



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Psoriazisul la adult

Protocol clinic național

PCN-122

Chișinău 2014

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 18.06.2014, proces verbal nr.3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.544 din 20.06.2014
„Cu privire la actualizarea unor Protocoale clinice naționale**

Elaborat de colectivul de autori:

Gheorghe Mușet	d.h.ș.m., profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Minodora Mazur	d.h.ș.m., profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Bețiu	d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Gogu	d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Morcov	d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vasile Sturza	d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Boris Nedelciuc	d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Viorel Calistru	medic-șef adjunct IMSP DDVR
Nina Fiodorov	asistent universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valeriu Caproș	asistent universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavîi	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Bivol	d.ș.m., profesor universitar, șef catedră medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Coman	d.h.ș.m., profesor universitar, director general Agenția Medicamentului și Dispozitivelor medicale
Maria Cumpănă	director executiv, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Iurie Osoianu	vicedirector, Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

Abrevierile folosite în document	3
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (L 43)	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data revizuirii următoare	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informație epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	7
B.2. Nivelul consultativ specializat (dermatolog - nivel raional și municipal/dermatolog - republican)	8
B.3. Nivelul de staționar	10
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	12
C 1.1. Algoritmul general de conduită al bolnavilor de psoriazis	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	13
C.2.1. Clasificarea	13
C.2.2. Factorii de risc	14
C.2.3. Profilaxia	15
C.2.3.1. Profilaxia primară	15
C.2.3.2. Profilaxia secundară	15
C.2.4. Screening-ul	15
C.2.5. Conduita pacientului cu psoriazis	15
C.2.5.1. Anamneza	16
C.2.5.2. Examenul fizic (datele obiective)	16
C.2.5.3. Investigații paraclinice	18
C.2.5.4. Diagnosticul diferențial	19
C.2.5.5. Criterii de spitalizare	20
C.2.5.6. Tratamentul	20
C.2.5.7. Evoluția și prognosticul	29
C.2.5.8. Supravegherea pacienților	29
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	30
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	30
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	30
D.3. IMSP DMDV și secțiile de profil general ale spitalelor raionale și municipale	30
D.4. Clinica dermatologică, IMSP DDVR	31
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	34
ANEXE	35
Anexa 1 Aprecierea indicelui PASI	35
Anexa 2 Aprecierea indicelui BASDAI	36
Anexa 3 Aprecierea indicelui BASFI	36
Anexa 4. Recomandări generale pentru pacienții cu psoriazis	37
BIBLIOGRAFIE	38

Abrevierile folosite în document

Ps	Psoriazis
AP	Artrita psoriazică
FR	Factor reumatoid
GCS	Glucocorticosteroizi
GCST	Glucocorticosteroizi topici
PASI	Indicele de apreciere al ariei și severității de afectare în psoriazis
BASDAI	Indicele de apreciere al activității bolii în cazul afectării axiale
BASFI	Indicele de apreciere al capacității funcționale în cazul afectării axiale
DEM	Doza eritematoasă minimă
UVB	Raze ultraviolete B (cu lungimea de undă 290-320 nm)
UVA	Raze ultraviolete A (cu lungimea de undă 320-400 nm)
PUVA	Terapie cu puvalene + fototerapie UVA
RMP	Reacția de microprecipitare
IMSP DDVR	Instituția Medico-Sanitară Publică Dispensarul Dermato-Venerologic Republican
IMSP DMDV	Instituția Medico-Sanitară Publică Dispensarul Municipal Dermato-Venerologic
CEMV	Consiliul de expertiză medicală a vitalității

PREFAȚĂ

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind psoriazisul și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Psoriazis

Exemple de diagnostic clinic:

1. Psoriazis vulgar, forma diseminată, stadiul de avansare
2. Psoriazis vulgar, forma circumscrișă a scalpului, stadiul de staționare/regresie
3. Psoriazis exudativ, eritrodermie psoriazică
4. Psoriazis exudativ, artrită psoriazică, forma oligoarticulară asimetrică
5. Psoriazis exudativ, pustulos generalizat Zumbusch
6. Psoriazis exudativ, pustulos palmo-plantar Barber

A.2. Codul bolii (Codul după CIM: L 40- L 40.8)

A.3. Utilizatorii:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Centrele de sănătate (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Secțiile consultative raionale/municipale/republicane (medici dermatologi, medici reumatologi)
- Secțiile de dermatologie ale spitalelor raionale, municipale, departamentale și republicane (medici dermatologi, medici reumatologi, medici interniști)
- Centrele de sănătate publică
- Consiliile de expertiză medicală a vitalității
- Instituțiile medicale private
- IMSP DMDV (medici dermatologi)
- Instituțiile și comisiile medicale departamentale
- IMSP DDVR, Clinica Dermatologică USMF „Nicolae Testemițanu”

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori diagnosticul Ps prin îmbunătățirea calității examinărilor clinice și paraclinice
2. A spori numărul persoanelor din grupul de risc pentru Ps care beneficiază de tratament profilactic în scopul prevenirii recidivelor
3. A spori numărul de pacienți, la care Ps este controlat adecvat în condiții de ambulator
4. A actualiza conduita terapeutică a Ps la diferite nivele de asistență medicală




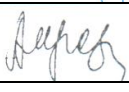
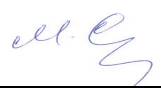

A.5. Data elaborării protocolului: 2011.

A.6. Data revizuirii următoare: 2013

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Gheorghe Mușet, profesor universitar, doctor habilitat în medicină	profesor universitar, șef catedră Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, președintele Asociației Dermato-Cosmed din RM
Dr. Minodora Mazur, profesor universitar, doctor habilitat în medicină	profesor universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” specialist principal al MS în Reumatologie
Dr. Mircea Bețiu, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, specialist principal al MS în Dermatovenerologie
Dr. Vladislav Gogu, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Grigore Morcov, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Vasile Sturza, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Boris Nedelciuc, conferențiar universitar, doctor în medicină	Conferențiar universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Viorel Calistru	Medic-șef adjunct IMSP DDVR
Dr. Nina Fiodorov	asistent universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Dr. Valeriu Caproș	asistent universitar, catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Seminarul de profil „Boli Interne” al MS	
Președintele Asociației medicilor de familie	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Psoriazisul este o afecțiune cutanată inflamatorie și proliferativă multifactorială, genetic determinată cu transmisie poligenică și penetrație variabilă. Se caracterizează prin prezența de leziuni eritemato-papuloase bine delimitate acoperite de scuame lamelare, stratificate, sidefii, localizate electiv pe zonele de extensie ale membrilor și pe pielea scalpului. Are o durată variabilă de evoluție cu perioade de latență și puseuri eruptive succesive eventual pe durata întregii vieți, care prezintă numeroase forme clinice și variante morfologice.

Recomandat – nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informație epidemiologică

Psoriazisul este o maladie relativ frecventă, cu incidența de 1-3% din toată populația globului și aproximativ 5-6% din totalul bolilor de piele [14, 43, 46]. Afectează în mod egal ambele sexe, având incidență mai crescută la persoanele între 30-60 ani [14, 43, 46]. Cu cât debutul maladiei este mai precoce, cu atât este mai semnificativă importanța factorilor genetici. În cazul când ambii părinți sunt sănătoși șansa dezvoltării psoriazisului la copii nu depășește incidența în populația generală (circa 1-3%), crescând la 20-40% dacă un părinte are Ps și la circa 65% dacă ambii părinți prezintă această patologie [6, 14, 15, 30, 37, 46].

La pacienții cu psoriazis sunt afectate articulațiile în 11 – 30 % din cazuri [9, 26, 30, 43], iar modificările unghiale se întâlnesc la circa 50% din bolnavi [13].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	<ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea probabilității apariției Ps la urmași • Tentativa prevenirii apariției Ps la persoane din grupul de risc 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultație specializată în cazul planificării familiei (caseta 7) • Identificarea precoce a grupelor de risc (caseta 5) • Propagarea unui mod de viață sănătos în rândul persoanelor din grupul de risc pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 6)
1.2. Profilaxia secundară	<ul style="list-style-type: none"> • Micșorarea numărului de exacerbari a Ps • Maximalizarea longivității remisiunilor • Prevenirea formelor grave de Ps • Prevenirea invalidității 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea medicală activă a bolnavilor de Ps se efectuează de medicul dermatovenerolog conform ordinului Nr.503 al MS din 27.12.08. • Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor bolnave de Ps pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 6; anexa 4)
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a cazurilor noi de Ps	<ul style="list-style-type: none"> • Examinarea medicală profilactică a populației (ordin nr. 504 al MS din 25.12.08) • Monitorizarea periodică a persoanelor cu antecedente heredo-colaterale • Monitorizarea periodică a persoanelor cu antecedente clinice suspicioase (caseta 9) • În cazul adresărilor pentru alte patologii
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea diagnosticului de Ps	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestări clinice cutanate suspecte • Manifestări articulare suspecte • Manifestări unghiale suspecte 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 11; 12, 13) • Examen fizic (casetele 1, 2, 3, 14, 15) • Examen de laborator (caseta 17) • Diagnostic diferențial (caseta 20)
2.2. Deciderea consultației specialistului	Confirmarea diagnosticului de Ps	Recomandarea consultației specialistului dermatolog pentru a stabili diagnosticul

3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Micșorarea numărului de exacerbări a Ps • Maximalizarea longivității remisiunilor 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (anexa 4) • Asistența psihologică (la necesitate) • Controlul mediului • Optimizarea condițiilor de lucru
3.2. Tratamentul medicamentos		Se indică de dermatolog cu referire la reumatolog (în caz de artrită severă)
4. Supravegherea	Prevenirea evoluției nefavorabile a Ps	Supravegherea medicală activă este efectuată de dermatolog (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08.) (casetă 37)

B.2. Nivelul consultativ specializat (dermatolog - nivel raional, municipal, republican)		
Descriere	Motivele	Pași
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	<ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea probabilității apariției Ps la urmași • Tentativa prevenirii apariției Ps la persoane din grupul de risc 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultație specializată în cazul planificării familiei (casetă 7) • Identificarea precoce a grupelor de risc (casetă 5) • Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor din grupul de risc pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (casetele 5, 6)
1.2. Profilaxia secundară	<ul style="list-style-type: none"> • Micșorarea numărului de exacerbări a Ps • Maximalizarea longivității remisiunilor • Prevenirea formelor grave de Ps • Prevenirea invalidității 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensarizarea bolnavilor cu Ps • Monitorizarea medicală activă a bolnavilor cu Ps (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08) (casetă 37) • Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor bolnave de Ps pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (casetă 6, anexa 4) • Tratament profilactic (casetă 35) • Referire la tratament balneo-sanatorial
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a cazurilor noi de Ps	Consultația medicului dermatolog și reumatolog în cadrul: <ul style="list-style-type: none"> • Comisiei medicale de recrutare • Comisiei medicale de expertiză a condițiilor nocive de muncă la

		diferite întreprinderi <ul style="list-style-type: none"> Alte comisii medicale specializate (caseta 9)
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de Ps	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza permite suspectarea Ps la persoanele cu antecedente heredo-colaterale și antecedente clinice tipice. Statutul dermatologic evidențiază prezența manifestărilor clinice tipice. Examenul de laborator permite suspectarea unor patologii asociate Examenul radiologic al articulațiilor afectate, permite vizualizarea unor modificări caracteristice artritei psoriazice Diagnosticul diferențial ajută la stabilirea diagnosticului 	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza (casetele 11, 12, 13) Examen fizic (casetele 1, 2, 3, 14, 15, 16) Evaluarea severității bolii (anexa 1) Examen de laborator (caseta 18) Examen imagistic (în caz de artrită) (caseta 18) Diagnostic diferențial (caseta 20)
2.2. Deciderea consultației specialistului și/sau spitalizării	În cazul dificultăților de diagnostic sau tratament	<ul style="list-style-type: none"> Recomandarea consultației specialistului dermatolog-consultant și reumatolog-consultant (la necesitate) Consultația altor specialiști la necesitate. Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 21)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	Modificarea stilului de viață permite evitarea acutizărilor și menținerea controlului Ps	<ul style="list-style-type: none"> Asistența educațională a bolnavului și a familiei acestuia (anexa 4) Asistența psihologică (la necesitate) Controlul mediului
3.2. Tratamentul medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Resorbția totală sau parțială a erupțiilor cutanate și diminuarea sau dispariția 	<p>Topic:</p> <ul style="list-style-type: none"> În stadiul de avansare – preparate decapante, emoliente, glucocorticoizi topici (casetele 22, 23)

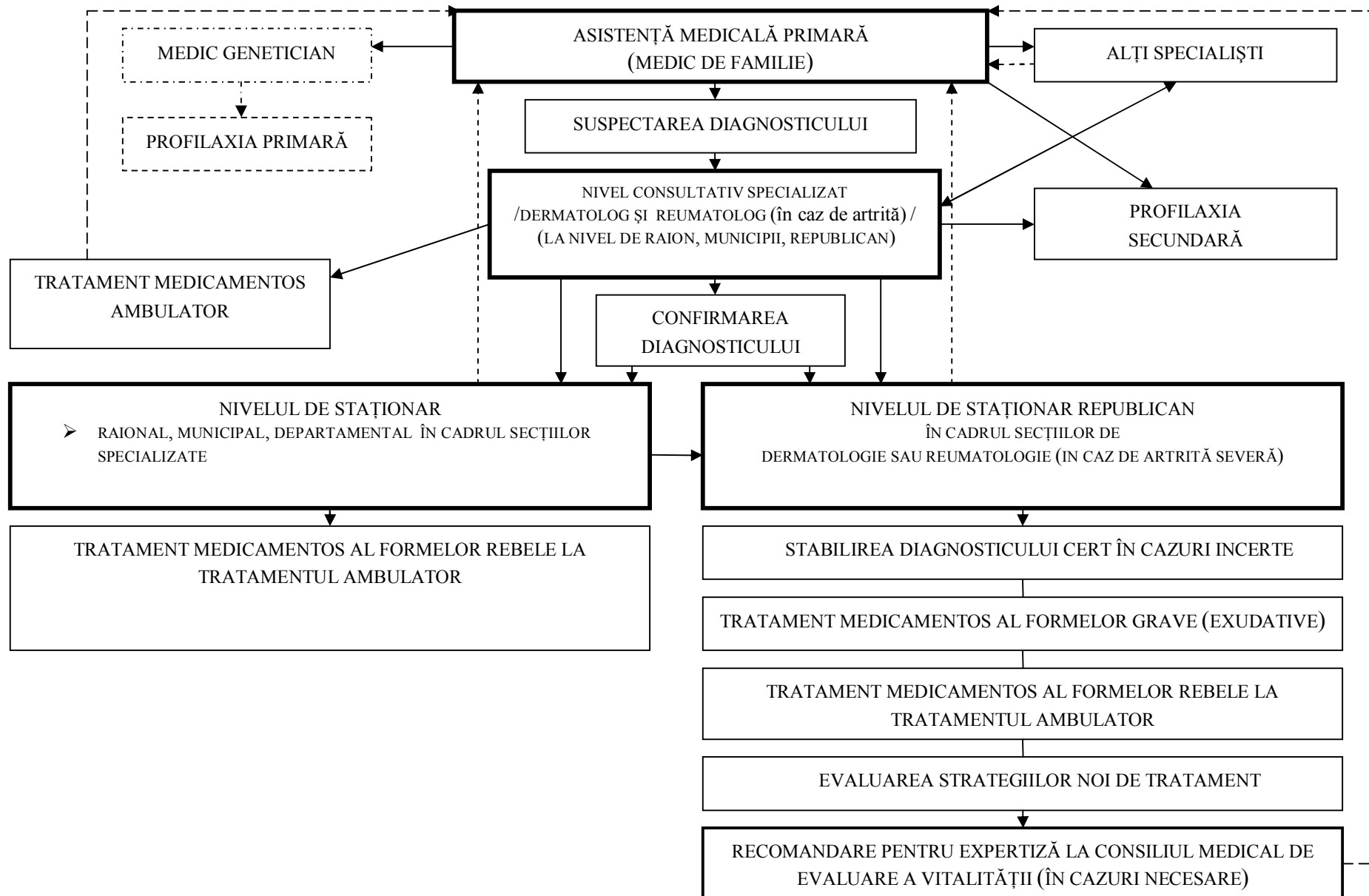
	<p>semnelor clinice ale artritei.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asigurarea unei remisiiuni cât mai îndelungate 	<ul style="list-style-type: none"> În stadiul de staționare / regresie - glucocorticoizi topici (în concentrații des-crescânde), preparate ale vitaminei D, preparate keratoplastice și reductoare (în concentrații crescânde) (casetele 22, 23) <p>General (casetele 22, 24):</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicație primară <ul style="list-style-type: none"> Vitamina A (casetă 26) Vitamina E (casetă 27) Vitamine gr. B (casetă 27) ➤ Antiinflamatoare nesteroidiene (în caz de artrită) (casetă 30) ➤ Tratament simptomatic (casetă 31) Fototerapie (casetă 33) <ul style="list-style-type: none"> Preluarea și continuarea tratamentului inițiat în staționar (casetele 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33)
--	--	--

B.3. Nivelul de staționar		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizarea	<ul style="list-style-type: none"> Conform criteriilor de spitalizare (casetă 21). 	<ul style="list-style-type: none"> Spitalizarea în secțiile specializate raionale, municipale și departamentale Spitalizarea în secțiile dermatologie sau reumatologie (în caz de artrită severă) ale instituțiilor republicane.
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de Ps	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza permite suspectarea Ps la persoanele cu antecedente heredo-colaterale și antecedente clinice tipice. Examenul fizic și în special cel dermatologic evidențiază prezența manifestărilor clinice tipice. Examenul de laborator și imagistic ajută confirmarea 	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza (casetele 12, 13) Examenul fizic (casetele 1, 2, 3, 4, 14, 15, 16) Examenul de laborator și imagistic (casetă 19) Diagnosticul diferențial (casetă 20) Evaluarea severității bolii (anexele 1, 2, 3)

	<p>diagnosticului în cazuri dificile și suspectarea unor patologii asociate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea severității bolii facilitează conduita terapeutică și aprecierea gradului de invaliditate în cazurile respective. • Diagnosticul diferențial ajută la stabilirea diagnosticului. 	
3. Tratamentul		
<p>3.1. Tratamentul medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resorbția totală sau parțială a erupțiilor cutanate și diminuarea sau dispariția semnelor clinice ale artritei. • Asigurarea unei remisiuni cât mai îndelungate • Elaborarea strategiilor noi de tratament 	<p>Topic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • În stadiul de avansare – preparate decapante, emoliente, glucocorticoizi topici (casetele 22, 23) • În stadiul de staționare / regresie - glucocorticoizi topici (în concentrații des-crescânde), preparate ale vitaminei D, preparate keratoplastice și reductorii (în concentrații crescânde) (casetele 22, 23) <p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament de prima linie: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vitamina A (casetă 26) ➤ Tratament de normalizare a reacțiilor oxidative (casetă 27) ➤ Tratament simptomatic (casetă 31) ➤ Preparate care amelio-rează microcirculația (casetă 28) ➤ AINS (în caz de artrită) (casetă 30) ➤ Terapie de imunocorecție neselectivă (casetă 29) ➤ Detoxicație intracorporală (casetă 32) ➤ Fototerapie (casetă 33) • Tratament de linia doua (cazuri grave): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Preparate citostatice și imunosupresive (casetă 25) ➤ Retinoizi aromatici (casetă 26) ➤ Detoxicație extracorporală (casetă 32) ➤ Preparate biologice (în perspectivă)

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1.. Algoritm general de conduită al bolnavilor cu Ps



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea Ps [8]

- **Ps vulgar:** prezintă numai erupții cutanate papuloase și în dependență de dimensiunea, aspectul sau localizarea erupțiilor îmbracă mai multe forme clinice:
 - **In funcție de aspectul elementelor eruptive**
 - punctat (miliar)
 - gutat (în picături)
 - numular
 - în plăci și placarde
 - figurat
 - **In funcție de aspectul scuamei**
 - rupioid
 - verucos
 - cu scuame foarte fine
 - seboreic
 - eczematiform
 - **În funcție de localizare**
 - **Ps diseminat** - cu erupții simetrice și localizare electivă pe scalp, părțile extensorii ale membrelor, regiunea sacrală.
 - **Ps circumscris (localizat)**
 - Ps al scalpului
 - Ps al feței
 - Ps al pliurilor (inversat)
 - Ps regiunii sacrale
 - Ps palmo-plantar
 - Ps al mucoaselor
 - Ps al unghiilor
- **Ps artropatic** se împarte în următoarele forme clinice:
 - Ps artropatic periferic:
 - oligoartrită asimetrică (articulațiile interfalangiene distale și proximale metacarpofalangiene)
 - poliartrită simetrică
 - artrita interfalangiană distală (plus afectarea unghială)
 - psoriazis artropatic mutilant (asociază osteoliza falangiană)
 - Ps artropatic axial:
 - articulațiile intervertebrale (zona coloanei vertebrale și articulația sacro-iliacă)
- **Ps eritrodermic** reprezintă o formă gravă de psoriazis extins la peste 90% din aria corporală.
- **Ps pustulos** se manifestă prin plăci eritemato-papuloase difuz delimitate cu numeroase pustule sterile pe suprafața lor, pustule cu tendința de agregare; în funcție de extensie cutanată se descriu mai multe variante:
 - acrodermatita continuă Hallopeau - numai la degetele mâinilor
 - palmo-plantar Barber - pe palme și plante
 - inelar Bloch-Lapierre – pe trunchi sau membre, cu dispoziție aproximativ anulară
 - generalizat Zumbusch - echivalent cu o eritrodermie cu pustule multiple pe tot corpul

Caseta 2. Stadiile evolutive ale Ps cutanat [8, 12]

- **Stadiul de avansare** – apariția elementelor noi, tendință la extindere și confluență, descuamare excentrică (semnul Pilnov), triada psoriazică pozitivă, fenomenul Kōbner pozitiv.
- **Stadiul de stare (staționare)** – stoparea apariției elementelor noi și extinderii eruptive, scuamele acoperă toată suprafața papulelor, triada psoriazică pozitivă cu dinamică spre negativare, fenomenul Kōbner negativ
- **Stadiul de regresie** – lipsa descuamării, aplatizarea și palitatea papulelor cu regresie ulterioară spre hipopigmentare tranzitorie, triada psoriazică și fenomenul Kōbner negative

Caseta 3. Gradele de capacitate funcțională ale articulațiilor în AP (Steinbrocker O., 1949) [10]

1. CF I- funcție articulară adecvată care nu afectează abilitățile profesionale
2. CF II- funcție articulară normală, cu excepția durerii și a redorii matinale tranzitorii la nivelul unei sau a mai multor articulații
3. CF III- mobilitate articulară compromisă care încadrează doar o mică parte dintre ocupațiile casnice și autoservirea
4. CF IV- infirmitate importantă: bolnavul este imobilizat la pat sau la fotoliu, nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu mare dificultate

Caseta 4. Stadiile radiologice de afectare articulară periferică în AP

- **Stadiul I (precoce)**
 1. Absența semnelor radiologice de distrugere a țesutului cartilajinos sau osos
 2. Prezența aspectului de osteoporoză
- **Stadiul II (moderat)**
 1. Osteoporoza cu sau fără leziuni ușoare cartilajinoase sau osoase
 2. Absența deformațiilor cu limitarea posibilă a mobilității
 3. Prezența atrofiei musculare de vecinătate
 4. Leziuni periarticulare, uneori cu entezite sau tendosinovite
- **Stadiul III (sever)**
 1. Distrucții cartilajinoase sau osoase
 2. Deformări axiale, fără sau cu grad minim de anchiloză fibroasă sau osoasă
 3. Atrofie musculară extinsă
 4. Leziuni periarticulare, cu prezența posibilă a entezitelor sau a tendosinovitei
- **Stadiul IV (terminal)**
 1. Distrucția articulară totală (osteoliza, anchiloză fibroasă sau osoasă)
 2. Prezența criteriilor din stadiul III

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 5. Factori de risc [6, 15, 26, 29]

- Antecedente heredo-colaterale
 - incidența crescută a Ps vulgar la persoane cu HLA-CW 6, CW 7
 - incidența crescută a Ps artropatic la persoane cu HLA –B27, B37
 - incidența crescută a Ps pustulos la persoane cu HLA –DQB1alfa

Caseta 6. Factori declanșatori (trigger) [2, 3, 4, 28, 38, 39, 42]

- Stări de stres;
- Afecțiuni neurologice;
- Infecții ale căilor respiratorii;
- Acutizarea focarelor de infecție cronică;

- Afecțiuni metabolice (diabet zaharat, tireotxicoza);
- Stări fiziologice soldate cu carențe hormonale (alăptarea, ciclul menstrual, menopauza)
- Administrarea unor medicamente (sărurile de litiu, β -blocante, antimalarice de sinteză ș.a.);
- Intoxicații cu substanțe chimice;
- Traumatisme cutanate frecvente;
- Expunerea solară (Ps fotoagrabil) în 10 % din cazuri
- Abuz de alcool
- Fumatul

C.2.3. Profilaxia

C.2.3.1. Profilaxia primară

Caseta 7. Profilaxia primară (relativă) în Ps [22]

- Consultație specializată în cazul planificării familiei
 - Detalierea antecedentelor heredo-colaterale
 - Structurarea arborelui genealogic
 - Tipizarea antigenelor de histocompatibilitate
- Identificarea precoce a grupelor de risc
- Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor din grupul de risc pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger”

C.2.3.2. Profilaxia secundară

Caseta 8. Profilaxia secundară în Ps [22]

- Dispensarizarea bolnavilor cu Ps
- Monitorizarea medicală activă a bolnavilor cu Ps (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08.)
- Propagarea unui mod sănătos de viață în rândul persoanelor bolnave de Ps pentru evitarea sau minimalizarea acțiunii factorilor “trigger” (caseta 2).
- Prescrierea tratamentului profilactic (caseta 34)
- Oferirea grupei de invaliditate în cadrul consiliului de expertiză medicală de a vitalității

C.2.4. Screening-ul

Caseta 9. Metodele screening pentru depistarea precoce a Ps

- Examinarea medicală profilactică a populației conform ordinului MS Nr.504 din 25.12.08.
- Examinarea medicală specializată în cadrul comisiei de recrutare
- Examinarea medicală specializată în cadrul comisiei medicale de expertiză a condițiilor nocive de muncă la diferite întreprinderi
- Examinarea medicală specializată în cadrul altor comisii (angajarea la lucru, studii etc.)
- Examinarea medicală în cazul adresării pentru alte patologii
- Monitorizarea periodică a persoanelor din grupul de risc pentru Ps:
 - persoane cu antecedente heredo-colaterale
 - persoane cu antecedente clinice suspicioase

C.2.5. Conduita pacientului cu Ps

Caseta 10. Pași obligatorii în conduita pacienților cu Ps

- Suspectarea și confirmarea diagnosticului de Ps;
- Determinarea factorilor predispozanți (de risc) ai Ps
- Determinarea factorilor declanșatori „trigger”

- Aprecierea gradului de severitate a maladiei (PASI, BASDAI, BASFI, BASRI etc.) [13, 15]
- Alcătuirea unei scheme individuale de tratament a pacientului
- Monitorizarea evoluției clinice, a eficacității tratamentului, a siguranței tratamentului și aprecierea criteriilor de remisiune
- Dispensarizarea pacienților cu Ps
- Supravegherea pacientului pentru prevenirea recăderilor, agravării evoluției maladiei, prevenirea posibilă sau îndepărtarea invalidității
- Acordarea gradului de invaliditate în cazurile necesare

Caseta 11. Procedurile de diagnostic în Ps [1, 7, 8, 9, 12, 27]

- Anamneza
- Examenul fizic
 - examen obiectiv general pe organe și sisteme
 - statutul dermatologic
 - evaluarea sindromului articular
- Investigațiile de laborator și imagistice
- Diagnosticul diferențial

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 12. Recomandări la colectarea datelor anamnestice

- Evaluarea acuzelor (erupții cutanate, afectarea articulațiilor, afectarea unghiilor, prurit, insomnie etc.)
- Stabilirea caracterului de debut al maladiei/recurenței (acut sau insidios)
- Stabilirea vechimii maladiei
- Aprecierea caracterului sezonier al maladiei
- Circumstanțele de debut/recurențe (factori de risc și/sau factorii „trigger”)
- Maladiile suportate sau asociate
- Anamneza heredo-colaterală
- Terapia urmată

Caseta 13. Recomandări pentru evaluarea factorilor de risc sau declanșatori (trigger) în Ps

- Determinarea antecedentelor heredo-colaterale pro-psoriazice
- Determinarea tulburărilor sistemului nervos
- Determinarea prezenței unor focare de infecție cronică
- Determinarea dereglărilor metabolice posibile
- Determinarea utilizării unor medicamente cu efect declanșator în Ps
- Determinarea deprinderilor vicioase
- Determinarea factorilor nocivi profesionali sau habituali
- Determinarea rolului declanșator al injuriilor mecanice cutanate etc.

C.2.5.2. Examenul fizic

Caseta 14. Datele clinice în Ps cutanat [8, 12, 43, 46]

- Semnele clinice ale **Ps vulgar** sunt prezentate doar de leziuni cutanate de tip papulos:
 - Localizate electiv pe scalp, pe fețele de extensie ale membrilor (la coate și genunchi),

- regiunea lombo-sacrală
- Lipsite de senzații subiective sau însoțite de prurit moderat
- De formă ovală sau rotundă
- Cu margini bine delimitate
- Cu tendință la extindere periferică și confluaire;
- După dimensiuni: miliare, lenticulare, numulare, plăci
- De culoare roză
- Acoperite de scuame albe-sidefii, stratificate
- La raclajul papulelor apar trei fenomene caracteristice (pata de spermanțet, filmul terminal, roua sângerândă)
- Apariția frecventă a papulelor în zonele cutanate, supuse injuriilor mecanice (fenomenul Köbner)

- Semnele clinice ale **Ps pustulos** sunt prezentate de leziuni cutanate eritemato-papuloase cu pustule sterile pe suprafața lor; în funcție de extensie cutanată, evoluție și pronostic se descriu mai multe variante:

- Ps generalizat Zumbusch: (formă severă)
 - alterarea stării generale (febră, diaree, convulsii, tetanie etc.)
 - proces generalizat echivalent unei eritrodermii
 - afectarea frecventă a mucoaselor
 - pustule multiple și extinse cu aspect de „lacuri”
 - asocierea frecventă a AP
 - evoluție posibilă spre exitus prin decompensări viscerale (cardiacă, hepato-renală) sau prin complicații septice
- Ps palmo-plantar Barber
 - localizare exclusiv palmo-plantară
 - buchete de mici pustule profunde pe fundal eritemato-papulos
 - prurit constant și sever
 - *rebel* la tratament
- Acrodermatita continuă Hallopeau
 - afectarea porțiunii distale ale degetelor la mâini și picioare
 - pustule în „bălți” pe fond eritematos
 - afectarea frecventă a unghiilor
 - evoluție spre generalizare la vârstnici

- **Ps eritrodermic** se caracterizează prin:

- Proces cutanat generalizat difuz
- erupții eritemato-papuloase asociate de prurit
- afectarea frecventă a unghiilor
- stare generală alterată (febră, frison, astenie etc.)
- evoluție posibilă spre exitus prin decompensări viscerale (cardiacă, hepato-renală) sau prin complicații septice

Caseta 15. Datele clinice generale în AP

- Artralгии
- Hiperemia articulațiilor
- Tumefierea articulațiilor
- Dereglarea funcției articulare
- Redoare matinală frecventă

Caseta 16. Datele clinice ale AP în dependență de forma clinică [8, 9, 12, 43, 46]

- Artrita oligoarticulară asimetrică (70%)

- Afectarea asimetrică a articulațiilor interfalangiene distale și proximale ale mâinilor și picioarelor
- Afectarea articulațiilor metacarpofalangiene
- Afectarea articulațiilor coxofemorale, cubitale (mai rar)
- Tendosinovite a mușchilor flexorii
- Artrita interfalangiană distală (5%)
 - Afectarea articulațiilor interfalangiene distale
 - Afectarea unghiilor cu paronihie și tumefierea patului unghial
- Poliartrita simetrică (15%)
 - Afectarea simetrică a articulațiilor radiocarpiene, cubitale, talocrurale, metatarsofalangiene, interfalangiene distale și proximale, sacroiliace
 - Tendință spre anchilozare cu deformații
- Artrita mutilantă (5%)
 - Afectarea articulațiilor interfalangiene
 - Osteoliză falangiană cu telescoparea caracteristică a degetelor la mâini, mai rar la picioare
 - Anchiloze și contracturi ale degetelor
- Artrita axială (5%)
 - Spondilită anchilozantă
 - Sacro-ileită unilaterală
 - Afectarea concomitentă a altor articulații

C.2.5.3. Investigații paraclinice

Caseta 17. Investigațiile de laborator în Ps la nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

- Investigații obligatorii:
 - Hemoleucograma, VSH
 - Sumarul urinei
 - RMP la sifilis
- Investigații suplimentare (la necesitate)
 - Testele biochimice: bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemia
 - Proteina C-reactiva (În caz de artrită)

Caseta 18. Investigațiile de laborator și imagistice în Ps la nivelul consultativ specializat [8, 46]

- Investigații obligatorii:
 - Hemoleucograma, VSH
 - Sumarul urinei
 - RMP la sifilis
 - Testele biochimice: bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemia
 - Proteina C-reactiva (în caz de artrită)
 - Factor reumatoid /latex test/(în caz de artrită)
 - Examen radiologic al articulațiilor (în caz de artrită)
- Investigații suplimentare:
 - Investigații pentru determinarea factorilor declanșatori în Ps (în cooperare cu medicii specialiști: psiho-neurolog, ORL-ist, stomatolog, internist, endoscopist etc.).
 - Examen micologic al scuamelor
 - Test HIV

Caseta 19. Investigațiile de laborator și imagistice în Ps la nivelul de staționar [1, 8, 43, 46]

- Investigații obligatorii:
 - Hemoleucograma, VSH
 - Sumarul urinei

- RMP la sifilis
- Testele biochimice: bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemia
- Factor reumatoid /latex test și/sau reacția Waaler-Rose/ (în caz de artrită)
- Proteina C-reactiva (în caz de artrită)
- Radiografia articulațiilor (în caz de artrită)
- Aprecierea DEM
- Investigații suplimentare (la necesitate):
 - Examen histopatologic al pielii (**decisiv**)
 - Examen micologic al scuamelor
 - Scintigrafia scheletică
 - Endoscopia articulară
 - Tomografia articulară (**decisiv**)
 - Ecografia abdominală
 - Investigații pentru determinarea factorilor declanșatori în Ps (în cooperare cu medicii specialiști: psiho-neurolog, ORL-ist, stomatolog, internist, endoscopist etc.).
 - Testele biochimice: ureea, creatinina, fosfataza alcalină
 - Markerii virali hepatici (HBsAg, anti-HCV)
 - Imunograma (limfocite T, limfocite B, CIC, clasele imunoglobulinelor)
 - Tipizarea antigenelor de histocompatibilitate
 - Testul HIV

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 20. Diagnosticul diferențial al Ps [8, 43, 46]

- Ps vulgar:
 - lichen plan
 - sifilis secundar (sifilide papuloase psoriaziforme)
 - dermatită seboreică
 - pitiriazis rozat Gibert
 - pitiriazis rubra pilar Devergie
 - herpes circinat
 - parapsoriazis gutat
- Ps pustulos:
 - eczemă dishidrozoică
 - eczemă impetiginizată
 - erupții pustuloase în iodide și bromide
 - piodermite
 - tinea pedis et manum
 - pemfigus foliaceu
 - pustuloza subcornosă Sneddon-Wilkinson
- Ps eritrodermic:
 - ihtioza lamelară
 - eritrodermia ihtioziformă Brocq
 - T-limfom cutanat (forma eritrodermică)
 - eritrodermia descuamativă Leiner-Moussouss
 - eritrodermie micotică
 - eritrodermie seboreică
 - erupții postmedicamentoase
- Ps artropatic:
 - artrită reumatoidă
 - boala Reiter
 - gută

- spondilită anchilopoietică
- artrite de altă origine

C.2.5.5. Criterii de spitalizare

Caseta 21. Criteriile de spitalizare ale pacienților cu Ps

- Stabilirea diagnosticului în cazuri incerte
- Forme exudative (grave) de Ps
- Evoluția progresivă a bolii fără răspuns adecvat la tratamentul ambulator administrat
- Evaluarea strategiilor noi de tratament
- Recruții
- Conform solicitării pentru CEMV

C.2.5.6. Tratamentul

Caseta 22. Principiile de conduită terapeutică ale pacienților cu Ps

- Terapia depinde de forma clinică, stadiul evolutiv, gradul de extindere al erupțiilor, gradul de afectare al articulațiilor, de vârsta și sexul pacientului
- Se ține cont de contraindicațiile într-o eventuală sarcină la femei și în cazul maladiilor asociate
- Se iau în vedere reacțiile adverse posibile la administrarea unor medicații mai agresive (în cazul formelor grave sau rebele la tratament)
- Se iau în considerație efectele nedorite și reacțiile adverse posibile la administrarea unor medicații experimentale
- Anihilarea precoce a reacțiilor adverse și a efectelor nedorite în cazul tratamentului agresiv sau experimental
- Tratamentul patologiei asociate

Caseta 23. Principiile tratamentului topic în Ps [8, 18, 19, 22, 25, 40, 43, 44, 46]:

- Glucocorticosteroizi topici de potență moderată și înaltă
 - metilprednisolon aceponat (cremă, unguent 0,1%)
 - mometason furoat (cremă, unguent 0,1%)
 - fluticason propionat (unguent 0,05%)
 - prednisolon acetat (unguent 0,5%).
- Decapante și emoliente
 - acid salicilic unguent 1-3%
 - uree unguent 5-10%
- Keratoplastice și reductoare (remisive)
 - Derivați antralinici
 - antralina /cignolina, ditranol, antranol/ - (cremă 0,1%-2%)
 - Derivați de gudron
 - gudron de pin (unguent 1-10%; soluții alcoolice 95%)
 - ulei de mesteacăn (loțiuni și creme - 8%)
 - gudron de huiă /coaltar/- (unguent. 2 – 5 – 10%; șamponuri, soluții de baie, săpunuri)
 - ulei de cadum (aplicat limitat pe scalp - 20%)
 - ihtiol (soluție - 2-5%, unguent. - 5-10%)
 - naftalan (unguent - 5-20%)
- Derivați ai vitaminei D
 - Calcitriol - (unguent 5%)
 - Calcipotriol (cremă, unguent 5%)
- Preparate combinate
 - Glucocorticosteroizi topici + decapante (diprosalic, belosalic, betasal)
 - Glucocorticosteroizi topici + preparate ale vit. D (daivobet)
 - Glucocorticosteroizi topici + gudroane (locacorten TAR)
 - Glucocorticosteroizi topici + gudroane + decapante (psocorten)

Caseta 24. Principiile tratamentului sistemic în Ps [5, 11, 17, 18, 19, 20, 24, 36, 43, 44, 45, 46]

- Preparate citostatice și imunosupresive
 - Metotrexat
 - Ciclosporina A
- Preparate de normalizare a dereglărilor de diferențiere keratinocitară
 - Retinoizii aromatici (acitretin)
 - Retinol acetat (vitamina A)
- Preparate de anihilare a proceselor inflamatorii
 - Antioxidante
 - Tocoferol acetat (vitamina E)
 - Acid lipoic
 - Acid ascorbic (vitamina C)
 - Vitamine din grupul B (piridoxină clorhidrat, ciancobalamină, acid nicotinic)
 - Pentru ameliorarea micro-circulației
 - Xantinel nicotinat
 - Pentoxifilină
 - Pentru imunocorecție neselectivă
 - Pirogenal
 - Polioxidoniu
 - BioR
 - Levamizol
 - Antiinflamatoare nesteroidiene
 - Diclofenac
 - Ibuprofen
 - Piroxicam
 - Nimesulid
- Tratament simptomatic:
 - Hiposensibilizante (clorură de calciu, gluconat de calciu, tiosulfat de sodiu)
 - Antihistaminice (cloropiramină, clemastină)
 - Anxiolitice (alprazolam)
 - Sedative (tinctură de talpa găștei, extract de odolean)
- Tratament de detoxificare
 - intracorporal
 - Neopolividon
 - Clorură de sodiu
 - extracorporal
 - plasmafereză
 - hemosorbție
- Tratament biologic (blocatori –TNF- α) /tratament de perspectivă/
 - Etanercept
 - Infliximab
 - Certolizumab
 - Golimumab
 - Adalimumab
 - Efalizumab

Notă: În practica instituțiilor medicale se vor utiliza medicamente înregistrate în RM, incluse în Formularul Farmacoterapeutic Național și Standardele medicale de diagnostic și tratament, și prezente pe piața farmaceutică.

Caseta 25. Tratamentul sistemic cu preparate citostatice și imunosupresive în Ps [23]

- **Metotrexat** (comprimate – 2,5 mg, 10 mg; soluție injectabilă în fiole 1 ml/ 10 mg)
 - Poate fi indicat oral – 15-17,5 mg /săptămânal, subdivizat în trei prize cu interval de 8 ore (4-6 cure)
 - Poate fi indicat intramuscular – 20 mg/ săptămânal (4-6 cure)
 - Doza maximă cumulativă este de 1,5 g
 - Are efecte toxice asupra celulelor și asupra altor organe
 - Nu poate fi administrat persoanelor care consumă sistematic alcool, pacienților cu afecțiuni hepatice sau renale, cu imunodeficiențe sau cu infecții active
 - Este necesară monitorizarea atentă a funcțiilor renale, hepatice și medulare, uneori fiind necesară biopsia hepatică
 - Nu se recomandă femeilor gravide deoarece poate determina anomalii congenitale, avort.
 - Alte efecte adverse posibile: anemie, greață, astenie, anorexie, fototoxicitate, diaree, ulceratii la nivelul mucoasei cavității bucale, cefalee, febră și frisoane
 - Paralel se indică 15 mg/zi de acid folic pentru anihilarea reacțiilor adverse.
- **Ciclosporina A** (capsule 50 sau 100 mg; soluție buvabilă 100 mg/1 ml, 50 ml în flacon; soluție injectabilă în fiole 1ml /50 mg)
 - Poate fi indicat intern sau intramuscular - 2,5-5 mg/kg/zi (se începe cu 3 mg/kg/zi) timp 2-3 luni, se scade apoi cu 0,5 mg/kg /zi la 2 săptămâni până la obținerea remisiunii clinice
 - Este recomandat pentru cazurile severe și atunci când alte terapii au eșuat
 - Efectele adverse grave includ afectarea rinichilor, atingerile gastrointestinale și hipertensiunea arterială
 - Alte efecte adverse cuprind hirsutismul și hiperplazia gingivală, ginecomastia la bărbați
 - Nu se recomandă asocierea cu preparate antiinflamatoare nesteroidiene.

Caseta 26. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate care normalizează diferențierea keratinocitară [23]

- **Vitamina A hidrosolubilă** (retinol acetat) – drajeuri 3300 U /1,32 mg/
 - doza adulți și copii peste 8 ani 10000-20000 U/zi până la 2 luni
 - doza copii sub 5 ani 5000-10000 U/zi până la 2 luni
 - efecte adverse: hipervitaminoză A, somnolență, cefalee, hiperemia feței, dureri în oasele membrelor inferioare; la copii – hipertensiune intracraniană, hidrocefalie, somnolență, perspirație, leziuni cutanate.
- **Retinoizi aromatici** (derivați ai vitaminei A) - **acitretin** (caps. 10 mg și 25 mg)
 - doza inițială 25-30 mg/zi într-o priză, 2-4 săptămâni
 - doza terapeutică 0,5-1 mg/kg/ zilnic într-o priză, 2-4 săptămâni
 - doza de întreținere 25-30 mg/zi într-o priză, 6-8 săptămâni
 - la copii, doza inițială 0,5 mg/kg/ zi (până la 1 mg/kg/ zi, dar nu mai mult de 35 mg/zi), cea de întreținere, este doza minimă eficientă
 - se indică în forme severe de psoriazis, care nu au răspuns la alte tratamente.
 - efectele adverse includ uscăciunea pielii, crăparea buzelor, uscăciunea ochilor și a mucoasei nazale, fotosensibilitate, subțierea firelor de păr, anomalii ale oaselor lungi sau ale vertebrelor (hiperostoză).
 - sunt contraindicați la femeile gravide sau le cele care planifică graviditatea. Datorită riscului înalt de anomalii congenitale la făt, o eventuală sarcină poate fi planificată doar peste cel puțin 3 ani după suspendarea tratamentului cu retinoizi.
 - în timpul tratamentului și timp de 2 luni după întreruperea acestuia este interzis consumul de alcool,
 - evaluarea pre-tratament include: ALT, AST, fosfataza alcalină, bilirubina; trigliceridele serice și colesterolul; glicemia; creatinina serică; testul la graviditate; R-grafia coloanei vertebrale

- evaluarea pe durata tratamentului include: monitorizarea reacțiilor adverse muco-cutanate; dozarea colesterolului, trigliceridelor, enzimelor hepatice (fiecare 2 săptămâni în primele 6 săptămâni și apoi la fiecare 6-12 săptămâni), creatininei serice; R-grafia coloanei vertebrale anual; efectuarea periodică a testului la graviditate.

Caseta 27. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate care normalizează reacțiile oxidative [23]

- **Vitamine din grupul B:**

- **Piridoxină clorhidrat** (vitamina B₆) /soluție injectabilă 5%, 1 ml/
 - Se administrează intramuscular 2 ml/zi 15-20 zile
 - Reacții adverse: paretezii, somnolență, scăderea nivelului seric al acidului folic
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat
- **Ciancobalamină** (vitamina B₁₂) /soluție injectabilă 0,05%, 1 ml/
 - Se administrează intramuscular peste o zi, 1 ml (500 mkg)/zi 10-15 injecții
 - Reacții adverse: șoc anafilactic și moarte, edem pulmonar, insuficiență cardiacă, tromboză vasculară periferică, *polycythemia vera*, prurit, exanteme tranzitorii
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la vitamina B₁₂ sau cobalt.
- **Acid nicotinic** (Vitamina B₃) /soluție injectabilă 1%, 1 ml/
 - Se administrează intramuscular 1-3 ml/zi 10-15 zile
 - Reacții adverse: reacții alergice și anafilactice, bufeuri de căldură, hiperemia feței și gâtului, cefalee, fibrilație atrială și alte aritmii (tahicardie), hiperglicemie, hiperuricemie și gută, mialgii, greață și vomă, ulcer peptic, icter, xerodermie, prurit
 - Contraindicații: hemoragii arteriale, glaucom, diabet zaharat (doze mari), gută, hipotensiune arterială, ulcer peptic activ, afecțiuni hepatice, hipersensibilitate la acid nicotinic.
- **Tocoferol acetat** (vitamina E) /capsule 100 mg/
 - Se indică intern 100-200 mg de trei ori pe zi timp de 20-30 zile.
 - Reacții adverse: reacții alergice; în doze mari diaree, epigastralgii
 - Contraindicații: hipersensibilitate la preparat.
- **Acid ascorbic** (vitamina C) /soluție injectabilă 5%, 1 ml/
 - Se indică intramuscular 2 ml/zi 15-20 zile
 - Reacții adverse: reacții alergice cutanate, dozele mari inhibă funcția aparatului insular pancreatic, provoacă hiperuricemie, hiperoxalaturie. În unele cazuri poate provoca greață, vomă, cefalee, diaree, poliurie
 - Contraindicații: dozele mari sunt contraindicate în hipercoagulabilitatea sângelui, tromboflebite, predispoziție la tromboze, diabet zaharat, diateză urică, unele forme de anemii hemolitice (sideroblastică, drepanocitară, talasemie).
- **Acid tioctic** (Acid -α- lipoic) /comprimate 0,025/
 - Se administrează intern 0,025 de trei ori pe zi timp de 30 zile.
 - Reacții adverse: greață, vomă, cefalee, hipertensiune intracraniană, inhibiția respirației. În unele cazuri – reacții alergice cutanate
 - Contraindicații: lactația, hipersensibilitate la acidul alfa-lipoic

Caseta 28. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate care ameliorează microcirculația [23]

- **Pentoxifilină:**comprimate -100 mg, 400 mg; soluție injectabilă în fiole 2% -5 ml /1 ml-20mg/
 - Pentru infuzii intravenoase: 5 ml de soluție se dizolvă în 250-500 ml de soluție clorură de sodiu 0,9% sau soluție glucoză 5% (se administrează timp de 90-180 min.); la necesitate doza zilnică se poate mări cu 50-100 mg, până la 300 mg/zi; se recomandă 5-7 perfuzii.
 - Intern se indică câte 100-400 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni.
 - Reacții adverse: dureri toracice, aritmii, amețeli, cefalee, greață sau vomă, disconfort gastric.
 - Contraindicații: hemoragie, infarctul miocardic acut, ictus hemoragic cerebral, aritmii

severe, forme severe de ateroscleroză, insuficiență renală.

- **Xantinol nicotinat:** comprimate – 150 mg
 - Se indică intern câte 150 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni.
 - Reacții adverse: bufeuri de căldură, hiperemia feței și altor regiuni ale corpului
 - Contraindicații: miocardita acută, vicii cardiace decompensate, hemoragii acute
 - Precauții: graviditatea în primul trimestru.

Caseta 29. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate pentru imunocorecție neselectivă [23]

- **Pirogenal:** soluție injectabilă în fiole 1 ml / 10mkg, 25 mkg, 50 mkg, 100 mkg/
 - Se administrează intramuscular peste o zi, în doza inițială de 5-10 mkg, apoi la fiecare injecție se crește câte 5-10 mkg. În caz de apariție a reacției din partea organismului, doza rămâne aceeași până la absența reacției. La cură se indică 10-15 injecții.
 - Reacții adverse: febră, cefalee, vomă, artralgii (care în mod normal regresează peste 6-8 ore)
 - Contraindicații: febră de oarecare altă geneză, sarcină.
- **Polioxidoni:** supozitoare rectale 6 mg, 12 mg;
 - Primele cinci zile, câte 12 mg rectal zilnic, apoi încă 5 zile peste o zi.
 - Contraindicații: la copii până la 6 luni, insuficiență renală acută, hipersensibilitate la preparat
- **BioR:** capsule - 5 mg; soluție injectabilă în fiole 5% 1 ml;
 - Intern se indică câte 5 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni.
 - Pentru administrare intramusculară 5 mg/zi, 20 zile
 - Contraindicații: hipersensibilitate la preparat
- **Levamizol:** comprimate - 150 mg
 - Intern se indică câte 150 mg/zi, 2 zile concomitent, interval de o săptămână între cure (2-3 cure timp de 2-3 săptămâni).
 - Reacții adverse: greață, vomă, diaree, amețeli, cefalee, insomnie, depresie, leucopenie, agranulocitoză, trombocitopenie, reacții alergice cutanate. Foarte rar ataxie, paretezii și unele efecte psihice. Uneori proteinemie, azotemie, șoc anafilactic, iridociclită, vasculită.
 - Contraindicații: sarcină, lactația, agranulocitoză medicamentoasă în antecedente, hipersensibilitate la preparat.
 - Precauții: pe toată perioada tratamentului sunt contraindicate doze mari de glucocorticosteroizi, citostatice, antiinflamatoare nesteroidiene și consumul de alcool.

Caseta 30. Tratamentul sistemic în Ps cu preparate antiinflamatoare nesteroidiene [23]

- **Diclofenac:** comprimate – 25 mg; soluție injectabilă 2,5% /3 ml în fiole
 - Se administrează intramuscular 75 mg de 2 ori pe zi, 5 zile
 - Intern se indică câte 25 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni
 - Reacții adverse: greață, epigastralgie, ulcer gastric sau duodenal, hemoragii digestive sau perforații, astenie, insomnie, irascibilitate, vertij, cefalee, bronhospasme, eczeme, reacții anafilactice (ca excepție), convulsii
 - Contraindicații: ulcer gastric sau duodenal evolutiv, insuficiența hepatică sau renală severă, hipersensibilitatea la preparat, astm bronșic, urticaria, rinita alergică, sarcina (ultimul trimestru), lactația, copii sub 15 ani sau sub 17 kg masa corporală
 - Interacțiuni: crește toxicitatea pentoxifilinei, metotrexatului, ciclosporinei
 - Precauții: a controla diureza la bolnavi cu insuficiență cardiacă, ciroză hepatică, nefroză cronică.

- **Ibuprofen:** comprimate filmate – 200 mg
 - Intern se indică câte 200-400 mg de 3 ori pe zi, 2-3 săptămâni
 - Reacții adverse: erupții cutanate alergice, acufene, retenție de lichid (creșterea tensiunii arteriale la hipertensivi, oligurie, adaos ponderal), irascibilitate, vertij, cefalee, dureri abdominale și în epigastru, flatulență, constipație sau diaree, inapetență, pirozis, greață, vomă
 - Contraindicații: ulcer gastric și duodenal evolutiv sau în antecedente, insuficiența hepatică sau renală, ciroza hepatică, hipersensibilitatea la preparat, astm bronșic, lupus eritematos sistemic, colită hemoragică, hemoragiile hemoroidale, polipii nazali, urticaria, rinita acută, stomatita, bronhospasmul, anemia
 - Interacțiuni: acidul acetilsalicilic mărește efectele adverse ale preparatului.
- **Piroxicam:** capsule 20 mg
 - Intern se indică câte 40-20 mg/zi, 2-3 săptămâni
 - Reacții adverse: În doze mari sau tratament îndelungat greață, vomă, epigastralgie, anorexie, diaree, amețeli, somnolență, irascibilitate, cefalee, reacții alergice cutanate, tulburări ale funcțiilor renale și hepatice, retenția sodiului în organism și edeme
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat, ulcerul peptic activ sau recurent, sarcină, vârsta sub 14 și peste 65 ani, boli hepatice sau renale, insuficiență cardio-vasculară, astm bronșic
 - Interacțiuni: crește efectul anticoagulantelor cumarinice, sulfamidelor
 - Precauții: afecțiunile renale și hepatice, gastrointestinale, hipertensiunea arterială, lupusul eritematos. În tratamentul de durată se recomandă controlul hematologic și biochimic.
- **Nimesulid:** comprimate 100 mg
 - Intern se indică câte 100 mg de 2 ori/zi, 2 săptămâni
 - Reacții adverse: greață, pirozis, epigastralgie, cefalee, vertij, erupții cutanate, reacții alergice cutanate, tulburări ale funcțiilor renale și hepatice, retenția sodiului în organism și edeme
 - Contraindicații: ulcerul peptic evolutiv sau recurent, insuficiența hepatică severă, insuficiența renală cu *clearance*-ul creatininei sub 30 ml/min, hipersensibilitatea la preparat
 - Precauții: nu se recomandă în trimestrul III a sarcinii și în perioada de lactație.

Caseta 31. Tratamentul sistemic simptomatic în Ps [23]

- **Hiposensibilizante**
 - **Tiosulfat de sodiu:** soluție injectabilă în fiole 30%/10 ml; soluție buvabilă 10%
 - Pentru infuzii intravenoase: 10 ml/zi, 10-15 infuzii
 - Intern 15 ml de 3 ori/ zi 10-15 zile
 - Reacții adverse: reacții alergice
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat
 - **Clorură de calciu:** soluție injectabilă în fiole 10%/10 ml; soluție buvabilă 10%
 - Pentru infuzii intravenoase: 10 ml/zi, 10-15 infuzii
 - Intern 15 ml de 3 ori în zi 10-15 zile
 - Reacții adverse: la administrarea rapidă i.v. – bufeuri de căldură, tahicardie, hipotensiune arterială
 - Contraindicații: predispoziția la tromboze, ateroscleroza avansată, fibrilația ventriculară, intoxicație cu digitalia, hipercalcemia, nu se administrează subcutanat și intramuscular
 - Precauții: Pacienții care se tratează cu glicozide cardiace. În caz de extravazare a soluției injectabile se administrează soluție 1% de procaină și hialuronidază pentru a proteja vena și țesuturile adiacente de necroză; compresele calde sunt utile.

- **Gluconat de calciu:** soluție injectabilă în fiole 5, 10% / 10 ml; comprimate 0,5
 - Pentru infuzii intravenoase: 10 ml/zi, 10-15 infuzii
 - Pentru administrare intramusculară 5ml/zi, 10-15 injecții
 - Intern 0,5 de 3 ori / zi, 10-15 zile
 - Reacții adverse: greață, vomă, diaree, bradicardie
 - Contraindicații: hipercalcemia, hipercalciuria severă, insuficiența renală severă, predispoziția la tromboze, hipersensibilitate la preparat
 - Precauții: pacienții care se tratează cu glicozide cardiace; pacienților cu hipercalciurie moderată, insuficiență renală moderată sau calculoză renală în antecedente li se va controla nivelul excreției calciului cu urina; în predispoziția la calculoză renală se recomandă consum sporit de lichide.
- **Antihistaminice**
- **Cloropiramină:** soluție injectabilă în fiole 2%/1 ml; comprimate 0,025
 - Intramuscular: 2 ml/zi, 5-10 zile
 - Intern: 0,025 de 2-3 ori / zi, 5-10 zile
 - Reacții adverse: somnolență, amețeli, hiposalivație, ataxie, tulburări gastro-intestinale
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la preparat, tratamentul cu inhibitori de MAO, sarcina și lactația, glaucomul, ulcerul peptic, hipertrofia de prostată, afecțiuni respiratorii, consum de băuturi alcoolice
 - Precauții: la copii poate produce excitație, conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență.
- **Clemastină:** soluție injectabilă în fiole 1% /2 ml; comprimate 0,001
 - Intramuscular: 2 ml/zi, 5-10 zile
 - Intern: 0,001 de 2-3 ori / zi 5-10 zile
 - Reacții adverse: somnolență, cefalee, amețeli, hiposalivație, ataxie, tulburări gastro-intestinale
 - Contraindicații: sarcina (se administrează numai în cazuri excepționale), consum de băuturi alcoolice
 - Precauții: în glaucom, ulcer peptic stenozant, hipertrofia de prostată, conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență. La vârstnici provoacă amețeli, hipotensiune arterială și sedației.
- **Anxiolitice**
- **Alprazolam:** comprimate 0,5 mg
 - Intern 0,25 – 0,5 mg de 3 ori / zi, 10 zile
 - Reacții adverse: somnolență și amețeli, tulburări vizuale, cefalee, irascibilitate, tremur, dereglări de memorie și coordinare, creșterea tensiunii intracraniene, greață, vomă, icter, creșterea activității transaminazelor hepatice, tulburări ale libidoului și ciclului menstrual.
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la benzodiazepine.
 - Precauții: insuficiența hepatică și/sau renală, pacienți predispuși la dependență medicamentoasă, conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență, stările depresive și de inhibiție psihomotorie, depresie bipolară și stările cu simptome psihotice, depresiile severe cu tentații suicidale.
- **Sedative**
- **Tinctură de talpa - găștei**
 - Intern câte 30 – 50 picături de 3 - 4 ori / zi, 10 zile
 - Precauții: conducerea vehiculelor și munca care cere vigilență.
- **Extract de odolean:** comprimate filmate 20 mg
 - Intern câte 1-2 comprimate de 3 ori / zi, 5-10 zile
 - Reacții adverse: rar reacții de hipersensibilitate
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la valeriană

Caseta 32. Tratamentul de detoxificare în Ps [23]

- **Detoxificare intracorporală**
 - **Neopolividon:** soluție perfuzabilă 200 ml și 400 ml în flacoane
 - În perfuzie intravenoasă, adulți 200-400 ml, copii 5-10 ml/kg, cu viteza 40-80 picături/minut; 5-7 perfuzii peste o zi
 - Reacții adverse: la administrarea rapidă hipotensiune arterială, tahicardie, dificultăți respiratorii
 - Contraindicații: hipersensibilitatea la neopolividon
 - Precauții: la apariția hipotensiunii arteriale sau tahicardiei perfuzia trebuie suspendată.
 - **Clorură de sodiu (soluție izotonică):** soluție perfuzabilă 0,9% / 250 - 500 ml în flacoane
 - În perfuzie intravenoasă 250-500 ml, cu viteza 40 – 80 picături/minut; 5- 7 perfuzii peste o zi
 - Reacții adverse: febră, dureri locale, abcese, necroză tisulară, tromboză sau flebită. la administrarea rapidă hipotensiune arterială, tahicardie, dificultăți respiratorii
 - Contraindicații: insuficiența cardiacă congestivă, insuficiența circulatorie sau renală, hipoproteinemia
 - Precauții: la apariția hipotensiunii arteriale sau tahicardiei perfuzia trebuie suspendată.
- **Detoxificare extracorporală**
 - plasmafereză
 - hemosorbție

Caseta 33. Fototerapia în Ps [11, 16, 21, 32, 33, 34, 35, 41]

Fototerapia este recomandată în formele extinse de Ps (>10% din suprafața corpului) cu excepția formelor de vară unde tratamentul respectiv este contraindicat.

Climatoterapia (helioterapia) - de obicei se efectuează pe litoralul maritim. Este utilă în fazele de stare sau regresie a procesului cutanat. Expoziția inițial trebuie să fie scurtă, cu creșterea ulterioară treptată. Durata expozițiilor depinde de fototipul de piele, zona geografică, timpul zilei, sezon, starea vremii etc. Durata recomandată pentru un rezultat evident este de 3 săptămâni. Contraindicațiile includ folosirea alcoolului, folosirea medicamentelor fotosensibilizante (doxaciclina, piroxicamul, grizeofulvina, etc.). Helioterapia este destul de efectivă dar relativ scumpă deoarece duce la pierderea multor zile lucrătoare

UVB - terapia se consideră mai efectivă în formele gutate de Ps. UVB-terapia se împarte convențional în două tipuri: UVB de bandă lată (TL12) cu lungime de undă 290 - 320 nm, și UVB de bandă îngustă (TL01) cu lungime de undă 309 - 313 nm. Eficacitatea UVB de bandă îngustă este mai mare fiind foarte aproape de eficacitatea PUVA terapiei, totodată având reacții adverse mai minore. Potențarea efectelor curative al UVB-terapiei poate fi căpătată prin asociere cu retinoizii aromatici (Re-UVB)

PUVA-terapia, prevede pe lângă UVA (lungime de undă 320 - 400 nm) administrarea preparatelor fotosensibilizante (psoralene). PUVA - terapia este una din cele mai efective metode de fototerapie, dar care totodată este soldată cu reacții adverse mai majore, în special riscul de apariție a unui cancer cutanat. Combinarea PUVA cu unele remedii (retinoizi / Re-PUVA) este recomandată pentru reducerea cumulației a ultravioletelor și minimalizarea reacțiilor adverse. Alegerea PUVA-terapiei, stabilirea dozelor și frecvenței expozițiilor, asocierea cu alte remedii terapeutice este în competența exclusivă a dermatologului.

Caseta 34. Tratament fizioterapeutic în PS

- Magnetoterapie
- Laseroterapie
- Roentgenterapie superficială
- Parafino-și ozokeritoterapie
- Băi hidrosaline

Caseta 35. Tratament profilactic (pentru prevenirea recurențelor) în PS

- Vitamine din grupul B (caseta 27)
 - Piridoxină clorhidrat
 - Ciancobalamină
- Acid ascorbic (caseta 27)
- Retinolul acetat (caseta 26)
- Tocoferolul acetat (caseta 27)
- Topic – creme emoliente
- RUV totală doze suberitemice 10 -15 ședințe (caseta 33)
- Băi curative cu sare de mare.

C.2.5.7. Evoluția și prognosticul

Caseta 36. Evoluția și prognosticul în Ps

- Ps este o dermatoză cu evoluție cronică recidivantă fără tendință la autolimitare
- Unele forme pot rămâne izolate pe parcursul anilor
- Remisiunile sunt de durată variabilă și imprevizibile în timp
- În timpul remisiunilor leziunile dispar complet, fără sechele
- In unele cazuri pot apărea forme mai grave (exudative)
- Formele exudative pot duce la invaliditatea bolnavilor.

C.2.5.8. Supravegherea pacienților

Caseta 37. Supravegherea pacienților cu Ps

- Supravegherea medicală activă (ordin Nr.503 al MS din 27.12.08.):
 - Asigurarea de către dermatolog a dispensarizării bolnavilor cu Ps (conform anexei N1), pentru punere la evidență și efectuarea controlului medical programat, cel puțin o dată în semestru
 - Pentru fiecare pacient dermatologul elaborează planul individual de supraveghere, cu indicarea măsurilor de tratament recomandate, periodicității efectuării investigațiilor de laborator și instrumentale, regimului de muncă și odihnă
 - În cazul maladiilor asociate este necesară supravegherea medicilor specialiști de alte profiluri: psiho-neurolog, stomatolog, ORL-ist, ginecolog, endocrinolog, etc.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicului de familie • medic de laborator și laborant cu studii medii
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • laborator clinico-biochimic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, VSH, sumarului urinei, testelor biochimice (bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, glicemie, etc.)
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • pacienții cu Ps se tratează la medic dermatolog
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic dermatovenerolog • medic reumatolog • medic imagist • medic internist • medic de laborator • medic stomatolog • medic ORL-ist • medic psiho-neurolog • asistente medicale • laborant cu studii medii
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • cabinet imagistic • laborator clinic standardizat pentru determinarea: hemoleucogramei, VSH, sumarului urinei, bilirubină, ALT, AST, proba cu timol, glicemie, RMP, proteina C-reactiva
	Medicamentele: <ul style="list-style-type: none"> • se procură de pacienți integral, cu excepția preparatelor compensate, conform rețetelor prescrise,

<p>D.3. IMSP Dispensarul Municipal Dermatovenerologic și secțiile specializate ale spitalelor raionale și municipale</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic dermatolog • medic reumatolog • medic imagist • medic internist • medic fizioterapeut • medic psiho-neurolog • medic stomatolog • medic ORL-ist • medic de laborator • asistente medicale • laborant cu studii medii
--	--

	<p>Aparate, utilaj: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • cabinet imagistic • cabinet fizioterapeutic (UVB – terapie, magnetoterapie, tratament cu parafină și ozocherit) • laborator de diagnostic clinic pentru determinarea indicilor biochimici (bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, proteina generală, fracțiile proteice, glicemia, factorul reumatoid /latex-test, reacția Waaler-Rose/, proteina C-reactiva, ureea, creatinina, fosfataza alcalină). <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hiposensibilizante (clorură de calciu , gluconat de calciu, tiosulfat de sodiu) • neopolividon • clorură de sodiu • pirogenal • vasodilatatoare periferice (pentoxifilină, xantinol nicotinat) • antihistaminice (cloropiramină, clemastin) • antiinflamatoare nesteroidiene (diclofenac, ibuprofen, piroxicam, nimesulid) • retinoizi aromatici (acitretin) • preparate biologice (etanarcept, infliximab) • citostatice (metotrexat, azatioprina) • anxiolitice (alprazolam) • sedative (tinctură de talpa găștei, extract de odolean) • vitamine (retinol acetat, tocoferol acetat, piridoxină clorhidrat, ciancobalamină, acid ascorbic, acid nicotinic, acid tioctic) • glucocorticoizi topici cu potență moderată și înaltă (metilprednisolon aceponat 0,1% cremă și unguent, mometason furoat 0,1% cremă și unguent, fluticason propionat 0,05% unguent, prednisolon acetat 0,5% unguent) • calcitriol 0,3% unguent • ung. cu acid salicilic 2-5 % • ung sulfo-salicilic 3% • ung uree 5-10%
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • ung sulf-gudron 5-10% • preparate combinate (diprosalic-cremă, unguent, loțiune; betasal-cremă, unguent) <p>Notă: Lista preparatelor se va modifica în dependență de înregistrarea lor pe piața farmaceutică în RM</p>
<p>D.4. IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medici dermatologi • medic imagist • medic fizioterapeut • medici de laborator • medici de laborator serologic <ul style="list-style-type: none"> • medici de laborator în imunologie • medic de laborator în histopatologie • medic ginecolog • asistente medicale • laboranți cu studii medii <p>Aparate, utilaj: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, VSH, sumarului urinei, etc. • laborator de diagnostic clinic pentru determinarea indicilor biochimici (bilirubina, ALT, AST, proba cu timol, proteina generală, fracțiile proteice, glicemia, factorul reumatoid /latex-test, reacția Waaler-Rose/, proteina C-reactiva, ureea, creatinina, fosfataza alcalină) • laborator imunologic pentru determinarea imunogramei (limfocite T, limfocite B, CIC, clasele imunoglobulinelor) • laborator histomorfologic pentru efectuarea biopsiei cutanate, pregătirea și examinarea preparatelor histopatologice • laborator standard serologic pentru determinarea: RMP, test HIV, HBsAg, anti-HCV • cabinet fizioterapeutic (PUVA-terapie, UVB-terapie, magnetoterapie, tratament cu parafină și ozocherit, bazin pentru băi curative, etc.) • cabinet gimnastică curativă • cabinet imagistic (aparate radiografie și ultrasonografie) • tonometru • fonendoscop <p>Notă: investigațiile suplimentare care nu pot fi efectuate în cadrul DDVR se vor realiza în instituții medicale specializate prin contract</p> <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hiposensibilizante (clorură de calciu , gluconat de calciu, tiosulfat de sodiu) • neopolividon • clorură de sodiu • pirogenal • vasodilatatoare periferice (pentoxifilină, xantinol nicotinat) • antihistaminice (clorpiramină, clemastin)

- antiinflamatoare nesteroidiene (diclofenac, ibuprofen, piroxicam, nimesulid)
- retinoizi aromatici (acitretin)
- preparate biologice (etanarcept, infliximab)
- citostatice (metotrexat, azatioprina)
- anxiolitice (alprazolam)
- sedative (tinctură de talpa găștei, extract de odolean)
- vitamine (retinol acetat, tocoferol acetat, piridoxină clorhidrat, ciancobalamină, acid ascorbic, acid nicotinic, acid tioctic)
- glucocorticoizi topici cu potență moderată și înaltă (metilprednisolon aceponat 0,1% cremă și unguent, mometason furoat 0,1% cremă și unguent, fluticason propionat 0,05% unguent, prednisolon acetat 0,5% unguent)
- calcitriol 0,3% unguent
- ung. cu acid salicilic 2-5 %
- ung sulfo-salicilic 3%
- ung uree 5-10%
- ung sulf-gudron 5-10%
- preparate combinate (diprosalic - cremă, unguent, loțiune; betasal – cremă, unguent)

Notă: Lista preparatelor se va modifica în dependență de înregistrarea lor pe piața farmaceutică în RM

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	<i>A spori ponderea persoanelor cu diagnosticul de Ps, stabilit precoce</i>	<i>1.1. Proporția persoanelor/pacienților cu factori de risc pentru dezvoltarea Ps care au fost monitorizați</i>	<i>Numărul pacienților cu Ps la care diagnosticul a fost stabilit în primele 6 luni de la apariția simptomelor pe parcursul ultimului an $\times 100$</i>	<i>Numărul total de pacienți cu Ps (caz nou) luați la evidență în anul de gestionare</i>
2.	<i>Acoperirea cu tratament al pacienților cu Ps</i>	<i>3.1. Proporția pacienților cu Ps care au avut necesitate și au beneficiat de tratament</i>	<i>Numărul pacienților cu Ps care au avut necesitate și au beneficiat de tratament $\times 100$</i>	<i>Numărul total de pacienți cu Ps care au avut necesitate de tratament</i>
3	<i>A micșora numărul recidivelor prin profilaxie secundară</i>	<i>Proporția pacienților cu Ps, care au avut recăderi în anul de gestionare</i>	<i>Numărul pacienților cu Ps, , care au avut recăderi $\times 100$</i>	<i>Numărul total de pacienți cu Ps aflați la evidență,</i>
4	<i>A reducă numărul cazurilor noi de invaliditate pentru Ps</i>	<i>Proporția pacienților cu Ps la care sa stabilit primar gradul de invaliditate</i>	<i>Numărul pacienților cu Ps la care sa stabilit primar gradul de invaliditate în anul de raportare $\times 100$</i>	<i>Numărul total de bolnavi cu Ps aflați la evidență (cu excepția celor la care gradul de invaliditate a fost stabilit în anii anteriori)</i>

ANEXE

Anexa №1 *Aprecierea indicelui PASI* (Psoriasis Area and Severity Index)

Indicele PASI este folosit pentru evaluarea severității psoriazisului și aprecierea eficienței terapiei aplicate. Propus în 1978 [Fredriksson T, Patterson U], are o largă utilizare în prezent în cercetări clinice și științifice.

Elementele indicelui:

1. Rata secțiunii corpului (regiunii), prezentată în % față de toată suprafața corpului (**coeficient**).

Secțiunea corpului	cod	% din suprafața corpului	COEFICIENT
Capul	C	10%	0,1
Membre superioare	Ms	20%	0,2
Trunchi	T	30%	0,3
Membre inferioare	Mi	40%	0,4

2. Răspindirea leziunilor fiecărei secțiuni (regiuni) în parte. Pentru fiecare secțiune se calculează în % **aria**(suprafața) pielii afectate și i se atribuie un **punctaj de la 0-6**

Suprafața (aria)	0	<10	10<30	30<50	50<70	70 < 90	90 - 100
PUNCTAJ	0	1	2	3	4	5	6

3. Gradul (severitatea) modificărilor psoriazice fiecărei secțiuni (regiuni) în parte. Se estimează după următorii parametri: „eritem”, „infiltrare”, „descuamare” în baza următorului sistem de **puncte**:

Eritem Descuamare Infiltrare	Lipsește	Discret	Moderat	Semnificativ	Maximal
Puncte	0	1	2	3	4

4. Calcularea PASI pe secțiunile corpului separat

Elementele indicelui	Capul (C)	Membre superioare (Ms)	Trunchi (T)	Membre inferioare (Mi)
Suma(E+I+D) (puncte)				
	X			
Suprafața (aria) secțiunii (puncte)				
	X			

× Coeficientul secțiunii	0.1	0.2	0.3	0.4
	=			
	PASI (C)	PASI (Ms)	PASI (T)	PASI (Mi)

5. Calcularea PASI total

$$PASI_{total} = PASI_{cap} + PASI_{membre\ sup.} + PASI_{trunchi} + PASI_{membre\ inf.}$$

$$PASI_{total} = 0.1 \times (E_C + I_C + D_C) \times S_C + 0.2 \times (E_{Ms} + I_{Ms} + D_{Ms}) \times S_{Ms} + 0.3 \times (E_T + I_T + D_T) \times S_T + 0.4 \times (E_{Mi} + I_{Mi} + D_{Mi}) \times S_{Mi}$$

Interpretarea: punctajul minimal – 0, maximal – 72. Valoarea minimală a indicelui PASI necesar investigațiilor clinice este 18, ceea ce corespunde unei afectări psoriazice de la 1/3 pînă la 2/3 din suprafața corpului. Micșorarea indicelui PASI cu 75% și mai mult (indice PASI < 8) corespunde unei „ameliorări considerabile”.

PASI poate fi calculat automat pe pagina web: <http://pasi.corti.li/>

Anexa №2 Aprecierea indicelui BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Indicele **BASDAI** este aplicat pentru aprecierea activității bolii în cazul afectării axiale

- 1. Slăbiciune generală (fatigabilitate)**
Nu a fost 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 foarte exprimată
- 2. dureri în coloana vertebrală cervicală, în spate și/sau articulații coxo-femorale**
Nu a fost 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 foarte exprimată
- 3. dureri sau tumefierea în articulații (cu excepția colanei vertebrale cervicale, spate și articulațiilor coxo-femorale)**
Nu a fost 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 foarte exprimată
- 4. durere locală – entezopatiile**
Nu a fost 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 foarte exprimată
- 5. exprimarea și durata redorii matinale – (în ore de la 0 la 2)**
Nu a fost 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 foarte exprimată

Anexa №3 Aprecierea indicelui BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)

Indicele **BASFI** este aplicat pentru aprecierea incapacității funcționale în cazul afectării axiale și prevede 10 întrebări care se încep cu „**Puteti Dumneavoastra....**”

- 1. Să îmbrăcați ciorapi fără ajutorul altora**
Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez
- 2. Să vă aplicați înainte pentru a ridica stiloul de pe podea fără mijloace suplimentare de ajutor**
Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez
- 3. Să vă întindeți în sus pentru a atinge un raft înalt fără ajutor suplimentar**
Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez
- 4. Să vă ridicați de pe scaun fără ajutorul mâinilor sau fără ajutor suplimentar**
Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez
- 5. Să vă ridicați de pe podea din poziție culcată fără ajutor suplimentar**
Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez
- 6. Să stați de sine stătător în picioare fără ajutor suplimentar, nesimțind disconfort timp de 10 minute**
Fără nici o dificultate 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 nu sunt în stare să efectuez

7. **Să urcați 12-15 trepte fără sprijin suplimentar (urcând fiecare treaptă cu un singur picior)**
Fără nici o dificultate 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nu sunt în stare să efectuez
8. **Să întoarceți capul uitându-vă în spate, fără a întoarce trunchiul**
Fără nici o dificultate 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nu sunt în stare să efectuez
9. **Să practicați diferite activități care necesită efort fizic activ (exerciții fizice, sport, lucrul în grădină, etc.)**
Fără nici o dificultate 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nu sunt în stare să efectuez
10. **Să mențineți activitatea fizică pe parcursul întregii zile, atât la serviciu cât și în afara lui.**
Fără nici o dificultate 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nu sunt în stare să efectueze.

Anexa 4. Recomandări generale pentru pacienții cu Ps

Există o serie de recomandări generale pentru toți pacienții cu psoriazis, indiferent de vârstă, sex sau formă de psoriazis, măsuri care au atât rolul de a scădea efectul nociv al factorilor declanșatori / agravanți pentru psoriazis cât și de a grăbi evoluția favorabilă a bolii.

- Consult dermatologic periodic, respectiv orice pacient cu psoriazis trebuie să facă anual o evaluare dermatologică. În cazul unor forme de psoriazis în evoluție, cu apariția de leziuni noi, acest consult trebuie realizat la intervale mai mici de timp, conform recomandărilor medicului curant dermatolog.
- Respectarea unui regim zilnic rațional (somn cel puțin 8-9 ore, călirea organismului, un mod de viață activ, practicarea sportului).
- Dieta pacientului cu psoriazis trebuie să fie echilibrată, cu un conținut caloric adaptat efortului fizic depus de către persoana respectivă, cu evitarea exceselor de grăsimi animale, a substanțelor neuroexcitante de tip cafea, alcool, ceai negru, ciocolată și cu un conținut bogat în substanțe de tip vitamina A, E, C, zinc, seleniu.
- Tratamentul recomandat trebuie să fie urmat cu strictețe, atât în ceea ce privește modalitatea de aplicare a diferitelor preparate locale și administrarea medicamentelor pe cale generală cât și referitor la analizele care trebuie realizate periodic.
- Având în vedere rolul nociv al diferitelor infecții de focar, periodic trebuie realizate examinări la medicii ORL, stomatolog și ginecolog (în cazul pacientelor).
- Fumatul trebuie să fie complet abandonat, deoarece are un efect negativ asupra evoluției psoriazisului precum și asupra stării generale de sănătate.
- În cazul unor consulturi medicale la alți specialiști, medicii respectivi trebuie informați asupra existenței psoriazisului deoarece există o serie de medicamente cu efect negativ asupra evoluției psoriazisului (sărurile de litiu, preparatele beta blocante, antimalaricele de sinteză, unele antiinflamatoare nesteroidiene etc.).
- Produsele cosmetice utilizate de pacienții cu psoriazis trebuie să fie recomandate de către medicul curant dermatolog, să fie adaptate formei de boală, să fie non-alergene și să fie destinate doar pielii sensibile.
- În situația în care pacientul cu psoriazis dorește realizarea unor intervenții dermatocosmetice de tip epilare definitivă, “*skin rejuvenation*” este indicat avizul prealabil al medicului dermatolog curant pentru a preveni posibila agravare a psoriazisului sub influența unor manevre brutale.

BIBLIOGRAFIE

1. Ardigo M, Cota C, Berardesca E, González S. Concordance between in vivo reflectance confocal microscopy and histology in the evaluation of plaque psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* Volume 23, Issue 6, Date: June 2009, Pages: 660-667
2. Batenjev I, Butina R, Potoocnik M. – Subclinical microbial infection in patients with chronic plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl.* 2000, 211: 17-8.
3. Benham SM et al. “Alcohol as a Risk Factor for Plaque-Type Psoriasis.” *Cutis.* 2005 September;76(3)181-5.
4. Behnam SM et al. “Smoking and psoriasis.” *SKINmed.* 2005 May-June;4(3):174- 7
5. Bossuyt PM, Bos JD, de Rie MA. Methotrexate versus cyclosporine in moderate-to-severe chronic plaque psoriasis. *N Engl J Med.* 2003 Aug 14;349(7):658-65.
6. Bowcock A., Cookson W. The genetics of psoriasis, psoriatic arthritis and atopic dermatitis. In: *Hum Mol Genet.* 2004 Apr 1;13 Spec No 1, p. 43-55.
7. Danilenko D. Review paper: preclinical models of psoriasis. In: *Vet Pathol.* 2008 Jul;45(4), p. 563-575.
8. Diaconu Justin-Dumitru C., Nedelcu Ioan, Oana-Andreia Coman, Mihaela-Anca Popescu. *Psoriazis.* București 1997.
9. Gladman D. Psoriatic arthritis from Wright's era until today. In: *J Rheumatol Suppl.* 2009 Aug;83, p. 4-8.
10. Gladman D., Farewell V. HLA studies in psoriatic arthritis: current situation and future needs. In: *J Rheumatol.* 2003 Jan;30(1), p.4-6.
11. Griffiths CEM, Clark CM, Chalmers RJG, Li Wan Po A, Williams HC. A systematic review of treatments for severe psoriasis. *Health Technol Assess* 2000;4(40)
12. Griffiths C., Barker J. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. In: *Lancet.* 2007 Jul 21;370(9583), p.263-271.
13. Grover C, Reddy B.S.N. , Uma Chaturvedi K. Diagnosis of nail psoriasis: importance of biopsy and histopathology. *British Journal of Dermatology.* Volume 153, Issue 6, Date: December 2005, Pages: 1153-1158
14. Gudjonsson J., Elder J. Psoriasis: epidemiology. In: *Clin Dermatol.* 2007 Nov-Dec;25(6), p.535-546..
15. Henseler T. The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1994;130:216-224
16. Hönigsmann H. Phototherapy for psoriasis. *Clinical Exp Dermatol* 2001;26:343-350.
17. Jeffes E.W. III, Weinstin G. Methotrexate and other chemotherapeutic agents used to treat psoriasis. *Dermatol. Clin.*, 1995,13:875.
18. Kalb RE, Bagel J, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Horn EJ, Van Voorhees AS. Treatment of intertriginous psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2009 Jan;60(1):120-4.
19. Kimball A., Kupper T. Future perspectives/quo vadis psoriasis treatment? Immunology, pharmacogenomics, and epidemiology. In: *Clin Dermatol.* 2008 Sep-Oct;26(5), p.554-561.

20. Kragballe K., Deleuran B. Biological treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. In: Ugeskr Laeger. 2008 Jun 9;170(24), p.2148-2150
21. Lebwohl M, Darake L, Menter A, Koo J, Gottlieb AB, Zanolli M, Young M, McClelland P. Consensus conference: Acitretin in combination with UVB or PUVA in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:544-53.
22. Marius I. Posibilități actuale de prevenire și control a psoriazisului. *DermatoVenerol.* (Buc.), 2007, 52: 113-118
23. Matcovschi C., Procopișin V., Parii B. Ghid farmaceutic, 2004.
24. Mease PJ et al. "Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measure and therapies from a dermatologic perspective." *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2006. April;54(4):685-704.
25. Molin L, Cutler TP, Helander I et al. Comparative efficacy of calcipotriol (MC903) cream and betamethasone 17-valerate cream in the treatment of chronic plaque psoriasis. A randomized, double-blind, parallel group multicentre study. *Br J Derm* 1997;136:89-93
26. Myers A., Kay L., Lynch S., Walker D. Recurrence risk for psoriasis and psoriatic arthritis within sibships. In: *Rheumatology (Oxford).* 2005 Jun;44(6), p.773-776
27. Okun M. Psoriasis Area and Severity Index: nuts and bolts of measuring disease severity in psoriasis. In: *Clin Dermatol.* 2008 Nov-Dec;26(6), p.653-656.
28. Picardi A, Abeni D. – Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001, 70: 118-36.
29. Queiro R., Torre J., González S., López-Larrea C., Tinturé T., López-Lagunas I. HLA antigens may influence the age of onset of psoriasis and psoriatic arthritis. In: *J Rheumatol.* 2003 Mar;30(3), p.505-507
30. Rahman P., Elder J.. Genetic epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis. In: *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64 Suppl 2, p.37-39
31. Raychaudhuri SP et al. "Psoriasis Risk Factors: Role of Lifestyle Practices." *Cutis.* 2000.November;66(5)348-52.
32. Snellman E, Lauharanta J, Reunanen A, Jansen CT, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Kallio M, Luoma J, Aromaa A, Waal J. Effect of heliotherapy 6-month follow-up study. *Br J Dermatol* 1993;128:172-177.
33. Snellman E, Aromaa A, Jansen CT, Lauharanta J, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J, Waal J. Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis. *Acta Derm Venereol* 1993;73:388-392.
34. Snellman E, Maljanen T, Aromaa A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;138:288-292.
35. Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PM, Bos JD. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *Br J Dermatol* 1997;137:943-949
36. Strober B et al. "Poster 2890: Levels of response of psoriasis patients with different baseline characteristics treated with etanercept." *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2006. March;54(3):AB220.
37. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T et al. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol* 1997;137:939-942
38. Tagami H, – Triggering factors. *Clinics in Dermatology.* 1997, 15: 677-85.
39. Telfer HR, Chalmers RJ, Whale K. – The role of Streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch. of Derm.* 1992, 128: 39-42.
40. Thaçi D. Long-term data in the treatment of psoriasis. In: *Br J Dermatol.* 2008 Aug;159 Suppl 2, p.18-24.
41. Voss A, Leverkus M, Bröcker E-B, Goebler M. Topical psoralen photochemotherapy with lethal outcome. *Arch Dermatol* 2001;137:383.
42. Wardrop P, Weller R, Marais J. et al. – Tonsillitis and chronic psoriasis. *Clinical Otolaryngology.* 23: 67-8, 1998.

43. Альбанова В., Бадокин В., Молочков В. Псориаз и псориатический артрит. М: КМК, Авторская академия, 2007. 332 с.
44. Владимиров В.В., Меньшикова Л.В. Современные представления о псориазе и методы его лечения// Русский медицинский журнал, 2001, т.6, №20, с.1318 – 1323
45. Смирнова Л.М. Комбинированная терапия рефрактерных форм псориаза с применением циклоспорина А. Автореф. канд.мед.наук, 2003
46. Мордовцев В., Мушет Г., Альбанова В; под ред Богачова Л. Псориаз: патогенез, клиника, лечение. Кишинёв: Штиинца, 1991. 186 с.
47. Ordin al MS al RM Nr.503 din 27.12.08
48. Ordin al MS al RM Nr.504 din 25.12.08
49. Ordin al MS al RM Nr.225 din 15.11.1996
50. Legea ocrotirii sănătății Nr.411 28.09.95
51. Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală vol IV, Chișinău 2009