

## MATERIALELE CONGRESULUI III AL MEDICILOR DE FAMILIE

## Analiza invalidității primare cauzată de bolile aparatului respirator în Republica Moldova

\*A. Moscovciuc, M. Luchian, L. Procopișin

Institute of Phthysiopulmonology „Chiril Draganiuc”  
13, C. Varnav Street, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: +37322899087. E-mail: anamoscovciuc@yandex.ru  
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

### Analysis of primary disability due to respiratory diseases in the Republic of Moldova

**Key words:** primary disability, respiratory diseases.

### Анализ первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в Республике Молдова

**Ключевые слова:** первичная инвалидность, болезни органов дыхания.

#### Introducere

Bolile nespecifice ale aparatului respirator (BNAR) ocupă un loc de frunte în structura incidenței, prevalenței și mortalității populației adulte. Conform datelor cercetărilor științifice, răspândirea BNAR este foarte variabilă și oscilează între 7,2 și 32,8% în diferite regiuni ale lumii. Invaliditatea primară, cauzată de bolile aparatului respirator, reflectând toate aspectele asistenței pneumologice acordate, prezintă o problemă medico-socială serioasă. Pentru determinarea dizabilității s-a efectuat studierea indicilor dizabilității primare, cauzate de BNAR la persoanele în vârstă aptă de muncă în Republica Moldova în 2008-2011.

**Material și metode.** Datele raporturilor anuale oficiale de statistică pentru perioada indicată.

**Rezultate obținute.** În perioada cercetată se constată o tendință pozitivă de micșorare a numărului persoanelor cu dizabilități primar încadrați (PDPÎ) din cauza BNAR de la 1,22 la 0,93 la 100 000 de populație adultă. În paralel, se atestă o micșorare a PDPÎ din cauza BNAR de la 2,4% la 2,05% în structura generală a maladiilor ( toate entitățile nosologice ) în invaliditatea primară.

Concomitent se observă un nivel mai înalt al indicilor invalidității primare în rândurile populației rurale (2008 – 66,1%, 2009 – 57,2%, 2010 – 62,3%, 2011 – 63,5%) comparativ cu populația urbană (2008 – 33,9%, 2009 – 42,8%, 2010 – 37,7%, 2011 – 36,5%). La analiza dinamicii PDPÎ pe categorii de vârstă se determină predominarea ponderii persoanelor de 40 de ani și mai mult (2008 – 87,8%, 2009 – 89,9%, 2010 – 88%, 2011 – 84,6%). Repartizarea PDPÎ pe grade de invaliditate a constatat o schimbare a structurii: la păstrarea ponderii invalizilor de gradul I (0,4%), are loc scăderea numărului invalizilor de gradul II de la 61,7% în 2009 până la 58,4% în 2011 și, respectiv, sporirea numărului invalizilor de gradul III de la 37,6% la 41,2%.

#### Concluzii

Tendința pozitivă de scădere a numărului PDPÎ din cauza BNAR cu o scădere concomitentă a ponderii invalizilor de gradul II și sporirea numărului invalizilor de gradul III confirmă ameliorarea calității asistenței medicale acordate acestei categorii de bolnavi și lucrului de expertizare.

## Alopecii cicatriceale: aspecte clinico-evolutive și de tratament

Gh. Mușet, N. Fiodorova, \*M. Bețiu, Gr. Morcov

Department of Dermatovenereology, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University

\*Corresponding author: 794123. E-mail: mbetiu@hotmail.com  
Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

### Scars-conditioned alopecia: aspects of clinical evolution and treatment

**Key words:** alopecia, cicatrix, treatment.

#### Generalități

Alopecia cicatriceală poate fi atât primară cât și secundară. Clinic este definită prin dispariția orificiilor foliculare, rezultând un scalp neted, iar histologic de distrucția foliculilor înlocuiți și, în fine, de fibroza verticală. Clasificarea alopeciilor cicatriceale

primare se bazează pe natura infiltratului inflamator: limfocitare (lichen plan folicular, lupus eritematos cronic, pseudopeladă Brocq, mucinoză foliculară) și neutrofile (foliculită decalvantă Quinquard, celulită disecantă a scalpului, foliculită fibrozantă a feței și gâtului, pustuloză erozivă, foliculită „în smocuri”).

### Material și metode

S-a efectuat sinteza retrospectivă a 7 cazuri de alopecie cicatriceală limfocitară: pseudopelada Brocq – 3 cazuri și alopecia cicatriceală la nivelul scalpului în cadrul lupusului eritematos cronic – 4 cazuri la paciente, în vârste cuprinse între 32 – 51 de ani, asistați în Dispensarul Dermato-venerologic Republican (Chișinău), pe parcursul anilor 2007-2011. Diagnosticul clinic a fost completat de examenul histologic.

### Rezultate

Menționăm despre 3 cazuri (sex feminin, vârste 32, 38 și respectiv 49 de ani) de pseudopelada Brocq idiopatică (*alopecia atrophicans*), cu arii de alopecie cicatriceală, diseminate în partea parietală și frontală, formând imaginea de „urme de pași pe zăpadă”, focarele fiind neregulate, fine, netede, ușor depresabile, lipsite de eritem, descuamație și senzație subiectivă. În interiorul plăcilor pe alocuri persistau fire de păr sănătoase. În 2 cazuri, prin confluența plăcilor, s-au evidențiat placarde mari, de dimensiuni 10-15 cm cu margini neregulate, pielea fiind puțin deprimată (atrofiată) central. Durata maladiei – de la 6 luni la 3 ani. Originea micotică sau traumatică a leziunilor a fost exclusă. Examenul histologic a relevat atrofie epidermică, infiltrat histiolimfocitar perifolicular, derm retractat cu colagen dens și pierderea spațiului dintre

fasciculele de colagen (scleroză dermală), fibrele elastice fiind îngroșate. Nici un tratament nu a fost eficient, vindecarea fiind imposibilă, iar prognosticul rezervat. La 4 paciente (vârste 36, 42, 47 și respectiv 51 de ani) s-a constatat alopecia cicatriceală la nivelul scalpului în cadrul lupusului eritematos cronic. Obiectiv, pe scalp s-au observat zone de alopecie, aspectul plăcilor fiind eritematoscuamos, bine delimitat, cu semne de atrofie, discromie, dopuri la nivelul orificiilor foliculare și telangiectazii. Pe alocuri, pielea era netedă și strălucitoare. La toate pacientele afectarea scalpului a fost însoțită de leziuni cutanate pe față, gât, pavilioanele urechiilor. Simptomatologia subiectivă a constat din prurit, usturime, senzație de căldură locală și parestezii. Durata maladiei a oscilat între 1 și 8 ani. Evoluția maladiei s-a caracterizat prin extinderea treptată a zonelor de alopecie. Histologic s-a constatat atrofia epidermului, degenerarea celulelor bazale, infiltrația limfocitară perifoliculară. Pe parcursul tratamentului (hidroxiclorochinina în cure repetate combinate cu dermatocorticoizi și fotoprotectoare) s-a constatat minimalizarea componentelor eritematoase și hiperkeratozice, atrofia reziduală menținând focarele de alopecie.

### Concluzii

Cazurile relatate sunt aduse în discuție pentru evoluția trenantă și pronosticul rezervat.

## Efecte cutanate adverse cauzate de corticosteroidii topici

Gh. Mușet, N. Fiodorova, \*M. Bețiu

Department of Dermatovenereology, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University

\*Corresponding author: 794123. E-mail: mbetiu@hotmail.com

Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

### Skin adverse effects caused by topical corticosteroids

**Key words:** corticosteroids, adverse effects, skin manifestations.

### Generalități

Eficacitatea corticosteroidilor topici depinde atât de potența lor, cât și de puterea de penetrare cutanată. După intensitatea acțiunii antiinflamatoare, dermatocorticoizii sunt divizați în patru clase: clasa 1 – cu acțiune antiinflamatoare mică (hidrocortizon acetat 0,5%, 1%, 2%, 5%, prednisolon acetat 0,5%, fluocinonid 0,01%); clasa 2 – acțiune moderată (pivalatul de flumetazonă 0,02%, clobetasol propionat 0,05%, fluocortolon caproat 0,25%, triamcinolon acetat 0,1%, 0,25%, fluocinolon acetat 0,025%, 0,01%, betametazonă valerat 0,05%); clasa 3 – activitate antiinflamatoare puternică (fluocinolon acetat 0,05%, 0,2%, 0,25%, betametazonă dipropionat 0,05%, betametazonă valerat 0,1%, hidrocortizon butiric 0,1%, hidrocortizon valerat 0,2%, metilprednisolon aceponat 0,1%, mometazonă furoat 0,1%, halometazonă monohidrat 0,05%, budesonid 0,025%, diflorazonă diacetat 0,05%, diflucortolonă valerat 0,1%, fluticazonă propionat 0,05%); clasa 4 – acțiune foarte puternică (clobetasol propionat 0,05%, diflucortolonă valerat 0,3%, betametazonă dipropionat în propilenglicol 0,05%). Clasa corti-

coidului și rata metabolizării cutanate dau măsura eficacității sale, dar pun și importante probleme privind efectele secundare: atrofie locală, vergeturi ireversibile, purpură în zonele atrofice, senzații de arsură, prurit, uscăciune, miliarie, foliculite, telangiectazii, dermatită periorală, acnee rozacee-like, leziuni acneiforme, tulburări de pigmentare, hipertricoză. În unele cazuri corticosteroidii topici produc reacții adverse sistemice: supresia axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian, sindromul Cushing etc. Sunt notate și alte posibile efecte nedorite: mascarea sau răspândirea infecției cutanate de origine virală, bacteriană, fungică sau parazitara.

### Material și metode

Studiul retrospectiv a fost realizat pe un lot de 85 de pacienți (B/F – 25/60, vârsta medie – 24 de ani), consultați în Dispensarul Dermatovenerologic Republican pentru: rozacee (23), tineea (15), acnee vulgară (14), piodermite (12), intertrigo (9), psoriazis (7), dermatită atopică (5), asociate cu efecte adverse pe parcursul tratamentului cu dermatocorticoizi. Durata tratamentului cu corticosteroidii topici a constituit între 2 săptămâni și 6 luni.