahl C, Cameron A, Tschandl P. *Dermatoscopy: An Algorithmic method based on pattern analysis*, 2011
4. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions: I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1987; 17: 571-83.
5. Menzies SW. A method for the diagnosis of primary cutaneous melanoma using surface microscopy. *Dermatol Clin* 19:299-305, 2001
6. Stolz W, Riemann A, Armand B, et al. ABCD rule of dermatoscopy: a new practical method for early recognition of melanoma. *Eur J Dermatol* 1994; 4: 521-27.
7. Nachbar F, Stolz W, Merkle T, et al. The ABCD rule of dermatoscopy: high prospective value in the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 30: 551-59.
8. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, Kopf AW, Polsky D. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA*. 2004 Dec 8;292 (22):2771-6.
9. Scolyer RA, Murali R, McCarthy SW, Thompson JF. . Histologically ambiguous ("borderline") primary cutaneous melanocytic tumors: approaches to patient management including the roles of molecular testing and sentinel lymph node biopsy. *Arch Pathol Lab Med*, 2010 Dec;134 (12):1770-7.
10. Cerroni L, Barnhill R, Elder D, Gottlieb G, Heenan P, Kutzner H, LeBoit PE, Mihm M Jr, Rosai J, Kerl H. Melanocytic tumors of uncertain malignant potential: results of a tutorial held at the XXIX Symposium of the International Society of Dermatopathology in Graz, October 2008. *Am J Surg Pathol*. 2010 Mar;34 (3):314-26.
11. Cerroni L, Kerl H. Tutorial on melanocytic lesions. *Am J Dermatopathol*. 2001 Jun;23 (3):237-41.
12. Burkhart CG. Dysplastic nevus declassified: even the NIH recommends elimination of confusing terminology. *Skinmed* 2003 Jan-Feb;2 (1):12-3.
13. Elder DE, Xu X. The approach to the patient with a difficult melanocytic lesion. *Pathology*. 2004 Oct;36 (5):428-34.
14. Andrea Gulia, Cesare Massone, Advances in dermoscopy for detecting melanocytic lesions'F1000 Med Rep. 2012; 4: 11.
15. Stanley W. McCarthy, Richard A. Scolyer, Pitfalls and Important Issues in the Pathologic Diagnosis of Melanocytic Tumors *Ochsner J*. 2010 Summer; 10 (2): 66-74.
16. Requena C, Botella R, Nagore E, Sanmartín O, Llobart B, Serra-Guillén C, Guillén C, Requena L, Traves V. Characteristics of spitzoid melanoma and clues for differential diagnosis with spitz nevus. *Am J Dermatopathol*. 2012 Jul;34 (5):478-86.
17. Hagstrom WJ Jr, Faibisoff B, Soltani K, Robson MC. Dysplastic nevus syndrome (B-K mole syndrome). *Plast Reconstr Surg*. 1983 Feb;71 (2):219-24.
18. Abraham RM, Ming ME, Elder DE, Xu X. An atypical melanocytic lesion without genomic abnormalities shows locoregional metastasis. *J Cutan Pathol*. 2012 Jan;39 (1):21-4.
19. Zembowicz A, Scolyer RA. Nevus/Melanocytoma/Melanoma: an emerging paradigm for classification of melanocytic neoplasms? *Arch Pathol Lab Med*. 2011 Mar;135 (3):300-6. Review.

ПЕРСПЕКТИВИ ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПОДГОТОВКА НА МЕДИЦИНСКИЯ КОЗМЕТИК

Д. Димитрова

Медицински колеж, Медицински университет - Варна

Адрес за кореспонденция: Д. Димитрова, бул. Цар Освободител 84, Варна, Медицински колеж, Медицински университет - Варна

e-mail: d_stbg@abv.bg

Първите сведения за козметиката датират от 3100 - 2970 г. пр. Хр. По време на разкопки в Египет са открити първите кремове за лице и боя от антимон и сажди. Римският философ Платон Роман (254-184 г. пр. Хр.) дори пише: "Една жена без грим е като храна без сол". Хората, които са се занимавали с това са били обучавани дълги години и са научавали тайните на красотата по наследство или чрез добре пазени рецепти. Козметологията като функционална и приложна наука започва своето развитие в края на 19 век. Целта ѝ е да помага на хората да се чувстват по-красиви и по-уверени, като подчертава даденостите или скрива недостатъците на тялото. Днес козметиката е индустрия с бързо развиващи се отрасли, свързана не само с красотата, но и със здравето на хората и прекарване на свободното време. С развитието на медицината, фармацията и технологиите се даде тласък на комерсиализацията на козметични услуги. Пазарът налага все по-високи изисквания както към качеството на козметичните продукти, така и към лицата, които предоставят козметични грижи. Подготовката на предоставящите козметични услуги обикновено се вмества на фирмите-производители на козметични продукти и апаратура, но това вече не е достатъчно и рентабилно.

В последно време общообразователната и целенасочена подготовка, свързана с холистично отношението към красотата и здравето намира все по-голямо разбиране сред образователните институции. С Наредба №8/5.02.2010 на Министерството на образованието, младежта и науката (МОМН) се регламентираха държавните образователни изисквания за придобиване на професията „Козметик“. С нея се систематизира

общата, отрасловата и специфичната задължителна професионална подготовка. Тази наредба определя и входящото образователно равнище, профилът на професията, целите на обучението, оценяването по време и при завършване на обучението. Професионалното направление е „Фризьорски и козметични услуги“ (код 815), наименование на професията „Козметик“ (код 815020) и втора степен на професионална квалификация (код 8150201). Обзорът върху трудовите дейности (задачи) и професионалните компетенции заложи в държавните образователни изисквания (ДОИ) на МОМН дава основание да се твърди, че те са насочени в няколко направления: консултиране на клиента, диагностика на кожата, извършване на основни козметични процедури (почистване, ексфолиация, екстракция, апликация на козметични продукти, масаж). Това са основни козметични процедури и знания за продуктите и методите, използвани в козметичната практика, видовете козметични грижи за кожата на тялото и лицето.

От друга страна, организирането на козметични курсове, дори и в лицензирани центрове не може да задоволи съвременните потребности от квалифицирани козметици. Една от причините е липсата на единни стандарти за обучение и критерии за контрол върху подготовката на курсистите.

Специализацията в областта на общата козметика налага потребността от профилирани знания и умения. Медицинската козметика заема все по-голям дял от терапевтичния арсенал в дерматологията и грижите за кожата. Това предполага нов поглед върху образованието на лицата, които ще предоставят консултативни и козметични услуги самостоятелно или в

екип със други медицински специалисти. Така възниква необходимостта да се въведе обучение по специалност „Медицинска козметика“ в Медицински колеж – София, а от 2011 година и в Медицински колеж - Варна. Образователната степен е “професионален бакалавър”, а срокът на обучение 3 години (6 семестъра, от който последния семестър е преддипломен стаж). Новото образователно равнище и медицинското профилиране разширява обема от знания и умения на студентите. Медицинският козметик може да работи в козметично студио, самостоятелно или в екип в салон или център за красота, в дерматологични, дермато-козметични и физикално-терапевтични центрове, в клиники по пластична (естетична, козметична) хирургия, аптеки, дрогерии и парфюмерии, балнео-, уелнес-, спа- и таласо-терапевтични центрове, домашно базирани козметични услуги и др. Той може да бъде маркетинг продажби на козметични и балнеологични компании, брачни, TV и имидж консултанти, преподавател по практика в Професионалните гимназии по козметика, в Регионалните занаятчийски камари.

Новите тенденции в обучението на козметиците намират отражение в основната учебна документация за специалността в Медицинския колеж във Варна. Структурата на учебния план за „Медицински козметик“ е съобразен с единните държавни изисквания за Медицинските колежи по регулираните професии. Това предполага практическото обучение да бъде не по-малко от 51% от общия хорариум, преддипломния стаж е 600 часа, а всяка дисциплина да включва лекционни и практически форми за обучение. В задължителните учебни дисциплини акцентът е поставен върху фундаменталните знания за човешката физиология и здраве, върху медицинските аспекти на козметичните грижи и новостите в областта на козметологията, дерма-

тологията, пластичната и естетична хирургия. В съгласие със ЗВО на студентите се дава възможност да включат в обучението си избираеми и факултативни дисциплини в зависимост от предпочитанията си и личните си професионални интереси. Трите основни направления върху които се полагат и държавните изпити са: дерматология и венерология; медицинска козметика (практически и теоретичен изпит), физикална и мануална терапия. Общия хорариум от задължителните учебни дисциплини и практическото обучение възлиза на 2625 час и 180 кредита. Това напълно отговаря на световните изисквания за акредитация (CIDESCO), където се изискват не по-малко от 1200 часа практическо и теоретично обучение, последвано от 600 часа самостоятелна практика.

Тенденцията обучението на медицински козметици да се осъществява в сферата на висшето медицинско образование е научно и практически обоснована и икономически релевантна. Изискването, преподавателите по основните дисциплини да са хабилитирани лица, гарантира иновацията на преподаваните знания. Системата на контрол и проверка във Висшето училище обезпечава качеството на подготовката.

Дипломираният медицински козметик е най-високото ниво (на този етап) на професионална и практическа подготовка. Това предполага повисоко качество на предоставяните козметични и услуги и процедури, повече надеждност в медицинските козметични манипулации. Желанието да бъде обслужен от дипломиран специалист със медицински познания и отлична практическа подготовка е естествен стремеж на всеки потенциален клиент. Затова усилията на професионалистите в областта на медицинската козметика трябва да бъдат насочени към извеждането ѝ от сферата на занаятите и поставянето ѝ наред с другите медицински професии.

РЕЗЮМЕТА

ОТ 6-ТАТА НАЦИОНАЛНА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ

ПРОЛЕТНИ ВАРНЕНСКИ ДЕРМАТОЛОГИЧНИ ДНИ



Отляво надясно: проф. д-р Красимир Иванов, дмн - Ректор на Медицински университет Варна, доц. д-р Димитър Господинов, дм - декан на Медицински университет Плевен, доц. д-р Георги Пехливанов, дм, председател на Организационния комитет

СЪВРЕМЕННИ ИНЖЕКЦИОННИ ТЕХНИКИ ЗА ПОДМЛАДЯВАНЕ НА ЛИЦЕТО

А. Алесандрини, Рим, Италия

При прилагането на възможните терапевтични действия, насочени към коригиране на несъвършенствата на лицето никога не трябва да губим от поглед три основни неща: минимална инвазивност, съвместимост и безопасност на терапевтичните средства, естествен резултат. Терапевтичната програма в нейната комплексност предвижда преди всичко действия за подобряване на качеството на кожата (текстура, пигментация, еластичност, хидратация) и едва след това корекция на бръчки и възстановяване на обема.

Преструктурирането на кожата може да бъде постигнато например чрез синергизъм на минимално инвазивното аблационно действие на фракционирани лазери (CO₂ или Erbium) с репаративното и регенеративно действие на натуралната био-интерактивна хиалуронова киселина и тромбоцитните фактори на растежа.

Втората стъпка ще бъде корекцията на бръчки и обеми. Ще използваме главно ботулинов токсин за горната третина на лицето, но ще прибегнем към съществуващите последно поколение от резорбируеми филтри и в редки случаи към полимлечна киселина или към трикалциев фосфат за средата и долната третина (зоната на скулите, назолабиалните гънки, устните, зоната около устните и брадичката).

Много е важна правилната оценка на физиономията в ортостатична позиция, било статична, било динамична, за да се удостовери наличието на прекомерни обеми, на привидни или реални дислокации в обемите, на бръчките в тяхната променлива етиология (мимики с многократни контракции на мускулите, фотосенсибилизация или поза).

Внимателният анализ ще извлече най-подходящия терапевтичен подход, както за техниката, така и за избора на продукт. През последните две години за инфилтрация все повече се използват микроканюли за еднократна употреба с различен диаметър от 25 g или 27 g и дължина 25 - 45 mm. По този

MODERN FACIAL REJUVENATION INJECTION TECHNIQUES

Alessandrini A., Rome, Italy

One should never lose sight of three basic things while implementing eventual therapeutic actions aimed at correcting facial imperfections: minimal invasiveness, compatibility and safety of therapeutic means, natural result. The therapeutic program in its complexity first of all includes actions aiming at the improvement of the quality of the skin (texture, pigmentation, elasticity, hydration) and only then correction of wrinkles and volume restoration.

For example, skin restructuring can be achieved by synergizing the minimally invasive ablation action of fractional lasers (CO₂ or Erbium) with the reparative and regenerative action of the natural bio-interactive hyaluronic acid and platelet growth factors.

The second step would then include correction of wrinkles and volumes. We will apply mainly the botulinum toxin to the upper third of the face, but will use the latest existing generation of resorbable fillers and in rare cases polylactic acid or tricalcium phosphate for the middle and lower third of the face (cheek bone area, nasolabial folds, lips, perioral area and chin).

A fair assessment of facial features in orthostatic position, both static and dynamic, is essential to highlight the presence of protrusions, of seeming or actual volume dislocations, of wrinkles in their variable etiology (mimic with repeated facial muscle contractions, photosensitivity or pose).

Comprehensive analysis will highlight the most appropriate therapeutic approach both to the method and the product selection. In the recent couple of years for infiltrative purposes are increasingly used disposable microcannulas of variable diameters of 25 g. or 27g. and a length of 25 - 45 mm. In this way, through one or two entry points of the middle face, it will be possible to operate on large areas, creating a uniform

начин, чрез една или две точки на проникване в средната третина на лицето, ще бъде възможно да се въздейства върху големи площи, създавайки еднакво и преди всичко естествено увеличение на обема.

Трябва да помним, че правилното използване на естетичната медицина не противоречи и не заменя хирургичната процедура; съществуват ясни граници, отвъд които е необходима по-енергична намеса, за да се постигнат реални и задоволителни резултати.

По време на изложението са описани приложни протоколи, изборът на материали, коригиращи техники и резултатите от някои клинични случаи.

and above all natural increase in volume.

We must remember that the proper use of Aesthetic Medicine does not contradict or replace the surgical procedure, there are clear boundaries beyond which interventions should be more radical in order to achieve tangible and satisfactory results.

Employed protocols, choice of materials, corrective techniques and results of some clinical cases will be described during the presentation.

ОСОБЕНОСТИ И ТЕХНИКИ ЗА КОРЕКЦИЯ НА ПЕРИОРАЛНАТА ЗОНА С ФИЛЪР

А. Алесандрини, Рим, Италия

Долната третина на лицето (устата, зоната около устните, зоната на брадичката) е определяща за обемния баланс и хармоничния израз на свежото и младо лице.

Многократно повтарящите се свивания на мускулния комплекс около устните, бавната и прогресираща загуба на структурния скелет на кожата, намаляването на хиподермалната тъкан и костната резорбция, определят с течение на годините тези неестетически промени в зоната около устните, първоначално представени от фини и средни грапавини (т. нар. бар-код), следвани от намалена консистенция на тъканите, изтъняване на лигавицата на устните, спадане на ъгълчетата на устата, отговарящи за тъжното и огорчено изражение и засилване на гънката над брадичката.

Определено най-добри корективни резултати се постигат чрез синергични терапевтични действия, насочени към повърхностни обработки, насочени към подобряване състоянието на кожата и премахване на фините бръчки, основна реконструкция на поддържащата мрежа на кожата до евентуални действия, целящи намаляване на мускулния контрактилитет.

Премахването на фини бръчки и подновяването на повърхностния слой на кожата могат да се направят чрез химически пилинг със средна интензивност, използване на химикали, като например ТСА, Ас. Salicilico, които гарантират добър естетичен резултат с почти никакви странични ефекти. Алтернатива може да представлява т. нар. фракционирани лазери Erbium или CO₂. Това силно изглаждащо въздействие, не само води до отстраняване на повърхностния слой на кожата, но също така и представлява силен стимул за регенерация на кожата.

Където е целесъобразно, при наличие на добра консистенция на тъканите, средни по размер и стабилни мимически линии около устните или онези, които участват само в мимиката (в речта) могат да бъдат намалени или премахнати чрез

SPECIFICITY AND METHODS FOR PERIORAL AREA FILLER CORRECTION

Alessandrini A., Rome, Italy

The lower face (mouth, perioral area, chin area) plays a key role to the volumetric balance and harmonious expression of a fresh young face.

The repeated contractions of the perioral muscle complex, the slow and progressive loss of dermal structures, the reduction of hypodermic tissues and bone resorption, determine, over the years, those unsightly alterations in the perioral area, initially represented by fine and medium roughness (so-called bar-code) followed by reduced tissue texture, mucosal thinning of the lips, drooping corners of the mouth responsible for sad and bitter expressions and deepening of the labiomental groove.

Definitely the best results are achieved through corrective and synergistic therapeutic actions targeted to a surface treatment, aiming at skin improvement and the removal of fine wrinkles, basic reconstruction of the skin support network to eventual actions aimed at muscle contractility reduction.

The removal of fine wrinkles and renewal of the superficial skin layer can be made through chemical peeling of medium intensity using chemicals such as TCA, Ac. Salicilico that ensure a good aesthetic result with almost no side effects. An alternative can be the so-called fractionated lasers Erbium or CO₂. This strong smoothing action not only results in the removal of the surface layer of the skin but also acts as a strong stimulus for the regeneration of the dermis.

Where considered appropriate, in the presence of good tissue texture, medium-sized stable perioral expression lines or those that take part only in mimics (in speech) can be reduced or eliminated through the infiltration of small doses of botulinum toxin appropriately and wisely positioned so as to avoid side effects such as the drooping of the orbicular muscle of the lips.

To obtain improvement of tissue texture and

инфилтрация на малки дози ботулинов токсин, с подходящо и разумно разположение, така че да се избегнат нежелани реакции като спадането на кръглия мускул около устните.

За да се получи подобрение на тъканната текстура и възстановяване на обемите на изтънелите и хлътнали зони се използват предимно филтри на базата на хиалуронова киселина с монофазна мрежа от последно поколение. Техниката може да бъде линейна или “вертикална” по моя идея и развита през годините. В последния случай, запълващият материал се инжектира чрез тънки игли между дермата и мускула, така да се каже, в “истинско празно пространство”, останало от резорбцията на подкожната мастна тъкан. Този вид техника, възстановява стегнатостта и консистенцията на тъканите по абсолютно естествен начин. И накрая, една от корекциите, които са най-трудни е корекцията на устните: красиви, чувствени “невулгарни” устни, това трябва да бъде целта на тези, които работят върху коригиране обема на устните.

Въпросът е как и къде да се инжектира филтъра, за да се постигне най-добър резултат?

Моят опит в тази област, натрупан през годините, ми позволи да развия тезата за 4 места за имплантиране, където може да се постави филтърът за постигане на един много прецизен краен резултат. Правилният терапевтичен подход е непременно свързан с една обективна проверка в двете проекции, фронтална и странична, както и констатирането на наличие или липса на фини грапавини, които много често преминават през контура на лигавицата. Следователно според морфологията и наличните изменения се преценяват възможните варианти и след това се реализира най-подходящия план за терапия. Представени са 4 нива за поставяне на силно попиващо попълващо вещество, като се проследяват отвън навътре:

- Перимукозна кожа
- Виртуален канал
- 3 мм под външния край на лигавицата
- Границата на лигавицата между “сухо” и “мокро”

По време на изложението са описани техниките, свързани с вида на проблема, анализирани са различни клинични случаи и са изведени какви резултати е възможно да бъдат постигнати.

restoration of the volumes of the thinned and sunken areas, are used mainly fillers based on monophasic cross-linked hyaluronic acid of the latest generation. The technique can be linear or “Vertical” as I conceived it and developed over the years. In this last case, the filler material, through thin needles, is deposited between the dermis and the muscle so to say in that “virtual emptiness” left by the resorption of the subcutaneous fat. This type of technique restores the firmness and consistency of the tissues in an absolutely natural way.

And finally, one of the most difficult corrections is the lip correction: beautiful, sensual and “not vulgar” lips, this should be the goal of those, who work on lip volume corrections.

The question is how and where to inject the filler to achieve the best possible result?

My experience in this area, gained over the years, allowed me to develop 4 implantation sites where the filler should be placed in order to achieve a precise final result. The correct therapeutic approach is firmly linked to an objective examination carried out in both projections, frontal and lateral, and highlighting the presence or absence of the fine roughness that very often runs through the mucosal contour. Therefore according to the morphology and the actual alterations all possible options are considered and then the most appropriate treatment plan is put into action. 4-levels for the application of a highly resorbable filling are presented starting from the outside towards the inside:

- Peri-mucous derma
- Virtual Channel
- 3 mm below the outer edge of the mucosa
- wet-dry mucosal border

During the presentation, techniques related to the type of imperfection will be described; we will analyze several case studies and highlight the possible obtainable results.

КОРЕКЦИЯ НА ЛИЦЕВИ ОБЕМИ С ФИЛЪР НА БАЗАТА НА ХИАЛУРОНОВА КИСЕЛИНА: REGENYAL IDEA

А. Алесандрини, Рим, Италия

Хиалуроновата киселина е едно от най-широко използваните вещества в козметичната медицина. Тя свободно и естествено намира своето основно приложение в борбата против стареене на кожата, защото има силни антиоксидантни свойства и стимулира специфични фибробластни и съдови рецептори (CD44 и ICAM). В кръстосаносвързана форма се използва за попълване на бръчки и за възстановяване на обемите на лицето. Към настоящия момент има много продукти на базата на кръстосано-свързана хиалуронова киселина и затова изборът в ежедневната практика става все по-труден. Важното е да се познава производственият процес на отделните продукти така, че да бъдем в състояние да оценим характеристиките, качеството и следователно тяхната безопасност.

Всъщност добрият филър следва да се състои не само от киселина с максимална чистота, но също така трябва да има добри характеристики за гъвкавост, разтегливост, отлично взаимодействие с тъканите и с приемлива трайност. Всичко това зависи от много особености в производствения процес, като вид и количество на кръстосано-свързващото вещество, процент на киселината, време, температура, пречистване и стерилизация. Всички тези особености влияят върху характеристиките на филъра и разграничават един филър от друг.

Филърът, който представяме е с името Regenyal "IDEA" и е разработен съвместно от Fidia Farmaceutici, световен лидер в производството на хиалуронова киселина, използвана в различни области на медицината и REGENYAL Laboratory, значима химическа лаборатория, в която свободната хиалуронова киселина се превръща в филър.

Филърът следователно е изцяло италианска продукция с особени характеристики, не само с ясно доказана безопасност, но също и с отлична пластичност. Неговата специална структура, получена

FACE VOLUME CORRECTION EMPLOYING A FILLER BASED ON HYALURONIC ACID: REGENYAL IDEA

Alessandrini A., Rome, Italy

Hyaluronic acid is definitely one of the substances most widely used in cosmetic medicine. In a free and natural form it finds its principal application in the fight against aging skin because it has high antioxidant properties and stimulates specific fibroblast and vascular receptors (CD44 and ICAM). In a crosslinked form it is used for filling of wrinkles and for facial volumes restoration. To date there are many products, so-called fillers, based on cross-linked hyaluronic acid and therefore the choice in the daily practice becomes increasingly difficult. The important thing is to know the manufacturing process of the individual products in such a way so that to be able to evaluate the properties, the quality and therefore the safety.

In fact a good filler should be composed not only of acid having the highest purity but also must have good flexibility characteristics, extrudability, excellent tissue interaction and an acceptable durability. All this depends on many particularities of the manufacturing process such as the type and amount of the cross-linking substance, percentage of acid, time, temperature, purification and sterilization. All these variations affect the characteristics of the filler and thus one filler differs from another.

The filler we present is called Regenyal "IDEA" and was developed jointly by Fidia Pharmaceuticals, World leader in the production of hyaluronic acid used in various fields of medicine, and REGENYAL Laboratory, an important chemical laboratory where free hyaluronic acid is transformed into a filler.

The filler is therefore entirely Italian make with special characteristics with not only clearly proven safety but also with excellent plasticity. Its particular structure, derived from a patented

по патентован химичен процес, му придава от една страна достатъчна “мекота”, така, че се дифузира, инфилтрира и интегрира с околните тъкани, а от друга страна създава екстрацелуларен осмоларитет, като същевременно поддържа състояние на продължителна хидратация. Благодарение на тези особени свойства на взаимодействие с тъканите и дифузиращи характеристики, филър “IDEA” може да се използва както за възстановяване на обемите в различни зони на лицето, така и да се инжектира повърхностно, за корекция на бръчки с различна дълбочина.

Корекцията на лицето обем понякога може да бъде трудна за изпълнение. Това се случва особено, когато се сблъскаме с намаляване на обемите, свързано с повече или по-малко изразено структурно изменение на дермо-епидермалната тъкан: тоест стопяване на обемите и стареене на кожата.

Ясно е, че едно внимателно проучване на лицето и една правилна техника за коригиране са много важни за постигането на добър резултат. Но това не е достатъчно, трябва също да имаме на разположение подходящ материал, който ще ни осигури обемен ефект и да извършим действия за реструктуриране и възстановяване на дермата, с цел да се подобри качеството на кожата, както по отношение на стегнатостта и еластичността, така и по отношение на хидратацията, а оттук и на тургора.

Поради практическите изисквания на медицината и в сътрудничество с екипа на химиците-изследователи на Regenyal Laboratory, преди около две години, беше формулиран и създаден инжекционен материал, който отговаря на тези изисквания: така е роден Bioexpander, който както може да се предположи от самото име, има силни свойства за взаимодействие с тъканите и дифузивност.

Касае се за един натурален, биоразградим продукт, на базата на биосинтетична и силно пречистена хиалуронова киселина. Главните особености на този продукт са свързани с специалната химическа формула и специалния производствен процес, чрез който се постига висока степен на омрежване (BDDE), създавайки естествен и биосъвместим продукт с високи функционални показатели.

Bioexpander, от една страна е достатъчно “мек”, така че да се разпространява, инфилтрира и интегрира с тъканите, а от друга е в състояние да създаде екстрацелуларен осмоларитет, поддържайки

chemical process, makes it on the one hand sufficiently “soft” so that to diffuse, infiltrate and integrate with the surrounding tissues, and on the other hand it recreates extracellular osmolarity while maintaining a state of prolonged hydration. Thanks to these peculiar properties of interaction with tissues and diffusibility of the filler “Idea” can be used both for the restoration of the volumes in various areas of the face and to be superficially injected, for correction of wrinkles of varying depths.

The correction of facial volume can sometimes be difficult to implement. This occurs especially when we are dealing with reduction of volumes associated with more or less marked structural alteration of the dermo-epidermal tissues: namely volume loss and skin aging.

It is clear that a thorough study of the facial physiognomy and a proper correction technique appear to be very important for the achievement of a good result. But this is not enough, we should also have at our disposal a suitable material providing for volume effects and make steps to restructuring and regeneration of the dermis in order to improve the quality of the skin both with regard to firmness-elasticity and hydration, and therefore the turgidity.

Due to the practical requirements of medicine and in collaboration with the research group of chemists from Regenyal Laboratory, a couple of years ago, was formulated and implemented an injecting material that meets those requirements: that was the genesis of Bioexpander that, as one might guess by the very name, has outstanding properties of tissue interaction and diffusivity.

This is a natural, biodegradable product, made of biosynthetic and highly purified hyaluronic acid. The main features of this product are linked to its special chemical formula and the particular production process ensuring a high degree of cross-linking (BDDE) thus producing a natural and biocompatible product with high performance qualities.

The Bioexpander, on the one hand is sufficiently “soft” so as to spread, infiltrate and integrate with the tissues, while on the other hand it is capable of recreating an extracellular osmolarity maintaining a state of prolonged hydration.

състояние на продължителна хидратация. Така че има не само обемни характеристики, но също така и реструктуриращи.

Индیکیран е за пациенти, които имат стапяне на обема, повече или по-малко разпространено в различни части на лицето, свързано със слабо наличие на подкожен субстрат, но най-вече се свързва с високо по степен деструктуриране на кожата и ниска концентрация на течност в извънклетъчното пространство.

Продуктът се прилага чрез микроканюли с диаметър 27 g, или дори, в някои случаи, с много тънки игли от 30 g, при придържане към средния и повърхностен хиподермичен слой.

Висока еластичност на продукта го прави особено мобилен в унисон с движенията на лицето, което го прави почти невидим при мимика. Освен това високата му интеграция с приемащата тъкан, осигурява разпространение и изпълване на междутъканните пространства, прави го мек на допир и неразличим от нормалната тъкан.

През тези години много пациенти са били лекувани, както в Италия, така и в други страни, така че събраните от нас данни се обогатиха значително. Не са наблюдавани нежелани лекарствени реакции, както непосредствено след интервенцията, така и от дистанцията на времето, но по-важно от обективната констатация е това, което пациентът разказва не само за хармоничното възстановяване на лицевия обем, но и значителното подобрение в качеството на кожата по всички нейни параметри (еластичност, хидратация и твърдост).

По време на конференцията са разгледани физико-химичните характеристики на линията Idea; описани са техники, нагледни материали, тяхното правилно изпълнение и разбиране, за да се избегнат всякакви усложнения при изпълнението.

So it has not only volumetric features but also restructuring features.

It is indicated for patients who have volume loss more or less prevalent in various regions of the face due to low substrate under the skin but it is most of all associated with a high degree of dermal destruction and low concentration of fluid in the extracellular sectors.

The product is used with the aid of microcannulas with a diameter of 27 g or even, in certain cases, with very thin needles of 30 g, keeping to the medium and superficial hypodermic layers. The high elasticity of the product makes it particularly mobile in unison with the movements of the face, making it virtually invisible during facial mimics. Besides its high integration with the host tissue, ensures spreading and filling the interfibrillar spaces, making it soft to the touch and indistinguishable from normal tissue.

During these years many patients have been treated both in Italy and in other countries so our data base was greatly enriched. No adverse events were observed both immediately and after some time after the treatment, but what is more important than the objective findings is what the patient reports not only about the harmonious restoration of the facial volume, but also about the significant improvement in the quality of the skin in all parameters (elasticity, hydration and firmness).

During the presentation will be examined the physico-chemical characteristics of the Idea line; explanations will be provided on techniques, evidences, correct execution and the right and appropriate understanding in order to avoid any complications during performance.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЧОВЕШКИ ХЕРПЕС ВИРУСНИ ИНФЕКЦИИ

Г. Пехливанов¹, И. Бакърджиев²

¹ Катедра по дерматология и венерология,
УМБАЛ “Александровска”, МУ - София

² Медицински колеж, МУ - Варна

Известни са близо 100 херпесни вирусни инфекции, от които 8 причиняват инфекции у човека. След заразяването повечето херпесни вируси предизвикват латентна инфекция. При 80% от заразените индивиди е налице безсимптомно протичане. Антитела HH-1 (HSV-1) се откриват в 60-80% от популацията. Антитела HH-2 (HSV-2) се откриват при 15-40% от индивидите. Отключващите фактори за HHV 1-2 са: излагане на УВ лъчи, психологически фактори, малка травма, менструация, фебрилитет, инфекции на горните дихателни пътища. За лечение на първия епизод на гениталния херпес се препоръчва Valaciclovir 500 mg – 2х дневно като оптимален режим. Системната бионаличност на aciclovir след приемане на Valaciclovir 500 mg – 2х дневно е приблизително 2 пъти по висока от тази след перорален Aciclovir (200 mg – 5 х дневно). Изтъква се ефикасността на Valaciclovir за супресивна терапия на рецидивиращи HSV – 2 епизоди – по 1 табл./дн. за 1 до 3 мес. Този супресивен режим се препоръчва при повече от 6 епизода годишно.

TREATMENT OF HUMAN HERPES VIRUS INFECTIONS

Pehlivanov G¹, Bakardzhiev I.²

¹ Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Sofia, Bulgaria

² Medical college, Medical University of Varna,
Bulgaria

There are approximately 100 known herpes viruses. Eight of them cause infections in humans. After inoculation most of the herpes viruses cause latent infection. Approximately 80 % of the infected individuals are asymptomatic. Antibody HH-1 (HSV-1) is found in 60-80% of the population. Antibody HH-2 (HSV-2) is found in 15-40 % of the population. Trigger factors for HHV 1-2 are: ultraviolet radiation, psychological stress, minor trauma, menstruation, fever, upper respiratory infection. The initial treatment for genital herpes is Valaciclovir 500 mg – twice daily. The distribution of Acyclovir after intake of Valaciclovir 500mg twice daily is approximately double the usual dosage after oral intake of Acyclovir (200 mg – five times a day). Valaciclovir is very effective treatment of recurrent episodes of HSV-2 – a tablet daily for a period of 1 to 3 months. This treatment regimen is recommended when there are more than 6 episodes annually.

EPITHELIOMA BASOCELLULARE PIGMENTOSUM

И. Бакърджиев¹, Т. Драгнева²,
Г. Пехливанов³, М. Гонеvски⁴, П. Генеv⁵

¹ Медицински колеж, Медицински Университет Варна

² МБАЛ "Св. Анна" - Варна, Клиника по съдова хирургия

³ Катедра по дерматология и венерология, УМБАЛ "Александровска", МУ - София

⁴ Университетска Болница Лийдс, Сейнт Джеймс Институт по Онкология, Великобритания

⁵ Катедра по обща и клинична патология, МУ - Варна

Представя се 38 годишна жена. Оплакванията и датират от преди 6 години когато в дясната скапуларна област се появило малко кафеникаво образуване. Не приема медикаменти. Фамилно необремена. Съобщава за прекарване на слънчева светлина, ежедневно през летните месеци повече от 7 часа дневно. Не използва фотопротектори.

Дерматологичен статус: В момента на прегледа в горната трета на гърба в дясната скапуларна област се установи тъмно черен тумор с диаметър 2,5 см по повърхността на който се наблюдаваха телеангиектазии. В лявата част на тумора се наблюдаваше улцерация с единични перлобразни възелчета предимно в центъра и. В диференциално диагностичен план се имаше предвид Melanoma malignum. Изследването на вътрешните органи и системи не показваха патологични отклонения. Параклинични изследвания в границата на нормата. Беше извършена широка елиптична екцизия с последващо хистопатологично изследване.

Хистологично изследване: Кожа с леко атрофичен епидермис с изгладени дермални папили, възпалителен инфилтрат в ретикуларния слой на дермата и конфлуиращи гнезда от мономорфни туморни клетки с палисадно подреждане в периферията, както и наличие на голям брой клетки с меланинов пигмент в периферията и в стромата на тумора. Въз основа на клиничната картина и хистологичното изследване беше поставена диагноза: Epithelioma basocellulare pigmentosum (нодуло-улцеративен тип). Дискутират се рисковите фактори, клиничните варианти, диагностичните и терапевтични методи, както и прогнозата на този тип тумори.

EPITHELIOMA BASOCELLULARE PIGMENTOSUM

Bakardzhiev I.¹, Dragneva T.², Pehlivanov G.³, Gonevski M.⁴, Genev P.⁵

¹ Medical college, Medical University of Varna

² Department of Vascular Surgery, "St Anna Hospital", Varna, Bulgaria

³ Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Sofia, Bulgaria

⁴ Leeds Teaching Hospitals, St James Institute of Oncology, Department of Oncology Leeds, United Kingdom

⁵ Department of General and Clinical Pathology, Medical University of Varna, Bulgaria

A 38-year old woman presented to the clinic complaining of a small brown coloured formation in the right scapular area, which appeared 6 years ago. She denied the intake of medication or any family history. She reports sun exposure of more than 7 hours daily during the summer months without any sun protection.

On physical examination the right scapular area showed a dark black coloured tumor 2,5 cm in diameter with multiple teleangiectasias on its surface. The left part of the tumor has an ulcer with single pearl nodules located predominantly in the centre. Melanoma Malignum was considered in the differential diagnosis. The examination of the internal organs and systems did not show any pathology. The other lab results were within the norm as well. A wide surgical excision was performed followed up by a histopathologic examination.

Histology: The skin showed slightly atrophic epidermis with flattened dermal papillae, inflammatory infiltrate in the reticular layer and confluent nests of monomorphic tumor cells with palisade distribution in the periphery, as well as multiple, melanin containing cells in the periphery and the stroma of the tumor. Based on the clinical picture and pathohistology of the tumor the diagnosis of Epithelioma Basocellulare Pigmentosum was established (nodular-ulcerative type). Under discussion are the risk factors, clinical variants, the diagnostic and therapeutic procedures as well as the prognosis of this type of tumors.

ПОСВЕТЕНИ НА ПЕРФЕКТНАТА КОЖА

М. Балабанова

Клиника по дерматология и венерология,
УМБАЛ "Александровска", София

От Медицинския опит към грижа за кожата

Преди 30 години известният и уважава Холандски пластичен хирург, Dr. Bergman, създава първата клиника Бергман. Днес, Клиники Бергман са водеща частна клинична група в Холандия, с 7 специализирани Бергман Клиники и 4 Бергман Меди СПА.

Меди СПА център съчетава най доброто от двата свята, СПА опит и медицински естетически процедури. Там се предлагат целия арсенал от процедури, включващи Bergman Beauty Care лице и тяло грижа, съчетани с продукти за инжектиране, микродермабразио, лечение на целулит, медицински пилинг както и много други специализирани процедури.

Цялата медицинска наука и опит са използвани за разработването на козметиката Bergman Beauty Care, продукти за клинична грижа на лице и тяло.

Първите два разработени продукта, през 2000 година, се създават за нуждите в пре и пост естетическите процедури. Това са SENSITIVITY BALM, за след лазерни процедури и SCAR RETREAT SERUM за възстановяване на белези.

В днешни дни Bergman Beauty Care е перфектния съдружник за подобряването на естетическия вид на кожата. Предлагаме най доброто решение за преобразуването на кожата от обикновена, към млада, безупречна и бляскава.

За този резултат е избрана формула с мощната биологична съставка, Бета Глюкан.

Бета Глюкан, е добре известен с полезните си свойства, от които много съществени са, подобряване естествените защитни свойства на кожата, забавяне процеса на стареене, съхраняване на влажността на кожата.

Всички продукти Bergman Beauty Care, съчетават Бета Глюкан и други активни съставки. За намаляване на риска от алергични реакции всички продукти са без парабени и оцветители.

С доказан видим резултат и перфектна и защитена кожа.

DEDICATED TO SKIN PERFECTION

Balabanova M.

Clinic of Dermatology and Venereology, UMBAL
Aleksandrovska, Sofia, Bulgaria

From medical care to skin care

Thirty years ago the renowned and respected Dutch plastic surgeon Dr. Bergman founded the Bergman Clinic.

Today, more than 30 years later Bergman Clinic is the leading private clinic group in the Netherlands with 7 specialized Bergman Clinics and 4 Bergman Medi Spas.

The MediSpa combines the best of both worlds, a spa experience and medical beauty procedures.

It offers a full range of possibilities which includes Bergman Beauty Care face and body treatments along with injectables, microdermabrasion, cellulite treatments, peeling and many other specialized treatments.

All available medical science and experience were used to develop clinical skin care products or 'cosmeceuticals'. It all started with the development of two products, in the year 2000, originated from pre and post aesthetic care. The Sensitivity Balm to be used after CO2 Laser Treatment and Scar Retreat Serum to contribute to intensive scar repair.

Nowadays Bergman Beauty Care is the perfect match in today's modern world of aesthetic skin improvement. The brand offers the best possible solution to transform the skin from a regular look into a flawless, radiant and youthful appearance. To ensure the results all products are formulated with the powerful biological ingredient Beta Glucan.

BETA GLUCAN, is well-known for its beneficial properties. Only the most effective molecules are derived to activate skin cells.

Beta Glucan's powerful properties:

- Helps improve skin's natural repair process
- Helps slow down the ageing process
- Helps to retain moisture content

All Bergman Beauty Care's formulas are a combination of Beta Glucan and other active ingredients. To reduce allergic reactions all products are paraben and colorant free. With a proven visible result: an improved and perfect skin.

НЕКРОТИЗИРАЩ ФАСЦИИТ

С. Марина

Клиника по дерматология и венерология,
УМБАЛ “Александровска”, София

Некротизиращият фасциит е животозастрашаваща инфекция с фулминантно протичане. Клиничната картина на заболяването се представя от тежка полимикробна мекотъканна инфекция, засягаща кожа, подкожие и подлежаща фасция. Налице е обширна некроза и изразен токсико-инфекциозен синдром. Некротизиращият фасциит често се усложнява с полиорганна недостатъчност и завършва летално.

Обсъждат се съвременните диагностични и терапевтични прийоми в комплексния подход към заболяването.

NECROTIZING FASCIITIS

Marina S.

Clinic of Dermatology and Venereology, UMBAL
Aleksandrovska, Sofia, Bulgaria

Necrotizing fasciitis is a life-threatening infection with fulminant course. The clinical picture of the disease presents a severe polymicrobial soft-tissue infection involving skin, subcutaneous tissue and underlying fascia. There is extensive necrosis and manifested toxico-infectious syndrome. Necrotizing fasciitis is often complicated by multiple organ failure with fatal ending.

This presentation treats contemporary diagnostic and therapeutic techniques for integrated approach to the disease.

RADIESSE™ – НОВ ДЕРМАЛЕН ФИЛЪР СТИМУЛИРАЩ КОЛАГЕНОГЕНЕЗАТА ЗА ПРИДАВАНЕ НА ОБЕМ, КОНТУРИРАНЕ НА ЛИЦЕТО И ПОДМЛАДЯВАНЕ НА КОЖАТА

А. Данчева¹, И. Стоилова²

¹ Център за кожно-венерически заболявания -
София

² Център по Естетична медицина и дермато-ве-
нерология “Дермаvist”, Пловдив

RADIESSE® е филър за инжектиране, съставен от синтетично произведени гладки микросфери съдържащи калциев хидроксилапатит (с диаметър от 25 µm до 45 µm). Калциевият хидроксилапатит е естествена съставна част на човешкото тяло. Той се използва в медицината повече от 20 години. За постигане на моментално видим козметичен ефект при инжектиране, микросферите съдържащи калциев хидроксилапатит са разтворени в натриев карбоксиметилцелулозен гел. Този гел изпълнява ролята на гел-носител. RADIESSE™ съдържа приблизително 30% CaHA, и 70% гел-носител.

RADIESSE® се инжектира в кожата чрез минимално инвазивна процедура, с игла 27G или 28G. Не изисква тест за чувствителност преди инжектиране. Инжектирането на продукта води до незабавен ефект на корекция. Степента на пълнене и уголемяване на обема, може лесно да се контролира по време на процедурата. С течение на времето, гелът се разгражда и абсорбира. Микросферите с калциев хидроксилапатит активират фибробластите и започва процес на стимулирано производството на собствен колаген. Тази стимулирана колагенова синтеза удължава ефекта и удовлетвореността на пациентите. Козметичните резултати изглеждат естествени. Ефекта е по-дълготраен, но не е перманентен. Постепенно в рамките на 12-16 месеца микро-

RADIESSE™ - NEOCOLLAGENESIS STIMULATING NEW FILLER FOR VOLUME CORRECTION, FACE CONTOURING AND SKIN REJUVENATION

Dancheva A.¹, Stoilova I.²

¹ Center for Dermatological and Venereal Diseases
Sofia, Bulgaria

² Center for Aesthetic Medicine and dermato-
venereology “Dermavist”, Plovdiv, Bulgaria

RADIESSE® is an injectable filler composed of synthetically produced smooth calcium hydroxylapatite (CaHA) microspheres (diameter of 25 µm to 45 µm). Calcium hydroxylapatite is a substance which occurs naturally in the body. It has been used in various clinical treatments for over 20 years. To achieve instantly visible cosmetic effects from treatment, this substance is incorporated into a carrier gel (sodium carboxymethylcellulose gel) which degrades completely in a few week. Radiesse™ contains approximately 30% CaHA and 70% gel carrier.

RADIESSE® volumising filler is injected into the skin during a minimally invasive procedure with a 27G or 28G needle. Injection of the product provides an immediate one-to-one correction. The amount of filling or augmentation can be easily placed and controlled during the procedure. There is no skin sensitivity testing or reconstitution required.

Over time, the gel is absorbed, and fibroblasts appear. The process of neocollagenesis begins, stimulating the gradual growth of the patient's own collagen. This collagen results in extended correction times and increased patient satisfaction. The cosmetic results look natural, they are soft and feel like the patient's own tissue. The results are longer-lasting, but not permanent. The CaHA microspheres naturally degrade to calcium and phosphate ions, which are metabolised by the

сферите с СаНА се разграждат до калций и фосфатни йони, които се метаболизират чрез нормалните процеси на организма.

RADIESSE® осигурява по-голяма ефективност, постигната с по-малко продукт в сравнение с други филъри - 1/3 по-малко продукт от RADIESSE® е бил достатъчен, за да осигури по-добри резултати. *

Този по-добър обем - заместващ и лифтинг ефекти се дължат на по-високия вискозитет и еластичност на продукта.

RADIESSE® е одобрен от регулаторните органи. Той има отличен профил на безопасност, доказан чрез задълбочени клинични изпитвания. Продукта е безопасен, биосъвместим, нетоксичен и неантигенен. В САЩ има FDA одобрение за корекция на умерени до тежки бръчки и гънки на лицето, както и за корекция на липоатрофия при пациенти с HIV. Има също и CE-сертификат в Европа за пластична и реконструктивна хирургия, включващ увеличаване на меките тъкани на лицето. RADIESSE® не се препоръчва за уголемяване на устни и за третиране на много повърхностни зони.

body's normal processes.

Better effectiveness achieved with less product compared to other fillers - 1/3 less product of RADIESSE® was required to deliver greater results. *

RADIESSE® has been extensively studied by regulatory authorities and has a robust safety profile proven by comprehensive clinical studies.

RADIESSE® is approved by the regulatory authorities as safe, biocompatible, non-toxic, and non-antigenic. In the United States, it is FDA-approved for the correction of moderate to severe facial wrinkles and folds and for the correction of the signs of facial lipoatrophy in HIV patients. It has also received CE-mark certification in Europe for plastic and reconstructive surgery, including soft tissue augmentation of the facial area.

The use of RADIESSE® is not recommended for lip augmentation and not for the treatment of very superficial areas. RADIESSE® should not be used in the glabellar region for the correction of frown lines.

БИБЛИОГРАФИЯ

- *1. Moers-Carpi M et al A Multicenter, Randomized Trial Comparing Calcium Hydroxylapatite (RADIESSE TM ®) to Two Hyaluronic Acids (Juvéderm® and Perlane®) for Treatment of Nasolabial Folds. Dermatol Surg 2007; 33 (Suppl 2): s144-s151.
2. Moers-Carpi M, Tuffet J Calcium Hydroxylapatite versus Nonanimal Stabilized Hyaluronic Acid for the Correction of Nasolabial Folds; a 12-Month, Multicenter, Prospective, Randomized, Controlled, Split-Face Trial. Dermatol Sur 2008; 34:210-215

BIBLIOGRAPHY

- *1. Moers-Carpi M et al A Multicenter, Randomized Trial Comparing Calcium Hydroxylapatite (RADIESSE TM ®) to Two Hyaluronic Acids (Juvéderm® and Perlane®) for Treatment of Nasolabial Folds. Dermatol Surg 2007; 33 (Suppl 2): s144-s151.
2. Moers-Carpi M, Tuffet J Calcium Hydroxylapatite versus Nonanimal Stabilized Hyaluronic Acid for the Correction of Nasolabial Folds; a 12-Month, Multicenter, Prospective, Randomized, Controlled, Split-Face Trial. Dermatol Sur 2008; 34:210-215

PSORIASIS PENIS

**Г. Пехливанов¹, И. Бакърджиев²,
С. Каваклиева¹, М. Балабанова¹**

¹ Катедра по дерматология и венерология,
УМБАЛ “Александровска”, МУ - София

² Медицински Колеж, МУ - Варна

Представя се 33 годишен мъж. Оплакванията датират от преди 6 месеца, когато след полов контакт се появили обриви по члена. Пациентът съобщава за локално дразнене в засегнатата област при миене с вода и сапун. Не приема медикаменти. Минали заболявания – отрича. Фамилно необременен.

Дерматологичен статус: По гланс пенис се наблюдава еритем. По корпуса на члена се наблюдават еритемни нумуларни папули. В основата на члена и пръстите на ръцете се наблюдават хипопигментни макулули. Изследванията на опорно двигателния апарат, вътрешните органи и системи не показаха патологични отклонения. Серологичните изследвания за сифилис, спин, хепатит В, С бяха негативни. Параклинични изследвания в границата на нормата.

Лечение: Pimecrolimus cream – 1 път дневно

PSORIASIS PENIS

**Pehlivanov G.¹, Bakardzhiev I.²,
Kavaklieva S.², Balabanova M.¹**

¹ Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Sofia, Bulgaria

² Medical College, Medical University of Varna,
Bulgaria

A 33-year-old male presented with complaints dating back for 6 months when after a sexual intercourse erythematous lesions appeared on the penis. The patient complains of local irritation upon washing with water and soap. He denies drug intake. Past medical and family history were negative for any disease.

Physical examination: There is an erythema on glans penis. The shaft of the penis is covered with erythematous and nummular papules and plaques. At the base of the penis and on the fingers there are hypopigmented maculae. The examination of the musculoskeletal system, the internal organs and systems do not show any pathology. The serologic tests for syphilis, HIV, Hepatitis B and C were all negative. Paraclinical examination was also within the accepted limits.

Treatment: Pimecrolimus cream once a day.

TOPIALYSE – ИНОВАТИВНО РЕШЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА АТОПИЧЕН ДЕРМАТИТ

М. Ганчева

Институт и музей за експериментална морфология и антропология, БАН, София

Постоянното използване на емолиенти е абсолютно задължително при лечението на атопичния дерматит (АД) във всяка една от формите и стadiите му. С новата си комплексна формула продуктите от серията Topialyse активно реагират върху факторите на атопичната сухота и пряко повлияват патогенетичните механизми на АД.

Новата генерация на компоненти в състава на Topialyse са: Omega 3, Omega 6 и Omega 9 ненаситени мастни киселини, есенциални прекурсори на продукцията на кожните липиди, необходими за възстановяване на нарушения водно-липиден слой на епидермиса при болните с АД. Те са включени в уникален комплекс със серамиди, който дава възможност за формиране на идентична биометрична структура, като тази на здравата кожа. Селектираният и пречистен екстракт от *Oryza sativa*, богат на тимопентин действа като имунорегулатор, който засилва имунната защита на кожата чрез намаляване продукцията на интерлевкин-4 и увеличаване на интерферон-гамма. Наблюдава се повишаване на здравината и еластичността на кожата, като с научни изследвания е доказана повишена експресия на филлагрин, интегрин и кератин на кожни експланти, третиран с екстракт от *Oryza sativa*, 1 %.

Глицеритиновата киселина, извлечена и пречистена от растението *Glycyrrhiza glabra* е третият основен компонент, който намалява чувството за сърбеж и успокоява възпалителните лезии. Това става чрез въздействие върху медиаторите на възпалението, като се намалява активността на фосфолипаза А2, циклооксигеназа и синтеза на простагландини. Емолиентите от серията Topialyse представляват нова асоциация на нова генерация компоненти, чиято ефективност се потвърждава с клинични изследвания.

TOPIALYSE – AN INNOVATIVE SOLUTION FOR TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

Gantcheva M.

Institute of Experimental Morphology and Anthropology with Muzeum Bulgarian Academy of Sciences, Sofia, Bulgaria

Constant use of emollients is absolutely compulsory when treating atopic dermatitis (AD) in each of its forms and stages. The products of Topialyse range with their new formula react on the factors of atopic dryness and influence the pathogenetic mechanisms of AD.

The new generation of components in Topialyse includes: Omega 3, Omega 6 and Omega 9. They are essential precursors of the production of skin lipids, which are necessary for the improvement of the impaired hydrolipidic film in patients with AD. They are combined with ceramides in a unique complex, which enables the formation of “ceramide-like” biomimetic structure, identical to that of the healthy skin. The selected and sublimated extract of *Oryza sativa*, rich in thymopentine, acts as an immunoregulator, which reinforces the skin’s immune defences thanks to its twofold action on the inhibition of IL-4 production and the increase in IFN γ production. This results in increasing the strength and elasticity of the skin. Additional studies has shown an increase in the expression of filaggrin, $\beta 1$ integrin and keratin on human skin explants (treated with 1% *Oryza sativa* extract versus placebo).

The Glycyrrhizic Acid derivative, *Glycyrrhiza glabra* L extract, is the third main component of Topialyse range. It diminishes the pruritus and combats inflammation by inhibiting the activation of phospholipase A2, cyclooxygenase enzyme and the synthesis of prostaglandins. The emollients of Topialyse range are new generation products, whose effectiveness has been demonstrated by clinical studies.

АТОПИЧНИЯТ ДЕРМАТИТ И ОТГОВОРЪТ НА MUSTELA®

Здр. Демерджијева

Началник отделение “Дерматология и венерология”, МБАЛ “Токуда Болница София”, София

Атопичният дерматит е кожно заболяване, което засяга основно бебетата.

В наши дни това е най-честото кожно заболяване, наблюдавано при новородени, бебета и деца. Увеличената честота на атопичния дерматит през последните две поколения в индустриализираните страни, води до схващането, че индустриалната среда оказва най-голямо влияние за развитието му.

Локализации на атопичен дерматит се наблюдават по челцето и бузките на бебетата, докато при децата и подрастващите – в лакътните гънки.

Атопичният дерматит трябва да бъде разглеждан като мулти – факторно заболяване: комплексно взаимодействие между генетични фактори и фактори на околната среда, имунологични аномалии и дефекти в кожната бариера.

Терапиите, които се прилагат при третиране на атопичен дерматит са:

Емолиенти – възстановяват кожната бариера и ежедневно третират атопичния дерматит.

Дермокортикоиди – лечение на първи избор с три действия: противовъзпалително, имуносупресивно, антимитотично.

Калциневринови инхибитори – иновация – имуносупресивно действие чрез инхибиране на калциневрин.

Други – антихистамини, антисептици, антибиотични, UV, термални терапии.

ОТГОВОРЪТ НА MUSTELA®

Продукти с дестилат от слънчогледово олио (патентована активна съставка) за подобряване качеството на живот на пациентите.

Дестилатът от слънчогледово олио навлиза в кератиноцитите, активира нуклеарните рецептори, синтезира епидермални липиди и възста-

ATOPIC DERMATITIS AND MUSTELA® RESPONSE

Demerdjieva Zdr.

Director Dermatology and Venereology Department, MBAL Tokuda Hospital Sofia, Sofia, Bulgaria

Atopic dermatitis is an inflammatory cutaneous disease which mainly affects infants.

Last days, the most frequent cutaneous disease outbreaks in infants, babies and children. The increased frequency of atopic dermatitis over the past two generations in the industrialized countries leads to believe that the environment plays a major role for its development.

Locations of atopic dermatitis predominate on babies' forehead and cheeks and for children – elbow folds.

Atopic dermatitis is complex multi-factorial disease: interaction between generic and environmental factors, immunological anomalies and defect of cutaneous barrier.

Treatments for atopic dermatitis:

Emollients – repair cutaneous barrier and daily treat atopic dermatitis

Dermocorticoids – first choice treatment with triple action: anti-inflammatory, immunosuppressive, anti-mitotic.

Calcineurin inhibitors – innovation – immunosuppressive action via inhibition of calcineurin.

Others – antihistamines, antiseptics, antibiotics, UV, thermal treatments.

MUSTELA®'S RESPONSE:

– Products with sunflower oleo distillate (patented active ingredient) for improving patients' quality of life.

Sunflower oleo distillate enters into the keratinocytes, activates the nuclear receptors, synthesizes epidermal lipids and produces key ones.

STELATOPIA® from Mustela® is range for very dry skin with atopic tendencies in infants, babies and children.

STELATOPIA® products:

1. Restore hydro lipid layer

новява липидите.

Серията STELATOPIA® на Mustela® е създадена за много суха, склонна към атопия кожа при новородени, бебета и деца.

STELATOPIA®:

1. Възстановява хидролипидния слой
2. Осигурява ключовите липиди на междуклетъчния цимент
3. Активира неосинтеза на ключови липиди в епидермиса и има успокояващо действие

2. Provide key lipids of the intercellular cement
3. Activate the neo synthesis of the key lipids of the epidermis and have soothing action



STELATOPIA®
*Емолиентен крем за суха
и атопична кожа*



STELATOPIA®
*Емолиентен крем за суха
и атопична кожа*

STELATOPIA®
Млечно масло за вана



STELATOPIA®
Млечно масло за вана



STELATOPIA® *Почистващ крем за много суха кожа*



STELATOPIA®
*Почистващ крем
за много суха кожа*

STELATOPIA®
*Почистваща вода без
отмиване*



STELATOPIA®
*Почистваща вода
без отмиване*



ГРАНУЛОМАТОЗНА ДЕРМАТОФИТИЯ ПРИЧИНЕНА ОТ TRICHOPHYTON RUBRUM ПРИ БЪБРЕЧНО ТРАНСПЛАНТИРАН ПАЦИЕНТ

В. Николаева, С. Василева, Г. Матеев,
Катедра по дерматология и венерология,
УМБАЛ "Александровска", МУ - София

Представяме ви 62-годишен мъж с вегетиращи кожни лезии по екстензорната повърхност на двата лакътя с шест месечна давност. За последната една година пациентът е на системна имunosупресивна терапия с mycophenolate mofetil, methylprednisolon and tacrolimus поради бъбречно трансплантация.

Рутинните лабораторни изследвания на кръв, урина и биохимия не показаха отклонение от нормата. Хистологичното изследване на материал от лезиите показва хиперкератоза на епидермиса с псевдоепителиоматозна хиперплазия в дермата, с участъци на абсцедиране изпълнени с неутрофилен инфилтрат. При оцветяването с PAS и по Gomory-Grocott, се визуализираха множество септирани хифи и двойно контурирани спори. На 5-тия ден при посевка чрез остъргване от лезия изолирахме *Alternaria* spp., която беше чувствителна към itraconazol, amphotericin B, fluconazol и voriconazol. На 15-ия ден чрез посевка на материал от биопсия върху среда на Sabouraud се изолираха колонии на *Trichophyton rubrum*. Проведохме лечение с terbinafine 250 мг/дневно за три последователни месеца.

В диференциалната диагноза бяха обсъдени tuberculosis cutis verrucosa, lymphoma cutis, carcinoma spinocellulare verrucosum, and Majocchi granuloma. При клиничното проследяване на пациента установихме, че лезиите намаляват размера си и са в процес на обратно развитие. В този случай ние приехме, че *Alternaria* е вторичен замърсител, защото лечението с terbinafine доведе до значително клинично по-

GRANULOMATOUS DERMATOPHYTOSIS CAUSED BY TRICHOPHYTON RUBRUM IN RENAL TRANSPLANT PATIENTS

Nikolaeva V., Vasileva S., Mateev G.,
Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Sofia, Bulgaria

We present the case of a 62-year-old man with six-month-old vegetative skin lesions on the extensor surface of both elbows. For the last year the patient follows a systemic immunosuppressive therapy with mycophenolate mofetil, methylprednisolon and tacrolimus due to renal transplantation.

Routine laboratory tests of blood, urine and biochemistry showed no deviation from the norm. Histological examination of material from the lesions showed hyperkeratosis of the epidermis with pseudoepitheliomatous hyperplasia in the dermis, with areas of gathering filled with neutrophilic infiltrate. Employing the PAS and Gomory-Grocott staining methods, multiple septate hyphae and double-contour spores were visualized.

On the fifth day after inoculation of culture by scraping lesion we isolated *Alternaria* spp., which was sensitive to itraconazol, amphotericin B, fluconazol and voriconazol. On the fifteenth day after inoculation of culture of biopsy material on Sabouraud medium colonies of *Trichophyton rubrum* were isolated. We applied a treatment with terbinafine 250 mg/day for three consecutive months.

In the differential diagnosis were discussed tuberculosis cutis verrucosa, lymphoma cutis, carcinoma spinocellulare verrucosum, and Majocchi granuloma. The clinical observation of the patient found that the lesions decreased in size and undergo a reversal process. In this case we assumed that *Alternaria* was a secondary pollutant because treatment with terbinafine led to significant clinical improvement. The patient remains under

добре. Пациентът продължава да бъде под наблюдение.

Инфекциите причинени от *Trichophyton rubrum* обикновено засягат повърхностният слой на кожата и следователно се категоризират сред кератофилните дерматофитии. При имунокомпрометирани пациенти обаче може да настъпи дълбока инвазия със засягане на големи площи от повърхността на кожата, вкл. и скалпа.

observation.

Infections caused by *Trichophyton rubrum* usually affect the superficial skin layer and are therefore classified as keratophilic dermatophytoses. In immunocompromised patients, however, may occur deep invasion with involvement of large areas of the skin surface, incl. the scalp.

ПРОСЛЕДЯВАНЕ ЕФЕКТА ОТ ВИСОКОПЛАНИНСКОТО КЛИМАТОЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДЕЦА С АТОПИЧЕН ДЕРМАТИТ

Здр. Демерджиева,

Началник отделение “Дерматология и венерология”, МБАЛ Токуда Болница София, София

Въведение: Атопичният дерматит е болест на цивилизацията.

Съвременното виждане за АД приема две основни направления в причините на заболяването

1) нарушения в епидермалната бариера, които са в резултат от генетично-обусловена липса или нарушен синтез на филагрин – белтък, участващ в изграждането на stratum corneum и компонентите на естествения овлажняващ фактор;

2) имунологични нарушения - свръхреакция на имунната система с помощта на медиаторите на възпалението. Последни проучвания доказват и нарушение в структурата на плътните междуклетъчни контакти. Нарастват и доказателствата за ролята на витамин D и намалените му нива при АД.

Като провокационни фактори се имат предвид, тютюневия дим, автомобилните газове, както и замърсителите на въздуха като хидроген сулфид, азотен диоксид и формалдехид, поради доказания негативен ефект върху хода на заболяването.

Известно е, че пациентите с АД се влошават през студените месеци в годината, поради сухия и студен климат, които оказват неблагоприятно влияние върху кожата. През пролетта и лятото полените също могат да доведат до екзацербация на АД по откритите части на тялото.

Във високата планина броят на полените е значително по-малък, в сравнение с по-ниска надморска височина.

Отключващи фактори: Детергенти, храни, емоционален дисбаланс, кожни иританти фактори на околната среда;

Материал и методика: 18 деца с диагноза АД,

FOLLOW UP THE EFFECT OF ALPINE CLIMATIC THERAPY IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Demerdjieva Zdr.

Director Dermatology and Venereology Department, MBAL Tokuda Hospital Sofia, Sofia, Bulgaria

Summary Introduction: Atopic dermatitis is a disease of civilization.

Modern views of AD accept two main causes of the disease, as follows:

1) epidermal barrier disorders that result from a genetically determined absence or impaired synthesis of filagrin - protein involved in the construction of stratum corneum and the components of the natural moisturizing factor;

2) immunological disorders - over-reaction of the immune system through inflammatory mediators. Recent studies demonstrate a breach in the structure of dense intercellular contacts. There is also increasing evidence of the role of vitamin D and its reduced levels at AD. As

provocative factors are taken into account, tobacco smoke, automobile exhaust, and air pollutants such as hydrogen sulfide, nitrogen dioxide and formaldehyde because of the proven negative impact on the disease course.

It is known that patients with AD get worse in cold months of the year because of dry and cold climate, which adversely affect the skin. In spring and summer pollen may also lead to the exacerbation of AD in exposed areas. In high mountains the amount of pollen is much less compared to lower altitudes.

Triggers: detergents, food, emotional imbalance, skin irritants, environmental factors;

Material and methods: 18 children diagnosed with AD aged 4-18 years were followed-up for four years under the conditions of Alpine Climatic Therapy (Belmeken Sports Facilities –2009 m altitude).

Results: Desensitization was achieved in 12 children, as well as reduction of the number of recurrences in 5 children, reduction of AD symptoms

на възраст от 4 – 18 години бяха проследени за период от 4 години в условията на високопланинско климатолечение (Спортна база Белмекен 2009 м. надморска височина).

Резултати: За периода е постигната десенсибилизация при 12 деца, редуциране броя на рецидивите при 5 деца, редукция на симптоматиката и обхванатата от АД кожна площ при 3 деца.

Заклучение: Високопланинското климатолечение е с доказан ефект при пациенти с АД и стационарни форми на кортикозависими дерматози.

and the affected skin area with 3 children.

Conclusion: Alpine climatic therapy has proven effective in patients with AD and stationary forms of cortico-addictive dermatoses.

КАК СЕ ПОСТАВЯ ДИАГНОЗАТА ЦИКАТРИЗИРАЩА АЛОПЕЦИЯ?

М. Митева

Маями, Флорида, САЩ

Цикатризиращите алопеции са група от различни заболявания, които водят до необратима загуба на коса. Това обикновено има за последица сериозно обезобразяване и психологически стрес. Механизмите, които са в основата на този процес, не са известни и понастоящем няма излекуване. Целта е рано да се разпознае точният тип цикатризираща алопеция и да се започне навременно лечение, за да се избегне по-нататъшното прогресиране на болестта. По последни данни цикатризиращата алопеция засяга не само скалпа, но може да обхване също веждите и крайниците както в един от видовете цикатризираща алопеция – фронтална фиброзираща алопеция.

Клиничният преглед не винаги може да разграничи цикатризиращата от нецикатризираща алопеция. В такива случаи дермоскопското изследване на скалпа може да е от помощ. В случаите на цикатризираща алопеция дерматоскопията показва загуба на фоликули, бели петна, еритем и сквами около космените отвори.

Биопсията от скалпа има решаващо значение в диагностиката на алопециите. Това особено се отнася за цикатризиращата алопеция. Когато биопсията е взета от ръба на алопетичното петно вероятността за поставяне на диагноза е по-голяма отколкото, ако е биопсирана централната част. Тъй като понякога клиничната картина може да бъде дискретна, особено в ранен стадий, хоризонталните хистологични срезове са по-добри от вертикалните и спомагат за идентифициране на засегнатите фоликули.

Тази лекция има за цел да запознае дерматолозите с най-често срещаните форми на цикатризираща алопеция и основните стъпки за поставяне на правилната диагноза.

HOW TO DIAGNOSE CICATRICAL ALOPECIAS?

Miteva M.

Miami, Florida, USA

Cicatricial (scarring) alopecias are a clinically diverse group of disorders that result in irreversible hair loss leading to major disfigurement and psychological distress. The mechanisms underlying this process are unknown and currently there is no cure. The goal is to diagnose early the correct type of cicatricial alopecia and start prompt treatment to avoid further progression. Recent data have shown that cicatricial alopecia may not be restricted to the scalp, but may also involve the eyebrows and limbs, as in cases of frontal fibrosing alopecia.

Clinical examination cannot always differentiate cicatricial from non-cicatricial alopecia. In such cases scalp dermoscopy can be of help. In cicatricial alopecias the dermoscopy is characterized by loss of follicular openings, white patches, perifollicular erythema and peripilar casts.

Scalp biopsies are crucial for the diagnosis of alopecia. This is particularly relevant to cicatricial alopecia. A biopsy obtained from the peripheral edge of the alopecic patch is more likely to show diagnostic features than the central portion which is of no help except for confirming the scarring. However, as the disease may be focal, especially at early stage, horizontal sections are superior to vertical in identifying the affected follicles.

This lecture aims to help dermatologists get familiar with the most common forms of cicatricial alopecia and discuss the main steps to make the correct diagnosis.

КАКВА Е ВАШАТА ДИАГНОЗА - ДЕРМАТОСКОПСКА И ХИСТОПАТОЛОГИЧНА КОРЕЛАЦИЯ

И. Бакърджиев¹, И. Красналиев²,

¹ Медицински Колеж, МУ - Варна

² Катедра по обща и клинична патология, МУ - Варна

Представя се 38 год. жена с множество пигментни лезии в областта на гърба. През последните 4 месеца в една от лезиите в лявата скапуларна област забелязала поява на кафеникаво оцветяване. Фамилно необременена. Минали заболявания отрича. Не приема медикаменти. Дерматологичен статус: В посочената област се наблюдава кафеникава макула с ясно изразени граници, диаметър 5,9 x 6,1 мм, овална форма и ексцентрично разположена тъмно кафеникава пигментация в единия край на лезията. До нея се наблюдава сателитна тъмно кафеникава макула с овална форма и диаметър 3 x 3 мм.

Дерматоскопско изследване: Дерматоскопското изследване с поляризирана светлина установи тънки ретикуларни линии предимно в периферията, ексцентрична тъмно кафеникава хиперпигментация, черни точки, васкуларни структури под формата на точки и линии, както и хипопигментни безструктурни участъци предимно в центъра на лезията. Дерматоскопското изследване на сателитната лезия показва тънки ретикуларни линии, единични черни точки, дискретно изразени кръгове и централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация. Беше извършена оценка със следните методи: ABCD (клинично и дерматоскопски), Menzies method, 7-point check list, risk level, алгоритмичен метод за прецизна диагноза. На базата на клиничната картина и дерматоскопското изследване бяха поставени следните диагнози: Dysplastic nevus, melanoma in situ и lentigo solaris (сателитна лезия).

Лечение: Извършена беше еклиптична екцизия с последващо хистопатологично изследване. Обсъждат се клиничната, дерматоскопската и хистопатологична корелация.

WHAT IS YOUR DIAGNOSIS – DERMOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL CORRELATION

Bakardzhiev I.¹, Krasnaliev I.²,

¹ Medical College, Medical University of Varna, Bulgaria

² Department of General and Clinical Pathology, Medical University of Varna, Bulgaria

A 38 year old woman with multiple pigmented lesions in the back. During the last 4 months in one of the lesions in the left scapular area she noticed the appearance of brown discoloration. No family history for any disease. The patient denies any past medical history. She is not taking any medication. Physical examination: The area of the lesion is a brown coloured macula with clear and well determined borders, diameter of 5.9 x 6.1 mm, oval shape and excentric deep brown pigmentation on one side of the lesion. Close to it is observed a satellite dark brown macula with oval shape and diameter of 3 x 3 mm.

Dermatoscopy: The dermatoscopic examination with polarized light determined thin reticular lines, located predominantly in the peripheral area, excentric deep brown hyperpigmentation, black dots, vascular pattern (dots and lines) as well as hypopigmented structures predominantly at the centre of the lesion. The dermatoscopy of the satellite lesion showed thin reticular lines, single black dots, discrete circles and centrally located dark brown hyperpigmentation. The clinical evaluation was performed using the following methods:

ABCD (clinically and dermatoscopically), Menzies method, 7-point check list, risk level, algorithmic method for accurate diagnosis. Based on the clinical presentation and the deramtoscopy the following diagnoses wer established: Dysplastic nevus, melanoma in situ and lentigo solaris (satellite lesion)

Treatment: Ecliptic excision was performed, followed by a histopathological examination. The clinical, deramtoscopy and histopathologic correlation come under review.

КОМОРБИДНОСТ ПРИ ПСОРИАЗИС

Д. Господинов, Кл. Господинова,
Сектор по дерматология и венерология,
Медицински Факултет, МУ - Плевен

Psoriasis vulgaris е имуномедирана хронично-рецидивираща дерматоза, засягаща около 1-3 % от населението в световен мащаб. През последното десетилетие се натрупаха достатъчно научни доказателства, свидетелстващи, че псориазис е не само заболяване на кожата и ставите, но е системна възпалителна аутоимунна болест, която може да се асоциира с възпалителни кожни и вътрешни алтерации – витилиго, атопичен дерматит, болест на Крон, системен еритемен лупус, канцерогенеза, ендокринни синдроми, съдови заболявания, депресивни състояния и др. Активацията на възпалителния процес и на Th1-медираната цитокинова каскада (с IFN- γ , TNF- α , IL-1, и IL-6) е вероятният пусков механизъм както за псориазис, така и за голяма част от коморбидните състояния. Същевременно, редица рискови фактори на околната среда, като стрептококови инфекции, стрес, травма, тютюнопушене, алкохол, затлъстяване, също представляват част от това мултисистемно разстройство. Високата честота на съпътстващите, особено кардиометаболитни, нарушения е един от значимите медико-социални проблеми на съвременното. Тези факти са поредното предизвикателство пред дерматолога и налагат прецизен интердисциплинарен подход с оглед адекватна и пълноценна терапия, както и предотвратяване на потенциално негативните последствия при пациентите, някои от които животозастрашаващи.

PSORIAS AND CO-MORBIDITIES

Gospodinov D., Gospodinova Kl.,
Department of Dermatology and Venereology,
Medical University of Pleven, MU - Plevan,
Bulgaria

Psoriasis vulgaris is a chronic immunological recurrent dermatosis affecting approximately 1-3% of the population worldwide. In the last decade enough scientific evidence has been accumulated showing that psoriasis is not only a disease of the skin and joints, but a systemic autoimmune inflammatory disease that may be associated with inflammatory skin and internal alterations - vitiligo, atopic dermatitis, Crohn's disease, systemic lupus erythema, carcinogenesis, endocrine syndromes, heart disease, depression, etc.

Activation of inflammation and Th1-mediated cytokine cascade (with IFN- γ , TNF- α , IL-1 and IL-6) is the likely trigger both for psoriasis and for a number of comorbid conditions. At the same time, several risk factors of the environment, such as streptococcal infections, stress, trauma, smoking, alcohol and obesity are also part of this multisystem disorder.

To date the high frequency of accompanying, especially cardiometabolic disturbances is a significant medical and social problem. These facts are another challenge to the dermatologist and require precise interdisciplinary approach to an adequate and complete therapy, and prevent potentially negative consequences for patients, some of which are life threatening.

ЛАЗЕРНО ЛЪЧЕНИЕ И КОЖА - РАЗКРИВАНЕ СМИСЛИТЕ НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ ТЕРМИНИ И ПОНЯТИЯ

О. Съботинов,
ИФТХ - БАН, София

Светлинното лъчение на модерните лазерни апарати, позволява да се решават много и различни естетични проблеми. В днешни дни лазерът се е обособил като неизменен съпътстващ инструмент в ръцете на модерния дерматолог. Познаването на сложните био-физични процеси на въздействие на лазерното лъчение върху тъканите, в частност кожата, ще позволи възможностите на тези апарати да бъдат разгърнати до максимална степен. Именно такива процеси са начина на разпространение на светлината в кожата и нейната трансформация под формата на топлина или микро-механични въздействия, както е при фото-акустиката.

LASER RADIATION AND SKIN – REVEALING OF THE MEANING OF TERMS AND NOTIONS

Sabotinov O.,
ISSP - BAS, Sofia, Bulgaria

Light radiation of modern laser apparatuses, allows solving many different aesthetic problems. Nowadays, laser is up as an invariable accompanying instrument in the hands of the modern dermatologist. The good knowing of the complex bio-physical processes of laser radiation influence on tissues, especially skin, will provide for the development of the utmost capabilities of these apparatuses. Exactly those processes are a way of spreading light into the skin and its transformation into the form of heat or micro-mechanical effects, as it happens to be in photo-acoustics.

ЛАЗЕРНОАБЛАТИВНА МЕТОДИКА ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕРМАТОЗИ С ФАЦИАЛНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ - ТЕРАПЕВТИЧНО ЕСТЕТИЧНИ АСПЕКТИ

Ю. Пенев, Варна

Представят се резултати от лечението на съдови и пигментни дерматози в едно разширено проучване от приложението на CO₂ дерматохирургичен лазер. Съпоставят се терапевтичните резултати с резултатите, получени от другите известни методи на лечение, избора на терапевтичен подход и оценка на естетичността на крайния резултат. Отделя се специално внимание на терапевтичния подход при избор на терапия – класическа хирургична пластика, лъчелечение или лазер аблация в лечението на базоцелуларния карцином, локализиран по лицето. Опитът в лечението на този не рядък неопластичен процес показва, че лазертерапията е терапевтично достатъчно ефективна, а получените много добри козметични резултати са важен аргумент в избора на лечение, запазващо качеството на живот, свързан до голяма степен с естетиката на лицето. Другите предимства на лазерната терапия са скъсяването на оперативното време, безконтактността и амбулаторно приложение. Представените резултати са плод на повече от две десетилетия клиничен опит.

CLINICAL AND AESTHETIC ASPECTS IN ABLATIVE LASER TREATMENT OF FACE LOCATED SKIN LESIONS

Penev J., Varna, Bulgaria

In this research broadly is represented CO₂ lasers apparatus treatment of vascular and pigment lesions located on the face. Clinical results and other treatment approaches are compared, as well as the selection and choice of treatment methods, and the final aesthetic results are being graded respectively. Special attention is paid on the treatment of facial basocellular carcinoma (BCC).

Research and experience in the treatment of this widely spread kind of skin cancer which is most often localized on the face prove that broad application of laser therapy could be a powerful weapon in fighting for effective treatment of vascular, pigment, and BCC diseases with achieving both therapeutic and aesthetic results in order to improve quality of life. Other advantages of laser induced therapy are further emphasized in this two decades of clinical experience research.

МЕТОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА НЕЕСТЕТИЧНИ ЦИКАТРИКСИ

А. Аргиров, София

Неестетичните цикатрикси могат да възникнат по различни участъци от кожата във всяка възраст от живота на човека. В клиничната практика са утвърдени няколко основни вида белези: келоиди, хипертофични и атрофични белези. Някои автори допълват тази класификация с други клинични варианти на цикатриксите. Най-честите причини за възникването на патологични белези са: механични и физически фактори, лекарвени средства, инфекциозни, неврологични, хематологични и метаболитни заболявания. Обединяващи патогенетични механизми са: нарушената комуникация между интерферони (цитокини), фибробласти, глюкозаминогликани (ГАГ) и други сигнални молекули (цитокини); промяна в нивата на имуноглобулините; обсъжда се и дефектна апоптоза на фибробластите. Познаването на терапевтичните подходи и медикаменти в лечението на белезите е от огромно значение за клиничната дерматология, подобряването на качеството на живот на пациентите и изграждането на самочувствието им.

Ключови думи: цикатрикси, келоиди, атрофични, хипертофични, интерферони, цитокини, фибробласти, глюкозаминогликани (ГАГ).

METHODS FOR TREATMENT OF SCARS

Argirov A., Sofia, Bulgaria

Pathological scars can appear on different parts of the skin at any part of a human's life. In clinical practice a few major types of scars have been established: keloids, hypertrophic and atrophic scars. Pathological scars are mainly the result of mechanical and physical factors, infections, neurological, hematological and metabolic diseases. The most common pathogenic mechanisms are: disturbed coordination between interferons, fibroblasts, glycosaminoglycans (GAGs), and other types of signaling molecules (cytokines); change in the levels of immunoglobulin, or defective apoptosis of fibroblasts. Knowing therapeutic approaches and medicines in scar treatment is of vital importance for clinical dermatology, improving the patients' quality of life and building-up their self-esteem.

Key words: Pathological scars (keloid, hypertrophic and atrophic) Cytokines Fibroblasts Glycosaminoglycans (GAGs) Interferones

НАТУРАЛНА ДЕРМАТО-КОЗМЕТИЧНА СЕРИЯ THALLODERMA® NATURA - РОЗА С АКТИВНИ КОМПОНЕНТИ ОТ МАСЛОДАЙНА РОЗА

**И. Бакърджиев¹, Ст. Пенев², Зл. Пенев²,
Н. Маркова²,**

¹ Медицински Колеж, МУ - Варна

² Фармацевтични лаборатории ТАЛОДЕРМА, Варна

Целта на ново-разработената от Фармацевтични лаборатории ТАЛОДЕРМА® дермато-козметична серия е решаването на различни проблеми на кожата посредством формулации и с активни компоненти от *Rosa damascena*, съответстващи на международните изисквания за натурална козметика (NATURA и др. национални организации). Серията включва продукти за лице, ръце, тяло и крака. Продуктите за лице са с предназначение за различни типове, проблеми и потребности на кожата, вкл. с anti-age ефекти. Проведените клинични наблюдения показват съвместимостта на разработените продукти с кожата и тяхната ефективност.

NATURAL DERMATO-COSMETIC SERIES THALLODERMA® NATURA - ROSE WITH ACTIVE COMPONENTS FROM ESSENTIAL ROSE

**Bakardzhiev I.¹, Penev St.², Penev Zl.²,
Markova N.²**

¹ Medical College, Medical University of Varna, Bulgaria

² Pharmaceutical Laboratories THALLODERMA, Varna, Bulgaria

The aim of the newly developed by the pharmaceutical laboratories THALLODERMA® dermato-cosmetic series is the solution of various problems of the skin using formulations and active components of *Rosa damascena*, meeting the international standards for natural cosmetics (NATURA and other national organizations). The range includes products for face, hands, body and legs. Facial products are intended for different types, problems and needs of the skin, incl. anti-age effects. The clinical observations indicate the compatibility of the developed products with the skin and their effectiveness.

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ИЗРАБОТВАНЕ И ПРИЕМАНЕ НА ПРЕПОРЪКИ ЗА ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА БОЛНИТЕ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ НОВООБРАУВАНИЯ НА КОЖАТА

П. Троянова¹, Г. Пехливанов²

¹ УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ", София

² Катедра по дерматология и венерология,
УМБАЛ "Александровска", МУ - София

Злокачествените новообращувания на кожата (ЗНК) са интердисциплинарен проблем, който изисква усилията на мултидисциплинарен екип от специалисти. Бързият напредък на медицинската наука в света, промените в системата на здравеопазването в България и необходимостта от осигуряване на стандартизирани медицински грижи за пациентите с тези заболявания налагат да се изработят и приемат единни препоръки за диагностика, лечение и проследяване на злокачествените новообращувания на кожата. Те не са догми и периодично могат да бъдат променяни и актуализирани, отразявайки промените на практиката в светлината на новите доказателства. Подобни консенсусни документи, основани на доказателства, наречени насоки или протоколи или препоръки са приети и в другите страни, както и при други видове заболявания.

NECESSITY OF DEVELOPING AND ADOPTING RECOMMENDATIONS FOR DIAGNOSTICS, TREATMENT AND FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH MALIGNANT SKIN NEOPLASMS

Trojanova P.¹, Pehlivanov G.²

¹ "Queen Joanna - ISUL" University Hospital,
Sofia, Bulgaria

² Department of Dermatology and Venereology,
Faculty of Medicine, University of Medicine,
Sofia, Bulgaria

Malignant skin neoplasms (MSN) are an interdisciplinary problem that requires the efforts of a multidisciplinary team of specialists.

Radical progress in medical science worldwide, changes in the healthcare system in Bulgaria and the need to provide for standardized medical care for patients with such diseases necessitate the developing and adopting uniform recommendations for diagnostics, treatment and follow-up of malignant skin neoplasms.

These are not dogmas and can be modified and updated from time to time to reflect changes in practice in light of new evidence.

Similar evidence-based consensus documents, a. k. a. guidelines or protocols or recommendations have been adopted in other countries for other diseases as well.

НОВИ АКЦЕНТИ В ПАТОГЕНЕЗАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ХРОНИЧНАТА ВЕНОЗНА БОЛЕСТ

И. Атанасов

Servie Medical, Bulgaria

Резултатите от международното епидемиологично проучване Vein Consult Program, в което България участва, скринирайки 2400 пациента показват, че 8 от 10 пациенти, които посещават ОПЛ, страдат от ХВБ. Всички тези пациенти страдат от тежест в краката, усещане за подуване, болка или имат разширени вени и оток.

Detralex е единственият флеботоничен медикамент, който действа в сърцевината на Хроничната Венозна Недостатъчност, като спира венозното възпаление. От друга страна благодарение на микронизацията и уникалния си състав от флавоноиди Detralex осигурява по-добра абсорбция и съответно 3 пъти повече активно вещество да действа там където е необходимо отколкото при немикронизираните диосмини.

Резултатите от един нов мета-анализ, представен миналата година на международния конгрес UIP в Прага, показват, че Detralex най-ефективно намалява отока в сравнение с другите вено-тонични медикаменти като Троксевазин, Cyclo-3-fort и Диокет и Флебодия.

Дозата на Detralex за лечение на Хронична венозна недостатъчност е 2 таблетки дневно поне за 2 месеца.

NEW HIGHLIGHTS IN PATOLOGY, PROGRASSION AND TREATMENT OF CHRONIC VENOUS DISEASE

Atanasov A.

Servie Medical, Bulgaria

The results from the international epidemiological study Vein Consult Program, in which Bulgaria participates, with screened 2400 patients, showed that 8 out of 10 patients who visit their GPs, suffer from Chronic Venous Insufficiency (CVI). All of these patients suffer from heaviness in legs, a feeling of swelling, pain, or have varicose veins and swelling.

Detralex is the only drug that works at the heart of Chronic Venous Insufficiency as stopping venous inflammation. On the other hand due to micronization and unique composition of flavonoids Detralex provides better absorption and therefore three times more active substance may act where is necessary than unmiconized diosmin.

The results of a new meta-analysis presented last year at the International Congress in Prague (UIP) showed that Detralex most effectively reduces swelling compared to other drugs such as venotonic Troxevasin, Cyclo-3-fort and Dioket and Phlebodiya.

Detralex dose for the treatment of Chronic Venous Insufficiency is 2 pills daily for at least 2 months.

ОПТИЧНИ МЕТОДИ В ДИАГНОСТИКАТА НА КОЖНИТЕ ТУМОРИ

Е. Павлова

МДЦ "Царица Йоанна - ИСУЛ", София

Съвременните образни методи за диагностика на кожните заболявания дават възможност за изследване на живата кожа в реално време без нарушаване на нейната цялост. Те не могат да изместят клиничния преглед и златния стандарт - патоморфолоичното изследване, но успешно ги допълват, давайки точна, обективна, количествена и възпроизводима информация за параметрите, характеризиращи състоянието на кожата в норма и патология и за промените, настъпващи в хода на приложеното лечение.

Днес в диагностиката на кожните заболявания се използват различни методи за получаване на кожни изображения - оптични (фотография, микроскопия на кожата повърхност, дерматоскопия, конфокалната микроскопия, отражателна и флуоресцентна спектроскопия) и неоптични (ехография, ядрено-магнитен резонанс), както и компютърен анализ. Оптичните методи, използващи видимата светлина от спектъра навлизат все по-широко в дерматологичната практика за диагностика на различни заболявания.

Настоящият обзор представя накратко различните видове оптични методи, използвани в диагностиката на злокачествените кожни тумори и показва действителната полза, включително потенциала и ограниченията на компютърните диагностични процедури.

OPTICAL METHODS IN THE DIAGNOSTICS OF SKIN TUMORS

Pavlova E.

Queen Joanna - ISUL" Medical Diagnostics
Centre, Sofia, Bulgaria

Modern diagnostic imaging methods for skin diseases allow for examination of living skin in real time without affecting its integrity. They cannot replace clinical examination or the gold standard of pathomorphological examination but can successfully complement them, providing accurate, objective, quantitative and repeatable information about the parameters characterizing the skin in normal or pathological condition and the changes occurring in the course of the administered treatment.

Today in the diagnostics of skin diseases using various methods for skin imaging - optical (photography, microscopy of skin, dermatoscopy, confocal microscopy, reflectance and fluorescence spectroscopy) and non-optical (ultrasound, MRI) and computer analysis. Optical methods using visible light spectrum are more and more widely used in dermatological practice for the diagnostics of various diseases.

This review outlines the different types of optical methods used in malignant skin tumors diagnostics and shows the actual benefit, including the potential and limitations of computer diagnostic procedures.

ОСНОВНИ ХИРУРГИЧНИ ТЕХНИКИ В ДЕРМАТОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА

Д. Етугов, М. Сълева, К. Мануелян
Катедра по Дерматология и Венерология,
УМБАЛ Александровска, София

Дерматохирургията е нова, развиваща се дисциплина, която обхваща оперативните интервенции върху кожата и кожните придатъци.

Кожните тумори могат да бъдат класифицирани според произхода (кератиноцитни, меланоцитни, или от кожни придатъци), локализацията, хистологичния вариант и биологичното поведение. Базоцелуларният и спиноцелуларният карцином принадлежат към най-честите злокачествени новообразувания при човека. Актиничната кератоза, верукозните тумори (причинени от HPV) и акантомите са сред най-често срещаните доброкачествени кожни тумори.

Хирургичното отстраняване е основният и най-важен подход при лечението, определящ хода на заболяването и качеството на живот на болните.

Оперативното лечение на туморите локализирани в зоната на главата и шията, налага по-специфичен подход, тъй като са по-биологично агресивни и съществува по-висок риск за развитието на други тумори в същата област. Въпреки това са с висока степен на лечимост чрез хирургия, ако са открити в по-ранен стадий.

Ще бъдат разгледани различни оперативни техники и видове сутури разделени по анатомични зони в областта на главата и лицето. Те ще бъдат представени чрез конкретни клинични, оперативни случаи.

BASIC SURGICAL TECHNIQUES IN DERMATOLOGICAL PRACTICE

Etugov E., Saleva M., Manuelyan K.
Department of Dermatology and Venereology,
Alexandrovskia University Hospital, Sofia,
Bulgaria

Dermatosurgery is a new, evolving discipline that treats skin and epidermal appendages surgery.

Skin tumors can be classified according to their origin (keratinocytic, melanocytic, or epidermal appendages), localization, histological variation and biological behavior. Basal cell and spinocellular carcinomas belong to the most common malignancies in humans. Actinic keratosis, verrucous tumors (caused by HPV) and acanthomas are among the most common benign skin tumors.

Surgical removal is the main and most important approach to treatment, determining the disease course and quality of life of patients.

Surgical treatment of tumors localized in the area of head and neck requires a specific approach, because they are biologically aggressive and are at higher risk for development of other tumors in the same area. Still these are highly curable by surgery if detected at an earlier stage.

We shall present different types of surgical techniques and sutures divided by anatomical head and face areas in concrete clinical and operational case studies.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕН БУЛОЗЕН ПЕМФИГОИД – ПРОУЧВАНЕ НА СПЕЦИФИЧНОСТТА НА АВТОАНТИТЕЛАТА ЧРЕЗ WESTERN BLOT И ELISA BP180 NC16A

К. Мануелян, К. Дреновска, С. Василева
Катедра по Дерматология и Венерология,
УМБАЛ Александровска, София

Булозният пемфигOID е придобита автоимунна булозна дерматоза, която се характеризира с циркулиращи IgG автоантитела, насочени срещу антигени в областта на базалната мембрана на кожата. ПемфигOIDът се счита за заболяване на напредналата възраст. Появата му като паранеопластично състояние се дискутира от години, но литературните данни върху асоциацията му с малигнени процеси все още са противоречиви. Съществуват съобщения за възникване на булозен пемфигOID в контекста на разнообразни солидни тумори, предимно карциноми на вътрешните органи: карцином на бронхите, на ректума и хранопровода, на стомаха, на панкреаса, на бъбреците, на вулвата, на матката и пр. Целта на настоящото изследване е да проучи специфичността на автоантителата при съчетанието BP/неоплазма и евентуално да посочи критерии за паранеопластичен пемфигOID, каквито до момента не са описани в литературата. Посредством Western blot и/или ELISA BP180 са изследвани серумите на 18 пациента с пемфигOID и неоплазма и контролна група от 34 пациента с пемфигOID. Представени са резултатите от проучването, които не потвърждават наличието на специфичен маркер за паранеопластичен пемфигOID.

PARANEOPLASTIC BULLOUS PEMPHIGOID - A STUDY OF THE SPECIFICITY OF AUTOANTIBODIES BY WESTERN BLOTTING AND ELISA BP180 NC16A

Manuelyan K., Drenovska K., Vassileva S.
Department of Dermatology and Venereology,
Alexandrovskaya University Hospital, Sofia,
Bulgaria

Bullous pemphigoid is an acquired autoimmune bullous dermatosis, characterized by circulating IgG autoantibodies directed against antigens in the skin basement membrane. The pemphigoid is considered to be a disease of advanced age. Its appearance as a paraneoplastic condition has been discussed for years, but reports on the possible link to malignancies are still controversial.

There are reports on the origination of bullous pemphigoid in the context of various solid tumors, particularly carcinomas of internal organs: carcinomas of the bronchi, rectum, esophagus, stomach, pancreas, kidney, vulva, uterus, etc.

The purpose of this study was to investigate the specificity of auto antibodies in the combination BP/neoplasm and eventually to indicate criteria for paraneoplastic pemphigoid, as such have not been published by now.

The results of the study were presented and they do not confirm the presence of a specific marker of paraneoplastic pemphigoid.

ПРИЛОЖЕНИЕ НА ДЪЛБОК ФЕНОЛОВ ПИЛИНГ - СЪВРЕМЕННО АНТИ-ЕЙДЖИНГ РЕШЕНИЕ.

В. Петров, А. Лафчис, К. Лозанов

Клиника по Пластична хихургия “Виа-медика”
- София

Въведение: Дълбокият фенолов пилинг е метод, който е познат на медицинския пазар изсьщевременно не толкова популярен, поради страха от усложнения. Представена е оригинална методикана приложение на дълбок фенолов пилинг при пациенти с естетични проблеми и нашиятопит в комплексното лечение на стареенето на лицето .

Цел: Да покажем, че феноловия пилинг е безопасна процедура в ръцете наквалифициран екип. Този методът е решение на проблема с подобряване на качествотона лицевата кожа, премахвайки увредените повърхностни слоеве. Вкомбинация с лифтинг на лицето се постига цялостен anti-aging ефект, комбиниращ хирургичнотопремахване на кожния излишък с химичното подмладяване и регенерация на кожата. Фенолът е най-силния от химическите разтвори за извършване на дълбок пилинг. Използва сеглавно за третиране на пациенти с груби лицеви бръчки, при пациенти с увреденакожа в следствие на прекомерно излагане на слънчева светлина, както и припигментации. Фенолът се използва само върху лицето поради факта, че употребатаму в другите области на тялото може да предизвиква неприятни белези.

Резултати: В нашатапрезентация се сравняват резултатите на три контролни групи, едната на пациентисамо с лифтинг, другата с пилинг илифтинг и третата само с пилинг.

Възоснова на получените резултати доказваме предимствата на феноловия пилинг, катосъвременно anti-aging решение.

THE USE OF DEEP PHENOL PEEL – A MODERN ANTI-AGING SOLUTION.

Petrov V., Laftchis A., Lozanov K.

Plastic Surgery Clinic “Via Medica - Sofia”, Sofia,
Bulgaria

Introduction: Deep phenol peel is a well known method on the medical market but it is not so popular because of the fear from complications. We introduce an original method of deep phenol peel to patients with aesthetic problems and our experience in the combine treatment of the facial aging.

The aim: To prove that the phenol peel is a safe procedure in the hands of a qualified team of specialists. This method is a solution to the problem of improving the quality of the facial skin by removing its superficial layers.

The combination with face lifting gives us a total anti- aging result, that includes surgical removal of the excess skin and the chemical rejuvenation and regeneration of the skin.

Phenol is the strongest of the chemical solutions for deep peel. It is mainly used for treatment of patients with deep facial wrinkles, patients with damaged skin after sun exposure and pigmentation. Phenol is used only for facial skin, since the use on other region can cause unpleasant scarring.

Results: In our presentation we compare the results from three groups, one with patients that have undergo only lifting, the other with patients with peel and lifting and the third group with those who had only peel treatment.

Based on the results we prove the benefits of the phenol peel as a modern anti-aging solution.

ПРОФИЛАКТИКА НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ НОВООБРАУВАНИЯ НА КОЖАТА

П. Троянова

УМБАЛ “Царица Йоанна - ИСУЛ”, София

Злокачествените новообраувания на кожата (ЗНК) са най-честите онкологични заболявания при двата пола сред белите популации в света. Подобно на другите видове рак те са тежки заболявания, водещи често до мутизации, инвалидизация и смърт. За разлика от туморите с локализация във вътрешните органи, ЗНК са видими и следователно по-успешно лечими и предотвратими.

Схващането, че развитието на ЗНК може да се избегне е основа на тяхната профилактика. Нейните цели са намаляване на заболяемостта и смъртността от тези заболявания.

Първичната профилактика се състои в ограничаване на основния рисков фактор - ултравиолетовите лъчи. Слънчевото греене не може да бъде контролирано, но защитата на тялото от него е възможна и наложителна. Това е свързано с изменения в поведението на отделната личност и отношението на цялото общество към проблема. Вторичната профилактика включва възможностите за лечение на преканцерозите и ранно откриване на началните форми на кожен рак.

PREVENTION OF MALIGNANT SKIN NEOPLASMS

Troyanova P.

“Queen Joanna - ISUL” University Hospital, Sofia, Bulgaria

Malignant skin neoplasms (MSN) are the most common type of cancer in both sexes among white population in the world. Like other types of cancer, these are serious diseases, often leading to mutilation, disability and death. Unlike tumors localized in internal organs, MSN are visible and therefore more successfully treatable and preventable.

The conception that the development of MSN can be avoided is the basis of their prevention. Its objectives are to reduce morbidity and mortality from these diseases.

The primary prevention is to reduce the major risk factor - ultraviolet rays. Sunshine cannot be controlled, but body protection is possible and necessary. That means changes in individual behavior and public attitude to the problem. Secondary prevention includes treatment options for precarcinomas and early detection of initial forms of skin cancer.

ПСОРИАЗИС В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

И. Денчева, Л. Митева

Катедра по дерматология и венерология,
МУ - София

Псориазисът е хронично, системно, възпалително заболяване на кожата, характеризиращо се с хиперпролиферация и нарушена диференциация на кератиноцитите. При една трета от пациентите заболяването започва през първата или втората декада от живота и се свързва с влиянието на тригериращи фактори - стрептококови инфекции, стрес, травма и др. В лечението на леки до средни по тежест форми на псориазис в детска възраст се прилага локална терапия - емолиенти, кератолитици, катрани, дитранол, кортикостероиди, витамин D3 аналози и калциневрининови инхибитори. При тежките форми, освен локални средства се използва фототерапия, и/или системна терапия. Терапията с UVB-лъчи с тесен спектър (narrow band UVB) е предпочитана разновидност на фототерапия за лечение на псориазис при деца. От системните средства в съображение влизат метотрексат, ретиноиди, циклоспорин А и биологичните препарати. Таласотерапията като метод на лечение е приоритет на българската дерматологична школа с над 40-годишен опит. Българската дерматологична школа е считала и счита, че класическата терапия на псориазиса, съчетана с таласотерапия, е най-добрата терапевтична алтернатива в детска възраст.

Ключови думи: псориазис, терапия, детска възраст

PSORIASIS IN CHILDHOOD

Dencheva I., Miteva L.

Department of Dermatology and Venerology,
Medical University - Sofia, Bulgaria

Psoriasis is a chronic, systemic, inflammatory skin disease characterized by hyper-proliferation and abnormal differentiation of keratinocytes. For one third of the patients the disease starts in the first or second decade of their life and is associated with the influence of triggering factors - streptococcal infections, stress, trauma, etc. In the treatment of mild to moderate forms of psoriasis in childhood topical therapy is applied like emollients, keratolytics, tar, dithranol, corticosteroids, vitamin D3 analogues and calcineurin inhibitors. In severe forms, in addition to topical use, phototherapy and/or systemic therapy are applied. Narrow band UVB treatment is a preferable form of phototherapy for psoriasis treatment in children. Systemic resources like methotrexate, retinoids, cyclosporin A and biological agents are in consideration, as well. Thalassotherapy as a method of treatment is a priority of the Bulgarian dermatological school with more than 40-year experience. Bulgarian dermatology has deemed and deems that the classical treatment of psoriasis, combined with thalassotherapy is the best therapeutic alternative in children.

Keywords: psoriasis therapy, childhood

СИНТЕТИЧНИ АНТИМАЛАРИЧНИ СРЕДСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЯТА

Л. Дурмишев

Катедра по дерматология и венерология,
МУ - София

Историята на синтетичните маларични средства води началото си от 40 години на XX век, със синтеза на атебрина, като средство заменящо хинина в борбата с маларията. През 50 години на миналия век са синтезирани хлорокина и хидроксихлорокина. Още едно десетилетие по-късно синтетичните антималярични средства са представени като нова алтернатива в лечението на различни дерматози като резултат от отличните им терапевтични ефекти. По настоящем синтетичните антималярични средства се използват за лечение на редица дерматологични заболявания като lupus erythematosus, дерматомиозит, саркоидоза, както и редица фотодерматози. Същевременно обаче някои хронични заболявания на кожата като псориазисът могат да бъдат тригерираны или влошени от приложението на синтетични антималярични средства. Цел на настоящата презентация е представяне на механизма на действие, индикациите, контраиндикациите и терапевтичните схеми на антималяричните за лечение на различни дерматози. Съществено внимание се отделено на новите терапевтични индикации на препаратите от тази група. В заключение може да се каже, че синтетичните антималярични средства изживяха ново възраждане с приложението си в дерматологията. Но дали няма да бъдем свидетели на нов ренесанс в други области на приложение?

SYNTHETIC ANTI-MALARIALS IN DERMATOLOGY

Durmishev L.

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

The history of synthetic anti-malarials goes back to the 1940's, with the synthesis of atebirin as a medication replacing quinine in combating malaria. In the 1950's were synthesized chloroquine and hydroxychloroquine. Another decade later in result of their excellent therapeutic effects, synthetic anti-malarials were presented as a new option in the treatment of various dermatoses.

Currently, synthetic anti-malarials are used to treat a number of dermatological diseases as lupus erythematosus, dermatomyositis, sarcoidosis, and various photodermatoses. However, some chronic skin diseases like psoriasis can be triggered or worsened by the use of synthetic anti-malarials.

The purpose of this presentation is to present the mechanism of action, indications, contraindications, and therapeutic schemes of anti-malarials for the treatment of various dermatoses. Significant attention is paid to new therapeutic indications of preparations of this group.

In conclusion we can say that synthetic anti-malarials experience a new revival with their application in dermatology. Are we going to witness their new renaissance in other application areas, as well?

СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ ЗА ОЦЕНКА НА МАЗНА, АКНЕИЧНА КОЖА

Хр. Добрев

Клиника по дерматология и венерология,
УМБАЛ - Пловдив

Мазната, акнеична кожа на лицето се характеризира с повишено отделяне на себум, лъскавина, разширени пори и склонност към развитие на комедони, папули и пустули. Често пъти тя се възприема некомфортно и представлява сериозен козметичен проблем. Ефективният контрол върху този тип кожа изисква ежедневно приложение на многофункционални козметични продукти за почистване и интензивна грижа.

За оценка на тежестта на кожните изменения се използват субективни визуални методи (скали за самооценка и експертна клинична оценка на омазняването и акнеичните лезии) и обективни неинвазивни биоинженерни методи (фотометрични, абсорбционни, фотографски, анализ на изображението), с които цифрово се определя функцията на мастните жлези, количеството на себума, лъскавината на кожата и фоликуларната бактериална колонизация).

За определяне на въздействието на мазната, акнеична кожа върху качеството на живот на пациентите се използват дерматологично-специфични (DLQI, CDLQI, Skindex-29) и болестно-специфични въпросници (OSSIQ, OSIS, OSSAS, ADI, CADI, Acne-QoL).

Познаването и практическото приложение на посочените инструменти е предпоставка за постигане на точна диагностика, правилен избор на терапевтичен подход и обективизиране на постигнатите резултати.

MODERN METHODS FOR ASSESSING THE OILY AND ACNE-PRONE SKIN

Dobrev Hr.

Department of Dermatology and Venereology,
University Hospital, Plovdiv, Bulgaria

Oily and acne-prone skin of the face is characterized by increased excretion of sebum, shiny look, enlarged pores and a tendency of developing comedones, papules and pustules. Often it feels uncomfortable and is a serious cosmetic problem. Effective control over this type of skin requires daily administration of multifunctional cosmetic products for cleaning and intensive care.

In order to assess the severity of skin changes are employed subjective visual methods (self-assessment scales and expert clinical assessment of oiliness and acne lesions) and objective non-invasive bioengineering methods (photometric, absorption, photo, image analysis), which determine digitally the function of sebaceous glands, the amount of sebum, the skin shininess and the follicular bacterial colonization).

In order to determine the impact of oily and acne-prone skin on quality of life of patients are used skin-specific (DLQI, CDLQI, Skindex-29) and disease-specific (OSSIQ, OSIS, OSSAS, ADI, CADI, Acne-QoL) questionnaires.

Knowledge on these tools and their practical application is a prerequisite for achieving accurate diagnostics, proper selection of therapeutic approach and objectification of the achieved results.

MYCOSIS FUNGOIDES С РЯДКА ЛОКАЛИЗАЦИЯ И 10-ГОДИШНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

К. Присадашка¹, И. Бакърджиев²,
М. Балабанова¹, Г. Пехливанов¹

¹ Медицински колеж, МУ - Варна

² Катедра по дерматология и венерология,
МУ - София

Mycosis fungoides (МФ) е най-честият кожен Т-клетъчен лимфом и представлява около 50-60% от всички кожни лимфоми. Той се среща по-често при мъжете, отколкото при жените (съотношението мъже към жени е 2:1) и е по-обичайно да се срещне при чернокожи, отколкото при белокожи пациенти (коефициент на разпространение – 1.6).

Представяме ви 68-годишен мъж пациент с 10-годишна история на клинично, хистологично и имунохистохимично потвърдена mycosis fungoides. През 2002 г. пациентът се представи с множество еритематозни плаки по тялото, ръцете и краката. Кожната биопсия по това време разкри mycosis fungoides. Пациентът е лекуван с PUVA и локални стероиди с частична ремисия.

През 2005 г. пациентът показва инфилтрирани еритематозни плаки по лицето, туморни образувания по главата и множество хиперпигментирани петна върху тялото и крайниците, без лимфаденопатия, нито с доказателства за клетки на Sezary в периферната кръв. След клинични, хистологични и имунохистохимични изследвания, е определен II В стадий на mycosis fungoides. Беше проведено неагресивно лечение с PUVA, Re-PUVA, локални стероиди, емолиенти.

От 2005 г. болестта се поддържа с PUVA два пъти годишно и локални стероиди.

Mycosis fungoides е кожен Т-клетъчен лимфом, който трябва да бъде потвърден клинично, хистологично и имунохистохимично. Това ще определи съответния стадий и лечение. Считаме, че неагресивната поддържаща терапия при този пациент е полезна за дългосрочната прогноза на заболяването.

MYCOSIS FUNGOIDES WITH RARE LOCALIZATION AND 10 – YEAR FOLLOW – UP

Prisadashka K.¹, Bakardzhiev I.²,
Balabanova M.¹, Pehlivanov G.¹

¹ Medical college, Medical University Varna,
Bulgaria

² Department of Dermatology and Venereology,
Medical University Sofia, Bulgaria

Mycosis fungoides (MF) is the most common cutaneous T-cell lymphoma and represent about 50-60% of all cutaneous lymphomas. It occurs more frequently in men than in women (male-to-female ratio of 2:1) and it is more common in black than in white patients (incidence ratio = 1.6).

We present a 68-year-old male patient with 10-year history of clinical, histological and immunohistochemical confirmed mycosis fungoides. In 2002, the patient presented with multiple erythematous plaques over his trunk, arms and legs. The skin biopsy at that time revealed mycosis fungoides. The patient was treated with PUVA and topical steroids with partial remission.

In 2005, the patient presented with infiltrated erythematous plaques over the face, a tumor formation over the head and multiple hyperpigmented macules over the trunk and extremities, with neither lymphadenopathy nor evidence of Sezary's cells in peripheral blood. After clinical, histological and immunohistochemical investigation, II B stage of mycosis fungoides was determined. Non-aggressive treatment with PUVA, Re-PUVA, topical steroids, emollients was conducted.

Since 2005 the disease has been maintained with PUVA two times per year and topical steroids.

Mycosis fungoides is a cutaneous T-cell lymphoma that should be clinically, histologically, and immunohistochemically verified. This would determine its appropriate staging and treatment. We consider that non-aggressive maintenance therapy in this patient is beneficial for the long-term prognosis of the disease.

УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УПОТРЕБА НА ДЕРМАЛНИ ФИЛЪРИ - ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОЗА И ТЕРАПИЯ

С. Вълкова

УМБАЛ - Плевен, МУ - Плевен

Минимално инвазивните естетични процедури добиват все по-голяма популярност в последните десетилетия. Приложението на дермални филъри е вторият по честота нехирургичен метод, използван за естетични корекции. Интересът към него непрекъснато нараства поради отличния, бърз и дълготраен ефект и минималния възстановителен период за пациентите. Независимо от добрия профил на безопасност на използваните в момента дермални филъри масовата им употреба обуславя и нарастващата честота на регистрираните усложнения. В зависимост от времето на появата си те се делят на непосредствени, ранни и късни, а в зависимост от тежестта на наблюдаваните симптоми – на леки и тежки. Лекарите усложнения (еритем, едем, болка, кръвоизлив) обикновено са преходни и преминават за около седмица без остатъчни явления. Тежките включват инфекции, алергични реакции, грануломи, некроза и други. Познаването на тяхната профилактика, симптоми и методи за лечение е задължение на всеки лекар, практикуващ естетична медицина. Това ще ограничи неблагоприятните последици за пациента и ще допринесе за оптимално използване на добрите коригиращи възможности, които дермалните филъри предлагат.

COMPLICATIONS IN THE USE OF DERMAL FILLERS - PREVENTION, DIAGNOSIS AND THERAPY

Valkova S.

UMBAL – Pleven, Medical University – Pleven, Bulgaria

Minimally invasive aesthetic procedures are becoming increasingly popular in recent decades. The employment of dermal fillers is the second most common nonsurgical method used for aesthetic correction. Interest in it is growing steadily due to the excellent, fast and long lasting effect and minimal recovery period for patients. Despite the good safety profile of currently used dermal fillers their mass use conditions the increasing incidence of registered complications. Depending on the time of appearance, they are classified as immediate, early and late, and depending on the severity of observed symptoms - as light and heavy. Mild complications (erythema, edema, pain, bleeding) are usually transient and resolved within a week without residual effects. Severe complications include infections, allergic reactions, granulomas, necrosis, etc. Knowledge on their prevention, symptoms and treatments is the duty of every physician practicing aesthetic medicine. That will limit the adverse consequences for patients and contribute to optimal use of the best corrective opportunities that dermal fillers offer.



IN MEMORIAM

Завърши земния път на проф. д-р Златко Пенев, дмн.

*Нашата църква казва, че с това живота не свършва.
Но животът след смъртта се определя от живота и делата на
човека тук, на земята.
А живота на проф. Пенев беше забележителен,
каквото беше и самият той. . .*

Проф. д-р Златко Пенев е роден на 2 декември 1933 г. в с. Ломци, Търговишко.

Като дете е такъв, какъвто остава до края на живота си - неизчерпаемо жизнен, напорист, нахочив...

Учи в родното си село, после гимназия в гр. Попово и веднага след това е приет за студент в Медицинска академия, София.

През 1957 завършва висшето си образование, с изключителна вътрешна убеденост и желание да работи като селски лекар. Свързва живота си със съпругата си Гергана, която завършва фармация в Медицинска академия.

С известно чувство на неудовлетвореност приема централното си разпределение като лекар в системата на МВР. Първоначално е Началник на медицинска служба към гранични войски в Добрич, после - в Окръжно Управление на МВР, Русе. По време на работата си като лекар в системата на МВР заварва медицинските служби в незадоволително за него състояние. Полага усилия за цялостното им преустройство и осъвременяване.

Осъзнава, че разпределението му като военен лекар все пак е било положително - култивира неговата дисциплина и отговорност.

Още в началото на своята кариера в МВР е зачислен на специализация в Клиниката и катедра по кожни болести към Медицинска Академия. Наред с редовното време за специализация използва за това и годишните си отпуски.

Усвоява специалността при най-големите български, с международно признание дерматолози.

Междувременно се раждат двамата му сина - Юлиан и Станицвет, впоследствие също лекари и творчески последователи на делата му.

През 1962 г. след успешни изпити получава специализация „Кожни болести” и печели конкурса за асистент към Катедра по кожни болести при новосъздадения Висш Медицински институт във Варна. Тук той основава специализирани изследователски лаборатории и за кратко време прави редица нововъведения в областта на диагностиката и лечението на кожните болести. С особена любов и ентузиазъм, инициативност и новаторство води занятията на студентите на които предава своите теоретични знания и практически умения.

През 1967 е избран за старши, а през 1971 - за главен асистент. През 1975 защитава кандидатска дисертация върху контактните дерматити - екземи. През 1976 е избран за доцент и Ръководител на Катедрата по кожни болести, какъвто е до пенсионирането си. През 1985 г. защитава дисертация върху професионалните дерматити и екземи и нови средства за тяхната диагноза и профилактика, получавайки научна степен „Доктор на медицинските науки”. От 1987 г. е Професор.

Проф. Пенев отделя голяма част от своето време и енергия за каузата за построяването на клиника и катедра по кожни болести във Варна. Ключов момент се оказва излекуването на първата жена-космонавт Валентина Терешкова от „нелечима” кожна болест. Въпреки последвалите пречки и трудности новата Кожна клиника е проектирана, построена и открита за 1-ви май

1979 г. Така са създадени оптимални условия за пълноценна реализация и развитие на всички необходими области - учебна, научна, лечебна. Тук е ръководител на редовни и свободни аспиранти, както и на над 30 специализанти по дерматология, в момента високо ценени специалисти в България.

В продължение на много години проф. Пенев е национален и регионален консултант и методичен ръководител на дерматологични заведения в страната и консултант по дерматология на Правителствена болница на територията на гр. Варна.

Автор и съавтор на над 250 научни публикации, десетки учебници, практически ръководства за студенти и лекари, на над 40 внедрени в практиката изобретения и рационализации.

Дълги години е член на Академичния съвет на МУ, Варна, на Специализирания научен съвет при ВАК, на Държавната комисия за специалност дерматология, Председател на Варненския клон на Българското дерматологично дружество, член на редакционната колегия на сп. „Дерматология и Венерология”.

Носител е на множество академични отличия. От 1986 г. е Почетен доктор на Френската Академия по Дерматология. Проф. Пенев е съосновател на Варненския свободен университет „Черноризец Храбър”, основател и Председател на дружество „Европейски дом” във Варна, по-късно - „Дружество за Евроинтеграция”, почетен член на научно-практическата конференция „Пролетни Варненски Дерматологични дни”.

Но най-голямата радост на проф. Пенев е благодарността на десетките хиляди пациенти, които е излекувал, облекчил страданията и направил живота им по-добър.

Непосредствено след демократичните промени неизчерпаемата творческа енергия и предприемачески дух на проф. Пенев намират ново поле на успешна реализация. През 1991 г. заедно със съпругата си маг. фарм. Гертана Пенева създават Фармацевтични лаборатории „Талодерма”. Благодарение на сътворяваните с професионална отговорност, всеотдайност и любов качествени, полезни и достъпни за хората дермато-козметични продукти „Талодерма” присъства достойно на българския и международен козметичен и фармацевтичен пазар вече повече от 20 години. Към настоящия момент фирмата дава професионална реализация на повече от 50 човека.

До последните си дни, проф. Пенев не спира да мечтае, да твори и да променя света около себе си.

Сътвореното от него живее и днес.

Той живее във всичко, което остави след себе си, в проекцията на неговата забележителна личност във всички нас - близки, приятели, колеги.

Редакционната колегия на сп. „Дерматологичен преглед” и организаторите на научно-практическата конференция „Пролетни Варненски Дерматологични дни” се присъединяваме към скръбта на всички, които уважаваха проф. Пенев. За нас той остава верния фар на новаторството и творчеството, на ентусиазма и професионализма.

Загубата на проф. Пенев е огромна за всички.

Щастливи сме, че имавме шанса да го познаваме.

***Поклон
пред светлата му памет!***

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ

Списание „ДЕРМАТОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД“ публикува оригинални статии, обзори, интересни случаи от практиката, изследвания и наблюдения, свързани с диагностиката и лечението на заболявания в областта на дерматологията, венерологията и естетичната медицина. Списанието е предназначено за всички специалисти, работещи в областта на клиничната дерматология, венерологията и естетичната медицина, както и за всички лекари с общ профил, специализанти, студенти по медицина и всички заинтересовани. Списанието презентира и публикува актуални рекламни материали на фирми и организации, свързани с медицината, както и рецензии на книги и реферирани статии.

ИЗИСКВАНИЯ ЗА ПУБЛИКУВАНЕ:

Всички ръкописи се рецензират и не се връщат. Те трябва да са дадени за публикация за първи път. Авторът дава автоматично с подаване на научните материали своето съгласие за публикуването на текста, графиките и снимковия материал, придружаващ ръкописа, като се описва тяхното авторство. Препечатване в други издания се извършва само след изричното писмено съгласие на издателството.

* Ръкописите се оформят като стандартни машинописни страници (30 реда, 60 знака) с достатъчен интервал между редовете, номерирани последователно. Материалите могат да се предават в редакцията в електронен вид, чрез е-мейла на редакцията или друг електронен път, достъпен за автора и редакцията. Мерните единици ползвани в ръкописа да са обозначени с латински букви.

* Обемът на предлаганите публикации да бъде: приблизително до 7 страници за оригинални статии; до 15 страници за обзори и до 3 страници за реферати на статии, рецензии, научни съобщения и др. Рекламните презентации и карета са представени в рекламната тарифа на списанието.

* Имената на авторите се подреждат в азбучен ред. Под имената на авторите се посочва местоработата им. Когато авторите са повече от един

и работят на различни места, то те се обозначават с цифров индекс.

* Всяка статия и всеки обзор се придружават от резюме на български и на английски език в обем до 30 реда, в което се посочват: цел и обект на изследването, основни данни за методиката, резултати и изводи.

* Заглавната част на всяка научна статия започва със заглавието на статията, имената на авторите, тяхната месторабота и адрес за кореспонденция.

Следва резюме до 300 думи представено на български и английски. В него се излагат целите, използваните методи на изследване, постигнатите резултати и заключенията на авторите, както и до 5 ключови думи.

Научните статии включват обособени раздели: увод, цели, материал и методи, резултати, обсъждане и изводи.

* Благодарности.

* Библиографията да съдържа средно до 30 източника за обзори, до 50 източника за експериментални работи и до 20 източника за описание на редки клинични случаи. Публикациите от библиографията да включват медлайн актуална информация от последните 2-3 години.

Изписването на всеки източник да бъде на нов ред с арабска номерация. Данните се оформят по следния начин:

Например:

Fecker LF, Geilen CC, Tchernev G, Trefzer U, Assaf C, Kurbanov BM, Schwarz C, Daniel PT, Eberle J. Loss of proapoptotic Bcl-2-related multidomain proteins in primary melanomas is associated with poor prognosis. J Invest Dermatol 2006 Jun; 126(6):1366-71.

- Статии: Автор(и). Заглавие на статията. - Заглавие на списанието (съкратено по Index Medicus), година, том (подчертан), номер на книжката, страници (от-до).

Например:

Бакърджиев И, Пехливанов Г, Каваклиева С.

Balanitis xerotica obliterans- локална терапия с *Pimecrolimus*. Мед. Преглед, 2009, брой 1-2, том 60, 73-77.

- Публикации от сборник : Автор(и). Заглавие.
- В: (за латиница - In :) Заглавие на сборника. Място на издаване, година на издаването, страници (от-до).
- Книги: Автор(и). Заглавие. Подзаглавни данни. Място на издаване (град), издателство, година на издаването, страници (от-до).
- * Ако авторите са до трима, се изписват фамилията и инициалите на първия автор, инициалите и фамилията на останалите автори. За пълноценното проследяване на публикационната и цитационната активност на българските медици при цитиране на български източници да се изброяват имената на всички автори.

* Позоваванията в текста на библиографските източници се правят с цифровото им означение в скоби ().

* Илюстративният материал (таблици, фигури, диаграми, снимки) се представя със съответни заглавия и легенди на български език. Снимките трябва да бъдат с добро качество за възпроизвеждане.

* Заедно с предложения материал се предават име и пълен адрес с телефон и e-mail на отговорния автор за осъществяване на контакт .

Материалите се изпращат на адрес:

За сп. “ДЕРМАТОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД “
ул. “Войнишка” 3, вх. А
9002 Варна
e-mail: dermareview@gmail.com

