

11. Резюмета на научните трудове

1. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“:

Образователна и научна степен „ДОКТОР“ по научна специалност „Дерматология и венерология“, Диплома Серия МУС № 000147 на тема: „Комбиниран климатолечебен метод в терапията на псориазис“, защитена на 19 април 2013 г, Рег. № 123-Д от 24.07.2013 г.

Висше училище: Медицински университет - София

Факултет: Медицински университет, София - Медицински факултет

Първично звено: дерматология и венерология

Научна степен: ОНС "доктор"

Професионално направление: 7.1. Медицина

Диплома No/дата: 123-Д / 24.07.2013

Тема на дисертационния труд: Комбиниран климатолечебен метод в терапията на псориазис

Анотация: Псориазисът е хелиофилна болест и състоянието на повечето пациенти се подобрява значително при излагане на слънце. Това дава основание за търсене на различни терапевтични схеми, използващи слънцето и други естествени природни дадености за лечение на псориазис. Проучването доказва по-доброто терапевтично повлияване при пациенти с psoriasis placata и psoriasis palmoplantaris, лекувани с комбинирано климатолечение, включващо таласотерапия, пелоидотерапия и балнеотерапия в Специализираната болница за рехабилитация "Тузлата" край Балчик в сравнение с контролни групи пациенти, лекувани с различни видове фототерапия. Обсъжда се подобрението в дерматологичния статус на пациентите, подобрението на общата тежест на заболяването, качеството на живот, намалението в степента на сърбежа и оплакванията в областта на ставите, както и икономическата целесъобразност на комбинираното климатолечение в сравнение със стационарното лечение на псориазис в рамките на сега съществуващите клинични пътеки на НЗОК.

Общ обем на дисертационния труд (брой страници): 144; Библиография (брой заглавия): 153

Дата на защита: 19.04.2013 Език на основния текст: Български

Научен ръководител: Чл. кор. Проф. д-р Николай Константинов Цанков, дмн

Рецензенти: Проф. д-р Любка Митева, дм; Проф. д-р Елена Обрешкова, дм

Председател на научно жури: Проф. д-р Любка Митева, дм

Членове на научно жури: Чл. кор. Проф. д-р Николай Константинов Цанков, дмн; Проф. д-р Невена Борова, дмн; Проф. д-р Елена Обрешкова, дм; Доц. д-р Христо Добрев, дм

Onchocercosis Cutis

А. Желязков, И. Богданов, М. Балабанова, Г. Пехливанов, Н. Цанков

Клиника по дерматология и венерология – УМБАЛ Александровска, София

Анамнез

Кадже се за пациентка на 22 години. Три дни преди приемане в дясна глутеална област пациентката получава обрив, придружен от силен сърбеж. Еритемните промени постепенно се разпространяват, достигайки цялата глутеална област.

Пациентката получава оплакванията при престоята на полуостров Юкатан (Мексико). Там е направена консултация с лекар, но изписаното лечение не дава добър резултат. При завръщането в България е проведена антибиотична, кортикостероидна, антихистаминова и локална емолиентна терапия без повлияване.

Соматичният статус на пациентката е без патологични находки.

Дерматологичен статус

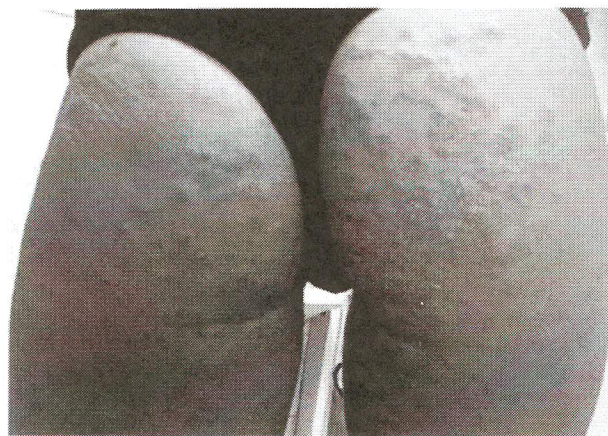
Патологичните изменения са локализирани предимно по кожата на дясна глутеална половина и медиалната част на лявата. Обривът се представя от еритемни папули, на места конfluиращи в плаки с големина около 5–7 cm и неправилна форма. По повърхността на плътните обривни единици има изразена десквамация със средно големи, хлабаво захванати, беззникави скъми (фиг. 1). Допълнително се наблюдаваха преходни уртикариални обриви, с разположение предимно в дясна бедрена област. Отделните уртики са с големина около 3–4 cm, еритемни и силно сърбящи (фиг. 2). Аускуват патологични изменения по кожните придатъци. Периферни лимфни възли не се палпират.

Хистология

В първоначалната хистологична находка се наблюдава слабо изразена спонгиоза, акантоза, смесен възпалителен инфилтрат в горна дерма, съставен предимно от мононуклеари и множество еозинофили. При допълнителните срези в препарата се откриват специфични кисти, разположени в епидермиса (фиг. 3).

Диференциална диагноза

В диференциална диагноза се обсъди контактен дерматит, инсектен дерматит, скабиес, ур-



Фиг. 1. Еритемни папули и плаки, по-изразени в дясна глутеална област. Параклиничните изследвания са в референтни граници.



Фиг. 2. Преходни уртикариални обриви в областта на десен долен крайник

Пурпурична форма на Pityriasis rosea

И. Богданов, Г. Пехливанов, З. Демерджиева, С. Василева, И. Ботев,
Н. Цанков

Медицински факултет – София
Университетска Александровска болница
Катедра по дерматология и венерология

Въведение

Pityriasis rosea е често срещана, доброкачествена ексудативно-сквамозна дерматоза, описана за първи път от Gibert през 1860 г.¹ Острото начало и характерната морфология на кожната ерупция, както и типичното, самоограничаващо се във времето и клинично протичане значително улесняват диагностичното мислене. Наред с класическата форма на *pityriasis rosea* съществуват описания на редки атипични варианти на заболяването. В това число везикулозен, пустулозен, гигантски и пурпурични *pityriasis rosea*, които могат да породят значителни диференциално-диагностични затруднения.

Представя се рядък случай на атипично протичаща пурпуричен вариант на заболяването.

Клиничен случай

Касае се за мъж на 51 г., чиито оплаквания започват една седмица преди хоспитализацията с появата на две конфигуриращи, овални, херпетиформни лезии в областта на дясната гърда. В рамките на около две седмици подобни лезии се появяват в областта на гръдния кош, корема, ингвиналните гънки и в областта на пубиса. Състоянието на обрива се влошава след изкъпване с вода и сапун. Пациентът съобщава за контакт с птици (гълъби) и злоупотреба с алкохол вечерта преди появата на лезиите. Проведеното амбулаторно лечение с бяла микстура, ментолов спирт и компреси с лайка и есмердика, предписано му от личния лекар, е без съществен ефект.

При постъпването пациентът бе в добро общо състояние, афебрилен, без системни оплаквания и без отклонения във физикалния статус по органи и системи.

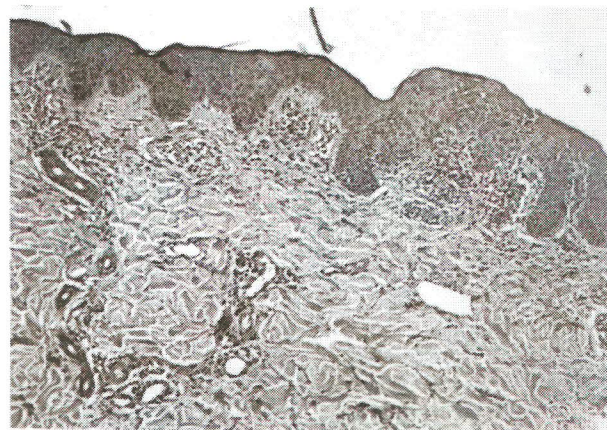
Дерматологичният статус на пациента се характеризираше с патологични промени, локализиращи по кожата на гръдния кош, корема, ингвиналните гънки и пубиса, представени от отделни и на места конфигуриращи еритемни плаки с кръгла и овална форма и ливиден център (фиг. 1). В периферията на плаките бе осеяна от дребни еритемо-папули с пемехиална компонента, а в центъра се оформяше фина десквамация, тип „collarete“. По кожата на лявата пекторална област се наблюдаваше „майчина плака“ в процес на обратно развитие (фиг. 2).



Фиг. 1.



Фиг. 2.



Фиг. 3.

Консенсус за лечение на псориазис

И. Гроздев¹, И. Богданов², С. Василева¹, Д. Господинов³, Д. Грозева¹,
А. Грозева⁴, А. Димитрова⁵, Х. Добрев⁶, Р. Дърленски², М. Кадурина⁷,
Ж. Казанджиева¹, К. Кирчева⁸, Г. Матеев¹, Н. Методиева⁹, Е. Обрешкова⁷,
К. Праматаров¹⁰, М. Санкева¹¹, С. Тонев⁷, М. Трашлиева³, Е. Христкаева¹²,
Т. Черкезов¹³, Р. Янкова¹⁴, Н. Цанков²

¹Катедра по дерматология и Венерология, МФ, МУ – София

²Отделение по дерматология и Венерология, МБАЛ „Токуда болница“ – София

³Клиника по кожни и Венерически болести, МФ, МУ – Плевен

⁴ЦКВЗ – Русе

⁵Отделение по дерматология и Венерология – МБАЛ „Търговище“ – Търговище

⁶Клиника по дерматология и Венерология – УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив

⁷Катедра по дерматовенерология и алергология – ВМА – София

⁸Специализирана болница за рехабилитация Тузлата – Балчик

⁹МБАЛ „Пазарджик“ – Пазарджик

¹⁰УМБАЛ „Лозенец“, МФ, СУ – София

¹¹Клиника „Акта медука“ – Севлиево

¹²Клиника по кожни и Венерически болести, УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Куркович“ – Стара Загора

¹³МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ – Кърджали

¹⁴Катедра по дерматология и Венерология, МФ, МУ – Пловдив

Consensus for the Treatment of Psoriasis

I. Grozdev¹, I. Bogdanov², S. Vassileva¹, D. Gospodinov³, D. Grozeva¹, L. Grozeva⁴,
L. Dimitrova⁵, H. Dobrev⁶, R. Darlenski², M. Kadurina⁷, J. Kazandjieva¹,
K. Kircheva⁸, G. Mateev¹, N. Metodieva⁹, E. Obreshkova⁷, K. Pramatarov¹⁰,
M. Sankeva¹¹, S. Tonev⁷, M. Trashlieva³, E. Hristakieva¹², T. Cherkeзов¹³,
R. Yankova¹⁴, N. Tsankov²

¹Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Medical University – Sofia

²Department of Dermatology and Venereology, “Tokuda Hospital” – Sofia

³Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Medical University – Pleven

⁴Center of Dermatology and Venereology – Russe

⁵Department of Dermatology and Venereology, “Targovishte” Hospital – Targovishte

⁶Department of Dermatology and Venereology, University Hospital “Saint George” – Plovdiv

⁷Department of Dermatovenereology and Allergology – Military Medical Academy – Sofia

⁸Specialized Hospital for Rehabilitation Tuzlata – Balchik

⁹Department of Dermatology and Venereology – “Pazardzhik” Hospital – Pazardzhik

¹⁰Department of Dermatology and Venereology – University Hospital “Lozenets”, Faculty of Medicine, Sofia University – Sofia

¹¹„Acta medica” Clinic – Sevdievo

¹²Department of Dermatology and Venereology, University Hospital “Prof. Dr. Stoyan Kirkovich” – Stara Zagora

¹³Department of Dermatology and Venereology, “Dr. Atanas Daffovski” Hospital – Kardzhali

¹⁴Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine – Plovdiv

Българското дерматологично дружество (БДД) представя проект за консенсус за лечение на псориазис в България, базиран на съвременни данни от литературата и наличните консенсуси на дерматологич-

ни дружества на други европейски страни. Консенсусът е приет на заседание на управителния съвет на БДД съвместно с водещите специалисти в страната на 23 февруари 2013 г.

Псориазисът като системно заболяване

Чл.-кор. проф. Николай Цанков, д-р Иван Богданов, гм,
отделение по дерматология и венерология,
„Токуда Болница София“

Псориазисът е връстник на възрастта на човечеството. От дълбока древност до днес боледуват хора от целия свят, като тяхното социално положение, жизнен стандарт, професия и известност не определят честотата и тежестта на заболяването.

От псориазис биват засегнати обикновени хора, известни политици, членове на царски и кралски фамилии, хора на изкуството, бележити интелектуалци.

В древна Гърция лепрата и псориазисът са наричани с едно име - лепра. По времето на Hippocrates (460-377 г. пр.н.е.) заболяването е познато като *"lepra"* и *"psora"*, а също и като *"alphos"* и *"leichen"*.

Claudius Galen (130-201 г. пр.н.е.) пръв използва наименованието "псориазис".

В началото на XIX век *Robert Willan* (1757-1812) и сътрудниците му разграничават псориазиса от лепра и микози. През същия век се утвърждава и разбирането, че псориазисът е самостоятелно заболяване, което не е заразно.

През 60-те и 70-те години на XX век дерматолозите бяха обучавани, че "псориазисът е здраве в болестта" и че псориазиците изключително рядко биват засягани от злокачествени заболявания. Днес се смята, че болните с псориазис са с повишен риск за развитие на рак на дебелото черво.

Проучвания от последната декада на миналия век и началото на XXI век в областта на генетиката, имунологията и патофизиологията дадоха нов поглед върху патогенезата на заболяването.

Разгадаването на някои от патогенетичните механизми, водещи до развитието на псориазис, разкри нови възможности за лечение, насочено срещу конкретни причинители на възпалителния процес. В резултат на тези факти и терапевтичните успехи след провеждане на биологична терапия в специалността дерматология се извършва "медицинска революция" - под определението "болест на кожата" следва да разбираме "Т-клетъчно медицирана болест". Схващането, че псориазисът е заболяване с епидермален произход и засяга само кожата, се замени с представата, че той е патологичен отговор на епидермиса, предизвикан от имунни нарушения. Днес псориазисът се възприема като хронично, възпалително, системно заболяване.

В наши дни се смята, че 1,5 до 3% от населението на света е засегнато от болестта, а в Европа заболялите са около 14 000 000 души.

Схващането, че псориазисът е системно заболяване, налага както нова терапевтична стратегия, така и ранна профилактика на възможността за засягане на вътрешните органи и развитие на атеросклероза. Изучаването, познаването и взимането на решения за съпътстващите го заболявания (коморбидности) става абсолютна необходимост за дерматолога. Това ще разшири неговия кръгзор, капацитет и значимост (1).

Българската дерматологична школа има значителен опит в проучването на това заболяване. По темата псориазис са успешно защитени 10 докторски дисертации и 4 дисертации за "доктор на медицинските науки", публикувани са 3 монографии. Българските дерматолози са и сред първите в световната дерматология, които обръщат внимание на системните прояви на псориазиса и говорят за него като за системно заболяване още в средата на миналия век.

Любен Попов още през 1947 г. отбелязва в учебника си: "Поради съществуването на псориазис у хора със смутена обмяна на мазнини и липиди, изразена с хиперхолестеринемия, както и понякога подобрение на страданието при хранителен режим, беден на мазнини, заболяването може да се обсъжда като "Болест на обмяната на мазнините" (2).

В дисертацията си и в редица публикации Нели Кирякова отбелязва, че при болните от "псориазис се открива постоянна тенденция за увеличение на серумните триглицериди и отчасти на общия холестерол (3,4,5), както и че "псориазисът е болест, която е обременена с висок "липиден риск за атеросклеротични кардио-васкуларни усложнения" (4).

Л. Дъскарев счита, че "между псориазис, от една страна, и захарния диабет и затлъстяването, от друга, съществува достоверна връзка" и че "на болните от псориазис трябва да се препоръчва още от ранна възраст строг профилактичен режим с оглед ранна профилактика на диабета и затлъстяването" (6).

Най-известната проява на псориазиса, свързана с локализация на болестния процес извън кожата и кожните придатъци, е псориазицият артрит.

В началото на XX век съществуват две противоположни концепции по отношение на псориазицият артрит (ПсА). Според първата асоциацията на артрит и псориазис представлява отделна нозологична единица. Според втората асоциацията

(<http://femicare.eu/>)

Българският опит

Д-р И. Богданов, чл. кор. проф. д-р Н. Цанков
МБАЛ „Токуда Болница – София“

- Daivobet gel за тяло и скалп
- Daivobet ointment за тяло
- Xamiol gel за скалп

Daivobet gel се предпочитат от пациентите, защото е подходящ както за тяло, така и за скалп, изключително лесно се нанася и бързо се абсорбира – в рамките на 3 минути от апликацията, не омазнява и не зацапва дрехите. Към тези данни се добавят и доказателства, че Daivobet gel значително подобрява качеството на живот – 63% подобрение (DLQI спада от 8.7 до 3.2 точки), показва висока ефективност – 88,3%. Това са значителни резултати, които са резултат от неговото функциониране. Предпочитат лечение с Daivobet gel (Stridex) и в България, а именно в СДБГБЗ с използването на „бисквитките“.

- Прочети повече ... (<https://tribest.bg/cookies/cookies.html>)

Всички тези данни стимулираха екип от дерматолози в България да изследват ефекта на Daivobet gel при пациенти с psoriasis vulgaris, като в технието отношение към лечението с Daivobet gel.

ТЕРАПИЯ НА КОЖНИТЕ БОЛЕСТИ

АЛГОРИТЪМ ЗА ТЕРАПЕВТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УРТИКАРИЯ

Жана Казанджиева, Развигор Дърленски, Румяна Янкова, Ася Николова, Гриша Матеев, Десислава Ганчева, Димитър Господинов, Евгения Христатијева, Елена Обрешкова, Здравка Демерджиева, Иван Богданов, Кирил Праматаров, Людмила Цанкова, Малена Герговска, Мери Ганчева, Мирослава Кадуриня, Петьо Брезоев, Снежина Василева, Таня Ганчева, Николай Цанков

Представеният алгоритъм за терапевтично поведение при уртикария е приет на заседание на специалитет по дерматоалергология към Българското дерматологично дружество. Той съдържа актуални данни за терапията на уртикарията и е в унисон с европейските и международни медицински документи за лечение на уртикарията. Предназначен е, за да се използва от дерматолози и други в интерес на пациентите и в рамките на добрата клинична практика.

ВЪВЕДЕНИЕ

Уртикарията е хетерогенно заболяване, характеризирано се с поява на уртики, ангиоедем или и двете едновременно [1]. Трябва да се отличава от другите състояния, които протичат с тези симптоми като анафилаксия, наследствен ангиоедем, автоинфламаторни синдроми и др. (фиг. 1) [2]. Заболяването е изключително често срещано като засяга около 9% от общата популация. Острата и хроничната уртикария се различават в зависимост от продължителността на симптомите. Хроничната уртикария трае повече от 6 седмици и е установено, че пациентите с уртикария имат влошено качество на живот, сравнено с това на пациенти с ИБС. Освен това уртикарията се асоциира с редица системни заболявания – тревожност, депресия, метаболитен синдром и др., които допълнително влошават качеството на живот на пациентите [3, 4].

Съвременната класификация на уртикарията е представена на **фигура 2**. Не трябва да се забравя, че при един пациент е възможно съвместното протичане на различни типове уртикария. Необходимо е да се постави точна диагноза, да се вземат превантивни мерки, да се започне ранно и ефективно лечение, особено в случаите, в които е невъзможно да се открие и отстрани провокиращият фактор.

ТЕРАПЕВТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

1. Поставяне на диагноза и диференциране на типа уртикария

Първата стъпка в терапевтичното поведение при уртикария е да се установи дали наистина се касае

за такава или е някое състояние от диференциално-диагностичната група (**фиг. 1**). След като сме поставили диагнозата "уртикария", следващата стъпка е диференцирането на типа уртикария съобразно давността на оплакванията и клиничния фенотип (**фиг. 2**). За тази цел се използват различни диагностични тестове, които не са обект на настоящия терапевтичен алгоритъм. На този етап е желателно провеждането на оценка за тежестта на заболяването. Като златен стандарт се налага UAS 7 (urticaria activity score – оценка на активността на уртикарията) (**табл. 1**).



Фигура 1

РЕДКИ КЛИНИЧНИ НАБЛЮДЕНИЯ

DRESS SYNDROME

Маргарита Къчева¹, Иван Богданов¹, Валерия Матеева², Здравка Демерджиева¹, Николай Цанков¹

¹Отделение по дерматология и венерология - Токуда Болница, София

²Катедра по дерматология и венерология - Военномедицинска академия, София

DRESS SYNDROME

Margarita Kacheva¹, Ivan Bogdanov¹, Valeria Mateeva², Zdravka Demerdjieva¹, Nikolay Tsankov¹

¹Department of Dermatology and Venereology - Tokuda Hospital, Sofia

²Department of Dermatology and Venereology - Military Medical Academy, Sofia

INTRODUCTION

DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) представлява реакция на свръхчувствителност към медикаменти, манифестираща се с дифузен макулопапулозен обрив, екسفолитивен дерматит, екзантем, повишена температура, еозинофилия, лимфаденопатия и мултисистемно засягане.

Представяме случай на 50-годишен мъж, хоспитализиран по повод на еритем и фина десквамация, засягащи повече от 90% от кожата повърхност, поздравен в областта на лицето, глезените и

дорзалната повърхност на стъпалата с ливиден оттенък и оточност, както и ексудация от ушният канал. Оплакванията започват 3 седмици преди постъпването в клиниката и 2 седмици след започване на лечение с Carbamazepine. Налице са фебрилитет, двустранна шийна лимфаденопатия, белодробно засягане, еозинофилия в периферната кръв и хистологична картина, която отговаря на характерната за DRESS syndrome.

Ключови думи: DRESS синдром, Карбамазепин

ABSTRACT

DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) is a hypersensitivity reaction to drugs manifested with widespread maculo-papular rash, exfoliative dermatitis, fever, hematologic abnormalities (hypereosinophilia, atypical lymphocytes) and multisystem involvement.

We are presenting a case of 50 y.o. male patient, hospitalised for erythema with a fine scaling on more than 90% of the skin surface, more prominent on the face,

ankles and feet with violaceous color and edema as well as exudation from the ear canal. The complaints have started 3 weeks before admission and 2 weeks after the beginning of a treatment with Carbamazepine. Fever, bilateral adenopathy of the lymph nodes of the neck, lung involvement, peripheral eosinophilia and histological findings corresponding to those typical for DRESS syndrome.

Keywords: DRESS syndrome, Carbamazepine

АКТУАЛИЗИРАН КОНСЕНСУС ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ПСОРИАЗИС

И. Богданов¹, И. Гроздев², И. Ботев³, С. Василева³, Д. Господинов⁴, Д. Грозева⁵, Л. Грозева⁵, З. Демерджиева¹, Л. Димитрова⁶, Х. Добрев⁷, К. Дреновска³, Р. Дърленски¹, М. Кадурина⁸, Ж. Казанджиева³, К. Кирчева⁹, Г. Матеев³, Н. Методиева¹⁰, Л. Митева³, Е. Обрешкова¹¹, К. Праматаров¹², М. Санкева¹³, С. Тонев¹⁴, М. Трашлиева⁴, Е. Христатијева¹⁵, Т. Черкезов¹⁶, Р. Янкова¹⁷, Н. Цанков¹

¹Отделение по дерматология и венерология – МБАЛ „Токуда болница“, София

²Department of Dermatology, Children's Hospital Queen Fabiola – Brussels, Belgium

³Катедра по дерматология и венерология – МФ, МУ, София

⁴Клиника по кожни и венерически болести – МФ, МУ, Плевен

⁵АСИМП по кожни и венерически болести ИП – Русе

⁶Отделение по дерматология и венерология – МБАЛ „Търговище“, Търговище

⁷Клиника по дерматология и венерология – УМБАЛ „Свети Георги“, Пловдив

⁸„Сити клиник“ – София

⁹Специализирана болница за рехабилитация Тузлата, Балчик

¹⁰МБАЛ „Пазарджик“ – Пазарджик

¹¹Катедра по дерматовенерология и алергология – ВМА, София

¹²УМБАЛ „Лозенец“ – МФ, СУ, София

¹³Клиника „Акта медика“, Севлиево

¹⁴Български червен кръст

¹⁵Клиника по кожни и венерически болести – УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“, Стара Загора

¹⁶МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“, Кърджали

¹⁷Катедра по дерматология и венерология – МФ, МУ, Пловдив

UPDATED CONSENSUS FOR THE TREATMENT OF PSORIASIS

I. Bogdanov¹, I. Grozdev², I. Botev³, S. Vassileva³, D. Gospodinov⁴, D. Grozeva⁵, L. Grozeva⁵, Z. Demerdjieva¹, L. Dimitrova⁶, H. Dobrev⁷, K. Drenovska³, R. Darlenski¹, M. Kadurina⁸, J. Kazandjieva³, K. Kircheva⁹, G. Mateev³, N. Metodieva¹⁰, L. Miteva³, E. Obreshkova¹¹, K. Pramatarov¹², M. Sankeva¹³, S. Tonev¹⁴, M. Trashlieva⁴, E. Hristakieva¹⁵, T. Cherkeзов¹⁶, R. Yankova¹⁷, N. Tsankov¹

¹Department of Dermatology and Venereology – “Tokuda Hospital”, Sofia

²Department of Dermatology – Children's Hospital Queen Fabiola, Brussels, Belgium

³Department of Dermatology and Venereology – Faculty of Medicine, Medical University, Sofia

⁴Department of Dermatology and Venereology – Faculty of Medicine, Medical University, Pleven

⁵Center of Dermatology and Venereology, Russe

⁶Department of Dermatology and Venereology – “Targovishte” Hospital, Targovishte

⁷Department of Dermatology and Venereology – University Hospital “Saint George”, Plovdiv

⁸City Clinic – Sofia

⁹Specialized Hospital for Rehabilitation Tuzlata, Balchik

¹⁰Department of Dermatology and Venereology – “Pazardzhik” Hospital, Pazardzhik

¹¹Department of Dermatovenereology and Allergology – Military Medical Academy, Sofia

¹²Department of Dermatology and Venereology – University Hospital “Lozenets”, Faculty of Medicine, Sofia University, Sofia

¹³„Acta medica“ Clinic – Sevlievo

¹⁴Bulgarian Red Cross

¹⁵Department of Dermatology and Venereology – University Hospital “Prof. Dr. Stoyan Kirkovich”, Stara Zagora

¹⁶Department of Dermatology and Venereology – “Dr. Atanas Daffovskil” Hospital, Kardzhali

¹⁷Department of Dermatology and Venereology – Faculty of Medicine, Plovdiv

Българското дерматологично дружество (БДД) представя проект за актуализация на консенсуса за лечение на псориазис вулгарис от 23 февруари 2013 г., базиран на съвременни данни от литературата и наличните консенсуси на дерматологичните дружества на другите европейски страни. Актуализацията на консенсуса е приета на заседание на Управителния съвет на БДД съвместно с водещите специалисти в страната на 20 февруари 2016 г.

Псориазисът (П) е хронично възпалително заболяване с честота от 1.5-3% от населението. Заболяването засяга качеството на живот на пациентите до

степен, сравнима с тази при други социално значими заболявания, като диабет тип 2, хронични респираторни заболявания, неоплазии [1].

Основната цел на консенсуса е да предложи инструмент за рационално подбиране и прилагане на подходящо и ефикасно лечение на пациентите, страдащи от П.

Консенсусът съдържа:

А. Дефиниция на тежестта на протичане на псориазиса като основа за избор на лечение.

В. Детайлни обяснения за наличните локални и системни средства за лечение на псориазис, както

АКТУАЛИЗИРАНО РЪКОВОДСТВО ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ПСОРИАЗИС С БИОЛОГИЧНИ ПРОДУКТИ НА БЪЛГАРСКОТО ДЕРМАТОЛОГИЧНО ДРУЖЕСТВО

И. Богданов¹, М. Кадурина², И. Ботев³, С. Василева³, Д. Господинов⁴, З. Демерджиева¹, Л. Димитрова⁵, Х. Добрев⁶, К. Дреновска³, Р. Дърленски¹, Ж. Казанджиева³, К. Кирчева⁷, Г. Матеев³, Н. Методиева⁸, Л. Митева³, Е. Обрешкова⁹, К. Праматаров¹⁰, С. Тонев¹¹, М. Трашлиева⁴, Е. Христакиева¹², Т. Черкезов¹³, Р. Янкова¹⁴, Н. Цанков¹

¹Отделение по дерматология и венерология – МБАЛ „Токуда болница“, София

²„Сити клиник“ – София

³Катедра по дерматология и венерология – МФ, МУ – София

⁴Клиника по кожни и венерически болести – МФ, МУ – Плевен

⁵Отделение по дерматология и венерология – МБАЛ „Търговище“ – Търговище

⁶Клиника по дерматология и венерология – УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив

⁷Специализирана болница за рехабилитация Тузлата – Балчик

⁸МБАЛ „Пазарджик“ – Пазарджик

⁹Катедра по дерматовенерология и алергология – ВМА – София

¹⁰УМБАЛ „Лозенец“ – МФ, СУ – София

¹¹Български червен кръст

¹²Клиника по кожни и венерически болести – УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ – Стара Загора

¹³МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ – Кърджали

¹⁴Катедра по дерматология и венерология – МФ, МУ – Пловдив

UPDATED GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF PSORIASIS BY BIOLOGICAL PRODUCTS OF BDS

I. Bogdanov¹, M. Kadurina², I. Botev³, S. Vassileva³, D. Gospodinov⁴, Z. Demerdjieva¹, L. Dimitrova⁵, H. Dobrev⁶, K. Drenovska³, R. Darlenski¹, J. Kazandjieva³, K. Kircheva⁷, G. Mateev³, N. Metodieva⁸, L. Miteva³, E. Obreshkova⁹, K. Pramatarov¹⁰, S. Tonev¹¹, M. Trashlieva⁴, E. Hristakieva¹², T. Cherkezov¹³, R. Yankova¹⁴, N. Tsankov¹

¹Department of Dermatology and Venereology – “Tokuda Hospital”, Sofia

²City Clinic – Sofia

³Department of Dermatology and Venereology – Faculty of Medicine, Medical University – Sofia

⁴Department of Dermatology and Venereology – Faculty of Medicine, Medical University – Pleven

⁵Department of Dermatology and Venereology – “Targovishte” Hospital – Targovishte

⁶Department of Dermatology and Venereology – University Hospital “Saint George” – Plovdiv

⁷Specialized Hospital for Rehabilitation Tuzlata – Balchik

⁸Department of Dermatology and Venereology – “Pazardzhik” Hospital – Pazardzhik

⁹Department of Dermatovenereology and Allergology – Military Medical Academy – Sofia

¹⁰Department of Dermatology and Venereology – University Hospital “Lozenets”, Faculty of Medicine, Sofia University – Sofia

¹¹Bulgarian Red Cross

¹²Department of Dermatology and Venereology – University Hospital “Prof. Dr. Stoyan Kirkovich” – Stara Zagora

¹³Department of Dermatology and Venereology – “Dr. Atanas Dafovski” Hospital – Kardzhali

¹⁴Department of Dermatology and Venereology – Faculty of Medicine, Medical University – Plovdiv

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Псориазисът е системно заболяване, което преимуществено засяга кожата и ставния апарат, показва хронично рецидивиращ ход и често се асоциира с други заболявания. Ставно засягане се установява при около 25% от случаите [1]. Псориазисът води до намаляване на качеството на живот и обуславя нуждата от дългосрочен контрол над болестта [2]. Локализираните форми на заболяването се контролират с приложението на локални средства, докато умерено тежките и тежките форми често налагат системно лечение.

Фототерапията и стандартната системна терапия са с добър терапевтичен ефект, но често водят до поява на нежелани странични реакции и нерядко

се наблюдава терапевтична резистентност [3]. Последните данни за патогенезата на заболяването водят до разработването и внедряването на нова група ефективни медикаменти – биологични средства, повлияващи имунологичните нарушения при това заболяване.

Биологичните агенти представляват протеини, които могат да бъдат извлечени от животински тъкани или получени чрез рекомбинантна ДНК технология. Те блокират специфични етапи от имунопатогенезата на псориазиса. Въвеждането на тези продукти бележи нова ера в системното лечение на пациенти със средно тежък до тежък плакетен псориазис и псориаитичен артрит.

SYPHILIS SECUNDARIA ET PSORIASIS VULGARIS

**Петя Д. Площактова, Маргарита К. Къчева, Иван А. Богданов,
Здравка В. Демерджиева, Николай К. Цанков**

*Отделение по дерматология и венерология, Токуда Болница, София
ploshtakova@icloud.com*

SYPHILIS SECUNDARIA ET PSORIASIS VULGARIS

**Petya D. Ploshtakova, Margarita K. Kacheva, Ivan A. Bogdanov,
Zdravka V. Demerdzhieva, Nikolay K. Tsankov**

*Department of Dermatology and Venereology, Tokuda Hospital, Sofia
ploshtakova@icloud.com*

РЕЗЮМЕ

Сифилисът е сексуално-трансмисивна болест, чиято клинична изява може да наподобява тази на редица хронични кожни болести и може да доведе до диагностични трудности. Псориазисът е системно заболяване с хроничен ход, което се характеризира с ремисии и екзацербации, и може да бъде провокирано от редица екзогенни и ендогенни фактори.

Представяме случай на 28-годишна жена в период на екзацербация на хистологично доказан псориазис вулгарис с 6-годишна давност. Настоящият рецидив се характеризира с изостряне на заболяването - псориазисформени плаки по кожата на цялото тяло, ерозии в областта на букалната и гениталната лигавица, двустранно увеличени ингвинални лимфни възли и косопад, които са с давност от няколко месеца. Въз основа на анамнестични, клинични и серологични данни бе поставена диагнозата вторичен сифилис.

Ключови думи: вторичен сифилис, псориазис

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease which can mimic many chronic dermatoses and be a cause of diagnostic difficulties. Psoriasis is an inflammatory skin disease of chronic course with remissions and exacerbations provoked by various exogenous and endogenous factors.

We present a 28 years old patient with exacerbation of histologically proven psoriasis vulgaris with a six years duration. This episode is characterized by psoriatic plaques all over the body, erosions on the buccal and genital mucous membranes, inguinal lymphadenopathy and hairloss dating from a couple of months ago. Based on history taking, physical and serological examination also the diagnose syphilis secundaria was made.

Keywords: syphilis secundaria, psoriasis

ВЪВЕДЕНИЕ

Сифилисът е системно заболяване, причинено от *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*. Придобитият сифилис се разделя на ранен и късен сифилис. Ранният сифилис включва първичен, вторичен и ранен латентен сифилис. Европейският център за контрол и превенция на заболяванията (ECDC) определя ранния сифилис като сифилис, придобит преди по-малко от година, а Световната здравна организация (WHO) го определя като такъв, придобит преди по-малко от две години. ECDC класифицира късния сифилис като сифилис, придобит преди повече от една година, а WHO го класифицира като такъв, придобит преди повече от две години. Вроденият сифилис се разделя на

КОНСЕНСУС

Допълнение към консенсуса за атопичен дерматит 2012 г.

КАЛЦИНЕВРИНОВИ ИНХИБИТОРИ В ТЕРАПИЯТА НА АТОПИЧНИЯ ДЕРМАТИТ

Жана С. Казанджиева, Развигор Б. Дърленски, Румяна К. Янкова,
Ася И. Николова, Невена В. Берова, Иван А. Богданов, Петьо Л. Брезоев,
Донка А. Бръмбарова, Снежина Г. Василева, Малена Т. Герговска,
Мери Л. Ганчева, Таня Т. Ганчева, Димитър К. Господинов,
Здравка В. Демерджиева, Мирослава И. Кадурина, Гриша С. Матеев,
Ася И. Николова, Кирил А. Праматаров, Евгения Х. Христакиева, Николай К. Цанков

Supplement to the Consensus of Atopic Dermatitis 2012

CALCINEURIN INHIBITORS IN THE MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS

Jana S. Kazandjieva, Razvigor B. Darlenski, Rumjana K. Yankova,
Assia I. Nikolova, Nevena V. Berova, Ivan A. Bogdanov, Petjo L. Brezoev,
Donka A. Brambarova, Snejina G. Vassileva, Malena T. Gergovska,
Mery L. Gancheva, Tanja T. Gancheva, Dimitar K. Gospodinov,
Zdravka V. Demerdjieva, Miroslava I. Kadurina, Grisha S. Mateev,
Asya I. Nikolova, Kyrill D. Pramatarov, Evgenia H. Hristakieva, Nikolay K. Tsankov

Основен патологичен механизъм при появата на атопичния дерматит (АД) е нарушената цялост на кожната бариера. Новите данни сочат, че намалената хидратация на роговия слой и повишената транс-епидермална водна загуба са в основата на кожното възпаление и съответстват на тежестта на атопичния дерматит.

Според съвременните схващания терапията на АД се дели на 4 етапа – основна грижа за кожата (в периоди на пълна ремисия); лечение при леко изразен АД; лечение при средно тежък АД и прилагане на системно лечение при тежки форми на АД.

При тежък АД се препоръчва употребата на мощни локални КС, калциневринови инхибитори (КНИ), компреси, фототерапия, системно лечение с кортикостероиди, имunosупресори и антибиотици. При средно тежки форми на АД се прилагат емолиенти, средни по сила локални КС и КНИ, както и компреси. При слабо изразени клинични прояви на АД основно се предписват емолиенти, локални КС с малка мощност и КНИ. В периодите на ремисия е необходима базисна терапия с емолиенти и подходящи измивни вещества.

Дълги години единственото локално лечение при АД се състоеше в приложението на кортикостероидни препарати. Системното и задълбочено изследване на лечебните схеми при АД не открива рандомизирани проучвания, които да сочат, че правилното приложение на локални КС може да причини кожна атрофия [1]. Проблемът е, че локалните КС рядко се използват правилно, като най-честите грешки се състоят в нанасянето на големи количества от препарата, апликации повече от един път дневно и честа смяна на препаратите [2]. Дълготрайната употреба на мощни и свръхмощни локални кортикостероиди допълнително уврежда кожната бариера, намалява дебелината на роговия слой и води до намаляване на естествения овлажняващ фактор. Тези факти, както и широко разпространената кортикофобия [3], доведоха до промяна в терапията на АД и все по-честото заменяне на локалните КС с калциневринови инхибитори. За тяхното правилно приложение съответно се изисква познаване на свойствата им, спазване на определени правила за прилагането им и познаване на страничните им ефекти.

Калциневриновите инхибитори (КНИ) са въведени

“МАРГАРИТА” ДЕРМАТИТ (LIME DISEASE) – ОПИСАНИЕ НА РЯДЪК КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Иван А. Богданов*, Маргарита К. Къчева*, Жана С. Казанджиева**

**Отделение по дерматология и венерология, Токуда Болница, София
iv.bogdanov@gmail.com*

***Катедра по кожни и венерически болести, Медицински университет, София*

“MARGARITA” DERMATITIS (LIME DISEASE) – DESCRIPTION OF A RARE CLINICAL CASE

Ivan A. Bogdanov*, Margarita K. Kacheva*, Jana S. Kazandjieva**

**Department of Dermatology and Venereology, Tokuda Hospital, Sofia
iv.bogdanov@gmail.com*

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

РЕЗЮМЕ

“Маргарита” дерматитът или още „lime disease” е фитофотодерматит, появяващ се вследствие на контакта със сока на плодовете на растенията *Citrus aurantifolia* и *Citrus latifolia* и последващо излагане на слънчева светлина. Представяме случая на 52-годишна пациентка с оплаквания, появили се по време на лятната ѝ почивка и изразяващи се в появата на конfluиращи, дребни, рязко отграничени, еритемни папули и ерозии в областта на фотоекспонирани зони на гърдите и корема, на места покрити с хеморагични корусти, както и на дигитиформни хиперпигментации в областта на левия глутеус. Пациентката съобщава за контакт с лайм. Направена бе биопсия на лезията в областта на гърдите и хистологичната картина отговаря на соларен, иритативен, контактен дерматит.

Ключови думи: фитофотодерматит, лайм, фотоекспозиция, субакутен интерфейс дерматит

ABSTRACT

Margarita dermatitis or “lime disease” is a phytophotodermatitis, a consequence of a contact with the juice of the fruits of the plants *Citrus aurantifolia* or *Citrus latifolia* followed by exposure to sunlight. We present 52 y.o. female patient with small, confluent, sharply demarcated, erythematous papules and erosions covered with hemorrhagic crusts on the sun exposed areas of the breast and abdominal area. Digitiform hyperpigmentations

were also present in the left gluteal area. The patient reports a contact with the juice of the lime fruits. The histological examination of the lesions revealed changes corresponding to a solar, irritative, contact dermatitis.

Keywords: phytophotodermatitis, lime, sun exposure, subacute interface dermatitis

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме случай на 52-годишна пациентка с оплаквания, датиращи от около седмица и изразяващи се в появата на конfluиращи, дребни, рязко отграничени, еритемни папули и ерозии в областта на фотоекспонирани зони на гърдите и корема, на места покрити с хеморагични корусти, както и на дигитиформни хиперпигментации в областта на левия глутеус (фиг. 1, 2, 3, 4). Пациентката съобщава, че лезиите са се появили в края на лятната почивка, по време на която е пътувала с яхта, прекарвайки по-голямата част от светлата част на деня на открито. Поради специфичната локализация на лезиите, при снемането на анамнеза, пациентката бе подробно разпитана за контакт с потенциални контактни алергени и фотоалергени. От проведенния разговор стана ясно, че е имала чести контакти с цитрусови плодове и най-вече лайм, които тя е рязала и изстисквала. Въпреки че пациентката старателно е измивала ръцете си след всеки контакт с цитрусите, тя потвърди, че пръски са попадали в областта на непокритите с бански костюм и изложени на слънце части от гърдите и корема, както и че се е случвало да докосва части от тялото си преди изми-



Статията е написана въз основа на проучванията на проф. д-р Иван Богданов, ръководител на Научно-изследователски институт за противоракови антибиотици (Институт 220)

ЕФЕКТ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА ГРУБИ ЕКСТРАКТИ НА СПЕЦИАЛЕН ШАМ LACTOBACILLUS BULGARICUS ПРИ СЛУЧАИ С РАЗЛИЧНИ КОЖНИ ТУМОРИ

Иван А. Богданов*, Георги А. Богданов**, Асен И. Богданов***, **Иван Г. Богданов******

* Клиника по кожни и венерически болести, Асцибадем Сити Клиник, Токуда Болница, София

** Катедра по фармакология и токсикология, Медицински университет, София

*** Деодан Лаборатории, София

**** Научно-изследователски институт за противоракови антибиотици (Институт 220)

EFFECTS FROM THE APPLICATION OF CRUDE EXTRACTS FROM A SPECIAL STRAIN OF LACTOBACILLUS BULGARICUS ON CASES OF DIFFERENT SKIN TUMORS

Ivan A. Bogdanov*, Georgi A. Bogdanov**, Assen I. Bogdanov***, **Ivan G. Bogdanov******

* Department of Dermatology and Venerology, Acibadem City Clinic, Tokuda Hospital, Sofia

** Department of Pharmacology and Toxicology, Medical University, Sofia

*** DeoDan Laboratories, Sofia

**** Scientific and research institute for anticancer antibiotics (Institute 220)

РЕЗЮМЕ

В края на 50-те и началото на 60-те години на XX век научен екип, воден от проф. д-р Иван Богданов (1920-1988), започва проучването на ефекта на груби екстракти от специален шам на *Lactobacillus Bulgaricus* ("I. Bogdanov patent strain tumoronecroticans B-51" – ATCC 21815) при пациенти с различни кожни тумори. Резултатите от това проучване тогава са засекретени.

Целта на проучването е да проучи действието на тези екстракти при тяхното интралезионално и интравенозно приложение.

В началото на 60-те започва интралезионално и венозно приложение на грубите екстракти при пациенти със спиноцелуларен и базоцелуларен карцином. Пациентите са проследявани и е събирана фотодокументация на дерматологичния статус и хистологичните препарати на различни стадии от лечението.

Вследствие на проведеното експериментално лечение постепенно подобрение до пълно клинично излекуване е наблюдавано и документирано при повечето пациенти.

Ефектът от приложението на груби екстракти на *Lactobacillus Bulgaricus* - LB51 [по-късно наречен *Antibioticum bulgaricum* (AB)], макар и непубликуван навремето заради секретността на проекта, дава път на един нов подход в лечението на онкологично болните пациенти чрез

биологично активни вещества, който в днешни дни е известен като имунотерапия.

Ключови думи: *Lactobacillus Bulgaricus*, груби екстракти, базоцелуларен карцином, спиноцелуларен карцином, имунотерапия

ABSTRACT

In the late 1950's and in the beginning of the 1960's a research group led by late prof. dr. Ivan Bogdanov (1920-1988) started a research on the effects of crude extracts from a special strain of *Lactobacillus Bulgaricus* ("I. Bogdanov patent strain tumoronecroticans B-51" – ATCC 21815) on patients with different skin tumors. The results from this study were initially classified. The objective of the study was to observe the effects of the application of the crude extract both intralesionally and intravenously.

The study was conducted at the beginning of the 1960's on patients with basal-cell carcinoma and squamous-cell carcinoma. Crude extracts of the strain LB51 were applied both intralesionally and then intravenously. Clinical photos and photos of the histological preparations were taken at different stages of treatment.

Following the treatment of the different cases, gradual improvement to complete clinical recovery were observed and documented in most of the patients. The effect of the application of crude extracts of *Lactobacillus Bulgaricus* - LB51 [then

called *Antibioticum bulgaricum* (AB)], although not published at the time as being classified, gave way to a new approach to treatment of oncological patients using biologically active substances which is nowadays considered as immunotherapy.

Key words: *Lactobacillus Bulgaricus*, crude extracts, basal-cell carcinoma, squamous-cell carcinoma, immunotherapy

ВЪВЕДЕНИЕ

В началото на 20 век българският лекар д-р Стамен Григоров, по това време студент в Женева, открива специален вид *Lactobacilli* в проби от българското кисело мляко и го нарича *Lactobacillus bulgaricus* [1]. В своите класически трудове известният руски учен Иля Мечников – един от основателите на съвременната имунология, свързва дълголетието на българския народ с консумацията на кисело мляко и набляга на факта, че *Lactobacillus bulgaricus* е единствената бактерия, която никога не е уреждала човешкия организъм по какъвто и да било начин [2]. Мечников е първият учен, създал лечебен препарат на базата на *Lactobacillus bulgaricus*, наречен '*Lactobacillin*' [3].

През 1951 год. д-р Иван Богданов изолира от българското кисело мляко специален щам *Lactobacillus bulgaricus* – "*I. Bogdanov patent strain tumornecroticance B-51*" – ATCC 21815, наричан накратко LB51®.

Вече повече от 60 години щамът "LB51®" се култивира върху специална течна хранителна среда, което повлиява както морфологията, така и биологичните свойства на щама. В началото, успоредно с търсенето на оптимални условия за култивиране и поддържане на изолирания щам, много важна задача е била изолирането и пречистването на антибиотично вещество, открито от д-р Иван Богданов. Освен млечната киселина, синтезирана от щама, той е също така много мощен производител на антибиотично вещество с широк спектър на антибактериално действие, което по-късно е приложено в създаването на препарата NORMOFLOR® – първият български пробиотик.

През 1956 год. д-р Иван Богданов открива, че щамът "LB51®" проявява силна противоракова активност, доста различна от тази на цитостатиците и химиотерапевтиците, използвани по това време.

Първоначалните клинични изпитания са проведени от проф. д-р Петър Попхристов и д-р Иван Богданов, като са използвани непречистени (груби) екстракти от "LB51®", инжектирани интратуморно при случаи със спино- и базоцелуларен карцином [4], както и при случаи с метастатичен малигнен меланом [5, 6]. Вследствие на проведеното експериментално лечение постепенно подобрене до пълно клинично излекуване е наблюдавано и документирано при повечето пациенти. Резултатите от тези изпитвания са засекретени и поради тази причина никога не са публикувани.

Тези резултати са повод за основаването през 1959 год. на секретния по това време Научно-изследователски институт за противоракови антибиотици. В началото изследванията са насочени към търсене на оптимални условия за култивиране и поддържане на изолирания щам, разработване на тумор-некротизиращите и имуномодулиращите му качества, както и пречистване на антибиотичното вещество, синтезирано от него [7].

Представяме част от тези резултати, показващи ефекта от приложението на сурови екстракти на *Lactobacillus Bulgaricus* - LB51 [по-късно наречен *Antibioticum bulgaricum* (AB)] при двама пациенти с базоцелуларен карцином и двама пациенти със спиноцелуларен карцином. Грубите екстракти на АВ са прилагани интралезионално при всички пациенти, а при някои от пациентите е прилаган и интравенозен препарат. Всички пациенти са фотодокументирани преди започване на лечението, на различни етапи от него и след неговото приключване. При повечето пациенти е фотодокументирана и хистологичната картина преди започване на лечението и след неговото приключване.

Пациент с инициали Д.И.М., с клинично поставена и хистологично доказана диагноза *Carcinoma labii inferioris*, приет за 75 дневен престой в болница. Проведено е лечение с интралезионално приложение на АВ на ден 20, 24 и 31 от престоя. Хистологично изследване на ден 12 показва наличие на *Carcinoma spinocellulare keratodes*. Повторно хистологично изследване на ден 54 след приключване на лечението не показва признаци за злокачествени промени. Налице са хорнични, неспецифични, възпалителни промени в дълбоката дерма. Пациентът е фотодокументиран на ден първи от хоспитализацията, преди започване на лечението, както

КОНСЕНСУСИ

КОНСЕНСУС ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГНОЕН ХИДРАДЕНИТ / АКНЕ ИНВЕРЗА

Евгения Х. Христакиева*, Карен Л. Мануелян*, Развигор Б. Дърленски*,
Росица В. Лавчева*, Десислава Д. Ганчева*, Тания Т. Ганчева*, Радостина С. Делийска*,
Жана С. Казанджиева***, Мира И. Кадурини***, Любка Г. Митева**,
Снежана Г. Василева**, Димитър К. Господинов****, Гриша С. Матеев**,
Иван А. Богданов*****, Николай К. Цанков*****

* Клиника по кожни и венерически болести, УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“, Стара Загора

** Катедра по дерматология и венерология, МФ, МУ, София

*** Сити клиник, София

**** Клиника по кожни и венерически болести, МФ, МУ, Плевен

***** Клиника по кожни и венерически болести, Аджебадем Сити Клиник, Токуда Болница, София

CONSENSUS FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HIDRADENITIS SUPPURATIVA / ACNE INVERSA

Evgeniya H. Hristakieva*, Karen L. Manuelyan*, Razvigor B. Darlenski*,
Rositsa V. Lavcheva*, Desislava D. Gancheva*, Tanya T. Gancheva*, Radostina S. Deliyiska*,
Jana S. Kazandjieva***, Mira I. Kadurina***, Lyubka G. Miteva**,
Snejana G. Vassileva**, Dimitar K. Gospodinov****, Grisha S. Mateev**,
Ivan A. Bogdanov*****, Nikolay K. Tsankov*****

* Department of Dermatology and Venereology, University Hospital "Prof. Dr. Stoyan Kirkovitch", Stara Zagora

** Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Medical University, Sofia

*** City clinic, Sofia

**** Department of Dermatology and Venereology, Faculty of Medicine, Medical University, Pleven

***** Department of Dermatology and Venereology, Actbadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia

Българското дерматологично дружество (БДД) представя проект за консенсус за лечение на гноен хидраденит, базиран на Европейски консенсус и съвременни данни от литературата.

Консенсусът е приет на заседание на Управителния съвет на Българското дерматологично дружество на 16 декември 2016 г.

Според дефиницията приета на Първата международна конференция за хидраденитис супуратива (hidradenitis suppurativa, HS /acne inversa/Morbus Verneuil) в град Деслу, Германия през 2006 г., това е хронично-рецидивиращо инвалидизиращо заболяване на кожата, което обикновено започва след пубертета с дълбоки болезнени възпалителни лезии, разположени в области на тялото, богати на апокринни потни жлези, като аксилни, ингвинална и аногенитална области [1]. Според съвременното определение се касае за рецидивиращо възпаление,

представено от нодули, синусови ходове и/или цикатрикси и настъпващо по-често от 2 или 3 пъти на 6 месеца в инверсни региони на тялото (големи гънки) [2]. Лезиите са съпроводени от значителна болезненост. В тежките напреднали форми се наблюдават хипертрофични цикатрикси с дерматогенна контрактура и затруднена подвижност на крайниците.

HS като цяло е пренебрегвано заболяване, което при липса на адекватна терапия може да продължава десетки години с тежки последици за пациента, както системни прояви (амилоидоза, симптоматична желязодефицитна анемия, спиноцелуларен карцином), така и козметични загрозяващи промени и психични депресивни състояния. HS влияе негативно върху качеството на живот на пациентите. Според някои проучвания, в 10 до 30% от случаите HS е съпроводен от наличие на метаболитни нарушения като диабет, нарушен глюкозен толеранс и затлъстяване [3, 4].

LICHEN PLANUS HYPERTROPHICUS

Маргарита К. Къчева, Иван А. Богданов, Мария Касини, Петя Д. Плошаккова,
Здравка В. Демерджиева, Николай К. Цанков

Клиника по Дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник, Токуда Болница, София
mkacheva@outlook.com

LICHEN PLANUS HYPERTROPHICUS

Margarita K. Kacheva, Ivan A. Bogdanov, Maria Kassini, Petya D. Ploshtakova,
Zdravka V. Demerdzhieva, Nikolay K. Tsankov

Clinic of Dermatology and venereology, Acibadem City Clinic, Tokuda Hospital, Sofia
mkacheva@outlook.com

РЕЗЮМЕ

Lichen planus (LP) е неинфекциозна, сърбяща папулозна дерматоза, с типична клинична и хистологична картина и често засягане на мукозата. Заболяването представлява клетъчно медирана автоимунна реакция към кератиноцитите на базалната мембрана. Lichen planus hypertrophicus е рядко срещана форма на болестта, обхващаща 4.7 % от случаите на LP и 2.2% от всички лихеноидни реакции. Характеризира се с подчертана епидермална хиперплазия, интензивен пруритус и хронично протичане. Клиничната картина е представена от хипертрофични плаки, най-често в претибиалната и малеоларна области.

Представяме случай на Lichen planus hypertrophicus успешно третиран с интраlesiонален triamcinolone acetonide.

Ключови думи: Lichenplanus, Lichen planus hypertrophicus, triamcinolone acetonide

ABSTRACT

Lichen planus (LP) is noninfectious, pruritic, clinically and histologically typical papular disease that often shows mucosal involvement. It is a cell-mediated autoimmune response against basal layer keratinocytes. LP is a relatively common disease, about 1% of the patients are affected and the average age onset is about 40 years. Hypertrophic lichen planus is a less common form of LP. It accounts for 4.7% of lichen planus cases, and 2.2% of all lichenoid tissue reactions. It is a chronic disorder characterized by severe epidermal hyperplasia and itching. The lesions are hypertrophic, usually located on the pretibial and perimalleolar regions.

We report a case of Lichen planus hypertrophicus, treated successfully by intralesional triamcinolone acetonide.

Keywords: Lichen planus, Lichen planus hypertrophicus, triamcinolone acetonide

ВЪВЕДЕНИЕ

Lichen planus (LP) е неинфекциозна, сърбяща папулозна дерматоза, с типична клинична и хистологична картина и често засягане на мукозата. Заболяването представлява клетъчно медирана автоимунна реакция към кератиноцитите на базалната мембрана [1]. Асоциира се със заболявания като хроничен активен хепатит, хепатит В и С [2, 3, 4, 5, 6] и първична билиарна цироза [7]. LP показва сравнително висока честота, общата заболяемост е около 1 % от пациентите, със средна възраст 40 години [1]. Класификацията се базира на няколко показатели. Според локализацията LP се разделя на: кожна форма на LP (засягане на крайниците, дорзалната част на ръцете и раменете, лицето и врата) [8, 9]; LP на дланите и стъпалата; Инверсен LP [10, 11]; LP на ноктите [12, 13]; LP на скалпа, и мукозна форма на LP, която може да засяга гастроинтестиналния тракт (устна кухина, фаринкс, хранопровод, стомах, анус) [14, 15, 17], гениталиите [16], назална лигавица и конюнктивите. Според морфологията се различават: Lichen planus annularis, Lichen planus linearis, Lichen planus hypertrophicus, Lichen planus atrophicus, Lichen planus bullosus [18, 19], Lichen planus ulcerosus, Lichen planus actinicus [20], Lichen planus follicularis, Lichen planus pigmentosus [11].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Мъж на 53-годишна възраст е хоспитализиран в Клиниката по Дерматология и венерология при „Аджибадем Сити клиник Болница Токуда“ по повод тумуровидни образувания с

КОНСЕНСУС

КОНСЕНСУС ЗА ДИАГНОСТИКА И КЛАСИФИКАЦИЯ НА ВРОДЕНА БУЛОЗНА ЕПИДЕРМОЛИЗА (EPIDERMOLYSIS BULLOSA HEREDITARIA)

Ивेलина А. Йорданова*, Димитър К. Господинов*, Снежина Г. Василева**, Косара В. Дреновска**, Жана С. Казанджиева**, Здравка В. Демерджиева***, Гриша С. Матеев**, Мирослава И. Кадуриня***, Евгения Х. Христакиева****, Петранка П. Троянова****, Румяна К. Янкова****, Развигор Б. Дърленски***, Карен Л. Мануелян****, Людмила И. Попова***, Петьо Л. Брезове****, Иван А. Богданов***, Пенчо Т. Тончев****, Надя К. Янчева****, Любка Г. Митева**, Николай К. Цанков***, Елена В. Обрешкова****, Кирил Д. Праматаров****, Константин А. Койчев****, Марина С. Трашлиева*

*Клиника по кожни и венерически заболявания, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Плевен

**Катедра по Дерматология и Венерология, МФ, МУ София

***Клиника по кожни и венерически болести, Аджибадем Сити Клиник, Токуда Болница, София

****Клиника по кожни и венерически болести, УМБАЛ „Проф. Д-р Стоян Киркович“, Стара Загора

*****УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, София

*****Катедра по Дерматология и Венерология, МФ, МУ, Пловдив

*****ДКЦ на Кожна клиника към УМБАЛ „Александровска“, София

*****Клиника по пластична и възстановителна хирургия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Плевен

*****Клиника по педиатрия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Плевен

*****Клиника по дерматология, венерология и алергология, ВМА София

*****МФ, Университетска болница „Ложенец“, София

*****Institut für Neuroanatomie, MF, Eberhard Karls Universität, Tübingen

ivelina_yordanova@abv.bg

CONSENSUS FOR DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF INHERITED BULLOUS EPIDERMOLYSIS

Ivelina A. Yordanova*, Dimitar K. Gospodinov*, Snezhina G. Vassileva**, Kosara V. Drenovska**, Jana S. Kazandjieva**, Zdravka V. Demerdjieva***, Grisha S. Mateev**, Miroslava I. Kadurina***, Eugenia H. Hristakieva****, Petranka P. Trojanova****, Rumjana K. Jankova****, Razvigor B. Darlenski***, Karen L. Manueljan****, Ludmila I. Popova***, Petjo L. Brezove****, Ivan A. Bogdanov***, Pencho T. Tonchev****, Nadja K. Janeva****, Lubka G. Miteva**, Nikolay K. Tzankov***, Elena V. Obrechikova****, Kiril D. Pramatarov****, Konstantin A. Koitschey****, Mariana S. Trashlieva*

*Clinic of Dermatology and Venereology, UMHAT „D-r Georgi Starnski“ Pleven

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

***Clinic of Dermatology and Venereology, Adjiabadem Sity Clinic, Tokuda Hospital, Sofia

****Clinic of Dermatology and Venereology, UMHAT „Prof. D-r Stojan Kirkovitch“, Stara Zagora

*****UMHAT „Tzaritza Joanna – ISUL“, Sofia

*****Department of Dermatology and Venereology, MF, Medical University, Plovdiv

*****DKC Clinic of Dermatology and Venereology, Aleksandrovska Hospital, Sofia

*****Clinic of reconstructive and reconstructive surgery, UMHAT „D-r Georgi Starnski“, Plevn

*****Clinic of Pediatrics, UMHAT „D-r Georgi Starnski“, Plevn

*****Clinic of Dermatology, Venereology and Allergology, Military Medical Academy, Sofia

*****MF, University Hospital „Lozenetz“ Sofia

*****Institute of Neuroanatomy, MF, Eberhard Karls University of Tübingen

ivelina_yordanova@abv.bg

РЕДКИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

АЛЕРГИЧЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ ОТ ВРЕМЕННА ТАТУИРОВКА С КЪНА С АВТОТРАНСФЕР НА АЛЕРГЕНА

Иван А. Богданов*, Бисера К. Трифунова*, Развигор Б. Дърленски**,
Жана С. Казанджиева***, Николай К. Цанков*

*Клиника по кожни и венерически болести, Аджибадем Ситиклиник Токуда болница, София

**Секция Дерматовенерология, Тракийски университет, МФ, Стара Загора

***Катедра Дерматология и венерология, Медицински факултет, МУ – София

iv.bogdanov@gmail.com

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS FROM TEMPORARY HENNA TATTOO WITH AUTOTRANSFER OF THE ANTIGEN

Ivan A. Bogdanov*, Bisera K. Trifunova*, Razvigor B. Darlenski**,
Jana S. Kazandjieva***, Nikolay K. Tsankov*

*Dermatology and Venereology Clinic, Acibadem City Clinic, Tokuda Hospital, Sofia

**Dermatovenereology Section, Trakyan University, Medical Faculty, Stara Zagora

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

iv.bogdanov@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Контактните дерматити от парафенилен диамин (ПФД) са едни от най-честите контактни алергии, за което в последните години значителен принос имат и временните татуировки с къна, съдържащи голямо количество от алергена.

Представяме случай на пациентка на 16 години с поява на еритем, едем и везикули в областта на временна татуировка с флорални мотиви на лявата длан и 4-ти и 5-ти пръст на същата ръка. Тези обриви са последвани от поява на перловидни папули и везикули на места с херпетиформена подредба по крайници, трункус и лице, които постепенно оформят фигури подобни на тези на татуировката. При направеният епикутанен тест със Стандартна европейска серия са отчетени силно положителни резултати за ПФД, бензокаин и текстилни бои. Предполагаемият механизъм за възникване на вторичните ерупции е автотрансфер на алергена. Не може да се изключи и предходна сенситизация с кръстосано реагиращи алергени.

Ключови думи: Парафенилендиамин, временна татуировка, кръстосана свръхчувствителност, автотрансфер

ABSTRACT

Allergic contact dermatitis to p-Phenylene diamine (PPD) is among the most frequent contact allergies. A possible explanation for this phenomenon is the raising frequency of temporary henna tattoos in recent years. The substrate of this henna tattoos is known for containing high concentrations of PPD.

We present a clinical case of 16 years old pa-

tient with erythema, edema and vesicles located within the limits of a temporary henna tattoo on the left hand and on the 4th and the 5th finger of the same hand. Few days later a pearly papules and vesicles with herpetiform pattern appeared on the limbs, the trunk and on the face. The evolution of this lesions shows tendency to form patterns similar to the motives of the tattoo. An epicutaneous testing with the European standard series showed strong positive reaction to PPD, benzocaine and textile dyes. The presumed mechanism for the appearance of the secondary eruptions is an autotransfer of the allergen. A previous sensitization to cross reacting allergens is possible.

Keywords: p-Phenylenediamine, temporary tattoo, cross sensitivity, autotransfer

ВЪВЕДЕНИЕ

Контактните дерматити от парафенилен диамин (ПФД) са едни от най-честите контактни алергии, за което в последните години значителен принос имат и временните татуировки с къна съдържащи голямо количество от алергена [1]. Диаминобензените и специално ПФД са компоненти и на тъмните и перманентни бои за коса. ПФД е широко разпространен на пазара от 1909 г. и днес се използва в над 2/3 от трайните бои за коса. Той е и причината за 4.6% от положителните реакции според данни от тествани 21 515 пациенти в европейски клиники [2]. Широкото разпространение на алергена и високата честота на алергичните реакции към него са причината за обявяването му през 2006 год. за алерген на годината от Американското дружество по контактна алергия [3].

РЕДКИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ОЧНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПСОРИАЗИС. ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

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

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

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

PSORIASIS AND OCULAR CHANGES. DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE

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

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

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

РЕЗЮМЕ

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

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

Препоръчваме редовно наблюдение на псориазисните болни за очни симптоми.

ABSTRACT

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

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

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

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

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

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

KERATODERMA PALMOPLANTARIS ТИП THOST-UNNA

Александра Д. Гончарова*, Мартина Т. Янева*, Десислава Й. Котиркова*,
Никол Й. Цветкова*, Кристина Б. Ботева*, Иван А. Богданов**

* Кръжок по дерматология към Клиника по кожни и венерически болести на Аджибадем Ситиклиник Токуда болница, София

** Клиника по кожни и венерически болести на Аджибадем Ситиклиник Токуда болница, София

iv.bogdanov@gmail.com

KERATODERMA PALMOPLANTARIS THOST-UNNA

Alexandra D. Goncharova*, Martina T. Yaneva*, Desislava Y. Kotirkova*,
Nicol Y. Tsvetkova*, Cristine B. Boteva*, Ivan A. Bogdanov**

* Dermatology circle of Dermatology and venerology clinic at Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital, Sofia

** Dermatology and venerology clinic at Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital, Sofia

iv.bogdanov@gmail.com

РЕЗИЮМЕ

Кератодерма палмоплантарис на Тост-Уна е рядко генетично заболяване, което се унаследява по автозомно-доминантен път. Резултат е от дефект в синтеза на кератин IX. Клинично се представя от хиперкератотични лезии по дланите и стъпалата, обикновено без ангажиране на вътрешни органи и системи. Представяме случай на 7-годишно момче с клинична картина, отговаряща на тази на заболяването и данни за подобни оплаквания в семейството. Необходим е мултидисциплинарен подход, както и адекватна кератолитична терапия.

Ключови думи: Keratoderma palmo-plantaris, Thost-Unna syndrome, рядка генодерматоза.

ABSTRACT

Hereditary Palmoplantar Keratoderma (HPPK) Thost-Unna is a rare genetic disease, resulting in a defect in the synthesis of keratin IX, found exclusively on the palms and soles. It follows autosomal dominant pattern of inheritance. HPPK of Thost-Unna is characterized by the presence of hyperkeratotic lesions on palms and soles, normally without the involvement of internal organs. We present a case of a seven-year-old boy with a clinically proven diagnosis and information for similar clinical picture in relatives. Multidisciplinary approach is required, as well as an adequate keratolytic therapy.

Key words: Keratoderma palmo-plantaris, Thost-Unna syndrome, rare genodermatosis.

ВЪВЕДЕНИЕ

Палмо-плантарните кератози (кератодермии) са група наследствени заболявания, които се характеризират с дифузна или ограничена хиперкератоза по дланите и стъпалата [1]. За първи път Thost и Unna са описали keratosis palmo-plantaris diffusa през 1880 и 1883г [2,3,4]. Честотата варира в различните държави от 1:200 в Северна Швеция до 1:40 000 в Северна Ирландия [5].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Касае се за 7-годишно момче, чието заболяване започва да се проявява на 42-рия ден след раждането. Болестните промени са локализиранни по воларната повърхност на дланите и плантарната повърхност на стъпалата. Представени са от значителна хиперкератоза, по-слабо изразена в централната част на дланите и стъпалата. Налице е трицевидна десквамация в засегнатите участъци. Плаките не преминават върху дорзалните повърхности на ръцете и краката. Липсват данни за хиперхидроза (фиг. 1, 2).

От анамнезата и наличната медицинска документация не се установи наличие на придружаващи заболявания.

Подобни оплаквания са установени и при бащата и дядото на пациента.

Започнато е лечение с локални кератолитични средства, с 40% съдържание на урея.

БЪЛГАРСКА БЯЛА КНИГА ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ

Издаването на „бели“ книги по дерматология започва като традиция от Европейския Дерматологичен Форум през 1987 год. Целта е да се подпомогнат лекарите, като в синтезиран вид им се представят основните и същевременно най-съвременни постижения в дерматовенерологията. Започвайки тази рубрика списание Дерматология и венерология си поставя за цел едновременно да осъвремени знанията и да запази традициите в терапията на българската дерматологична школа. Липсата на нов учебник, който да включи най-новите етиопатогенетични, диагностични и терапевтични постижения провокира старта на тази рубрика.

Гл. редактор

чл. кор. Николай Цанков, д.м.н

СЕБОРЕЕН ДЕРМАТИТ – СЪВРЕМЕННИ ДАННИ ЗА ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА, КЛИНИКАТА, ДИАГНОСТИКАТА И ТЕРАПИЯТА

Казанджиева Ж.¹, Дърленски Р.^{2, 10}, Янкова Р.³, Берова Н., Богданов И.², Василева С.¹, Ганчева М.⁴, Герговска М.⁵, Грозева Д.⁶, Господинов Д.⁷, Демерджиева З.², Кадурина М.⁴, Матеев Г.¹, Николова А.⁵, Обрешкова Е.⁸, Праматаров К.⁹, Христакиева Е.¹⁰, Цанкова Л.⁵, Цанков Н.²

1. Катедра Дерматология и венерология, МУ – София; 2. Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница – София; 3. Болница Пълмед – Пловдив; 4. Ситиклиник – София; 5. Клиника Евро-дерма – София; 6. ТУ „Ангел Кънчев“ – Русе; 7. Катедра Дерматология, венерология и алергология – МУ Плевен; 8. Клиника по Дерматология и венерология – ВМА София; 9. Медицински факултет – СУ София; 10. Секция по Дерматология и венерология – ТрУ Стара Загора; janaderm@abv.bg

SEBORRHOIC DERMATITIS – CONTEMPORARY ETHIOPATHOLOGY, CLINIC, DIAGNOSIS AND THERAPY

Kazandjieva J.¹, Darlenski R.², Yankova R.³, Berova N., Bogdanov I.², Vassileva S.¹, Gancheva M.⁴, Gergovska M.⁵, Grozeva D.⁶, Gospodinov D.⁷, Demerdjieva Z.², Kadurina M.⁴, Mateev G.¹, Nikolova A.⁵, Obreshkova E.⁸, Pramatarov K.⁹, Hristakieva E.¹⁰, Zankova L.⁵, Tsankov N.²

1. Department of Dermatology and Venereology, MU – Sofia; 2. Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital - Sofia; 3. Palmed Hospital – Sofia; 4. Cityclinic – Sofia; 5. Euroderma clinic – Sofia; 6. TU „Angel Kancev“ – Russe; 7. Department of Dermatology, Venereology and allergology, MU – Pleven; 8. Dermatology and Venereology, Military Academy – Sofia; 9. Medical Faculty – SU – Sofia; 10. Dermatology and Venereology, TU – Stara Zagora
janaderm@abv.bg

Обзорът на тема себореен дерматит е приет на заседание на Секцията по дермато-алергология към Българското Дерматологично Дружество през 2017 г. и е направен, за да се използва от специалисти – дерматолози в интерес на пациентите и в рамките на добрата клинична практика.

БЪЛГАРСКА БЯЛА КНИГА ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ

Издаването на бели книги по дерматология започва като традиция от Европейския Дерматологичен Форум през 1987 год. Целта е да се подпомогнат лекарите, като в синтезиран вид им се представят основните и същевременно най-съвременни постижения в дерматовенерологията. Продължавайки тази рубрика списание Дерматология и венерология си поставя за цел едновременно да осъвремени знанията и да запази традициите в терапията на българската дерматологична школа. Липсата на нов учебник, който да включи най-новите етиопатогенетични, диагностични и терапевтични достижения е причина за продължението на тази рубрика.

Гл. редактор

чл. кор. Николай Цанков, д.м.н

АТОПИЧЕН ДЕРМАТИТ – СЪВРЕМЕННИ ДАННИ ЗА ЕТИОПАТОГЕНЕЗАТА, КЛИНИКАТА, ДИАГНОСТИКАТА И ТЕРАПИЯТА

Казанджиева Ж.¹, Дърленски Р.^{2,10}, Янкова Р.³, Борова Н., Богданов И.², Василева С.¹, Ганчева М.⁴, Герговска М.⁵, Грозева Д.⁶, Господинов Д.⁷, Демерджиева З.², Йорданова И.⁷, Кадурина М.⁴, Матеев Г.¹, Николова А.⁵, Обрешкова Е.⁸, Праматаров К.⁹, Трашлиева М., Христкаева Е.¹⁰, Цанкова Л.⁵, Цанков Н.²

11 Катедра Дерматология и венерология, МУ – София; 2 Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница – София; 3 Болница Пълмед – Пловдив; 4 Ситиклиник – София; 5 Клиника Евродерма – София; 6 ТУ „Ангел Кънчев“ – Русе; 7 Катедра Дерматология, венерология и алергология – МУ Плевен; 8 Клиника по Дерматология и венерология – ВМА София; 9 Медицински факултет – СУ София; 10 Секция по Дерматология и венерология – ТрУ Стара Загора; janaderm@abv.bg

ATOPIC DERMATITIS – CONTEMPORARY ETHIOPATHOLOGY, CLINIC, DIAGNOSIS AND THERAPY

Kazandjieva J.¹, Darlenski R.², Yankova R.³, Berova N., Bogdanov I.², Vassileva S.¹, Gancheva M.⁴, Gergovska M.⁵, Grozeva D.⁶, Gospodinov D.⁷, Demerdjieva Z.², Jordanova I., Kadurina M.⁴, Mateev G.¹, Nikolova A.⁵, Obreshkova E.⁸, Pramatarov K.⁹, Trashlieva M., Hristakieva E.¹⁰, Zankova L.⁵, Tsankov N.²

1 Department of Dermatology and Venereology, MU – Sofia; 2 Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital – Sofia; 3 Palmed Hospital – Sofia; 4 Cityclinic – Sofia; 5 Euroderma clinic – Sofia; 6 TU „Angel Kancev“ – Russe; 7 Department of Dermatology, Venereology and allergology, MU – Pleven; 8 Dermatology and Venereology, Military Academy – Sofia; 9 Medical Faculty – SU – Sofia; 10 Dermatology and Venereology, TU – Stara Zagora; janaderm@abv.bg

Главата от бялата книга на тема атопичен дерматит е приета на заседание на Секцията по дерматоалергология към Българското Дерматологично Дружество през 2018 г. и е създадена, за да се използва от специалисти – дерматолози в интерес на общата клинична практика. Бялата книга на атопичния

ТЕРАПЕВТИЧНО ОБУЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С АТОПИЧЕН ДЕРМАТИТ И ТЕХНИТЕ РОДИТЕЛИ: МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ

Развигор Дърленски^{1,2}, Здравка Демерджиева¹,
Мартина Янева¹, Петьо Брезоев⁴, Иван Богданов¹,
Емилиана Ставрева⁵, Жана Казанджиева³, Николай
Цанков¹

¹УМБАЛ Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница;
²Тракийски Университет, МФ, Секция по дерматовене-
рология; ³МУ-София, МФ, Катедра по дерматология и
венерология; ⁴МЦ към УМБАЛ „Александровска“;
⁵ Pierre Fabre, България

РЕЗЮМЕ

Атопичният дерматит (АД), като хронично, системно възпалително състояние, засяга не само и единствено кожата. Коморбидности, като астма и алергичен ринит, както и психологическите ефекти, определят значителното влошаване на качеството на живот на пациентите с АД.

Наред с множеството медицински и алтернативни методи на лечение на АД, терапевтичното обучение (ТО) на пациентите е важен елемент в лечението на заболяването, независимо от тежестта и клиничната изява. Въвеждането на ТО води до увеличаване на придържането към медицинската терапия от страна на пациента. Тук споделяме нашия 8-годишен опит в провеждане на Образователни училища за пациенти с АД и родителите им. Въвеждаме концепцията за нуждата от прилагане на ТО с цел подобряване на качеството на здравеопазване за пациенти с АД. Очакваме и полагаме усилия нуждата от ТО при АД да прерасне в национална стратегия в областта на здравеопазването.

Ключови думи: екзема, атопия, астма, обучение, училище, лечение

ВЪВЕДЕНИЕ

Атопичният дерматит (АД) е възпалителна, сърбяща, хронична или хронично-рецидивираща дерматоза, с характерна сухота на кожата и нарушена епидермална бариера. Морфологията и локализация на обривите се променя в зависимост от възрастта на пациента. АД често се появява в семейства с други атопични заболявания (бронхиална астма и/или алергичен риноконюнктивит). В литературата като синоними на АД се използват и следните термини: атопична екзема, невродермит, ендогенна екзема, конституционална екзема.

THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION IN ATOPIC DERMATITIS PATIENTS AND PARENTS: MEDICO-SOCIAL ASPECTS

Razvigor Darlenski^{1,2}, Zdravka Demerdjieva¹,
Martina Yaneva¹, Petyo Brezoev⁴, Ivan Bogdanov¹,
Emiliana Stavreva⁵, Jana Kazandjieva³, Nikolai
Tsankov¹

¹Acibadem City Clinic, Tokuda hospital,
²Trakia University (TrU), Faculty of Medicine,
³Medical University – Sofia,
⁴Alexandrovska Hospital, Medical center,
⁵Pierre Fabre, Bulgaria

ABSTRACT

Atopic dermatitis (AD) as a chronic inflammatory systemic condition is far more than skin deep. Comorbidities such as asthma and allergic rhinitis as well as the psychological impact influence seriously the quality of life of the patients.

Together with many medical and alternative therapies, therapeutic patient education (TPE) is an important part of AD irrespectively from the disease stage and severity. Introduction of TPE increases the medical therapy compliance and adherence. Herein we discuss the concept of TPE in AD as well as we share our own 8-years' experience with educational schools for atopic patients and/or their parents. We introduce the concept of TPE as mandatory to improve the health care quality for AD patients. That is why we follow recognized steps into the development of national health strategy for TPE in AD.

Keywords: eczema, atopy, asthma, education, treatment, school

INTRODUCTION

Atopic dermatitis (AD) is an inflammatory, itchy, chronic or chronic-recurrent dermatosis, with characteristic dry skin and an impaired epidermal barrier. The morphology and localization of the rash changes depending on the patient's age. AD often occurs in families with other atopic diseases (bronchial asthma and/or allergic rhinoconjunctivitis). In the literature the following terms are used as synonymous to AD: atopic eczema, neurodermitis, endogenous eczema, constitutional eczema.

CONTRACTURA DUPUYTRENI ET PEMPHIGUS VULGARIS. ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ.

Иван А. Богданов, Балкиз Ел Дарауиш, Николай К. Цанков

Клиника по кожни и венерически болести, Аджибадем Сити Клиник Токуда болница, София
iv.bogdanov@gmail.com

CONTRACTURA DUPUYTRENI ET PEMPHIGUS VULGARIS. DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE.

Ivan A. Bogdanov, Balkis El Darawish, Nikolay N. Tsankov

Dermatology and Venerology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia
iv.bogdanov@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Дюпуитреновата контрактура (ДК) е авто-зомно доминантно заболяване (АД), което се характеризира с хипертрофия и съкращаване на палмарната фасция, водещо до принудителна флексия на засегнатите пръсти. Заболяването е известно и като болест на викингите, поради по-високата му честота при пациенти с нормански произход. Пемфигус вулгарис е рядко, животозастрашаващо, аутоимунно, булезно заболяване на кожата и лигавиците, което се изразява в образуване на интраепидермални мехури. Неговата честота е значително по-висока в средиземноморския регион и Близкия изток, а най-голяма е сред хора с еврейски произход.

Представяме случай на рядко съчетание на пемфигус вулгарис с контрактура на Dupuytren при пациент с турски етнически произход. Двете заболявания са разгледани и като потенциално свързани с различни неопластични заболявания, въпреки че такава връзка в конкретния случай не бе доказана.

Ключови думи: *Contractura Dupuytreni, Pemphigus vulgaris, генетична предиспозиция, паранеопластично заболяване*

ABSTRACT

Dupuytren's contracture (DC) is predominantly an autosomal dominant (AD) disorder characterized by hypertrophy and contraction of the palmar fascia that results in tethered flexion of the affected digits. It has its highest prevalence in the North European population or in people of Viking descent.

Pemphigus vulgaris is a rare, life-threatening, autoimmune, bullous disease of the skin and mucous membranes, resulting in formation of in-

Mediterranean and Middle East regions and in the Jewish population.

We present a clinical case of a rare association of pemphigus vulgaris with Dupuytren's contracture in patient of Turkish descent. Both diseases are described as potentially paraneoplastic, nevertheless in this particular clinical case such association was not proven.

Key words: *Contractura Dupuytreni, Pemphigus vulgaris, genetic predisposition, paraneoplastic disease*

ВЪВЕДЕНИЕ

Дюпуитреновата контрактура (ДК) е авто-зомно доминантно заболяване (АД), което се характеризира с хипертрофия и съкращаване на палмарната фасция, водещо до принудителна флексия на засегнатите пръсти. Заболяването е известно с това, че често се свързва с различни метаболитни, злокачествени и вътрешни заболявания, но връзката му с редица кожни заболявания е малко проучена [1]. Най-често срещаната му асоциация е тази с induratio penis plastica (болест на Peyronie) и фиброматоза на стъпалата (болест на Lederhose), с които споделя сходен начин на унаследяване и патогенетичен механизъм [2].

Заболяването е описано за пръв път през 1833 г. от барон Guillaume Dupuytren (1771-1835), но по-ранни описания са открити в трудовете на Felix Plater (1536-1614) и дори в някои скандинавски саги от 12 в. [3]

ДК може да бъде открита в различни етнически групи, но най-висока честота има в северна Европа и най-вече при хора с Нормански

ВИТИЛИГО ИНДУЦИРАНО ОТ PEMBROLIZUMAB ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА MELANOMA MALIGNUM

Деница Х. Желева***, Иван А. Богданов*, Здравка В. Демерджиева*,
Развигор Б. Дърленски****

* „Аджибадем Сити клиник Токуда Болница“, София

** МЦ „Поликлиника България“

*** Секция по дерматовенерология, Тракийски университет, Стара Загора
dr.d.jeleva@gmail.com

VITILIGO INDUCED BY PEMBROLIZUMAB THERAPY FOR MELANOMA MALIGNUM

Denica H. Zheleva***, Ivan A. Bogdanov*, Zdravka V. Demerdjieva*, Razvigor B. Darlenski****

* "Acibadem City clinic Tokuda Hospital", Sofia

** MC „Polyclinic Bulgaria“

*** Department of dermatovenereology, Trakia University, Stara Zagora
dr.d.jeleva@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Последните осем години настъпи значителен напредък в лечението на метастатичния меланом (ММ). Регистрирани са редица нови медикаменти, които представляват антитела, блокиращи различни сигнални пътища. Тези лекарства водят до нов спектър от нежелани реакции, които се разглеждат като отделен клас странични явления. Повече от 60% от пациентите развиват някакъв тип имуномедирана нежелана реакция, например: тиреоидит, дерматит, пневмонит, колит, хепатит, увеит, полиневрит, панкреатит и др. Кожна токсичност се отчита при около 1/3 от пациентите като най-често се наблюдават лекарствено индуциран пруритус, витилиго, псориазис, автоимунни кожни заболявания и др.

Представяме случай на 52-годишна пациентка на терапия с pembrolizumab по повод метастатичен меланом. 5 месеца по-късно се наблюдава поява на депигментирани плаки по кожата на деколтето и горните крайници, с клиничен вид на витилиго. Това е първият описан случай на лекарствено индуцирано витилиго вследствие прием на pembrolizumab в българската литература.

Ключови думи: pembrolizumab, витилиго, имуноterapia, лекарствено-индуцирани реакции

ABSTRACT

Over the past eight years, significant progress has been made in the treatment of metastatic melanoma (MM). A number of new drugs have been registered, which are antibodies that block various signaling pathways. These drugs lead to a new spectrum of side effects that are presented like a separate class of side effects. More than 60% of patients develop some type of 'immune-related adverse events' (irAEs) e.g.: thyroiditis, dermatitis, pneumonitis, colitis, hepatitis, uveitis, polyneuritis, pancreatitis, etc. Skin toxicity is reported in about 1/3 of the patients and the most often observed reactions include drug-induced pruritus, vitiligo, psoriasis, autoimmune skin diseases etc. Herein we present a case of a 52-year-old patient who started pembrolizumab therapy for metastatic melanoma. 5 months later, depigmented plaques appeared on the skin of the neckline and upper limbs with clinical appearance of vitiligo. This is the first case of drug-induced vitiligo due to pembrolizumab-therapy published in the Bulgarian dermatological literature.

Key words: pembrolizumab, vitiligo, immunotherapy, drug-induced reactions

ВЪВЕДЕНИЕ

Заболяемостта от меланом се увеличава през последните четири десетилетия, като през 2012 г. в света са диагностицирани около 232,

КОНСЕНСУС НА БЪЛГАРСКОТО ДЕРМАТОЛОГИЧНО ДРУЖЕСТВО И ЕКСПЕРТНАТА ГРУПА ПО БУЛОЗНИ ДЕРМАТОЗИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПЕМФИГУС В БЪЛГАРИЯ

(Адаптиран според препоръките на Европейската Академия по Дерматология и Венерология, ЕАДВ)

Косара В. Дреновска¹, Цветана И. Абаджиева², Иван А. Богданов³, Петьо Л. Брезоев⁴, Мери Л. Ганчева⁵, Димитър К. Господинов⁶, Христо П. Добрев², Любомир А. Дурмишев¹, Развигор Б. Дърленски³, Ивелина А. Йорданова⁶, Мирослава И. Кадурина⁷, Жана С. Казанджиева¹, Карен Л. Мануелян⁸, Гриша С. Матеев¹, Валерия Г. Матеева¹, Любка Г. Митева¹, Елена В. Обрешкова⁹, Евгения Х. Христкаева⁸, Николай К. Цанков³, Мартин А. Шахид¹, Румяна К. Янкова¹⁰, Снежина Г. Василева¹

1 Клиника по кожни и венерически болести, УМБАЛ „Александровска“, МУ - София

2 Клиника по кожни и венерически болести, УМБАЛ „Свети Георги“, МУ - Пловдив

3 Отделение по дерматология и венерология, Аджибадем Ситиклиник МБАЛ Токуда - София

4 Диагностично-консултативен център „Александровска“ - София

5 Институт по експериментална морфология, патология и антропология с музей (ИЕМПАМ), БАН - София

6 Клиника по кожни и венерически заболявания, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД - Плевен

7 Кабинет по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Младост - София

8 Клиника по кожни и венерически болести, УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ - Стара Загора

9 Отделение по кожни и венерически болести, ВМА, МБАЛ - София

10 Център по алергология и дерматология, ДКЦ и УМБАЛ „Пълмед“ - Пловдив

CONSENSUS OF THE BULGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY AND THE EXPERT GROUP OF BULLOUS DERMATOSES ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PEMPHIGUS IN BULGARIA

(Adapted according the recommendations of the European Academy of Dermatology and Vereology, EADV)

Kossara V. Drenovska¹, Tsvetana I. Abadjieva², Ivan A. Bogdanov³, Petjo L. Brezoev⁴, Mery L. Gancheva⁵, Dimitar K. Gospodinov⁶, Hristo P. Dobrev², Lyubomir A. Dourmishev¹, Razvigor B. Darlenski³, Ivelina A. Yordanova⁶, Miroslava I. Kadurina⁷, Jana S. Kazandjieva¹, Karen L. Manuelyan⁸, Grisha S. Mateev¹, Valeria G. Mateeva¹, Lyubka G. Miteva¹, Elena V. Obreshkova⁹, Evgenia H. Hristakieva⁸, Nikolai K. Tsankov³, Martin A. Shahid¹, Romyana K. Yankova¹⁰, Snezhina G. Vassileva¹

1 Department of Dermatology and Venereology, University Hospital "Alexandrovka", Medical University - Sofia

2 Department of Dermatology and Venereology, University Hospital "Saint Geore", Medical University - Plovdiv

3 Department of Dermatology and Venereology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital - Sofia

4 Diagnostic - Advisory Centre, "Alexandrovka" Hospital - Sofia

5 Institute of Experimental Morphology, Pathology and Anthropology with Museum (IEMPAM), BAS - Sofia

6 Department of Dermatology and Venereology, University Hospital „Dr. Georgi Stranski“, Medical University - Pleven

7 Dermatology and Venereology, Acibadem City Clinic UMBAL Mladost - Sofia

8 Department of Dermatology and Venereology, University Hospital „Prof. Dr. Stoyan Kirkovich“ - Stara Zagora

9 Department of Dermatology and Venereology, Military Medical Academy - Sofia

10 Center of Allergology and Dermatology, Diagnostic - Advisory Centre, University Hospital "Pulmed" - Plovdiv

РЕЗЮМЕ

Въведение: Понятието Pemphigus обединява група животозастрашаващи аутоимунни булозни дерматози, характеризиращи се с появата на були и ерозии върху кожата и видимите лигавици. Преди ерата на имunosупресивната терапия прогнозата на заболяването е фатална, но понастоящем повишената преживяемост често е за сметка на страничните ефекти и влошеното качество на живот на болните, най-често в резултат от продължителната кортикостероидна терапия. Предвид факта, че пемфигусът е рядко заболяване, в практиката има ограничен брой проспективни контролирани проучвания, касаещи неговото лечение, което варира в отделните страни поради различията в административните уредби и икономическите реалности. С навлизането на биологичната терапия в различни сфери на медицината, стана възможно такава да се прилага и за лечението на пемфигус. Наскоро в Европа и САЩ препаратът rituximab е одобрен за приложение като първа линия на лечение в случаите на умерен и тежък пемфигус вулгарис. В унисон с тези промени, в България rituximab ще може да бъде прилаган в случаите на резистентни и тежки форми на пемфигус вулгарис.

Цели: Целта на настоящия консенсус е под егидата на Българското дерматологично дружество (БДД) да се обедини дългогодишния опит на специалистите-дерматолози в България, да се утвърдят съществуващите традиционни схеми за диагностика и лечение на заболяванията от пемфигусната група и да се осъвременят според последните европейски и световни препоръки на експертите в тази област.

Резултати: Обсъдиха се и се актуализираха основните препоръки за диагностика и лечение на пациентите с пемфигус в България с оглед въвеждането в практиката на допълнителни методи и схеми за изследване и проследяване на болните, както и наличието на нови терапевтични възможности. Финалната версия на този консенсус взема под внимание постъпилите забележки, корекции и мнения на членовете на съответните работни звена, участвали при приемането му. В допълнение, приетите препоръки отразяват общоприети европейски и световни тенденции, съобразени с локалните практики и възможности.

Заклучение: Приетите и утвърдени препоръки на БДД предоставят на клиницистите подробна информация относно съвременните насоки в диагностиката и лечението на пемфигус в България. Те отразяват комплексния подход към заболяването,

необходимите грижи за кожата в ежедневната практика и стремежа към подобряване качеството на живот на пациентите.

ABSTRACT

Introduction: The term Pemphigus represents a group of life threatening autoimmune bullous dermatoses characterized by blister formation on the skin and mucous membranes. The prognosis of the disease was fatal before the era of immunosuppressive therapy, but nowadays the increased survival rate is often related to numerous side effects and poor quality of life, mainly due to the prolonged corticosteroid therapy. Having in mind that pemphigus is a rare disease there are only isolated prospective controlled studies on its treatment which shows great variety in the different countries due to specificity in their administrative regulations and economic realities. Introduction of biologicals in numerous fields of medicine made their use in pemphigus also possible. Recently, both in Europe and the US rituximab was approved as first line treatment in moderate to severe pemphigus vulgaris. Following closely the acquired experience in this area, in Bulgaria the administration of rituximab will be possible in recalcitrant and severe cases of pemphigus vulgaris.

Objectives: The aim of the present consensus was with the help of the Bulgarian Dermatological Society to unify the long-term experience of Bulgarian dermatologists, to affirm the existing traditional diagnostic and therapeutic methods in pemphigus and to update them in accordance with the latest European and world recommendations of experts in this field.

Results: The main recommendations for diagnosis and treatment of pemphigus patients in Bulgaria were thoroughly discussed and updated in order to facilitate the introduction of additional methods and protocols of examination and follow-up, as well as of new therapeutic options. The final version of this consensus takes into consideration all the notes, corrections and opinions of the members of the respective working groups participating in its approval. In addition, the approved recommendations reflect widely accepted European and world tendencies but also respect the local practice and realities.

Conclusion: The approved recommendations of the Bulgarian Dermatological Society provide to the clinicians detailed information on the contemporary trends in the diagnosis and treatment of pemphigus in Bulgaria. They reflect the complex approach towards the disease, the skin care in everyday practice and the attempt for improving of patients' quality of life.

КОНСЕНСУС ЗА ДЕРМАТОХИРУРГИЯ С ЛАЗЕРИ В БЪЛГАРИЯ – ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ И ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ

Обзор

Евгени Т. Христозов *, Валери Н. Малев*, Гриша С. Матеев**, Снежина Г. Василева**,
Жана С. Казанджиева**, Николай К. Цанков***, Иван А. Богданов***,
Снежана Д. Атанасова****, Катя Г. Паскова *****, Ася А. Данчева*****,
Дончо Н. Етугов*****, Росица Б. Денчева*****, Ивайло Е. Петров*****

*Дерматологичен център „Lege Artis“ София, **Клиника по Дерматология и венерология, Медицински
университет – София, ***Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница, ****Ата-Дерма, Пловдив,
*****Дерма Вита, София, *****, ЦКВЗ ЕООД София, *****Естетикс енд Дерматолоджи,
София, *****Reverse, София, *****Дерматологична клиника „София“, София
evgeni@hristozov.onmicrosoft.com

CONSENSUS FOR DERMATOLOGICAL SURGERY WITH LASERS IN BULGARIA – GENERAL INFORMATION AND FUNDAMENTAL TERMINOLOGY

Review

Evgeni T. Hristozov*, Valeri N. Malev*, Grisha S. Mateev**, Snezhina G. Vassileva**,
Jana S. Kazanjieva**, Nikolai K. Tsankov***, Ivan A. Bogdanov***, Snezhana D. Atanasova****,
Katya G. Paskova*****, Asya A. Dancheva*****, Doncho N. Etugov*****,
Rosica B. Dencheva*****, Ivaylo E. Petrov*****

*Dermatological Center 'Lege Artis', Sofia ** Department of Dermatology and Venereology, Medical University
-Sofia, ***Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital, Sofia ****Ata-Derma, Plovdiv *****Derma Vita, Sofia *****
CDVD EOD Sofia, *****Esthetics and Dermatology, Sofia *****Reverse, Sofia *****Dermatological
Clinic 'Sofia', Sofia
evgeni@hristozov.onmicrosoft.com

РЕЗЮМЕ

Енергийно базираните устройства намират все по-широко приложение в дерматологията и дерматохирургията. Разширяването на техническите възможности и професионалният опит с тях доведе до увеличаване на индикациите за тяхното ползване, подобряване на терапевтичния ефект, но и до все по-сериозни изисквания към професионалните компетенции на използващите ги. В тази статия ще бъдат разгледани физичните, техническите и биофизичните основи на енергийно базираните устройства, както и индикациите и изискванията за тяхното правилно, ефективно и безопасно използване в хирургичното и нехирургичното лечение на заболявания на кожата и кожните придатъци.

ABSTRACT

Energy based devices have a growing spectrum of applications in the modern dermatology and dermatologic surgery. Improvement of the technical capabilities and the professional experience with energy based devices led to an increase in the indications for their

use and an improved therapeutic effect, but also to higher requirements for certain skills and knowledge from those, using them. This paper will discuss the physical, technical and biophysical fundamentals of energy based devices and the indications and essentials for their accurate, effective and safe use in surgical and non-surgical treatment of diseases of the skin and its accessory structures.

ВЪВЕДЕНИЕ

Дерматохирургията с лазери и устройства, базирани на друг тип енергия се основава на принципа на избирателно въздействие върху определени прицелни структури в епидермис, дерма или хиподерма, водещо до тяхното частично или пълно разрушаване [1].

Избирателността на въздействието е ключова и уникална характеристика за този вид дерматохирургична терапия. Смисълът на това понятие включва максимално въздействие върху прицелните структури в кожата, съчетано с минимални промени в околните тъкани [2].

Въздействието върху прицелните структури в

WOOLLY HAIR NEVUS В СЪЧЕТАНИЕ С ПИГМЕНТЕН МОЗАИЦИЗЪМ ПО ХОДА НА ЛИНИИТЕ НА БЛАШКО

Анджи А. Чепилев*, Георги П. Пашов*, Десислава Г. Николаева*, Калоян И. Нацов*, Надежда В. Димчова*, Иван А. Богданов**

* Кръжок по дерматология и венерология, Клиника по кожни и венерически болести, Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда

** Клиника по кожни и венерически болести, Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда
iv.bogdanov@gmail.com

WOOLLY HAIR NEVUS WITH PIGMENTARY MOSAICISM FOLLOWING BLASCHKO LINES

Andji A. Chepilev*, Georgi P. Pashov*, Dessyslava G. Nikolaeva*, Kaloyan I. Natsov*, Nadezhda V. Dimchova*, Ivan A. Bogdanov**

*Circle of Dermatology and Venerology, Dermatology and Venerology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital

**Dermatology and Venerology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital
iv.bogdanov@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Woolly hair nevus (WHN) е ненаследствено разстройство, дължащо се на генетичен мозаицизъм и характеризиращо се със силно нахъдрена коса, разположена само в една или няколко области на скалпа. Изявява се още при раждането или в първите няколко години от живота и може да се асоциира с епидермални или меланоцитни невуси. Woolly hair nevus трябва да се различава от Woolly hair syndrome, който е наследствен синдром, унаследяващ се автозомно доминантно или рецесивно. Представяме два клинични случая на Woolly hair nevus, съчетани с хиперпигментации при единия пациент и хипопигментации при другия по хода на линиите на Блашко.

ABSTRACT

Woolly hair nevus (WHN) is a non-hereditary, mosaic disorder characterized by tightly curled hair localized on one or several areas of the scalp. It is often presented at birth or the first several years of life and it can be associated with epidermal or melanocytic nevi. Woolly hair nevus must be differentiated from Woolly hair syndrome,

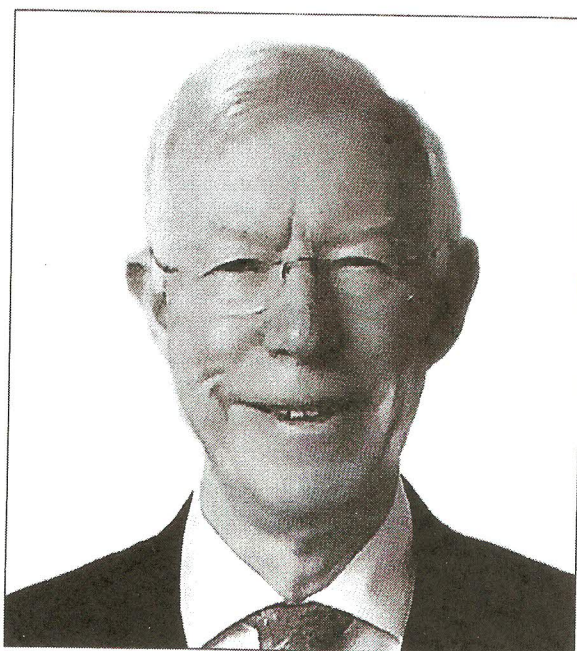
which is an inherited condition by either an autosomal dominant or recessive fashion. We report two cases of woolly hair nevus, one presenting with hyperpigmentation and the other with hypopigmentation along the lines of Blaschko.

ВЪВЕДЕНИЕ

Терминът woolly hair nevus (WHN) е описан за първи път от американския дерматолог Dr. Fred Wise през 1927г.[1] WHN е рядка аномалия на части от косата на скалпа, която се характеризира с по-къдрава коса от останалата на главата. Двата пола са еднакво засегнати. При раждане цялата коса на детето може да е нормална. Тя придобива характерната за заболяването форма и структура до две годишна възраст. Това е причината проблемът да се открива първо от родителите. Важно е да се отбележи, че WHN рядко се асоциира със сърдечни проблеми, но това не изключва вероятността за развитието им на по-късен етап. Заболяването е по-често с естетичен характер. То може да бъде съчетано с хипер- или хипопигментации по хода на линиите на Блашко.

ИНТЕРВЮ С ПРОФ. АНДРЮ ФИНЛИ,
АЛБЕНА, 28.09.2019

INTERVIEW WITH PROFESSOR ANDREW FINLAY,
ALBENA 28.09.2019



Проф. Андрю Финли е име със световна известност, признат с усилията си за превръщането на дерматологията в специалност, насочена към пациента и неговото качество на живот. Той ще остане в историята на дерматологията с авторството на някои от най-често използваните „инструменти“ на съвременния дерматолог като въпросника за качество на живот - DLQI, правилото на десетките (BSA>10, PASI>10, DLQI>10) за отграничаване на пациенти със средно тежък и тежък псориазис и т.нар. „fingertip unit“, който широко се използва като мярка за количество крем, нужно за покриването на 1% (една длан) от кожата повърхност.

Проф. Финли е преподавател по клинична дерматология в Cardiff School of Medicine. Носител на множество награди за изключителния му принос към съвременната медицина, почетен член е на 7 и е член на 6 национални и европейски дерматологични дружества. Изнесъл е над 120 лекции като поканен лектор в Обединеното кралство и над 200 като поканен лекар по целия свят, както и почетни лекции като Dowling Oration (2000), Hebra Lecture, Austria (2003),

Albert Neisser Lecture, Poland (2007) и World Congress plenary lecture, Seoul, (2011). Взяма участие в редколегиите и управителните съвети на множество научни списания и медицински дружества. Автор е на над 400 научни статии с H-Index (Google Scholar) = 74.

По време на XX Национална конференция на БДД в Албена имаме възможността да чуем неговата лекция на тема „How the Dermatology Life Quality Index (DLQI) may be helpful to you?“. Изключително сме благодарни на Проф. Финли не само за това, че прие нашата покана да изнесе тази изключително увлекателна лекция, но и за това, че се съгласи да отдели от своето време, за да отговори на някои въпроси, касаещи и други аспекти на съвременната дерматология.

Проф. Финли, Вие имате огромен принос за това дерматолозите по целия свят да обръщат по-голямо внимание на въпросите за качеството на живот, като по този начин насочват поглед към медицина, ориентирана към пациента. Липсва ли ви някой аспект на патерналистичната медицина?

Това е много интересен въпрос и отговорът е, че не ми липсва, защото патерналистичната медицина все още си е жива и здрава дори на места, където се полагат големи усилия да бъде включен пациентът като равнопоставен партньор при вземане на решения. Във всяка общност, без значение в коя държава сте или в кой град сте, има хора с различни нужди, различни нива на увереност, различни нива на образованост и различно отношение към своите здравни работници. И така, според мен, винаги ще съществува своеобразен спектър – в единия му край са хората, които полагат усилия да се информират по конкретните въпроси, свързани със здравето, които влизат в сложен диалог със здравните специалисти и искат да участват в процеса на вземане на решение. В другия край на спектъра винаги ще има пациенти, които търсят успокоението от това да получат съвет от експерт и да го приемат. Всъщност, от моя личен опит като пациент, а не като лекар, смятам, че има

ХРОНИКА

29 ОКТОМВРИ - СВЕТОВЕН ДЕН НА ПСОРИАЗИСА

29 OKTOBER- WORD PSORIASIS DAY

Клиниката по кожни и венерически болести към Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница отбеляза световният ден на псориазиса със своята станала вече традиционна научна среща за пациенти с псориазис и дерматозии от столицата. Събитието се проведе съвместно с Фондация „Псориазис“ и с подкрепата на Пиер Фабр България.

В рамките на събитието бяха изнесени доклади във връзка с актуални теми, касаещи заболяването псориазис от едни от най-изтъкнатите специалисти в областта и бяха засегнати актуални теми като достъпът на пациентите до най-съвременните методи за лечение на заболяването, рисковете, които крият някои медикаменти за неговото влошаване, последни данни от проведените от екипа на болницата курсове климатотерапия в санаториума „Вонеща вода“, както и някои съвременни насоки в локалната терапия на заболяването. Особено внимание беше отделено на приноса на екипа на Клиниката по кожни и венерически болести за проучването на заболяването в рамките на новата парадигма за „Псориазисът като сис-

темно заболяване“.

В рамките на събитието бяха демонстрирани и първи резултати от пилотен проект за създаване на регистър на пациентите с псориазис в България, който е започнал на територията на клиниката.

Срещата премина при следния дневен ред:

Регистър на пациентите с псориазис в България. Възможен ли е и какви са перспективите? - Д-р Иван Богданов

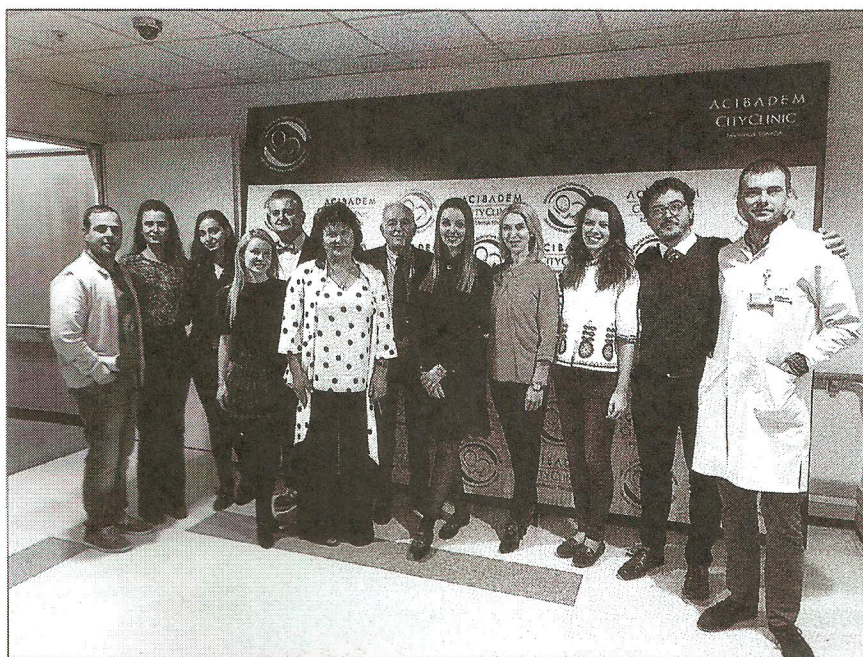
Псориазис и медикаменти. - Чл. кор. проф. Николай Цанков

Балнеотерапия на псориазис във Вонеща Вода, България 2018. - Доц. Д-р Развигор Дърленски

Съвременни насоки в локалната терапия на псориазиса. - Доц. Д-р Здравка Демерджиева

В срещата взе дейно участие и кръжокът по кожни и венерически болести към ККВБ Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница, като един от кръжочниците, студентът А. Чепилев обобщи литературни данни за приложението на тетрациклини в дерматологията.

Иван Богданов



ОБЗОР

СИНТЕТИЧНИ АНТИМАЛАРИЧНИ МЕДИКАМЕНТИ В ДЕРМАТОЛОГИЯТА – ПРИЛОЖЕНИЕ И СТРАНИЧНИ ДЕЙСТВИЯ

Николай К. Цанков*, Иван А. Богданов*, Жана С. Казанджиева**

*Клиника по кожни и венерически болести - Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница, София

**Катедра по дерматология и венерология – МУ София

iv.bogdanov@gmail.com

SYNTHETIC ANTIMALARIAL DRUGS IN DERMATOLOGY – APPLICATION AND SIDE EFFECTS

Nikolay K. Tsankov*, Ivan A. Bogdanov*, Jana S. Kazandjieva**

*Dermatology and Venerology Clinic – Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia

**Dermatology and Venerology Department – Medical University, Sofia

iv.bogdanov@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Пандемията, предизвикана от COVID-19 наложи интензивни проучвания, насочени към създаване на ваксини, синтезиране на нови лекарствени средства и използване на познати медикаменти с предполагаемо добро действие.

В редица научни статии, научно-популярни и медийни съобщения се съобщава за добри и дори водещи до клинично излекуване резултати, след лечение със синтетичният антималяричен медикамент *Hydroxychloroquine*.

Имайки предвид масовото повлияване на населението от съобщения в медиите и интернет, предполагаме, че много, включително дерматологични пациенти ще се опитат да прилагат лечение с *Hydroxychloroquine*, дори без да имат поставена положителна диагноза.

С настоящата статия бихме искали да обърнем внимание на приложението на синтетичните антималярици (SAM) в дерматологията и техните странични действия.

Ключови думи: синтетични антималярици, странични ефекти, COVID-19, псориазис

ABSTRACT

The pandemic caused by COVID-19 imposed more intense research towards the creation of new vaccines, medications, and the use of existing drugs with supposedly beneficial activity.

A variety of scientific articles, popular science, and media communications reported improvement

of the condition or even healing of the coronavirus infection after treatment with the synthetic antimalarial drug – Hydroxychloroquine.

Taking into account the influence of the mass media and the social media on the population we suggest a high probability of self-treatment by a large group of dermatological and non-dermatological patients with this drug even without the presence of positive COVID-19 testing.

This article is dedicated to drawing attention to the application of the synthetic antimalarials (SAM) in dermatology and their side-effects.

Keywords: synthetic antimalarials, side effects, COVID-19, psoriasis

ВЪВЕДЕНИЕ

Антималяричните медикаменти, използвани в медицината в наши дни са полусинтетични или синтетични деривати на хинина.

Техните поява и внедряване в медицината са резултат от проучванията на германски учени, наложени от невъзможността да се внасят кори от хининово дърво и съответно да се произвежда хинин по време на Първата световна война.

Първият синтезиран препарат е Мерасин (Atebrine®, Quinacrine®) през 1930 г. През 1934 г. Hans Andersag от фармацевтичната компания Bayer, синтезира Chloroquine (Arafen®, Resochin®, Arthrochin®), а през 1946 се появяват два нови препарата Амодиаквин (Camoquien®) и Hydroxychloroquine (Plaquenil®) [1].

ОБЗОР

КАК ДА ИЗБЕРЕМ ОПТИМАЛНАТА БИОЛОГИЧНА ТЕРАПИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПСОРИАЗИС?

Иван А. Богданов*

*Аджибадем Ситиклиник Токуда Болница, София

iv.bogdanov@gmail.com

HOW TO CHOOSE THE OPTIMAL BIOLOGIC TREATMENT IN PSORIASIS PATIENTS?

Ivan A. Bogdanov*

*Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital, Sofia

iv.bogdanov@gmail.com

РЕЗЮМЕ

В последните няколко години псориазисът е обект на особен интерес от страна на големите фармацевтични компании. Задълбочаващите се познания за патогенезата на заболяването, дадоха възможност за разработване на множество нови продукти за лечение на тежките форми. В миналото появата на един нов медикамент се е определяло като революционно събитие и неговото въвеждане и утвърждаване в практиката е изисквало години на сериозни клинични наблюдения. Изключително богатата палитра от нови терапевтични опции предлага разнообразни възможности за повлияване на различни етапи от патогенезата на заболяването. От друга страна изборът на правилния медикамент при всеки пациент се превръща в сериозно предизвикателство, тъй като изисква да бъдат взети предвид множество фактори като тежестта и формата на заболяването, наличието на псориаитичен артрит или други коморбидности, контраиндикации, предишно лечение, възрастта и дори пола на пациента. Тази статия има за цел да даде някои насоки при избора на подходящ биологичен медикамент при пациенти със средно тежък и тежък псориазис.

Ключови думи: псориазис, биологични медикаменти, псориаитичен артрит, придружаващи заболявания

ABSTRACT

In recent years psoriasis is an object of intense interest from the big pharmaceutical companies. The growing pool of knowledge concerning this protean disease served as a base for developing a

variety of new products for the treatment of its severe forms. In the past, the appearance of a new drug was considered a revolutionary event and its introduction and validation in the practice needed years of serious clinical observations. The plethora of new therapeutic options offers various options for intervening in different stages of psoriasis pathogenesis. Still best therapy choice in any clinical case poses a serious challenge as it needs to take account of various factors such as severity and clinical form of the disease, the presence of psoriatic arthritis or other comorbidities, treatment contraindications, previous treatment, age and gender of the patient. This article aims to give some useful guidelines for choosing the optimal biologic treatment for patients with moderate and severe psoriasis.

Keywords: psoriasis, biologicals, psoriatic arthritis, comorbidities

ОБЗОР

Изборът на най-подходящото лечение е венецът на изкуството да лекуваш. Псориазисът е системно заболяване, засягащо множество органи и системи и трябва да бъде лекувано в зависимост от индивидуалните особености на клиничната форма, придружаващите заболявания, тежестта на клиничната картина и съотношението риск-полза за всеки един пациент. Биологичните препарати са най-съвременното лечение на това заболяване и тяхната поява е в пряка връзка с все по-задълбочените познания за неговата патогенеза. Всеки дерматолог има свой фаворит от все по-богатата палитра нови медикаменти, които предоставя фармацевтичната индустрия. За избора на правилния биоло-

РЕДКИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

ИНСЕКТЕН ДЕРМАТИТ ОТ ЗЛИ МУХИ (SIMULIIDAE) С ЕРИЗИПЕЛО-ПОДОБНИ ПРОМЕНИ И АЛГОРИТЪМ ЗА ЛЕЧЕНИЕ

Развигор Б. Дърленски *,**, Иван А. Богданов *,
Марио С. Лангуров ***, Карен Л. Мануелян **

* Клиника по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник болница Токуда – София

** Секция по дерматовенерология, Тракийски университет – Стара Загора

*** Национален природонаучен музей, БАН – София

darlenski@gmail.com

AN OUTBREAK OF CELLULITIS-LIKE INSECT DERMATITIS FROM BLACK FLIES (SIMULIIDAE) AND TREATMENT ALGORITHM

Razvigor B. Darlenski *,**, Ivan A. Bogdanov *, Mario S. Langourov ***, Karen L. Manuelyan **

* Department of dermatovenereology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital – Sofia

**Section of dermatovenereology, Trakia University – Stara Zagora

*** National Museum of Natural History, BAS – Sofia

darlenski@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Кожните реакции след ухапвания от инсекти са един от най-честите поводи за посещение на дерматолог. Тук описваме нашия клиничен опит при пациенти с атипична клинична проява на ухапване на кожата от мухи от сем. Simuliidae, появили се епидемично за периода 15 април-15 юли, 2020 година в София, България.

Злите мухи (Simuliidae, Black flies) спадат към подразред дългоантенести двукрили насекоми и са с много по-малки размери от обикновената домашна муха, като размножаването им се стимулира по време на дъждовните периоди на годината.

В описаната от нас кохорта най-често засегнатата възрастова група е между 10 и 40 години, без полово предпочитание. Спектърът на кожни реакции е богат и включва уртики, уртико-подобни реакции, еритем, едем, везикули, серопапуги екскории, цикатрикси и постлезионални хиперпигментации. Късната реакция след 12-ти час от ухапването е свързана с поява на еризипело-подобни кожни прояви. Предлагаме терапевтичен алгоритъм за поведение при такива случаи.

Ключови думи: зли мухи, алергия, инсект, ухапване, IgE, хеморагия

ABSTRACT

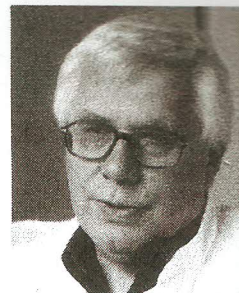
Skin reactions after insect bites are one of the most common reasons to visit a dermatologist. Here we describe our clinical experience in patients with atypical clinical manifestations of bites by flies of the family Simuliidae, which appeared epidemically in the period April 15-July 15, 2020 in Sofia, Bulgaria.

Black flies belong to the family Simuliidae, and are much smaller than the common housefly. Their reproduction is stimulated during the rainy seasons of the year.

In the cohort we described, the most commonly affected age group was between 10 and 40 years, with no gender preference. The spectrum of skin reactions was rich and included urticaria, urticarial reactions, erythema, edema, vesicles, seropapular excoriations, scars and postlesional hyperpigmentation. The late reaction, 12 hours after the bite, was associated with erysipelas-like skin manifestations. We offer a therapeutic algorithm in such cases.

Keywords: black flies, allergy, insect, bite, IgE, hemorrhage

IN MEMORIAM



НА 12.06.2020 Г. НИ НАПУСНА ЗАВИНАГИ

ДОЦ. КРАСИМИР СТАНКОВ КИРОВ

(13.05.1953 – 12.06.2020)

Доц. Д-р Красимир Киров е роден в София през 1953 г. в семейството на Проф. Станко Киров (1920-2012). През 1981 г. завършва медицинското си образование в Карловия университет, Прага. От 1982 г. работи в клиниката по Онкодерматология на УСБАЛО – Дървеница, която оглавяваше в последните години.

От 1984 до 1985 г. специализира в клиниката по Дерматология и дерматологична онкология на университета Людвиг – Максимилиан, Мюнхен.

Придобива специалности по дерматология и венерология, онкология и хирургия, съответно през 1988, 1993 и 1999 г. През 2009 г. защитава успешно дисертация за получаване на образователна и научна степен доктор на тема „Биопсия на стражевите лимфни възли при малигнения меланом”.

През 2012 г. се хабилитира като доцент.

Автор е на над 50 публикации в престижни български и чуждестранни специализирани медицински списания.

Участва като автор в повече от 10 учебника и монографии. Изнася доклади на редица конгреси и конференции в страната и чужбина.

В клиниката по онкодерматология провежда и ръководи специализацията на млади лекари за оперативното лечение на кожни тумори, дисекция на лимфни възли и биопсия на стражеви лимфни възли. Той е един от колегите, които въвеждат системно лечение и имунотерапия при меланом в напреднал стадий.

Член бе на меланомната група към СЗО,

Европейската Асоциация по Дермато-Онкология и Европейската Асоциация по Медицинска Онкология и бе основател на Българската Асоциация по Дермато-Онкология.

Доц. Красимир Киров бе изключителен професионалист и добър колега, с огромен принос за развитието на дерматологията и онкодерматологията в България. Той бе уважаван гост на всички значителни събития и конгреси, организирани от Българското дерматологично дружество. Българските дерматолози ще го запомнят като водещ специалист в неговата специалност, незаменим консултант при обсъждане на сложни случаи в областта на дерматоонкологията, уважаван учител на младите специализиращи лекари.

Всички ние ще гопомним и като добър човек, който ще остави следа в живота на своите пациенти, колеги и приятели.

Изказваме своите най-искрени съболезнования на близките и роднините на Доц. Киров.

Поклон пред паметта му!

Иван А. Богданов

PUSTULOSIS PALMOPLANTARIS КАТО ПАРАДОКСАЛНА РЕАКЦИЯ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С INFLIXIMAB

Маргарита К. Къчева¹; Виолета Л. Митова²; Петко И. Карагьозов²; Иван А. Богданов¹

1. Клиника по дерматология и венерология,
Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, София

2. Клиника по гастроентерология, Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, София
mkacheva@outlook.com

PUSTULOSIS PALMOPLANTARIS AS A PARADOXICAL REACTION AFTER INFLIXIMAB THERAPY

Margarita K. Kacheva¹; Violeta L. Mitova²; Petko I. Karagiozov²; Ivan A. Bogdanov¹

1. Dermatology and Venereology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital Sofia

2. Gastroenterology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital Sofia
mkacheva@outlook.com

РЕЗЮМЕ

Инфликсимаб е химерно моноклонално антитяло от клас IgG1, насочено срещу проинфламаторния цитокин TNF- α . Терапевтичните му показания включват: ревматоиден артрит, анкилозиращ спондилит, плакетен псориазис, псориазис, псориатичен артрит, болест на Крон и улцерозен колит. В отделни публикации са отчетени и положителни ефекти на инфликсимаб върху пустулозни състояния. Ние представяме проява на палмоплантарна пустулоза като парадоксална реакция от лечение с Инфликсимаб при 59-годишен пациент с болест на Крон.

Ключови думи: инфликсимаб; палмоплантарна пустулоза; парадоксална реакция.

ABSTRACT

Infliximab is a chimeric IgG1 monoclonal antibody directed against the proinflammatory cytokine TNF- α . It has been approved for use in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, plaque psoriasis, psoriatic arthritis and inflammatory bowel disease. Positive effects of infliximab on pustular conditions have also been reported in separate publications. We present a manifestation of palmoplantar pustulosis as a paradoxical reaction due to treatment with Infliximab in a 59-year-old patient with Crohn's disease.

Key words: Infliximab; pustulosis palmoplantaris; paradoxical reaction

ВЪВЕДЕНИЕ

Повишената експресия на тумор некрозис фактор алфа (TNF- α) е идентифицирана като важен патофизиологичен механизъм при различни видове хронични инфламаторни заболявания. През последните години анти-TNF- α антитела като инфликсимаб, адалимумаб и етанерцепт значително подобриха лечението на някои от най-често срещаните хронични възпалителни състояния като псориазис и псориатичен артрит, ревматоиден артрит (RA), болест на Крон и улцерозен колит (1).

Инфликсимаб е химерно (човешко-мише) моноклонално антитяло от клас IgG1, насочено срещу проинфламаторния цитокин TNF- α . Терапевтичните му показания включват: ревматоиден артрит, анкилозиращ спондилит, плакетен псориазис, псориатичен артрит, болест на Крон и улцерозен колит. Високата бионаличност на инфликсимаб и бързият му ефект след интравенозна инфузия го правят едно от най-ефективните средства за лечение на псориазис вулгарис. Данни от клинични проучвания сочат 75% подобрене в кожната симптоматика при 80% от пациентите след 10 седмици терапия (2).

Някои по редки форми на псориазис като раз-

**ТЕРАПИЯ ПРИ АТОПИЧЕН ДЕРМАТИТ
КОНСЕНСУС НА БЪЛГАРСКО ДЕРМАТОЛОГИЧНО ДРУЖЕСТВО
СЕКЦИЯ „ДЕРМАТОАЛЕРГОЛОГИЯ“**

Казанджиева Ж¹, Дърленски Р², 11, Янкова Р³, Берова Н, Богданов И², Василева С¹,
Ганчева М⁴, Герговска М⁵, Грозева Д⁶, Господинов Д⁷, Брезоев П⁸, Демерджиева З²,
Йорданова И⁷, Кадурина М⁴, Матеев Г¹, Николова А⁵, Обрешкова Е⁹, Праматаров К¹⁰,
Трашлиева М, Христатијева Е¹¹, Цанкова Л⁵, Цанков Н²

1 Катедра по дерматология и венерология, Медицински Университет – София; 2 Клиника
по дерматология и венерология, Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница – София; 3
Университетска Болница „Пълмед“ – Пловдив; 4 Сити Клиник – София; 5 Клиника Евродерма –
София; 6 Русенски Университет „Ангел Кънчев“ – Русе; 7 Катедра Дерматология, венерология
и алергология – Медицински Университет – Плевен; 8 ДКЦ Александровска, 9 Клиника по
Дерматология и венерология – Военномедицинска академия, София; 10 Медицински факултет
– Софийски Университет, София; 11 Секция по Дерматология и венерология – Тракийски
Университет, Стара Загора
janaderm@abv.bg

TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

Kazandjieva J¹, Darlenski R², 10, Yankova R³, Berova N, Bogdanov P, Vassileva S¹,
Gancheva M⁴, Gergovska M⁵, Grozeva D⁶, Gospodinov D⁷, Demerdjieva Z²,
Yordanova I⁷, Kadurina M⁴, Mateev G¹, Nikolova A⁵, Obreshkova E⁸, Pramatarov K⁹,
Trashlieva M, Hristakieva E¹⁰, Tsankova L⁵, Tsankov N²

1 Department of Dermatology and Venereology, Medical University – Sofia; 2 Department of
Dermatology and Venereology, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital – Sofia; 3 University Hospital
“Pulmed” – Plovdiv; 4 City Clinic – Sofia; 5 EuroDerma Clinic – Sofia; 6 University of Ruse “Angel
Kanchev” – Ruse; 7 Department of Dermatology, venereology and allergology, Medical University –
Pleven; 8 Department of Dermatology and Venereology, Military Medical Academy – Sofia; 9 Medical
Faculty – Sofia University, Sofia; 10 Department of Dermatology and Venereology, Trakia University,
Stara Zagora
janaderm@abv.bg

Терапевтичната стратегия за атопичен дерматит е приета на заседание на Секцията по дерматоалергология към Българското Дерматологично Дружество през 2020 г. Съвременната терапия при АД съдържа редица нови терапевтични подходи при това заболявания. Препоръките за терапия са предназначени за използване от специалисти – дерматолози в интерес на пациентите и в рамките на добрата клинична практика. За

първи път в български консенсус се използва степен на доказателственост за оценка на различните терапевтични подходи.

I. Използвани начини за оценка на терапевтичното действие:

Оценката на отделните медикаменти е направена в зависимост от вида и броя на проучванията и методите на анализ. (Таблица 1, 2)

II. Терапия

Life Quality Index), EQ-5D (Euro Quality of Life), as well as FAE and PT treatment parameters and adverse events (AEs). FAE dosage and PASI responses were compared with data from a previous retrospective study with FAE monotherapy (FUTURE)¹.

Results: Three hundred and sixty three patients from 155 German dermatology centers with combined FAE / PT therapy were analysed. The mean daily dose of FAE was 2.6 tablets in the maintenance period.

The most frequent PT was UVB Broadband (42%). Mean overall treatment duration of PT was 116 days, in 58% of the patients PT was applied for less than 3 months.

PGA, PASI, DLQI and EQ-5D values improved substantially over 12 months. PGA ≤ 1 was achieved by 55% after 3 months and 78% after 12 months. The mean PASI improved by 46% after 3 months (18.5 at baseline to 8.7) and by 72% after 12 months (to 5.1). Overall, 54.7% of patients achieved a PASI 75 response. The mean DLQI decreased from 12 at baseline to 3.4 after 12 months (-66%); 73.3% of the patients achieved a DLQI reduction of at least five points. No major differences between different PT modalities were observed.

Twenty seven patients (7%) with FAE / PT combination therapy had at least one AE of which the majority were classified as treatment-related. Three patients (1%) had a serious adverse event (SAE), none of which was classified as related to treatment.

The mean daily FAE dose with any PT combination was lower than in the FUTURE data set (2.6 tablets vs. 2.9 tablets); the mean PASI improvement after 3 months was more pronounced (46% vs. 38.81%).

Conclusion: This study indicates that FAE in combination with phototherapy in patients with moderate to severe psoriasis is effective and well-tolerated. The combination may allow a lower FAE dosage and lead to a faster treatment response. Long-term skin cancer data for FAE / PT combination therapy is not available.

Disclosure of Interest: K. Reich Speaker bureau of: Abbott, Biogen Idec, Celgene, Centocor, Janssen-Cilag, Leo, Medac, MSD (formerly Essex, Schering-Plough), Novartis, Pfizer (formerly Wyeth, Grant/Research Support from: Abbott, Biogen Idec, Celgene, Centocor, Janssen-Cilag, Leo, Medac, MSD (formerly Essex, Schering-Plough), Novartis, Pfizer (formerly Wyeth, Consultant for: Abbott, Biogen Idec, Celgene, Centocor, Janssen-Cilag, Leo, Medac, MSD (formerly Essex, Schering-Plough), Novartis, Pfizer (formerly Wyeth, B. Braeu: none declared, K. Merten Employee of: Biogen Idec GmbH, W. Griemberg: none declared.

Study was funded by Biogen Idec GmbH.

Reference:

1. Reich et al. JDDG 2009;7:603-611.

P 033

Is basic fibroblast growth factor a mediator through which ultraviolet radiation induces foxp3 + regulatory t cells in psoriasis?

L. Chen,¹ X. Yang,² Z. Shen^{2,3,*}

¹Dermatology, Daping Hospital, Third Military Medical University, China;

²Dermatology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, China;

³Center for clinical immunology, Third Military Medical University, Chongqing, China

Introduction: Forkhead box P3 (FOXP3) is a key transcription factor in regulatory T cells. The promotion of FOXP3 + regulatory T cells by ultraviolet radiation (UVR) in psoriasis has been suggested by previous studies. But the exact mediator linking them has not been identified.

Objectives: The aim is to find out the possible mediator through which UVR upregulates FOXP3 + regulatory T cells in psoriasis.

Materials and Methods: In the present study, we mainly utilized cell culture, ELISA, and Western blot methods.

Results: We found that the co-culture of keratinocytes and MT2 cells (human leukemia cell line) could increase FOXP3 expression in the later. Next, we found the supernatant of cultured keratinocytes showed similar effect on FOXP3 expression in MT2 cells and this effect could be amplified if the keratinocytes was pre-irradiated by UVR. This observation suggested some cytokine(s) in keratinocyte supernatant might play vital roles in promoting FOXP3 expression and the secretion of the cytokine(s) should be regulated by UVR. In the following study, we investigated the involvement of the candidate cytokine(s). We found that UVR could increase the secretion of basic fibroblast growth factor (bFGF) by keratinocytes. In addition, the addition of bFGF into the culture of MT2 cells could increase the expression of FOXP3 in a dose-dependent manner.

Conclusion: These results showed bFGF was such a cytokine in keratinocyte supernatant that could upregulate FOXP3 expression in MT2 cells. Our study suggests bFGF is a mediator through which UVR induces FOXP3 + regulatory T cells in psoriasis. This Conclusion needs further confirmation in psoriatic patients.

Disclosure of Interest: None declared.

P 034

Combined climatotherapy on the black sea compared to narrow band UVB therapy for treatment of psoriasis

I. Bogdanov,^{1,*} N. Tsankov¹

¹Dermatologie, Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria

Introduction: The combined climatotherapy combines spa therapy, thalassotherapy and peloidotherapy.

Objectives: This study tends to prove that the combination of those natural factors can be a valuable alternative to phototherapy for treating different forms of psoriasis.

Materials and Methods: The authors performed a comparative study using a regimen for the psoriasis patients with increasing daily sunlight exposure, seawater baths, showers with sulfurous mineral water and daily application of mud from the liman lake of Tuzlata. This treatment was used for 54 patients with psoriasis for 14 days and the results were compared to the results of 20 applications of Narrow band UVB for 31 patients using the PASI score for evaluation. Both groups of patients received emollients during the treatment.

Results: The PASI score was measured at the first day of the climatotherapy and on the 14th day of therapy as well as on the first application of narrow band UVB and on the 20th procedure. The mean decrease of the PASI score in patients with climatotherapy was 65, 78% and for the patients on narrow band UVB the mean decrease of the PASI was 72, 26%. After evaluation of the results we found that there is no significant statistical difference between the two types of treatments ($p = 0.266$).

Conclusion: No significant difference was found between the two types of treatments. Even though the patients were more satisfied with the climatotherapy as well as the period of remission was longer with the patients on climatotherapy. That is why we present the climatotherapy as a valuable alternative of the phototherapy.

Disclosure of Interest: None declared.

REVIEW

Skin signs of systemic infections and neoplastic diseases

Karen L. MANUELYAN¹, Ivan A. BOGDANOV², Razvigor B. DARLENSKI^{1, 2 *}

¹Department of Dermatology and Venereology, Prof. Dr. Stoyan Kirkovich University Hospital, Faculty of Medicine, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria; ²Department of Dermatology and Venereology, Tokuda Hospital, Acibadem City Clinic, Sofia, Bulgaria

*Corresponding author: Razvigor B. Darlenski, Department of Dermatology and Venereology, Trakia University, ul. Armeyska 11, 6000 Stara Zagora, Bulgaria. E-mail: darlenski@abv.bg

ABSTRACT

In recent years, emphasis on the physical examination has made way for a plethora of laboratory tests and sophisticated imaging diagnostic techniques. In addition, we are witnessing an underestimation of dermatology as a specialty around the world, which is accepted as an ambulatory specialty on the border of cosmetology and beautification. However, recognizing specific cutaneous clinical signs can facilitate timely diagnosis of various systemic infections and neoplastic diseases. Thus, a skilled dermatologist can play an essential role in the multidisciplinary team, involved in the care for systemically ill patients. In this article, we will focus on some life threatening systemic infections in which the skin changes can be a major clue for the diagnosis. Recent deadly epidemics will also be focused. Classic examples of paraneoplastic skin conditions will also be provided.

(Cite this article as: Manuelyan KL, Bogdanov IA, Darlenski RB. Skin signs of systemic infections and neoplastic diseases. G Ital Dermatol Venereol 2017;152:489-99. DOI: 10.23736/S0392-0488.17.05719-4)

Key words: Meningococcal infections - Ebola hemorrhagic fever - Zika virus infection - Hand, foot and mouth disease - *Acanthosis nigricans* - Necrolytic migratory erythema.

In the XXI century, we are witnessing an underestimation of dermatology as a specialty around the world. Despite the fact that many perceive dermatology as an ambulatory specialty on the border of cosmetology and beautification, we are facing challenging clinical cases in everyday practice. In the past decades, emergencies in dermatology have earned special attention due to increased frequency.¹ It has been shown the majority of emergencies in dermatology are of infectious origin.² Many life-threatening infectious diseases have specific skin manifestations. In this paper, we will focus on cutaneous signs of systemic infectious that can be useful for prompt diagnosis and successful empirical treatment.

The skin can be referred as a "mirror" of the internal milieu of the organism. The growth of neoplastic tumors can also be accompanied by characteristic skin conditions. A skilled dermatologist who is able to recognize

these signs can play a decisive role in coining of the diagnosis of a neoplastic disorder. We will discuss classic examples of paraneoplastic skin conditions such as acrokeratosis paraneoplastica and acanthosis nigricans, as well as clinical clues like tripe palms and the sign of Leser-Trelat.³ The Bulgarian school of dermatology has a tradition in the study of paraneoplastic syndromes; this review on the skin signs of cancer will be developed based on this.⁴

Skin signs of systemic infections

Skin changes can occur in almost all systemic infections. The list would be impossibly long, which is not surprising, as the skin is the largest and most conspicuous canvas of our bodies. Patients with non-infectious chronic inflammatory skin conditions are often subject



ELSEVIER



Dermatomyositis: Current concepts

Ivan Bogdanov, MD, PhD^a, Jana Kazandjieva, MD, PhD^b, Razvigor Darlenski, MD, PhD^{a,c}, Nikolai Tsankov, MD, PhD, Dr Sci^{a,*}

^aDepartment of Dermatology and Venereology, Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria

^bDepartment of Dermatology and Venereology, Medical Faculty, Medical University, Sofia, Bulgaria

^cDepartment of Dermatology and Venereology, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

Abstract Dermatomyositis (DM) is a multifactorial chronic autoimmune disorder with characteristic skin changes and involvement of different organ systems, including the muscles, blood vessels, joints, esophagus, and lungs. In terms of epidemiology, DM affects both children and adults. It is most often observed beyond the age of 40, but there is also a peak of incidence between 5 and 12 years of age. The current paradigm describing the pathophysiology of DM is an autoimmune attack on affected organs that is triggered by environmental factors such as UV exposure, drugs, infection, and lifestyle decisions in genetically susceptible individuals. Importantly, DM is also regarded as a paraneoplastic phenomenon, as cancer may precede, occur concurrently with, or follow the development of the clinical signs of DM. The cutaneous manifestations of DM can be categorized as pathognomonic, characteristic, compatible, less common, rare, recent, and non-specific. The treatment of DM is a difficult task due to its rarity, its multiple phenotypes, and the fact that the disease may affect multiple organs and is commonly treatment-refractory. The lack of randomized, controlled intervention trials and, until recently, the insufficiency of validated, clinically meaningful outcome instruments in part contribute to the lack of approved treatments.

© 2018 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction and epidemiology

Dermatomyositis (DM) is a multifactorial, chronic autoimmune disorder with characteristic skin changes and involvement of various organ systems including the muscles, blood vessels, joints, esophagus, and the lungs.¹ A number of both intrinsic and extrinsic factors have been implicated in the disease pathogenesis, including genetic, environmental, and immune and nonimmune-mediated factors.²

The first descriptions of patients with muscle disease (acute form of myositis) occurring with cutaneous lesions were

reported by Ernst Leberecht Wagner (1821–1888) in 1863 and Pierre Potain (1825–1901) in 1875.³ In 1891 Heinrich Unverricht (1853–1912) reported an additional case and coined a moniker for this disorder—dermatomyositis. In 1916 the first two cases of DM associated with malignancy were described. In 1940 the first cases of DM in children were reported by Manes S. Hecht. DM sine myositis (ie, hypomyopathic and amyopathic DM) was first described in six patients by Lawrence Krain in 1975, but the term amyopathic DM was introduced by Carl M. Pearson in 1979.

In terms of epidemiology, DM affects both children and adults. It is most often observed beyond the age of 40, but a smaller peak of incidence is seen between 5 and 12 years of age.⁴ Female gender appears to confer greater risk of

* Corresponding author.

E-mail address: tsankn@abv.bg (N. Tsankov).



ELSEVIER

Clinics in
Dermatology

Dupuytren contracture as a sign of systemic disease

Ivan Bogdanov, MD, PhD^{a,*}, Christopher Rowland Payne, MB, BS, MRCP^b

^a*Acibadem CitiClinic Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria*

^b*The London Clinic, London, England*

Abstract Dupuytren contracture (DC) is predominantly an autosomal dominant disorder characterized by hypertrophy and contraction of the palmar fascia that results in tethered flexion of the affected digits. It has its highest prevalence in the North European population or in people of Viking descent, and its incidence is growing with age. DC shares a common inheritance mode, predisposing factors, comorbidities, pathophysiology, and evolution with Ledderhose disease, Garrod knuckle pads, and Peyronie disease. Nonmelanoma skin cancer also has a higher incidence in the population of North European phenotype and apparently a common genetic polymorphism. Psoriasis shares many risk factors and comorbidities with DC and has a higher prevalence in patients with DC. We suggest a close relationship among DC, some skin malignancies, and psoriasis. Regular monitoring for those skin diseases in all patients with DC is highly recommended.

© 2019 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction

Dupuytren contracture (DC) is predominantly an autosomal dominant disorder characterized by hypertrophy and contraction of the palmar fascia that results in tethered flexion of the affected digits.¹ The disease is well known for its associations with some metabolic, malignant, and internal diseases, but its connection to skin pathology is not well studied.

Historic perspective

The disease was described for the first time by Baron Guillaume Dupuytren (1771-1835) in 1833 as a chronic fibrotic contracture of the palmar fascia.² Earlier descriptions with similar characteristic can be found in the writings of Felix

Plater (1536-1614) in 1614 and even earlier in the Scandinavian folklore from the 12th century.³

Epidemiology

DC can be found in multiple races and ethnic groups, but it has its highest prevalence in North European population or in people of Viking descent.^{1,4} The disease affects approximately 4% of the population, varying greatly between geographic areas and race and rising in incidence with age. It occurs predominantly in men with a male-to-female ratio of approximately 5.9:1 and an earlier age of onset in men than in women.⁵

Etiology and pathogenesis

The way of inheritance is predominantly autosomal dominant with variable penetrance, and rarely recessive

* Corresponding author. Tel.: +359 887924278.

E-mail address: iv.bogdanov@gmail.com (I. Bogdanov).



The rash that presents as a vesiculobullous eruption

Ivan Bogdanov, MD, PhD^{a,*}, Razvigor Darlenski, MD, PhD^{a,b},
Evgeniya Hristakieva, MD, PhD^b, Karen Manuelyan, MD, PhD^b

^aDepartment of Dermatology and Venereology, Acibadem Cityclinic Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria

^bDepartment of Dermatology and Venereology, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

Abstract Various infections and autoimmune and reactive skin conditions can present with blisters of varying sizes. Some of these disorders are seen in everyday practice, whereas others are rarely encountered. In many cases, the clinical picture is so typical that the diagnosis is easy and obvious; nevertheless, the significant clinical overlap between many of these diseases can cause frustration in both inexperienced and expert clinicians. We present the most typical clinical clues and offer simplified algorithms to the clinical diagnosis of skin conditions with vesicles and bullae. We focus on several aspects, when assessing a patient with blisters on the skin: age of onset, a history of comorbidities and medications intake, the general condition of the patient, and most importantly, the distribution, number, size, morphology, and evolution of the blisters, the characteristics of the peribullous skin, and the presence of mucosal involvement. Emphasis is put on differentiating between potentially life-threatening blistering eruptions and more benign self-limiting conditions. © 2020 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction

The plethora of conditions with blisters of different sizes on the skin is quite diverse and includes various infectious, autoimmune, and reactive skin conditions. Some of these disorders are seen in everyday practice, whereas others are rarely encountered. In many cases, the clinical picture is so typical that the diagnosis is easy and obvious; however, even the most experienced clinician sometimes faces a blistering skin eruption that is difficult to classify solely on clinical grounds. We present the most typical clinical clues and offer simplified algorithms to the clinical diagnosis of skin conditions with

vesicles and bullae on the skin (Figure 1A-C). In developing this contribution, we soon realized that the words we used most often were “resembles,” “mimics,” and “similar to,” attesting to the significant clinical overlap between many of these diseases. This is most true with subepidermal autoimmune bullous dermatoses, but other stealthy imitators can cause confusion for even the most seasoned clinician.

Several aspects should be taken into consideration when assessing a patient with blisters on the skin.

1. Knowledge of the most common age of onset for each disease is helpful, but exceptions are not sporadic. Bullous pemphigoid (BP), for example, is a disease of the elderly, but many cases of childhood BP have been described.
2. A detailed history, including thorough recording of comorbidities and medications intake, can be invaluable. Most

* Corresponding author.

E-mail address: iv.bogdanov@gmail.com (I. Bogdanov).

Acknowledgements

The authors wish to thank all those who on behalf of their national societies replied to our survey.

Conflicts of Interest

AYF is joint copyright owner of the DLQI. Cardiff University and AYF received royalties for the use of several quality-of-life measures including the DLQI, CDLQI, IDQoL, DFI, FDLQI, TQoL, FROM-16, PFI and MLCDP. During the conduct of the study, AYF received personal fees from Advisory Board Honorarium from Novartis, personal fees from travel expenses and speaker honorarium from Novartis, and personal fees from Consultancy Honorarium from USB Pharma, outside the submitted work. RKS has nothing to declare. This publication may be referred to as part of a REF submission.

Funding source

None declared.

R.K. Singh,* A.Y. Finlay

Division of Infection and Immunity, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, UK

*Correspondence: R.K. Singh. E-mail: singhrk2@cardiff.ac.uk

References

- 1 Basra MKA, Fenech R, Gatt RM *et al.* The Dermatology Life Quality Index 1994–2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol* 2008; **159**: 997–1035.
- 2 Finlay AY. Current severe psoriasis and the Rule of Tens. *Br J Dermatol* 2005; **152**: 861–867.
- 3 DLQI website, Cardiff University [WWW document]. URL https://www.cardiff.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0008/1744793/DLQI-guidelines-worldwide-Jan-2020.pdf (last accessed: 14 February 2020).
- 4 Ali FM, Cueva AC, Vyas J *et al.* A systematic review of the use of quality of life instruments in randomized controlled trials of psoriasis. *Br J Dermatol* 2017; **176**: 577–593.
- 5 Harmonising Outcome Measures for Atopic Eczema (HOME). [WWW document]. URL <http://www.homeforeczema.org/> (last accessed: 14 February 2020).

DOI: 10.1111/jdv.16701

Dynamics of epidermal carotenoid levels *in vivo* of healthy subjects in Antarctica

Dear Editor

Skin carotenoids are essential components of the antioxidative protective system of the human skin and are indicator for the overall antioxidant status of the organism.¹ Ozone depletion is directly contributing to climate change in the Southern Hemisphere including Antarctica. Ultraviolet (UV) light, air

pollution, lifestyle and diet affect the oxidative stress in the skin. Cold, wintery weather conditions predispose to development of dermatoses through damage to the skin barrier and enhanced oxidative stress.^{1–3} Herein, we describe the dynamics of skin carotenoids of healthy volunteers during their 30-day stay at Livingston Island, Antarctic Peninsula.

Ten Caucasian healthy subjects, five males and five females with mean age of 49.2 years (33–74), were enrolled. The study was performed at the Bulgarian Antarctic base camp at Livingston Island, Antarctica, with outside climatic conditions described in Table 1. All subjects had no history of chronic skin disease, and they had Fitzpatrick skin photo type 3 and 4. Subjects were advised to apply moisturizer and sun protection cream, SPF 50 + except on the palms at least two times daily. During outdoor work, subjects wore cold-protective gloves.

In vivo skin carotenoid levels were assessed at five time points: before expedition kick off in Bulgaria, at days 7, 14 and 30 of the stay in Antarctica and 14 days after returning to Bulgaria. All ethical and legal aspects were considered. Skin carotenoid level assessment was performed by a non-invasive, reflectance spectroscopy-based device using a light-emitting diode (LED) – Biozoom (Opsolution GmbH, Kassel Germany).⁴ The LED emits in the blue visible spectrum which corresponds to the absorption peak of carotenoid reflectance spectroscopy. The measuring values are presented in numeric scale from 1 to 12 with 1 corresponding to 0.1 nmol/g skin (linear scale correlation).⁵ At each time point, we performed two consecutive measurements at the thenar of the volar palm surface and the mean value of both measurements was then used of statistical analysis. All volunteers underwent at least a 15 min adaptation. They should not have applied any cosmetics on the hands at least 6 h before measurement. Statistical analysis was performed with ANOVA of repeated-measures test, and $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Carotenoid levels under basal conditions and their level change during 30-day stay in Antarctica are depicted in Fig. 1. No statistically significant difference could be found between the five measurements ($P = 0.163$). A slight increase was observed during the measurement day 7 and 30 in Antarctica when compared to baseline and the after return measurements. In contrast,

Table 1 Outside climatic condition at the Bulgarian Antarctic base camp from December 2017 to January 2018; data expressed in mean value and standard deviation

Altitude (m)	12.8 (±2.6)
Outside temperature (°C)	1.9 (±1.3)
Humidity rate (%)	88.3 (±6.4)
Wind (Km/h)	7.7 (±5.0)
Atmospheric pressure (hPa)	981.7 (±8.1)
Total solar irradiance (kJ/m ²)	668.3 (±773.9)

CASE STUDY

Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease

Ivan Bogdanov, MD, PhD;¹ Anna Bogdanova, MD;² Nickolai Tsankov, MD, PhD¹

We present the case of an 18-month-old girl from a second noncomplicated term pregnancy. The patient presented with a nonpruritic, migratory, urticaria-like eruption present since birth, located on the trunk and extremities (Figure 1). The knee joints were swollen, with the infant resisting extension, most likely due to tenderness (Figure 2). The facial deformities include frontal bossing, hypertelorism, antimongoloid palpebral fissures, saddle back nose, micrognathia, low-set dysplastic and protruding ears, and short, prominent philtrum (Figure 3), along with strabismus and nystagmus. The anterior fontanel remained open at 1 to 1 cm. There was hepatomegaly and splenomegaly, with the liver edge at 3 cm and the spleen at 2 cm below costal margin. The ultrasound examination of the internal organs showed splenomegaly—6.8 to 4.1 cm—with normal structure and echogenicity. There was generalized lymphadenopathy with axillar and inguinal lymph nodes up to 1 cm in diameter. (*SKINmed*. 202■;■■:■-■)

Her mother reported periodic fever up to 38.0°C, coexisting with the skin flares, usually after cold exposure, and nonresponse to treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. There was deterioration in the neuropsychologic and physical development of the child. The patient started walking at 12 months of age, but joint swelling and tenderness

soon appeared, along with inability to walk, crawl, or talk. Palpation of the knee joints and assessing full extension elicited a painful reaction.

The rheumatologist noted gracile bones, swollen knee joints with preserved functional capacity, light ballotement, and lack of full extension due to severe pain. No data were recorded for meningoradicular irritation. The ultrasound examination



Figure 1. Nonpruritic, migratory, urticaria-like rash since birth, located on the trunk and extremities.



Figure 2. Swollen knee joints in forced flexed position.

From the Department of Dermatology and Venerology;¹ and the Department of Obstetrics and Gynecology,² Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria
Address for Correspondence: Ivan Bogdanov, MD, PhD, Tokuda Hospital Sofia, bul. "Nikola Y. Vaptsarov" 51Б, 1407 Sofia, Bulgaria
• E-mail: iv.bogdanov@gmail.com

Disease severity, patient-reported outcomes and skin hydration improve during balneotherapy with hydrocarbonate- and sulphur-rich water of psoriasis

Dear Editor

In parallel to the advances of psoriasis treatment, a growing number of patients refer to alternative and complementary

therapy methods driven by the patient expectations, the life-long disease course, and socio-economic aspects.¹ Balneotherapy has been a popular treatment modality with minimal adverse effects. Mineral water exerts anti-inflammatory and antipruritic effects, improves skin hydration, epidermal – permeability barrier, and possesses anti-oxidative properties.^{2–5}

Our aim was to assess efficacy and safety of balneotherapy with hydrocarbonate- and sulphur-rich water in combination with emollient application in mild-to-moderate plaque psoriasis and its influence on skin physiology of lesional and non-lesional skin.

This prospective, single-centre, non-drug, observational study enrolled 12 Caucasian patients (Fitzpatrick type 2–3), with equal

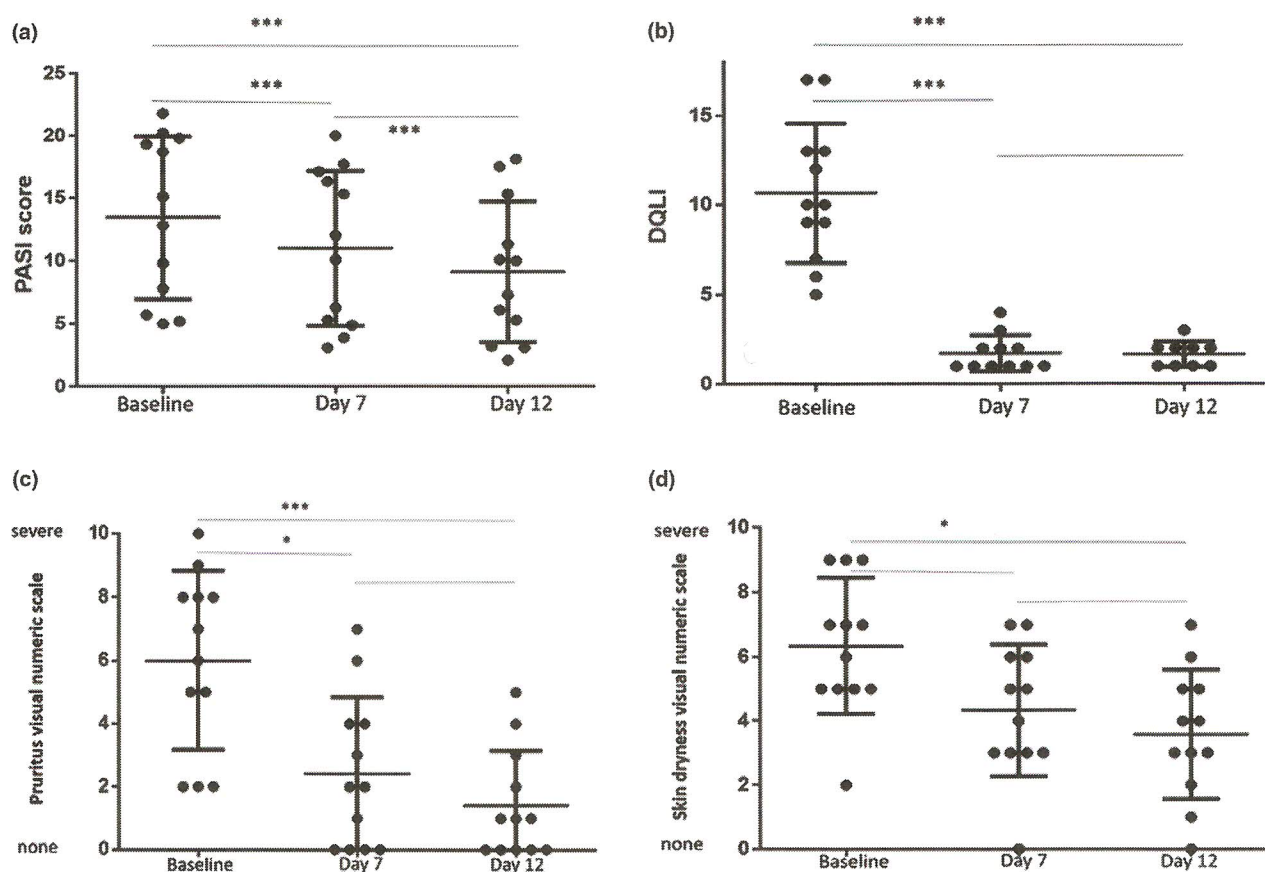


Figure 1 Improvement of disease severity and patient-reported outcomes (PROs) at day 7 and day 12 of the study. PASI decreased from 13.4 (standard deviation-SD 6.5) at baseline to 11.0 (SD 6.1) at day 7 ($P < 0.001$). Five more days of balneotherapy resulted in further significant decrease in PASI at day 12 to values of 9.1 (SD 5.6) in, ($P < 0.001$). (a) Mean psoriasis area and severity index (PASI) value $\pm$ SD; *** $P < 0.001$. PASI decreased significantly at day 7 and at day 12 compared to baseline ($P < 0.001$). (b) Mean dermatology life quality index (DLQI) values $\pm$ SD; *** $P < 0.001$. DLQI decreased dramatically even after 7 days and continued further at day 12 to 1.6 (SD 1.1) after an initial baseline values of 10.7 (SD 3.9) ($P < 0.001$). This trend was kept at day 12 with a further reduction of DLQI values to 1.3 (SD 1.0) without reaching significant between day 7 and day 12 ($P = 0.312$). (c) Pruritus visual numeric scale (VNS) mean value $\pm$ SD; * $P < 0.05$; *** $P < 0.001$. Significant decrease in pruritus score at day 7 and at day 12 compared to baseline, $P < 0.05$ and $P < 0.001$ respectively. No such difference was observed in comparison between day 7 and day 12 ($P = 0.376$). (d) Skin dryness visual numeric scale (VNS) mean value $\pm$ SD; * $P < 0.05$; VNS score decreased from baseline values of 6.3 (SD 2.1) to 4.3 (SD 2.1) at day 7 ($P = 0.07$) (trend, without reaching the statistical significance level) while the improvement reached significance with a value of 3.8 (SD 2.0) at day 12 ($P = 0.006$).



COVID-19: Important Updates and Developments
Edited by Franco Rongioletti, MD, and Leonard Hoenig, MD

Cutaneous adverse effects of the available COVID-19 vaccines

Georgi Bogdanov, MD, PhD^{a,*}, Ivan Bogdanov, MD, PhD^b, Jana Kazandjieva, MD, PhD^c, Nikolai Tsankov, MD, PhD^b

^a Department of Pharmacology and Toxicology, Medical University Sofia, Sofia, Bulgaria

^b Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria

^c Department of Dermatology and Venerology, Medical University Sofia, Sofia, Bulgaria

Abstract Vaccination has played a crucial role in the improvement of global health. Some of the world's deadliest diseases, like smallpox and rinderpest, have been eradicated with the help of vaccines, and many others have been restrained. The appearance of the strain of coronavirus disease 2019 (COVID-19) severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 and its impact on global health have made the development of effective and safe vaccines crucial for this new lethal disease. So far, there are three main types of COVID-19 vaccines in use around the world: messenger RNA-based vaccines, adenoviral vector vaccines, and inactivated whole-virus vaccines. Some of them have passed through phase 3 of safety and efficacy trials and are widely used for prophylaxis of COVID-19 infection. A plethora of cutaneous adverse events have been reported, most of them mild or moderate injection-site reactions. Some rare delayed inflammatory reactions such as "COVID arm" have also been reported, posing questions on their pathophysiology and clinical importance. Some rare serious adverse events, such as vaccine-induced prothrombotic immune thrombocytopenia and anaphylaxis, have been described raising great concerns on the safety of some widely spread vaccines. More data need to be collected with further and more detailed analysis. The overall risk of such severe adverse reactions remains extremely low, and the benefits of the existing vaccines in combating the widespread threat of COVID-19 continue to outweigh the risk of their side effects.

© 2021 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction

Vaccination has played a crucial role in the improvement of global health.¹ Smallpox, a deadly infectious disease, has been eradicated by vaccines. At the same time, there are worries about possible reactions to vaccines. The frequency of reported vaccine-induced adverse events is low and ranges between 4.8 to 83.0 per 100 000 doses of the most

commonly used vaccines. The exact number of genuine allergic reactions to the usual vaccines is not determined, but the estimations vary between one per 500,000 to one per 1 million doses for most vaccines. When the vaccines contain gelatin or egg proteins as in those for influenza, measles, mumps, and rubella virus, rabies, and yellow fever, the serious allergic reactions might be more common, but still, the life-threatening cases of anaphylaxis remain rare (roughly 1 per 1.5 million doses).²

The appearance of the strain of COVID-19 severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and its impact on global health have made the development of ef-

* Corresponding author.

E-mail address: dr.georgi.bogdanov@gmail.com (G. Bogdanov).

Suspected delayed inflammatory cutaneous reaction after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine located in preexisting morphea lesions

Ivan Bogdanov¹, Georgi Bogdanov², Nikolai Tsankov¹

1. Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria

2. Department of Pharmacology and Toxicology, Medical University Sofia, Bulgaria

Corresponding author: Ivan Bogdanov, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria, e-mail: iv.bogdanov@gmail.com

Abstract

The COVID-19 pandemic is an unprecedented global health crisis. The scale of this emergency needs prompt and adequate intervention and all our hopes for control over the pandemic are associated with the successful application of the existing vaccines. The use of the available COVID-19 vaccines has been related to the occurrence of mild injection site reactions in the majority of the patients.

We present a 68 years old female patient with a history of localized scleroderma and appearance of highly pruritic, erythemopapular rash, located in the limits of the morphea lesions, subsequently spreading on different areas of the body, starting on the 3 day after the first administration of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca). The spreading of the lesions was similar to the evolution of a typical drug reaction. Still, no other medication was introduced one year before the vaccination.

Since the lesions healed within a week only by the use of a topical corticosteroids and an oral antihistamine, this adverse event was regarded as a mild case of a delayed inflammatory reaction and the patient was advised to apply the second vaccination dose without delay.

Key words: Delayed inflammatory reaction, vaccine, ChAdOx1 nCoV-19, morphea

Chloracne/MADISH - Clinical Case Description and Therapeutic Approach

Dimitar T.Cherkezov*, Ivan A. Bogdanov*, Todor D. Cherkezov, Georgi A. Bogdanov****, Gürkan Kaya****, Nikolay K. Tsankov***

**Dermatology and Venereology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda University Hospital, Sofia, Bulgaria*

***Multiprofile Hospital for Active Treatment "Dr.Atanas Dafovski", JSC, Kardzhali, Bulgaria*

****Department of Pharmacology and Toxicology, Medical University – Sofia, Bulgaria*

*****Department of Internal Medicine Specialties, Division of Dermatology and Venereology, University of Geneva, Switzerland*

Correspondance address:

Acibadem City Clinic Tokuda University Hospital
Sofia, Bulgaria, Nikola Vaptsarov 51B blvd.,
ZIP: 1407

Telephone number: +359 2 403 49 33;

Fax: +359 2 403 00 00

E-mail: dimitarcherkezov@abv.bg

Total number of words: ?

Total number of figures: ?

Total number of tables: 1

Total number of references: 15

Abstract

Chloracne or MADISH (Metabolizing Acquired Dioxin-Induced Skin Hamartomas) is a rare toxic reaction first described in 1899 by Karl Herxheimer (1861 - 1942). The most known causes are 2,3,7,8-tetrachloro-dibenzo-p-dioxin (TCDD), 2,4,5-trichloro-phenoxy-acetic acid (2,4,5-T), chloronaphthalene, and pentachlorophenol. In 2004, chloracne gained popularity as a term after proving dioxin poisoning in Ukraine's presidential candidate Viktor Yushchenko.

Skin manifestations are usually acne conglobata-like eruptions that can affect the entire body after contact with the chemical agent alleged. They present with papules, pustules, multiple comedones, aseptic abscesses, and epidermal cysts.

We are presenting the case of a 36-year-old man with complaints of gradual onset of multiple comedones, pustules, abscesses, and epidermal cysts all over the body, persisting for seven months. Prior to admission to the Dermatology Clinic of Acibadem City Clinic, Tokuda Hospital, the patient had been consistently treated for severe acne conglobata at several university dermatology clinics with various topical and systemic therapies and no clinical improvement. After clarifying the diagnosis and initiating treatment with secukinumab, the patient's skin status improved significantly. According to the patient, there were grounds for suspected poisoning by a female partner.

Keywords: chloracne, epidermal cysts, secukinumab

Introduction

Chloracne or MADISH (Metabolizing Acquired Dioxin-Induced Skin Hamartomas) is a rare toxic reaction first described in 1899 by Karl Herxheimer

ERYTHEMA NODOSUM INDUCED BY THE PFIZER-BIONTECH VACCINE

Dessyslava G. Nikolaeva, MD¹; Ivan A. Bogdanov, MD, PhD¹; Miroslava I. Kadurina, MD, PhD²; Nikolai K. Tsankov, MD, PhD¹

¹ - Dermatology and Venerology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital – Sofia, Bulgaria

² - City Clinic Sofia – Sofia, Bulgaria

Correspondence: Dessyslava G. Nikolaeva

Address: Dermatology and Venerology Clinic, Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, bul. Nikola Vaptsarov 51B, 1407, Sofia, Bulgaria

E-mail: desi_nina@abv.bg

A 42-year old man presented with a painful nodular rash accompanied by 38.5° fever and joint pain, which started overnight. The patient confessed application of the first dose of Pfizer-BioNTech (Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA) vaccine eight days ago. He denied any kind of recent infections, inflammatory conditions, malignancies or drugs administration.

Upon examination, multiple erythematous nodules, varying from 2.5 to 5cm in diameter, disseminated on the skin of the upper and lower extremities bilaterally were observed (figure 1, figure 2). From the routine laboratory tests CRP of 45.33mg/l and mildly elevated ESR were detected. The skin microbiology noted no microorganisms. A histopathology examination was performed and showed intact epidermis, dilated dermal blood vessels with scarce perivascular inflammatory infiltrate, mainly of lymphocytes; massive haemorrhage in the lower dermal segment and in the hypodermis; in the subcutaneous tissue - massive septal infiltrates of lymphocytes, histiocytes, multiple polymorphonuclears with eosinophiles and plasmacytes, around dilated blood vessels and significant edema of the endothelial cells (figure 3). The diagnosis of Erythema nodosum, acute stage was concluded. A treatment with Kalii iodidum/Aqua destillata=20/300.0 solution per os was started.

The condition was resolved in three weeks and no recurrence was noted in the 3 months follow up.

COMMENT

Erythema nodosum is a septal panniculitis, predominantly described in females. It is regarded as delayed-type hypersensitivity to various antigens.

Vaccination-induced erythema nodosum is rare and so far reported in relation to the vaccines against human papillomavirus, rabies, hepatitis B virus, cholera, typhoid, tetanus, diphtheria and pertussis, smallpox and BCG vaccine¹.

Cutaneous adverse events of Covid-19 vaccination are reported to be mild, self-limiting and could mimic the conditions during a possible Covid-19 infection^{2, 3}. They can occur within 24h up to 14 days.

A statistical analysis for January 2021 in Trieste showed that 0.22% (44 people) of all vaccinated individuals (19 485 people) experienced skin reactions, which represented 16.54% of all adverse effects².

A registry-based study from December 2020 to February 2021 calculated 414 cutaneous reactions to mRNA-based Covid-19 vaccines. According to the data, the Moderna

Псориазисът - системно заболяване

Под редакцията на Чл. кор. проф. Николай Цанков

Спейс вижън, София, 2013

Резюме:

Псориазисът е връстник на възрастта на човечеството. От дълбока древност до днес боледуват хора от целия свят, като тяхното социално положение, жизнен стандарт, професия и известност не определят честотата и тежестта на заболяването.

От псориазис биват засегнати обикновени хора, известни политици, членове на царски и кралски фамилии, хора на изкуството, бележити интелектуалци.

В древна Гърция лепрата и псориазисът са наричани с едно име – лепра. По времето на Hippocrates (460-377г.пр.н.е.) заболяването е познато като „lepra” и „psora”, а също и като „alphos” и „leichen”.

Claudius Galen (130-201г.пр.н.е.) пръв използва наименованието псориазис.

В началото на XIX век Robert Willan (1757-1812) и сътрудниците му разграничават псориазиса от лепра и микози. През същия век се утвърждава и разбирането, че псориазисът е самостоятелно заболяване, което не е заразно.

През 60-те и 70-те години на XX век дерматолозите бяха обучавани, че „псориазисът е здраве в болестта” и че псориазиците изключително рядко биват засягани от злокачествени заболявания. Днес се счита, че болните с псориазис са с повишен риск за развитие на рак на дебелото черво.

Проучвания от последната декада на миналия век и началото на XXI век в областта на генетиката, имунологията и патофизиологията дадоха нов поглед върху патогенезата на заболяването.

Разгадаването на някои от патогенетичните механизми водещи до развитието на псориазис разкри нови възможности за лечение, насочено срещу конкретни причинители на възпалителния процес. В следствие на тези факти и терапевтичните успехи след провеждане на биологична терапия в специалността дерматология се извършва „медицинска революция” – под определението „болест на кожата” следва да

разбираме „Т клетъчно медирана болест“. Схващането , че псориазисът е заболяване с епидермален произход и засяга само кожата се замени с представата, че той е патологичен отговор на епидермиса предизвикан от имунни нарушения. Днес псориазисът се възприема като **хронично, възпалително, системно заболяване**.

В наши дни се счита, че 1,5 до 3% от населението на света е засегнато от болестта, а в Европа болелите са около 14,000,000 души.

Схващането, че псориазисът е системно заболяване налага както нова терапевтична стратегия, така и ранна профилактика на възможността за засягане на вътрешните органи и развитие на атеросклероза. Изучаването, познаването и вземането на решения за съпътстващите го заболявания (коморбидности) става абсолютна необходимост за дерматолога. Това ще разшири неговия кръгзор, капацитет и значимост.

За страната се налага спешна необходимост от изготвянето на регистър на псориазисно болните, както и на регистър за пациентите, лекувани с биологични средства.

Въпреки огромния прогрес в научните проучвания и въвеждането на биологичните средства в терапията, псориазисът остава нелечимо заболяване.

Засягането на кожата и особено на видимите и части води до смущения в социалните, емоционалните и сексуални контакти, а понякога и до депресивни състояния. Качеството на живот на псориазисните е силно нарушено, счита се, че е дори по-лошо от това на карциномно болните.

Учените, дерматолозите и болелите ще трябва да извървят дълъг път докато се стигне до възможността за окончателно излекуване.

Псориазисът се оказва изключително сложно заболяване, сложно като самия живот.

Започнах и ще завърша с думите на големия американски писател John Updike :

“Humiliation, „allergy” — I never knew what to call it. It was not a disease because I generated it out of myself. As an allergy, it was sensitive to almost everything: chocolate, potato chips, starch, sugar, frying grease, nervous excitement, dryness, darkness, pressure, enclosure, the temperate climate—allergic, in fact, to life itself” (2).

John Updike. “The Centaur”

Нашите учители

Под редакцията на

Чл. кор. проф. Николай Цанков, дмн

Д-р Иван Богданов, дм

Резюме:

“На учителя, който ме е учил да лекувам, ще гледам като на баща: ще му помагам да живее и ще му давам каквото му е нужно, и ще гледам децата му като свои братя. Ако те поискат да изучат нашето изкуство, аз ще ги обуча без пари и без никакви задължения в бъдеще.”

Милиони лекари от целия свят са произнасяли с вълнение и трепет тази клетва преди да получат дипломата си за хуманен лекар.

В днешния динамичен и материален свят емоциите не са така силни, клетвените слова за уважение и признателност към учителите са по-скоро задължителната част от една вековна традиция.

Но надали има лекар в света, който обсъжда професионалната си реализация, без да спомене тези, които е следвал като пример и от които се е учил на различни умения и поведение.

Българската дерматология има щастието от самото начало да се ръководи от хора от възрожденски семейства и с

възрожденски идеи, които обичат страната си, правят и дават всичко за нейния възход, но същевременно са и космополити.

Ние, българските дерматолози, имаме всички основания да се гордеем с нашите учители. Те са придобили стабилно образование в България или в чужбина, специализирали са в най-елитните европейски университетски клиники, били са неоспорими авторитети и ръководители в страната си, решавали са успешно здравни и образователни проблеми и същевременно са били учени с международен авторитет и признание.

Неслучайно Българското дерматологично дружество е първото научно медицинско дружество по отделна тясна специалност в нашата страна. Личностите, които са го създали, са обучили достойни последователи, които от своя страна са предали знанията и уменията си на следващите поколения. Сред нашите учители се открояват учени, блестящи лектори, отлични диагностици и терапевти, полиглоти, интелектуалци, хуманни лекари с поглед в бъдещето, което вече е днес.

Живеем в трудни времена. Нашите предшественици биха казали, че са живели още по-трудно. Те са съградили националния и международен авторитет на българската дерматология, които ние сме задължени да опазим от предизвикателствата на времето и фалшивите идоли.

Животът на тези географски ширини е бил винаги труден. Нашите учители, които сега вероятно са в един по-добър свят, са се борили и продължавали напред. Успешно или не, правим го и ние.

Поклон пред паметта ви, скъпи учители!

Приемете очерците в този сборник като израз на нашата дълбока благодарност за това, което сте направили за

българската дерматология, за това, което ни завещахте, за крилатия девиз на Българското дерматологично дружество:

„Non progredi est regredi!”

Д-р Иван Богданов, дм
Д-р Дончо Етугов, дм
Д-р Иван Гроздев, дм
Доц. Жана Казанджиева, дм
Доц. Янко Попов, дм
Проф. Николай Цанков, дмн



Фондация "Псориазис"

ВСИЧКО ЗА ПСОРИАЗИСА

Под редакцията на:
Проф. Николай Цанков
Д-р Иван Богданов

2020 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

Предговор - Н. Цанков, И. Димова	5-6
ЗА ПСОРИАЗИСА	
Какво е псориазис? - Н. Цанков	7
Кратки исторически данни - Н. Цанков	7
Разпространение - Н. Цанков	7
Причини за заболяването - Н. Цанков	7
Съчетание с други заболявания - Н. Цанков	8
Провокиращи (рискови) фактори - Н. Цанков	8
Устройство на кожата - Д. Етугов	8
Заразен ли е псориазисът - Д. Етугов	9
Клинични прояви - Д. Етугов	9
Локализация на псориазисните изменения - И. Гроздев	10
Особени форми на псориазис - И. Гроздев	12
Псориазис в детската възраст - Ж. Казанджиева	13
Бременност и псориазис - Ж. Казанджиева	13
Психологични аспекти - Я. Попов	13
Псориазис и тютюнопушене - Я. Попов	14
Псориазис и алкохолизъм - Я. Попов	14
Протичане на псориазис - И. Гроздев	15
ЛЕЧЕНИЕ НА ПСОРИАЗИСА	
Как действа лечението? - И. Гроздев	16
ЛОКАЛНО ЛЕЧЕНИЕ	
Кератолитични средства - И. Гроздев	18
Локални кортикостероиди - И. Гроздев	18
Калциневринови инхибитори - И. Богданов	18
Дитранол - И. Гроздев	19
Катрани - И. Гроздев	19
Производни на витамин Д3 - И. Гроздев	19
Ретиноиди - И. Гроздев	20
ФОТОТЕРАПИЯ И ПУВА	
ПУВА(PUVA) терапия - И. Гроздев	20
Фототерапия - И. Гроздев	20
ОРАЛНО ИЛИ ИНЖЕКЦИОННО (СИСТЕМНО) ЛЕЧЕНИЕ	
Орални ретиноиди - И. Гроздев	21
Метотрексат - И. Гроздев	21
Циклоспорин - И. Гроздев	22
Антибиотици - И. Гроздев	22
Биологични средства - И. Гроздев, И. Богданов	22
Препоръки за поведение при пациенти на системна и биологична терапия за псориазис в условия на повишена епидемична опасност - И. Богданов, Н. Цанков	26
Витамини - И. Гроздев	27
ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ТЕРАПИИ	
Морелечение - И. Гроздев	28
Балнеолечение - И. Гроздев	29
Комбинирано климатолечение - И. Богданов	29

Диетичен режим – И. Богданов	30
Как да разпознаваме и избягваме шарлатаните и продавачите на чудодейни лекарства? – И. Богданов	30
Как да бъда редовен в лечението си? – И. Богданов.	30
Къде да се лекуваме? – И. Гроздев	31
Профилактични мерки – И. Гроздев.	31
ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ	
Ставно засягане – И. Богданов	32
Как се проявява псориаатичният артрит? – И. Богданов	32
Лечение на псориаатичния артрит – И. Богданов	33
Какви са възможните лечения? – И. Богданов	33
Основни лечения – И. Богданов.	33
Кинезитерапия – И. Богданов	33
Хирургично лечение – И. Богданов.	33
Балнеолечение – И. Богданов.	34
Псориаатичния артрит и професионалния живот? – И. Богданов.	34
Как да намалим въздействието на псориаатичния артрит върху Качеството на живот? – И. Богданов	34
Как да се справим с психологическите трудности, свързани с псориаатичния артрит? – И. Богданов.	34
ЖИВОТ С ПСОРИАЗИС	
Какво представлява псориаизисът? – И. Богданов	36
Научете повече за псориаизиса! – И. Богданов	36
Защо имам псориаизис? – И. Богданов	36
Как да приемете живота с псориаизис? – И. Богданов	36
Как да говорите с другите за заболяването си? – И. Богданов	37
Как да живея най-добре с пасориазиса в ежедневието? – И. Богданов	37
Как да се грижите за кожата си? – И. Богданов	38
Мога ли да направя нещо, за да избегна обостряне на псориаизиса? – И. Богданов.	38
СТРАДАНИЕ ПРИ ПСОРИАЗИС	
Сърбеж и болка – И. Богданов.	40
Болката и страхът от отхвърляне – И. Богданов	41
Затруднения в общуването – И. Богданов.	41
Страх от бъдещето и депресия – И. Богданов.	41
Как да се чувтвате по-добре в кожата си? – И. Богданов.	42
Псориаатичният артрит и болката – И. Богданов	42
Мой близък страда от псориаизис.	43
Какво трябва да знаем за заболяването? – И. Богданов	44
Как да помогна на моето дете? – И. Богданов.	44
Как да помогна на моя партньор, приятел или колега? – И. Богданов.	45
Кой може да ни помогне? – И. Богданов	46
ПСОРИАЗИСЪТ ИНТИМНО	
Страхът, че не сме привлекателни – И. Богданов.	47
Трудността да говорим с партньора за псориаизиса – И. Богданов	47
Интимните отношения – И. Богданов	48
Гениталният псориаизис и колко мъчително се живее с него? – И. Богданов.	48
Книгопис	49

ПРЕДГОВОР

Псориазисът е болест, стара колкото човечеството. Описанието му може да се намери в библията под името "лепра", защото по това време древните са обединявали двете заболявания в едно.

През изтеклите години много учени са посветили живота си на изучаването на клиничното протичане, както и на лечението на псориазиса.

Временните успехи се последват от неудоволетворения, нови теории и обяснения за същината на болестта и нейното лечение.

В наши дни е постигнет голям прогрес в тези направления и въпреки това, днес през 2019 г., навсякъде по света псориазисът остава нелечимо заболяване. Прогресът на медицината няма да бъде спрян. Заболяването неминуемо ще получи своето окончателно лечение. Това ще бъде предшествано от отпадането на някои клинични форми, които ще бъдат причислени към други болести.

Биологичните препарати несъмнено дават ново качество на живот на пациентите с псориазис. Те са едно от стъпалата на прогреса, който ще се последва от лечението на бъдещето.

Какво ще бъде то?

Във всички случаи стъпка, която ще доведе до окончателното решение на проблема.

Когато бях специализант в болницата Saint Louis в Париж – люлката на съвременната дерматология – ми правеха силно впечатление думите на професора, който ме ръководеше – Prof. Antoine Puisant. При консултативния преглед на поредния пациент с псориазис, той винаги завършваше с думите: "Il faut vivre avec!", което на български небуквален и достъпен език би трябвало да се преведе като: "Приеми заболяването като част от себе си!".

Обръщам се към читателите на тази книга: "Приемете псориазисът, който засяга Вас или близките Ви, като част от Вашата или тяхната същност!" От псориазис са боледували велики писатели, изтъкнати учени, спортни шампиони от целия свят. Всички те са загърбвали и забравяли за заболяването си, когато са изявявали несъмнените си интелектуални и физически възможности и качества.

Доверете се на Вашите лекуващи дерматолози – те ще ви дават най-добрите съвети, които да следвате, а бъдещите поколения дерматолози несъмнено ще Ви помогнат да излекувате окончателно страданието си!

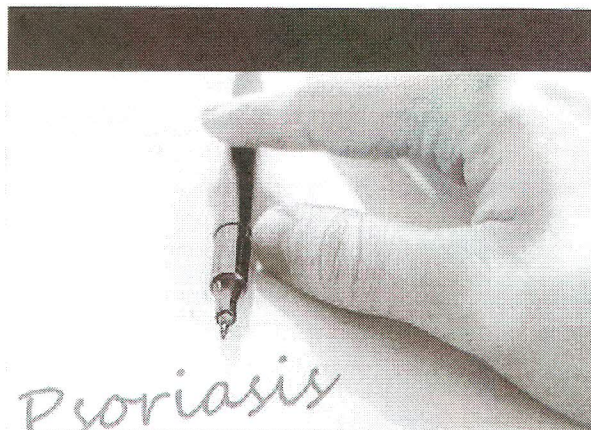
Чл. кор. Проф. Николай Цанков

НОВИ КНИГИ

PSORIASIS AS A SYSTEMIC DISEASE

Българската дерматологична общественост посрещна с оправдан интерес книгата „Псориазисът – системно заболяване“, излязла през 2013 г. под редакцията на чл.-кор. проф. д-р Николай Цанков. Изключително важните, но и съвременни схващания на акторите на книгата основателно са предизвикали интереса на международната дерматологична общност. Ето защо не е изненадващо, че осъвремененото и преработено издание на книгата излиза на английски език и по този начин и дерматолозите от другите страни ще имат достъп до полезната и актуална информацията, която е в съдържанието на този респектиращ труд.

Книгата е издадена през м. август 2016 г. от немското издателство LAMBERT Academic Publishing във формат от 198 страници. Увлекателно написаното въведение към книгата е от чл.-кор. проф. д-р Николай Цанков, както и възникващия епизод. Проф. Цанков е написал заедно със сътрудници едни от най-съществени части на книгата, а именно тригерите на псориазиса и въведената от него терапия на псориазис с Рифампицин. Другите глави, не по-малко интересни като съдържание и идеи са написани от неговите сътрудници. Така например д-р Иван Богданов е написал главите за епидемиологията и наследствените фактори при болестта. Съществен въпрос за качеството на живот на болните с псориазис е написана също от д-р Иван Богданов. Изключително важният въпрос за патогенезата на болестта е написана от д-р Иван Гроздев. Той е авторът и на главите за клиничните форми на псориазис, псориазисен артрит, съчетанието на псориазис с атеросклероза, съчетанието на псориазис с болестта на Крон, съчетанието на псориазис с неопластични процеси, а заедно с д-р Иван Богданов тяхна е и главата за климатотерацията при болни с псориазис, където българската дерматологична школа има съществен принос. Д-р Развигор Дърленски обръща внимание в написаните от него глави относно епидермалната бариера при псориазис, връзката на псориазис със стрес и възможната депресия при



Nikolai Tsankov (Ed.)

Psoriasis as a systemic disease

LAP LAMBERT
Academic Publishing

болните с псориазис. Не по-малко интересни са главите относно псориазис и метаболитни синдроми, псориазис и запъстяване и възможното засягане на черния дроб при болни с псориазис. Те са написани от д-р Асен Желязков. Главата за хистологията на псориазиса е написана от възпитаника на българската дерматологична школа доц. д-р Живко Камарашев, а д-р Тодор Петков е споделил своите наблюдения от дисертационния си труд върху възможната асоциация при болни с псориазис при пациенти на диализа и след бъбречна трансплантация. Д-р Здравка Демерджиева работи като детски дерматолог и ето защо са интересни нейните наблюдения на псориазис в детска възраст. Някои от главите са написани от двама автори, което подчертава добрата колаборация на отделните членове на авторския екип. Така например главата за тригерите при псориазис,

в която се подчертава ролята на различни инфекции, травми, медикаменти и стрес с написана с активното участие на възниканика на българската дерматологична школа д-р Димитър Антонов. Проф. Николай Цанков въведе лечението на псориазис и особено на еруптивните му форми с Рифампицин. Тази глава е написана със сътрудничеството на д-р Иван Гроздев.

С основание може да се твърди, че книгата представлява труд с голямо практическо значение, защото изложеният материал се базира не само на клиничния опит на авторите, но и на задълбочените проучвания, изложени в дисертационни трудове и научни публикации, които отразяват съвременните тенденции за разбирането на болестта. Много важен факт е, че в книгата широко са отразени заслугите на българската дерматологична школа относно проучванията върху клиничната картина, климатолечението и фундаментални наблюдения

върху различни аспекти на болестта. Широко са цитирани научните публикации на български автори както като тема на дисертационни трудове, така и на отделни публикации или като съобщения на различни научни форуми у нас и в чужбина. Прави добро впечатление широкият спектър на литературните източници, цитирани в монографията. Тук отново трябва да се отчете широкото цитиране на научните съобщения на българските автори от близкото и по-далечно минало. В книгата са поместени и 9 таблици, които във всички случаи ще допринесат за достъпността на изложените материали.

Трябва да се отчете, че преводът на английски език е адекватен, много точен и със сигурност ще намери достъп до широк кръг дерматолози. Убеден съм, че книгата „Псориазис – системно заболяване“ ще предизвика широк интерес сред международната дерматологична общност.

Кирил Д. Праматаров

1st Edition

Men's Health 4e

Edited By Roger S Kirby, Culley C Carson, Alan White, Michael G Kirby

Copyright Year 2021

ISBN 9780367360788

Published July 23, 2021 by CRC Press

453 Pages

Book Description

Since its first edition, Men's Health has established itself as the essential reference for practitioners across the spectrum of medicine - including those working in urology, andrology, cardiology, endocrinology, family practice and mental health. For this fully updated fourth edition the editors have again assembled an international team of expert authors to write on an encyclopedic range of topics, making this an invaluable resource for any health professional interested in maintaining and improving the health of their male patients.

- Comprehensive coverage of every aspect of men's health and the gender gap.
- Includes the latest research on cardiovascular risks.
- Assesses the specific issues concerning men and cancer.
- Examines the often overlooked aspects of mental health as it affects men.
- Incorporates new developments in metabolic medicine and men.

Table of Contents

Foreword

Preface

Contributors

1. Global Men's Health Issues

Alan White

2. The Urologist and Gender Inequality in Life Expectancy

Tharu Tharakan, Channa Jayasena, Suks Minhas

3. Testicular and Prostate Cancer: A 'Gendered' Approach

Clare Moynihan, Robert Huddart

4. Prostate Cancer

Roger S Kirby

5. Testicular Cancer

Thomas Stonier, Alberto Coscione

6. Bladder Cancer

Yasin Bhanji, Max Kates, Trinity J. Bivalacqua

7. Colorectal Cancer

Elaine M Burns, John Northover

8. Cutaneous Melanoma

Daniel Westaby, Hala Aziz, James Larkin, Andrew Furness

9. Smoking and Lung Cancer

10. Liver Cancer in Men

Dimitri Raptis, Charles Imber

11. Renal Cancer in Men

Anna Walsh and Ben Challacombe

12. Overactive Bladder in Men

Heléna Gresty and Jeremy Ockrim

13. Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)

Tom McNicholas

14. Prostatitis and Chronic Pelvic Pain

R. Christopher Doiron and J. Curtis Nickel

15. Hypertension

Mike Kirby

16. Heart Failure

Martin R Cowie, Arvind Singhal

17. Lipids and Lipid-Modifying Therapy

Mike Kirby

18. Cardiovascular Screening for Athletes Men's Health 4th Edition

Raghav T. Bhatia, Sarandeep Marwaha, Sanjay Sharma

19. Obesity and Men's Health

David Haslam

20. Myocardial Ischaemia and Angina in Men

Diana A. Gorog, Ying X. Gue, Ying X. Gue

21. Sexual Health Conversations with Men

Anand Patel

22. Diagnosis and Management of Premature Ejaculation

Michael G Wyllie

23. Male Infertility

Abigail Kwok and Marc Lucky

24. Hypogonadism

Maria Satchi, Rowland Rees

25. Peyronie's Disease Unique Cause of Sexual Dysfunction in Men

Culley C. Carson

26. Surgical Treatment of Erectile Dysfunction

Culley C. Carson

27. Hypospadias

Christopher Woodhouse

28. Sexually Transmitted Infections

Hannah Warren

29. Circumcision

Angus HN Whitfield, Hugh N Whitfield

30. Genital Piercing

William R Anderson, Simon AV Holmes

31. Transgender Issues in Assigned Male at Birth (AMAB) Individuals

Morley, I, Rashid T, Morley, R

32. Medical Management to Support Trans Men in a Gender Identity Clinic

Jonny Coxon, Leighton Seal

33. Can Common Men's Health Problems be Prevented with Early Medication?

Geoffrey Hackett

34. Sexual Risks and Blood-Borne Viruses

Shalini Andrews

35. Top Tips on Coping with Vaginal Dryness for The Man

David Edwards

36. Genital Dermatoses in Men

Mike Dinneen, Chris Bunker, Eoin Dinneen

37. Men and Mental Health

Mark Pearson and Alan Pringle

38. Combat Stress and Mental Health in Veterans

Walter Busuttil

39. Men and Suicide

Alan White, Catherine Ward

40. Male Body Image

Glen Jankowski

41. Autism Spectrum Disorders in Boys and Men

Tony Attwood

42. Diabetes and Men's Health

Kate Millar and Michael Cummings

43. Oesophagitis and Peptic Ulcer Disease

Benjamin Charles Norton and Philip Woodland

44. Alcohol and Men's Health

William Gilmore, Sir Ian Gilmore

45. Anabolic-Androgenic Steroids: Use, Misuse and Abuse in Men

Patricia Schartau, Kam Mann

46. Back Pain

Keith Bush, John Tanner

47. Spinal Cord Injuries in Men: Clinical Problems and Management Options

John Reynard

48. Dupuytren's Contracture

Christopher Rowland Payne, Ivan Bogdanov

49. Men's Health Policy Developments Across The World

Peter Baker

50. A History of Men's Health

Jonathan Charles Goddard

51. The Health of Gay Men

Justin Varney

52. Race, Ethnicity and Men's Health

Derek M. Griffith

53. Men and Help Seeking

Alan White

54. Men at Work

Steven Boorman

55. Men's Health & The Primary Care Physician

Janine David

Index

Editor(s)

Biography

Roger Kirby MA MD FRCS(Urol) FEBU is Professor of Urology, Consultant Urologist and Medical Director of the Prostate Centre, London. he has performed over 2000 radical prostatectomy operations, written over 60 books and published more than 300 scientific papers. He is founder and current editor of the journal Prostate Cancer and Prostatic Diseases and editor of the Trends in Urology and Men's Health. Culley C. Carson III MD is the Rhodes Distinguished Professor in the UNC Department of Urology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC. Dr. Carson specializes in the area of men's health, including the treatment of Peyronie's disease and erectile dysfunction. His research is also focused in the area of men's health, including erectile dysfunction, peyronie's disease, and penile prostheses. He has published more than 200 peer review publications and edited several textbooks. Professor Alan White BSc RGN MSc PhD, a Registered Nurse, is the Founder and Co-director of the Centre for Men's Health at Leeds Beckett University and Chair of the Board of Trustees for the Men's Health Forum (England & Wales). He has recently headed up an international team of academics for 'The State of Men's Health in Europe Report' for the European Commission. Michael Kirby MBBS LRCP MRCS FRCP is Visiting Professor to the Faculty of Health and Human Sciences, consultant to the Centre for Research In Primary And Community Care (CRIPACC) at the University of Hertfordshire and to the Institute of Diabetes in Older People (IDOP) at the University of Bedfordshire. His clinical work is now at the Prostate Centre in London, where he deals with cardiovascular, metabolic, urologic and endocrine problems. He has published more than 400 clinical papers and 30 books.