

Forum Młodych
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
Streszczenia

Rola ścieżki *sonic hedgehog* w rozwoju raków podstawnocomórkowych skóry w populacji polskiej

Dorota Sobolewska-Sztychny¹, Joanna Narbutt¹,
Michał Sobjanek², Anna Woźniacka¹,
Michał Rogowski-Tylman¹, Aleksandra Lesiak¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zachorowań na niemelanocytowe nowotwory skóry, w tym raka podstawnocomórkowego skóry (ang. *basal cell carcinoma* – BCC). Szlak *sonic hedgehog* pełni istotną funkcję w rozwoju BCC, stanowiącego najczęstszy nowotwór skóry w populacji kaukaskiej.

Cel pracy. Ocena roli szlaku *sonic hedgehog* w rozwoju BCC poprzez określenie ekspresji białek SHH, PTCH1 i SMO.

Materiał i metodyka. W grupie 41 pacjentów z rozpoznaniem histopatologicznie guzkowym BCC oraz u 15 osób z grupy kontrolnej dokonano oceny ekspresji białek SHH, PTCH1 i SMO w bioptatach skóry przy użyciu metody Western blot. Polimorfizm pojedynczych nukleotydów w wybranych genach został zbadany metodą PCR-RFLP.

Wyniki. We wszystkich bioptatach wykazano ekspresję białka SHH, PTCH1 i SMO. Ekspresja białek była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób z BCC w porównaniu z grupą kontrolną ($3,4 \times 10^5$ IDV vs $3,1 \times 10^5$ IDV dla SHH; $2,5 \times 10^5$ IDV vs $2,0 \times 10^5$ IDV dla PTCH1; $2,9 \times 10^5$ IDV vs $1,5 \times 10^5$ IDV dla SMO; $p < 0,05$ dla wszystkich porównań). Stwierdzono statystycznie wyższą ekspresję białka SHH u nosicieli genotypu AT polimorfizmu rs104894040 349T/C w genie SHH w porównaniu z nosicielami genotypu TT ($3,69 \times 10^5$ IDV vs $3,25 \times 10^5$ IDV, $p < 0,05$) oraz wyższą ekspresję białka PTCH1 u osób z genotypem TT polimorfizmu rs41313327 2350C/T w genie PTCH1 w porównaniu z osobami z genotypem CT ($3,31 \times 10^5$ IDV vs $2,4 \times 10^5$ IDV, $p < 0,05$). Nosiciele genotypu GG polimorfizmu rs41303402 385G/A w genie SMO wykazywali zwiększoną ekspresję białka SMO w porównaniu z nosicielami genotypu AA ($3,3 \times 10^5$ IDV vs $2,9 \times 10^5$ IDV, $p < 0,05$). Uzyskane wyniki potwierdzają rolę szlaku *sonic hedgehog* w rozwoju BCC w populacji polskiej.

Koebneryzyna (S100A15) i psoriazyna (S100A7), produkowane przez leukocyty, jako mediatory ogólnoustrojowego procesu zapalnego w łuszczycy

Aleksandra Batycka-Baran

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Łuszczycy jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry, zależną od zaburzeń pierwotnych i nabytych mechanizmów immunologicznych. Zwiększona ekspresja białek przeciwdrobnoustrojowych, koebneryzyny (S100A15) i psoriazyny (S100A7), w zmianach łuszczycowych odgrywa istotną rolę w rozwoju procesu zapalnego w skórze.

Cel pracy. Ocena ekspresji S100A15 i S100A7 przez leukocyty oraz możliwych dalszych funkcji tych białek w amplifikacji procesu zapalnego w łuszczycy.

Materiał i metodyka. Leukocyty izolowane były z krwi obwodowej poprzez wirowanie w gradiencie gęstości. Ekspresję białek S100A15 i S100A7 w leukocytach krwi obwodowej u chorych na łuszczycę i u osób zdrowych badano metodą reakcji łańcuchowej polimerazy z analizą w czasie rzeczywistym (ang. *real time polymerase chain reaction* – RT-PCR) oraz immunoblotu. Produkcja cytokin prozapalnych: IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α , przez leukocyty stymulowane S100A15 i S100A7 oceniana była metodą RT-PCR i cytometrycznych macierzy kulkowych (ang. *cytometric bead arrays* – CBA).

Wyniki. Koebneryzyna i psoriazyna produkowane są przez leukocyty krwi obwodowej, a ich profil ekspresji zależy od badanej subpopulacji leukocytów. Produkcja S100A15 i S100A7 przez leukocyty krwi obwodowej była większa u chorych na łuszczycę w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,05$). Ponadto S100A15 i S100A7 miały działanie prozapalne poprzez stymulację leukocytów krwi obwodowej do produkcji cytokin prozapalnych: IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α , które odgrywają istotną rolę w patogenezie łuszczycy. S100A15 i S100A7 nie miały wpływu na produkcję IL-17A, IL-4, IL-5.

Wnioski. Koebneryzyna (S100A15) i psoriazyna (S100A7) są wielofunkcyjnymi mediatorami procesu zapalnego w łuszczycy.

Ekspresja podoplaniny w rakach skóry oraz w rogowaceniu słonecznym

Marta Wojciechowska-Zdrojowy

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Raki skóry są obecnie najczęstszymi nowotworami złośliwymi skóry spotykanymi w praktyce klinicznej. Badania ostatnich lat wskazują na zmianę ekspresji podoplaniny, uznawanej za marker śródbłonna limfatycznego, w procesach nowotworowych. Opisywany jest również wzrost ekspresji podoplaniny w rakach kolczystokomórkowych (ang. *squamous cell carcinoma* – SCC) i płaskonabłonkowych różnych narządów, co koreluje z obecnością przerzutów do węzłów chłonnych i krótszym przeżyciem.

Cel pracy. Ocena ekspresji podoplaniny w rakach skóry oraz w rogowaceniu słonecznym, zarówno w podścielisku, jak i w masie zmiany.

Materiał i metodyka. Do badania włączono 134 pacjentów leczonych z powodu raka podstawnokomórkowego (ang. *basal cell carcinoma* – BCC), SCC oraz rogowacenia słonecznego, od których został pobrany materiał tkankowy. Uzyskany materiał poddano ocenie histopatologicznej. Następnie wykonano badania immunohistochemiczne z wykorzystaniem przeciwciała skierowanego przeciw podoplaninie i oceniono jej ekspresję.

Wyniki. Obecność podoplaniny stwierdzono we wszystkich typach badanych zmian. Średnia ekspresja w podścielisku SCC wyniosła $3,2 \pm 2,4$ i była istotnie wyższa niż w BCC ($1,5 \pm 2,3$) i rogowaceniu słonecznym ($0,65 \pm 1,57$). Podobnie ekspresja podoplaniny w masie guza SCC ($5,6 \pm 3,9$) była istotnie wyższa niż w masie BCC ($1,2 \pm 1,8$) i w rogowaceniu słonecznym ($1,0 \pm 1,2$) ($p < 0,05$).

Wnioski. Wzrost ekspresji podoplaniny w zmianach o potencjalnie większej złośliwości (SCC) może świadczyć, że odgrywa ona istotną rolę w procesie skórnej kancerogenezy.

Zaburzenia angiogenezy w ziarniniakowych chorobach skóry

Jakub Stasiak¹, Iwona Słowik-Kwiatkowska²,
Karolina Bieniek¹, Anna Woźniacka³,
Aleksandra Lesiak³, Joanna Narbutt³

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala Ogólnego w Lublinie

³Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Obumieranie tłuszczowate (ang. *necrobiosis lipoidica* – NL) jest rzadką przewlekłą dermatozą. W chwili rozpoznania zmian o typie NL 60% osób choruje na cukrzycę. Związek NL z cukrzycą nie został dotychczas wyjaśniony. Ziarniniak obrączkowaty (*granuloma annulare* – GA), choć odmienny klinicznie, wykazuje podobne cechy histopatologiczne do NL i również częściej występuje u diabetyków. Patogeneza obu chorób nie jest dokładnie poznana.

Cel pracy. Ocena ekspresji komórek CD34+ i czynnika VEGF w obrębie tkanek pobranych z ognisk NL oraz GA.

Materiał i metodyka. Grupę badaną stanowiło 15 osób z NL i 23 osoby z GA, a grupę kontrolną 12 osób. Biopsjaty tkanek pobranych ze zmian skórnych od chorych na NL i GA poddano barwieniu immunohistochemicznemu. Określano również ekspresję VEGF oraz liczbę komórek CD34+.

Wyniki. Średnie nasilenie ekspresji VEGF w grupie osób z GA wynosiło $0,91 \pm 0,65$ i było istotnie statystycznie większe niż w grupie osób z NL ($0,45 \pm 0,43$; $p < 0,01$) oraz w grupie kontrolnej ($0,14 \pm 0,17$; $p < 0,009$). Liczba naczyń wykazujących ekspresję CD34+ w 1 mm^2 w grupie osób z GA wynosiła średnio $79,04 \pm 16,31$ i była statystycznie istotnie wyższa niż w grupie osób z NL ($64,84 \pm 18,10$; $p < 0,009$) oraz w grupie kontrolnej ($52,03 \pm 4,91$; $p < 0,001$).

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano udział zaburzeń procesu angiogenezy w obu badanych jednostkach chorobowych, jednak wydaje się, że odgrywają one większą rolę w rozwoju GA niż NL.

Czy interleukina 31 (IL-31) uczestniczy w patogenezie świądu w pierwotnych chłoniakach skóry z komórek T?

Marta Malek¹, Jolanta Gień¹, Krzysztof Rębała²,
Anna Kowalczyk³, Roman Nowicki¹,
Małgorzata Sokołowska-Wojdyło¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Gdańskiego Uniwersytetu
Medycznego

³Klinika Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu
Medycznego

Wprowadzenie. Ziarniniak grzybiasty (*mycosis fungoides* – MF), chłoniak o przewlekłym przebiegu, oraz zespół Sézary’ego (ang. *Sézary syndrome* – SS), bardzo agresywny nowotwór, należą do chłoniaków pierwotnie skórnych z komórek T (ang. *cutaneous T cell lymphoma* – CTCL). Niezależnie od stadium choroby pacjenci z MF i SS mogą być dotknięci przewlekłym, nasilonym świądem.

Cel pracy. Poszukiwanie związku między poziomem interleukiny 31 (IL-31) w surowicy a nasileniem świądu oraz stopniem zaawansowania choroby u pacjentów z MF i SS, zbadanie związku pomiędzy polimorfizmem –2057G/A, –1066G/A, IVS 2+12A/G genu IL-31 a poziomem IL-31 w surowicy oraz natężeniem świądu, a także porównanie częstości występowania polimorfizmów –2057G/A, –1066G/A, IVS 2+12A/G genu IL-31 u osób z MF i SS oraz w kontrolnej grupie osób zdrowych oraz u osób chorych na MF i SS w różnych stadiach choroby.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 62 chorych na MF i SS oraz 96 osób zdrowych.

Wyniki. Świąd stwierdzono u 67,7% badanych z MF i SS. Poziom IL-31 w surowicy chorych na MF i SS był znamienne podwyższony w porównaniu z grupą kontrolną i w całej badanej grupie nie korelował z natężeniem świądu. Wykazano istotną statystycznie różnicę w częstości alleli *locus* IVS2+12 między stadiami wczesnym a zaawansowanymi. Haplotyp GAG występował częściej, a haplotyp AGA rzadziej u chorych w stadium IA niż u pacjentów w pozostałych stadiach choroby.

Wnioski. Interleukina 31 najprawdopodobniej nie uczestniczy w patogenezie świądu u chorych na CTCL. Na podstawie uzyskanych wyników badań można jednak wysnuć wniosek, że IL-31 odgrywa rolę w patogenezie choroby.

Nowe biomarkery procesów fotostarzenia – katepsyna i progeryna

Michał Rogowski-Tylman¹, Marian Danilewicz²,
Anna Woźniacka¹, Joanna Narbutt¹, Aleksandra Lesiak¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi

²Katedra Patomorfologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Fotostarzenie jest złożonym procesem biologicznym, w którym dochodzi do szeregu zmian strukturalnych i funkcjonalnych skóry, szczególnie w przestrzeni zewnątrzkomórkowej. Katepsyna K jest proteazą zaangażowaną w mechanizmy regulatorowe ludzkiej skóry, jednak jej rola nie jest do końca poznana. Progeryna to nieprawidłowa postać laminy A, białka stabilizującego błonę jądrową, która jest białkiem powodującym progerię – genetycznie uwarunkowany zespół charakteryzujący się przyspieszonym procesem starzenia, a w ostatnich czasach zwraca się również uwagę na jej udział w procesach fotostarzenia skóry.

Cel pracy. Określenie udziału katepsyny K i progeryny jako nowych biomarkerów w procesie fotostarzenia skóry.

Materiał i metodyka. Biopsję skóry pobrano w dwóch grupach wolontariuszy – grupę A stanowiły młode osoby bez cech starzenia skóry (średnia wieku 28,3 roku, $n = 10$), a grupę B – wolontariusze w starszym wieku z klinicznymi oznakami fotostarzenia (średnia wieku 68,6 roku, $n = 10$). Katepsynę K oraz progerynę oznaczano metodą immunohistochemiczną z użyciem przeciwciał monoklonalnych.

Wyniki. W grupie B wykazano istotnie wyższą ekspresję progeryny (średnia wartość $1,55 \pm 0,61$) niż w grupie A (średnia wartość $0,00 \pm 0,0$; $p < 0,001$). Stwierdzono również wyższą ekspresję katepsyny K w grupie B (średnia wartość $1,7 \pm 0,69$) niż w grupie A (średnia wartość $0,23 \pm 0,25$; $p < 0,001$).

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują na udział obu badanych białek w procesie fotostarzenia się skóry. Ze względu na istotnie wyższą ekspresję tych białek u osób z klinicznymi oznakami starzenia się skóry można je uznać za nowe biomarkery tego procesu.

Polimorfizmy genowe IL-17A i IL-23R a ryzyko wystąpienia atopowego zapalenia skóry

Magdalena Salińska¹, Aleksander Saliński¹,
Agnieszka Żalińska¹, Anna Woźniacka²,
Joanna Narbutt², Aleksandra Lesiak²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Przeprowadzone badania wykazały udział szlaku IL-23/Th17 w patogenezie atopowego zapalenia skóry (AZS).

Cel pracy. Zbadanie związku między polimorfizmami genowymi IL-17A i IL-23R a występowaniem AZS oraz jego przebiegiem klinicznym w populacji polskiej.

Materiał i metodyka. W badaniu analizowano dwa polimorfizmy pojedynczych nukleotydów: IL-17A (G/A -152, rs2275913) i IL-23R (G/A1142, rs11209026) przy użyciu metody PCR-RFLP. DNA uzyskano z limfocytów krwi obwodowej. Próbkę pełnej krwi pobrano od 166 pacjentów z AZS oraz 160 zdrowych osób, zaklasyfikowanych do grupy kontrolnej.

Wyniki. W badaniach nie wykazano istotnych różnic pomiędzy częstością występowania polimorfizmu IL-17A u chorych na AZS a grupą kontrolną ($p > 0,05$ dla wszystkich genotypów). Genotyp A/A występował istotnie statystycznie częściej u osób z umiarkowanym lub ciężkim AZS ($p = 0,021$). Stwierdzono istotną zależność między występowaniem genotypu A/A i współwystępowaniem AZS i astmy u chorych ($p = 0,038$). Nie stwierdzono związku między polimorfizmem IL-17A i innymi chorobami z kręgu atopii – zapaleniem spojówek i alergicznym nieżytem nosa ($p > 0,05$ dla wszystkich porównań). Analiza polimorfizmu genu IL-23R nie wykazała związku pomiędzy genotypem G/A i obecnością allele A z występowaniem AZS. Nie stwierdzono zależności dwugenowych IL-17A i IL-23R z ryzykiem rozwoju AZS.

Wnioski. Nie uzyskano dowodu na istnienie wpływu polimorfizmów IL-17A i IL-23R na rozwój AZS w populacji polskiej. W przypadku polimorfizmu genowego -152G/A IL-17A obecność genotypu A/A predysponuje do cięższego przebiegu choroby i współwystępowania astmy w badanej grupie.

Wpływ łuszczycy na uszkodzenie naczyń w przebiegu miażdżycy

Sylwia Milaniuk¹, Aldona Pietrzak², Jerzy Mosiewicz¹

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Łuszczycą to przewlekła choroba zapalna o podłożu immunologicznym zajmująca skórę oraz stawy. Choroby sercowo-naczyniowe są główną przyczyną zgonu u pacjentów z ciężką postacią łuszczycy zwykłej oraz łuszczycą stawową. Ciężka łuszczycą wiąże się z 57-procentowym wzrostem ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, co częściowo może być tłumaczone kumulacją czynników ryzyka naczyniowego u tych chorych. Aterogeneza jest wieloletnim procesem, który prowadzi do nieodwracalnych zmian w naczyniach. Poza tradycyjnymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego obecnie podkreśla się znaczenie procesu zapalnego w patogenezie miażdżycy. Proces zapalny stanowi wspólną składową procesu miażdżycowego oraz chorób o podłożu immunologiczno-zapalnym, takich jak łuszczycą. Wydaje się, że te same cytokiny prozapalne (m.in. IL-2, IL-12, IL-17, IL-23, TNF- α) wpływają na makrofagi i keratynocyty, a także na komórki śródbłonna naczyń, co powoduje odpowiednio powstanie grudki łuszczycowej oraz blaszki miażdżycowej. Dlatego stale poszukuje się możliwości wykrywania zmian aterogennych w jak najwcześniejszym stadium u chorych ze zwiększonym ryzykiem zachorowalności, aby można było zintensyfikować leczenie i być może opóźnić lub zapobiec wystąpieniu incydentów sercowo-naczyniowych. Jedną z dostępnych, bezpiecznych i nieinwazyjnych metod wczesnego wykrywania miażdżycy na etapie bezobjawowych zmian ściany naczyń jest ultrasonograficzny pomiar grubości błony wewnętrznej i środkowej w obrębie tętnicy szyjnej (ang. *carotid intima media thickness* – cIMT).

Praca przedstawia zmiany cIMT w przebiegu łuszczycy, a także próby wykorzystania nowoczesnego leczenia przeciwzapalnego, które powoduje ustąpienie zmian skórnych i regresję zmian w naczyniach.

Polimorfizm genu HLA-G u chorych na łuszczycę zwyczajną o umiarkowanie ciężkim i ciężkim przebiegu – badanie wstępne

Agata Maciejewska-Radomska,
Martyna Bieniek-Kobuszewska

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych
Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Wprowadzenie. Antygen HLA-G, zaliczany do klasy Ib głównego układu zgodności tkankowej, uznawany jest za czynnik indukujący tolerancję immunologiczną. Wykazano istnienie polimorfizmu genu HLA-G oraz zmianę ekspresji antygeny w przebiegu wielu schorzeń, w tym zapalnych. W piśmiennictwie odnajdujemy jedynie pojedyncze doniesienia dotyczące polimorfizmu omawianego genu u chorych na łuszczycę zwyczajną.

Cel pracy. Projekt badawczy obejmował wstępną identyfikację SNP (ang. *single nucleotide polymorphism*) oraz mutacji typu INDEL (insercja/delecja) w sekwencji genu HLA-G (w rejonie eksonu 7 i 8 oraz intronów F i G) u pacjentów z umiarkowanie ciężką i ciężką łuszczycą zwyczajną.

Materiał i metodyka. Materiałem badawczym była krew obwodowa pobrana od 14 chorych. Kontrolę pozytywną stanowiła krew uzyskana od osoby niechorującej na łuszczycę. Analiza genetyczna otrzymanego materiału przebiegała w kilku etapach.

Wyniki. W wyniku sekwencjonowania zidentyfikowano 34 SNP, w tym tranzycje i transwersje. Spośród znanych 16 SNP zdeponowanych w międzynarodowej bazie NCBI w badanym rejonie potwierdzono obecność 8 SNP. Wśród 34 SNP zidentyfikowano 26 nowych, dotychczas nieopisanych. Wśród zidentyfikowanych 34 SNP 10 zidentyfikowano jedynie u chorych na łuszczycę, natomiast nie wykazano ich w kontroli. W żadnej z poddanych analizie prób nie zidentyfikowano mutacji typu INDEL. Wyniki identyfikacji SNP w wybranym rejonie genu HLA-G wskazują na występowanie różnych genotypów u pacjentów z umiarkowanie ciężką i ciężką łuszczycą zwyczajną.

Wnioski. Uzyskane wyniki badania wstępnego rozszerzają dotychczasową wiedzę o genomie człowieka.

Ocena ekspresji czynnika wzrostu komórek macierzystych (SCF) i jego receptora c-KIT w modulowaniu odpowiedzi immunologicznej u pacjentów z bielactwem nabytym – doniesienia wstępne

Dorota Wilamowska, Karolina Łukasik,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek,
Dariusz Jan Skarżyński, Waldemar Placek

Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Bielactwo nabyte jest ogólnoustrojową, idiopatyczną chorobą dotyczącą ok. 0,5–4% populacji. Etiopatogeneza choroby jest złożona. Najpowszechniejsza i najlepiej udokumentowana hipoteza zakłada, że do uszkodzenia melanocytów dochodzi na drodze immunologicznej. Keratynocyty i melanocyty tworzą czynnościowe i anatomiczne połączenie, tzw. naskórkową jednostkę melaninową. W prawidłowym jej funkcjonowaniu znaczenie mają cytokiny produkowane przez keratynocyty i fibroblasty. W przypadku melanogenezy zależności te dotyczą głównie: endoteliny 1 (ET-1), czynnika stymulującego wzrost kolonii granulocytów (ang. *granulocyte colony-stimulating factor* – GCSF), czynnika wzrostu komórek macierzystych (ang. *stem cell factor* – SCF), czynnika wzrostu hepatocytów (ang. *hepatocyte growth factor* – HGF). Receptor c-KIT znajdujący się na powierzchni błony melanocytu jest niezbędny dla wiązania SCF. Ponadto pośredniczy on w melanogenezie przez aktywację specyficznego dla melanocytów czynnika transkrypcyjnego związanego z mikroftalmią (ang. *melanocyte-specific microphthalmia-associated transcription factor* – MITF-M), co pośrednio wpływa na transkrypcję wielu docelowych antygenów melanosomalnych.

Celem pracy było porównanie poziomu ekspresji SCF i jego receptora c-KIT w centrum plamy bielaczej oraz w obrębie skóry zdrowej przylegającej do plamy bielaczej.

Badaniu poddano 10 pacjentów z bielactwem nabytym pozostających pod opieką Poradni Dermatologicznej Konsultacyjnej Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie. Materiał został pobrany ze skóry niepoddanej ekspozycji na promieniowanie UV. U pacjentów z *vitiligo* zaobserwowano zmniejszenie poziomu SCF w obrębie plamy bielaczej. Poziom ekspresji badanych genów jest w trakcie oznaczania przy użyciu analizy *real time* PCR. Korelacja wyników biopsji z plamy bielaczej i skóry prawidłowej w grupie badanej z danymi z grupy kontrolnej zostanie szczegółowo przedstawiona.

Ekspresja receptorów opioidowych typu MOR na komórkach raka podstawnocomórkowego

Dominik Samotij

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Receptory opioidowe typu MOR (receptory mu opioidowe, receptory μ -opioidowe) wchodzi w skład endogennego układu opioidowego (ang. *endogenous opioid system* – ESO). Najlepiej poznana rolą ESO jest udział w analgezji. Potwierdzono również jego istotną funkcję w regulacji wzrostu, różnicowaniu się i migracji keratynocytów, melanocytów, fibroblastów oraz komórek układu immunologicznego. Ostatnie doniesienia podkreślają także udział obwodowego układu opioidowego w modulowaniu reakcji zapalnej, świądu, a także progresji nowotworów.

Cel pracy. Analiza ekspresji receptorów MOR na komórkach raka podstawnocomórkowego (ang. *basal cell carcinoma* – BCC).

Materiał i metodyka. Grupę badaną stanowiło 15 pacjentów (7 kobiet i 8 mężczyzn) w wieku 64,9 \pm 12,6 roku (wiek pacjentów wahał się w przedziale od 39 do 83 lat) z potwierdzonym histopatologicznie rozpoznaniem BCC. U większości chorych zmiany nowotworowe występowały na skórze okolic odsłoniętych ($n = 13$), a średni czas trwania choroby wyniósł 3 lata. Materiał biopsyjny został przygotowany do oceny histopatologicznej i immunofluorescencyjnej metodą skrawków seryjnych. Detekcję receptorów MOR przeprowadzono przy użyciu metody immunofluorescencji pośredniej z wykorzystaniem przeciwciał anti-MOR. Analizę intensywności ekspresji receptorów MOR na komórkach BCC i komórkach niezmiennego nowotworowo naskórka tego samego pacjenta przeprowadzono przy użyciu oprogramowania ImageJ 1.49.

Wyniki. Średnia ekspresja receptora MOR na komórkach BCC (3,181 \pm 1,284) była niższa od jego ekspresji na komórkach niezmiennego nowotworowo naskórka (3,806 \pm 1,850).

Wnioski. Obserwowana obecność ekspresji receptorów MOR na komórkach BCC i wykazana różnica w stopniu tej ekspresji między komórkami nowotworowymi a niezmiennymi nowotworowo mogą mieć znaczenie podczas planowania eksperymentalnych terapii przeciwnowotworowych wykonywanych leki działające na receptory opioidowe.

Znaczenie interleukiny 16 w łuszczycy

Dorota Purzycka-Bohdan¹, Monika Zabłotna¹, Bogusław Nedoszytko¹, Aneta Szczerkowska-Dobosz¹, Michał Żmijewski², Jakub Antoniewicz², Roman Nowicki¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra i Zakład Histologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Łuszczycy jest przewlekłą chorobą zapalną skóry. W patogenezie tego częstego schorzenia znamioną rolę odgrywają zaburzenia immunologiczne, szczególnie podkreślany jest wpływ limfocytów T na nadmierną proliferację keratynocytów. Wydaje się, że interleukina 16 (IL-16) będąca cytokiną prozapalną o plejotropowym działaniu na komórki układu immunologicznego oraz właściwościach chemotaktycznych względem limfocytów T CD4+ odgrywa istotną rolę w powstawaniu zmian łuszczycowych. Dotychczas nie opisywano związku IL-16 z łuszczycą.

Cel pracy. Porównanie stężenia IL-16 w surowicy chorych na łuszczycę oraz osób zdrowych, ocena zależności pomiędzy stężeniem IL-16 a stopniem zaawansowania choroby oraz oznaczenie ekspresji mRNA dla IL-16 w obrębie zmian skórnych.

Materiał i metodyka. Grupę badaną stanowiło 48 chorych na łuszczycę zwyczajną (37 z typem I i 11 z typem II łuszczycy), natomiast grupę kontrolną 42 osoby zdrowe. Stężenie IL-16 w surowicy oznaczono metodą ELISA. Ekspresję mRNA dla IL-16 w skórze określono za pomocą metody *real-time* PCR. Nasilenie zmian skórnych oceniono wg wskaźnika PASI.

Wyniki. W grupie osób chorych stężenie IL-16 w surowicy było istotnie większe w porównaniu z grupą kontrolną ($p = 0,002$; 194,7 \pm 67,8 pg/ml *vs* 155,4 \pm 51,2 pg/ml). Zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy stężeniem IL-16 w surowicy a stopniem zaawansowania łuszczycy ($r = 0,4$, $p = 0,007$). Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy stężeniem IL-16 u chorych na łuszczycę typu I i II. Odnotowano zwiększoną ekspresję mRNA dla IL-16 w zmienionej chorobowo skórze ($p < 0,005$).

Wnioski. Interleukina 16 może odgrywać znamioną rolę w patogenezie łuszczycy. Niezbędne są dalsze badania, które wyjaśnią jej znaczenie w procesach immunologicznych zachodzących w łuszczycy.

Ocena zaburzeń snu u pacjentów dermatologicznych

Karolina Kaaz¹, Adam Reich²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Świąd, pieczenie i ból są subiektywnymi objawami różnych dermatoz. Wydaje się, że mogą one wpływać na sen, jednak dotychczas problem nie został szczegółowo zbadany.

Cel pracy. Zbadanie wpływu subiektywnych objawów chorób skóry na sen pacjentów.

Materiał i metodyka. Do badania włączono 236 pacjentów Kliniki Dermatologii (139 kobiet i 97 mężczyzn; w wieku 51,6 ±17,1 roku). Wszystkich chorych poddano dokładnemu badaniu przedmiotowemu i podmiotowemu oraz wypełniono kwestionariusze dotyczące zaburzeń snu i jakości życia. Wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Objawy subiektywne występowały w następujących grupach chorych: świąd – 82,2%, pieczenie – 39%, ból – 14%; pacjenci bez subiektywnych objawów stanowili 13,1%. Pacjenci z objawami subiektywnymi mieli znacznie obniżoną jakość życia (DLQI) w porównaniu z pozostałymi pacjentami (świąd: 12,8 ±7,0 vs 6,7 ±5,9, $p < 0,001$; pieczenie: 14,3 ±7,0 vs 10,1 ±6,9, $p < 0,001$; ból: 15,7 ±7,5 vs 11,1 ±7,0, $p < 0,001$). Pacjenci z objawami subiektywnymi częściej zgłaszali problemy ze snem niż pozostali chorzy (przedwczesne przebudzenie 60,1% vs 35,5%; brak wypoczynku 41,3% vs 25,8%). Osoby ze świądem znacznie częściej zgłaszały częste przebudzenia w trakcie nocy (76,6% vs 47,5%, $p < 0,01$). Nasilenie objawów subiektywnych (VAS) istotnie korelowało z występowaniem bezsenności (Ateńska skala bezsenności) (świąd: $R = 0,35$, $p < 0,001$; pieczenie: $R = 0,23$, $p = 0,03$) oraz poziomem jakości życia (DLQI) (świąd: $R = 0,35$, $p < 0,001$; pieczenie: $R = 0,22$, $p = 0,04$). Podobnych zależności nie obserwowano dla bólu.

Wnioski. Świąd i pieczenie skóry mogą mieć wpływ na jakość snu pacjentów dermatologicznych. Poprawa jakości snu może poprawić jakość życia pacjentów z chorobami skóry.

Ocena hormonów stresu w ślinie pacjentów z łuszczycą pod wpływem muzyki klasycznej

Olivia Heringa¹, Magdalena Kozłowska², Alicja Ograczyk¹, Witold Owczarek³

¹Zakład Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Klinika Dermatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Wprowadzenie. Opisy z piśmiennictwa wskazują na pozytywny wpływ muzyki na organizm człowieka zgodnie z zasadą, że muzyka łagodzi obyczaje.

Cel pracy. Ocena wpływu muzyki klasycznej na wybrane parametry psychologiczne i poziom hormonów stresu w ślinie u chorych na łuszczycę.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono w klinice dermatologicznej w ciągu dwóch dni hospitalizacji. Do badań zakwalifikowano 20 pacjentek z łuszczycą w wieku 18–60 lat (średnio 41,8 roku). Zastosowano następujące kwestionariusze psychologiczne: Becka do oceny depresji, SKINDEX-29 do oceny jakości życia związanej z chorobą, Holmesa i Rahe'a do oceny poziomu stresu oraz STAI do oceny poziomu lęku. W ślinie badano stężenie kortyzolu oraz siarczanu dehydroepiandrosteronu (S-DHEA) metodą ELISA.

Wyniki. Stwierdzono istotne zmniejszenie stężenia kortyzolu ($p < 0,0038$) i wzrost S-DHEA ($p < 0,002$) w ślinie po wysłuchaniu muzyki w porównaniu z sytuacją przed słuchaniem muzyki.

Wnioski. Słuchanie muzyki klasycznej może być uzupełniającą, efektywną kosztowo metodą leczenia w nowoczesnej terapii łuszczycy.

Wybrane parametry psychologiczne u neurotycznych pacjentów z przewlekłymi chorobami skóry

Anna Płatkowska, Arletta Skrzypczak, Anna Kępska, Alicja Ograczyk

Zakład Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Wiele danych z piśmiennictwa wskazuje na istotną rolę sfery *psyche* w terapii chorób przewlekłych.

Cel pracy. Ocena strategii radzenia sobie ze stresem, poczucia własnej skuteczności oraz cech osobowości u pacjentów poradni lekarza rodzinnego

cierpiących na niezakaźne przewlekłe choroby dermatologiczne.

Materiał i metodyka. Do badań zakwalifikowano 84 pacjentów (56 kobiet, 28 mężczyzn) w wieku 18–60 lat z następującymi rozpoznaniem: łojotokowe zapalenie skóry, łuszczyca zwyczajna, przewlekły wyprysk kontaktowy, pokrzywka i trądzik pospolicie. U pacjentów przeprowadzono badania kwestionariuszowe przy zastosowaniu: ankiety socjodemograficznej własnego autorstwa, kwestionariusza INTE Shuttera (adaptacja polska Ciechanowicz i wsp.) do oceny inteligencji emocjonalnej, skalę GSES autorstwa Schwarzer i Jerusalem (adaptacja polska – Juczyński) do oceny poczucia własnej skuteczności oraz kwestionariusza CISS autorstwa Endlera (adaptacja polska – Szczepaniak i wsp.) oceniającego strategię radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej, przyjmując wartości $p \leq 0,005$ za istotne statystycznie.

Wyniki. Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy neurotycznością a strategią koncentracji na emocjach ($r = 0,63$, $p < 0,0001$), ekstrawersją i strategią unikowo-ucieczkową ($r = 0,24$, $p = 0,05$). Ponadto wykazano dodatnią istotną statystycznie zależność pomiędzy ekstrawersją a angażowaniem się w czynności zastępcze ($r = 0,48$, $p < 0,0001$), ugodowością a strategią skoncentrowaną na zadaniu ($r = 0,22$, $p = 0,05$), ugodowością a strategią unikowo-ucieczkową ($r = 0,033$, $p < 0,0001$), świadomością i skoncentrowaniem się na zadaniu ($r = 0,39$, $p < 0,0001$). Zaobserwowano również negatywne korelacje pomiędzy neurotycznością a strategią zadaniową ($r = -0,24$, $p = 0,05$) oraz ugodowością a poszukiwaniem kontaktów towarzyskich ($r = -0,27$, $p = 0,05$).

Wnioski. Identyfikacja neurotycznych pacjentów z przewlekłymi chorobami skóry powinna zaalarmować każdego przedstawiciela opieki zdrowotnej do zaoferowania szerszej pomocy medycznej, obejmującej emocjonalne aspekty choroby, jak również wzmocnienie własnej skuteczności pacjentów.

Ocena częstości występowania skórnych objawów niepożądanych oraz ewentualnych ich korelacji z objawami klinicznymi i wynikami badań laboratoryjnych w trakcie terapii trójlekowej z powodu przewlekłego zapalenia wątroby typu C

Piotr Parcheta¹, Elżbieta Klujczo¹,
Dorota Zarębska-Michaluk², Ewa Ochwanowska³

¹Oddział Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

²Klinika Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

³Zakład Fizjologii Zwierząt Instytutu Biologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wprowadzenie. U pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZWC) z 1 genotypem wirusa uzyskuje się wysoki, trwały odsetek odpowiedzi wirusologicznej po leczeniu inhibitorami proteazy – boceprewirem (BOC) i telaprewirem (TVR) w połączeniu z pegylowanym interferonem i rybawiryną. Terapii towarzyszą typowe dla tych leków działania niepożądane, w tym zmiany skórne, świąd skóry oraz odbytu.

Cel pracy. Ocena częstości występowania oraz korelacji pomiędzy zmianami skórnymi, świądem skóry i odbytu a wybranymi parametrami klinicznymi i laboratoryjnymi u pacjentów w trakcie terapii trójlekowej przewlekłego WZWC.

Materiał i metodyka. Analizą objęto 109 pacjentów, w tym 60 kobiet (55%) i 49 mężczyzn (45%), w wieku 23–77 lat z rozpoznaniem przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C z 1 genotypem, leczonych terapią trójlekową z użyciem BOC (pierwsza grupa) i TVR (druga grupa). Zbadano wyjściowe parametry laboratoryjne oraz takie czynniki, jak: wiek, płeć, stopień włóknienia miększu wątroby, genotyp wirusa i wiremia, obecność krioglobulin, autoimmunologicznego zapalenia tarczycy, przebieg i efekt dotychczasowego leczenia. Istotność statystyczną oceniano za pomocą testu *t*-Studenta, a także zastosowano współczynnik korelacji *r*-Pearsona.

Wyniki. Skórne objawy niepożądane obserwowano u 26% osób leczonych. Świąd skóry i zmiany skórne występowały częściej u mężczyzn w trakcie terapii z TVR. Zmiany skórne pojawiały się częściej u pacjentów leczonych pegylowanym interferonem 2a. W trakcie terapii BOC zmiany skórne stwierdzano istotnie częściej u pacjentów z niższym wyjściowym poziomem AST, ALT i wyższym poziomem płytek.

Wnioski. Skórne objawy niepożądane występowały u badanych pacjentów z mniejszą częstością niż w badaniach klinicznych. Stwierdzone korelacje wymagają przeprowadzenia badań w większej grupie.

Charakterystyka świądu w liszaju płaskim

Kalina Welz-Kubiak

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Liszaj płaski (*lichen planus* – LP) jest nieinfekcyjną, przewlekłą dermatozą grudkową o nie w pełni poznanej etiopatogenezie. Zmianom chorobowym towarzyszy często bardzo silny świąd, jednak do tej pory objaw ten nie został dokładnie oceniony.

Cel pracy. Charakterystyka obrazu klinicznego świądu w LP.

Materiał i metodyka. Do badania włączono 77 osób z LP (52 kobiety i 25 mężczyzn; wiek $55,2 \pm 10,4$ roku). Pacjenci zostali poddani badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu, a na podstawie uzyskanych danych wypełniano specjalnie w tym celu przygotowany kwestionariusz. Nasilenie świądu oceniono za pomocą wizualnej skali analogowej (ang. *Visual Analog Scale* – VAS) i kwestionariusza świądowego.

Wyniki. Świąd obecny był u większości pacjentów z LP (94,8%), zazwyczaj był określany jako najbardziej dokuczliwy objaw tej choroby (64,9%) i występował ze średnim nasileniem $6,9 \pm 2,8$ pkt w skali VAS. Większość pacjentów odczuwała świąd codziennie (78,9%), epizody świądu trwały dłużej niż minutę (38,2%), a nawet dłużej niż 10 minut (38,2%) i często występowały wieczorem (70,1%). Pacjenci odczuwali świąd w obrębie zmian skórnych zlokalizowanych głównie na kończynach górnych (56,6%) i dolnych (60,5%). Świąd był często opisywany jako pieczenie (48,6%). Ponadto świąd był dla wielu pacjentów uciążliwy (54,7%) i denerwujący (54,7%). Następujące czynniki powodowały zwiększenie świądu: pot (51,3%), wysoka temperatura (51,3%), stres (43,2%) oraz gorąca woda (40,8%), podczas gdy zimna woda (33,3%) i zimne powietrze (25,0%) często powodowały zmniejszenie świądu.

Wnioski. Świąd jest głównym objawem LP. Szczegółowa charakterystyka świądu spowoduje lepsze zrozumienie tego objawu i dzięki temu przyczyni się do poprawy skuteczności obecnych i przyszłych strategii terapeutycznych stosowanych w tej jednostce chorobowej.

Analiza problemów skórnych u pacjentów w wieku podeszłym

Radomir Reszke¹, Dorota Pełka¹, Angela Walasek¹,
Zbigniew Machaj², Adam Reich³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

³Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Problematyka skóry starczej rzadko stanowi przedmiot zainteresowania prac badawczych.

Cel pracy. Podjęto próbę określenia częstości występowania najczęstszych schorzeń dermatologicznych u pacjentów w wieku podeszłym oraz zbadania ich związku z pojawieniem się schorzeń ogólnoustrojowych.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto grupę 198 osób, które ukończyły 65 lat. Wszyscy uczestnicy zostali poddani dokładnemu badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu, a na podstawie uzyskanych danych wypełniano autorską ankietę zawierającą dane kliniczne.

Wyniki. U wszystkich przebadanych osób występowała przynajmniej jedna choroba skóry. Wykazano istotną korelację pomiędzy łączną liczbą schorzeń systemowych a liczbą stwierdzanych schorzeń skórnych ($\rho = 0,41$; $p < 0,001$). Najczęstsze nieprawidłowości obejmowały plamy soczewicowate (83,8%), naczyńki starcze (59,1%), nasiloną suchość skóry (58,6%), brodawki łojotokowe (54%), żyłaki kończyn dolnych (49%), obrzęki kończyn dolnych (42,4%) oraz świąd skóry (34,8%), przy czym w grupie osób po 75. roku życia istotnie częściej niż w grupie chorych w wieku 65–74 lat stwierdzano plamy soczewicowate (90,5% vs 74,4%; $p < 0,01$), obrzęki kończyn dolnych (50,9% vs 30,5%; $p < 0,01$), nagniotki (40,5% vs 25,6%, $p < 0,05$), rogowacenie słoneczne (24,1% vs 8,5%; $p < 0,01$) i grzybicę paznokci (22,4% vs 9,8%; $p = 0,03$), natomiast w grupie osób przed 75. rokiem życia częściej obserwowano łuszczycę (14,6% vs 2,6%; $p < 0,01$). Cukrzyca sprzyjała rozwojowi grzybic paznokci (26,8% vs 13,4%; $p < 0,05$), hipercholesterolemia łątkom żółtym (43,5% vs 4%; $p < 0,001$) i skórnym zmianom polekowym (17,4% vs 4%; $p = 0,03$), a niedoczynność tarczycy żyłakom kończyn dolnych (75,0% vs 46,1%; $p = 0,03$) i łysieniu telogenowemu (15% vs 1,7%; $p = 0,02$).

Wnioski. Choroby skóry stanowią powszechny i aktualny problem pacjentów w wieku podeszłym. Stosunkowo prosta ocena kliniczna umożliwi identyfikację najważniejszych problemów dermatologicznych wieku podeszłego.

Zastosowanie autofluorescencji skórnej w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych na łuszczycę

Karolina Kopeć-Pyciarz, Wojciech Baran

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. W świetle najnowszych badań zaawansowane produkty glikacji białek i lipidów (ang. *advanced glycation end products* – AGEs) odgrywają znaczącą rolę w rozwoju zmian miażdżycowych. Produkty te powstają w przebiegu hiperlipidemii, hiperglikemii i stresu oksydacyjnego – zaburzeń powszechnie spotykanych u chorych na łuszczycę. W ostatnim czasie pojawiła się możliwość nieinwazyjnego oszacowania stężenia AGEs w tkankach za pomocą autofluorescencji skórnej. Do chwili obecnej nie badano autofluorescencji skórnej u chorych na łuszczycę.

Cel pracy. Określenie wartości autofluorescencji skórnej u chorych na łuszczycę w porównaniu z populacją zdrową oraz próba znalezienia zależności między wskaźnikiem autofluorescencji skórnej a typem łuszczycy, postacią kliniczną, zaawansowaniem choroby ocenianym za pomocą wskaźnika PASI i BSA, wykładnikami stanu zapalnego i cechami zespołu metabolicznego.

Materiał i metodyka. Badanie przeprowadzono u 70 chorych na łuszczycę zwykłą w wieku 18–92 lat. Grupa kontrolna była dobrana odpowiednio pod względem płci i wieku. Badania laboratoryjne przeprowadzono, stosując standardowe metody oznaczeń. Nieinwazyjnych pomiarów skórnej autofluorescencji dokonano aparatem AGE Reader firmy DiagnOptics BV, Groningen, Holandia, według wytycznych z piśmiennictwa. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wnioski. Autofluorescencja skórna może być przydatną nieinwazyjną metodą badającą zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej u chorych na łuszczycę. Dodatkowo metoda ta może być wykorzystana do oceny ogólnoustrojowego stanu zapalnego oraz tzw. czynników ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych na łuszczycę.

Ocena ciężkości i obrazu klinicznego świądu u kobiet ciężarnych

Justyna Szczęch¹, Adam Reich¹, Artur Wiatrowski²

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Świąd, definiowany jako nieprzyjemne odczucie prowadzące do drapania się, jest najczęstszym objawem subiektywnym towarzyszącym chorobom skóry. Mimo że świąd jest objawem często stwierdzanym u kobiet ciężarnych, niewiele jest prac zajmujących się tą problematyką bardziej szczegółowo.

Cel pracy. Ocena częstości występowania i charakterystyka świądu u kobiet w ciąży.

Materiał i metodyka. Przeprowadzono prospektywne, przekrojowe badanie w grupie 206 kobiet w ciąży w wieku 30,1 ± 5,6 roku (zakres: 17–44 lata). Włączono 109 pierwiastek (52,9%) i 97 wieloródek (47,1%). Na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego wypełniono specjalnie stworzoną ankietę. Ponadto pacjentki oceniały nasilenie świądu w skali VAS i VRS. Wykorzystano także kwestionariusz DLQI. Wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Świąd w chwili badania był obecny u 19,4% kobiet ($n = 40$), podczas gdy częstość występowania świądu w całym okresie ciąży wynosiła 34,0% ($n = 70$). Świąd pojawiał się średnio w 27,5 ± 7,7 Hbd (zakres: 1–38 Hbd) i najczęściej dotyczył brzucha (85%), rąk (47,5%) oraz stóp (45%). Na podstawie VAS oceniono jego nasilenie jako umiarkowane (średnio: 5,0 ± 2,5 pkt, zakres: 1–10 pkt); według VRS 7 (17,5%) kobiet oceniło świąd jako ciężki lub bardzo ciężki. Wartość DLQI mieściła się w zakresie 0–18 pkt (średnio: 3,4 ± 4,4 pkt) i korelowała z punktacją VAS ($r = 0,6$, $p < 0,001$). Dodatkowo odpowiednio 32,5% i 20% kobiet ciężarnych ze świądem zgłosiło istotne problemy z zasypianiem i częste wybudzenia.

Wnioski. Około 1/3 kobiet w ciąży cierpi z powodu świądu, najczęściej o umiarkowanym nasileniu. Dla znacznej grupy kobiet ciężarnych jest to bardzo przykry i niepokojący objaw.

Piodermia zgorzelinowa: analiza retrospektywna pacjentów hospitalizowanych w Klinice Dermatologii i Wenerologii w Białymstoku w latach 2004–2013

Agnieszka Zonenberg¹, Iwona Mielniczuk¹,
Magdalena Świstak¹, Anna Baran², Iwona Flisiak²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Piodermia zgorzelinowa jest rzadką dermatozą zapalną o nieznanej etiologii. W około 50% przypadków współwystępuje z chorobami układowymi, m.in. chorobami zapalnymi jelit czy gammatiami.

Cel pracy. Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej pacjentów z piodermią zgorzelinową.

Materiał i metodyka. Analizie poddano pacjentów hospitalizowanych z powodu piodermii zgorzelinowej w Klinice Dermatologii i Wenerologii w Białymstoku w latach 2004–2013. Pod uwagę brano płeć i wiek chorych, schorzenia współistniejące, obraz kliniczny oraz przebieg choroby i stosowane leczenie. W latach 2004–2013 hospitalizowanych z powodu piodermii zgorzelinowej było 34 pacjentów, co stanowiło 0,3% wszystkich chorych hospitalizowanych w tym czasie. W analizowanej grupie 17 pacjentów było płci męskiej (50%) i 17 płci żeńskiej (50%). Wiek chorych wynosił 27–85 lat (średnia 51,5 roku).

Wyniki. U 61% pacjentów obserwowano współwystępowanie innych schorzeń. Nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 47,05%, choroby endokrynologiczne u 26,47%, a nieswoiste zapalenia jelit u 17,64% pacjentów. U 2,94% pacjentów występowała piodermia z nietypowym zajęciem płuc, a u 20,5% – podwyższone wskaźniki stanu zapalnego. W wywiadzie dermatologicznym 14,7% pacjentów zgłosiło wystąpienie róży w obrębie kończyny zajętej później przez piodermię zgorzelinową. Zmiany skórne najczęściej występowały w obrębie kończyn dolnych (70,58%), następnie pleców (20,58%). W leczeniu systemowym u ponad połowy pacjentów stosowano glikokortykosteroidy, często w połączeniu z dapsonem i cyklosporyną.

Wnioski. Przeprowadzona analiza potwierdziła częstsze występowanie piodermii zgorzelinowej u osób w wieku średnim oraz jej powiązanie ze schorzeniami układowymi i wskaźnikami ogólnoustrojowego odczynu zapalnego. Zmiany chorobowe najczęściej dotyczą kończyn dolnych. Zaobserwowano zależność pomiędzy lokalizacją zmian o charakterze róży w przeszłości a lokalizacją zmian w przebiegu piodermii zgorzelinowej.

Epidemiologiczne rozpoznanie problemu chorób alergicznych skóry wieku dziecięcego w rejonie grodzieńskim

Oleg Agievec¹, Andrzej Szpakow²

¹Białoruski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Mińsku, Białoruś

²Katedra Medycyny Sportowej i Rehabilitacji Grodzieńskiego Państwowego Uniwersytetu im. Janki Kupały w Grodnie, Białoruś

Wprowadzenie. Wyniki badań epidemiologicznych wykazują wzrost częstości występowania chorób alergicznych skóry u dzieci. Zwiększenie liczby dermatoz alergicznych obserwuje się także na terenie rejonu grodzieńskiego.

Cel pracy. Zastosowanie programu badań epidemiologicznych występowania alergicznych chorób skóry u dzieci w rejonie grodzieńskim w celu określenia rozpowszechnienia tych chorób i wykrycia czynników ryzyka.

Materiał i metodyka. Zastosowano zunifikowane populacyjne badanie kwestionariuszowe 5028 rodziców w reprezentatywnych grupach dzieci miejskich i wiejskich w wieku 6–14 lat w Grodnie i rejonie grodzieńskim (2606 dzieci miejskich i 2422 dzieci wiejskich) w latach 2009–2010 i analogiczne badanie 4953 rodziców (odpowiednio 2187 i 2766) w 2014 roku. Przy projektowaniu harmonogramu badań wykorzystano założenia oraz metodologię i standardy badań ISAAC.

Wyniki. Częstość występowania atopowego zapalenia skóry wśród badanych dzieci wynosiła w 2009 roku 10,2% (515 dzieci; 314 dzieci miejskich – 12,1% i 201 dzieci wiejskich – 8,3%, $p < 0,001$), a w 2014 roku 16,7% ($p < 0,001$) (825 dzieci: 425 miejskich – 19,4% i 400 wiejskich – 14,5%, $p < 0,001$). Uczulenie na pokarmy w postaci objawów skórnych stwierdzono w 2009 roku u 1054 (20,96%), a w 2014 roku u 1379 (27,8%) badanych dzieci. Uczulenie na pokarmy rozpoznawano częściej u dzieci miejskich (odpowiednio 25,3% i 36,1%, $p < 0,001$ i 16,3% i 21,3%, $p < 0,001$).

Wnioski. W ciągu ostatnich 5 lat odnotowano wysoki odsetek przypadków atopowego zapalenia skóry u dzieci na Grodzieńszczyźnie. Liczba zachorowań na to schorzenie jest 1,5 razy większa w miastach niż na wsi. Wskaźniki zapadalności na AZS mogą stanowić podstawę do opracowania i wdrożenia epidemiologicznych programów zapobiegania i oceny skuteczności profilaktyki na szczeblu regionalnym i międzynarodowym.

Wspólne składniki kosmetyków i pokarmów – analiza deklarowanych składów produktów spożywczych i kosmetycznych pod kątem substancji potencjalnie uczulających

Jadwiga Kalicińska, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Wprowadzenie. Reakcje alergiczne na produkty kosmetyczne i spożywcze są często spotykane. Brakuje natomiast danych na temat analizy wspólnych składników kosmetyków i pokarmów pod względem substancji potencjalnie uczulających.

Cel pracy. Analiza składu produktów spożywczych oraz kosmetycznych pod względem występowania w nich wspólnych substancji potencjalnie uczulających.

Materiał i metodyka. Analizie poddano 150 produktów spożywczych oraz 150 produktów kosmetycznych ogólnodostępnych w hipermarketach oraz drogeriach na terenie Krakowa. W obrębie obu tych grup wyodrębniono 15 kategorii produktów spożywczych oraz 15 kategorii produktów kosmetycznych. Produkty spełniające kryteria włączenia do danej kategorii poddano dokładnej analizie składu zamieszczonego na ich opakowaniu. Substancje wchodzące w skład produktów kosmetycznych analizowano wg nomenklatury INCI, a pełnione przez nie funkcje zdefiniowano na podstawie bazy danych CosIng, natomiast funkcje poszczególnych składników produktów spożywczych określono na podstawie danych zawartych w tabelach dodatków i składników chemicznych wg Stathama. Zidentyfikowane składniki przeanalizowano pod względem znanego z piśmiennictwa potencjału uczulającego na podstawie kwerendy w bazach bibliograficznych PubMed, Scopus oraz Embase.

Wyniki. W deklarowanym składzie 150 produktów spożywczych zidentyfikowano łącznie 242 substancje, natomiast w 150 produktach kosmetycznych – 835. Spośród zidentyfikowanych substancji wyodrębniono 16 najczęściej powtarzających się, z czego w odniesieniu do 11 opisano w piśmiennictwie reakcje alergiczne.

Wnioski. Wśród przeanalizowanych produktów spożywczych i kosmetycznych średnio co trzeci zawiera przynajmniej jedną ze zidentyfikowanych substancji. Najczęściej występującymi składnikami z tej grupy są benzoesan sodu, sól wapniowo-sodowa kwasu etylenodiaminotetraoctowego oraz witamina E.

Farmakoterapia łojotokowego zapalenia skóry – analiza rozbieżności między wytycznymi ekspertów, dokumentami rejestracyjnymi i dowodami skuteczności rekomendowanych leków

Katarzyna Kordus, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Wprowadzenie. Ustawodawcy oraz Narodowy Fundusz Zdrowia nakładają na lekarzy obowiązek ordynowania leków zgodnie ze wskazaniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL). Ordynacja poza wskazaniem (*off-label*) może być interpretowana jako „eksperyment medyczny” i nieść ze sobą następujące konsekwencje: przeniesienie odpowiedzialności za działania niepożądane przepisanego leku z „podmiotu odpowiedzialnego” na lekarza, utrata ubezpieczenia od OC i w większości przypadków zniesienie refundacji leku.

Cel pracy. Analiza zgodności wskazań określonych w ChPL dla leków zarejestrowanych w Polsce w leczeniu łojotokowego zapalenia skóry (ŁZS) z aktualnymi wytycznymi ekspertów oraz dowodami naukowymi dotyczącymi skuteczności terapeutycznej rekomendowanych i zarejestrowanych leków. Uwzględniono ponadto politykę refundacji analizowanych leków.

Materiał i metodyka. Analizą objęto wytyczne ekspertów dotyczące leczenia ŁZS, które skonfrontowano z ChPL rekomendowanych leków. Następnie przeprowadzono przegląd systematyczny badań klinicznych dotyczących skuteczności leków i ocenę jakości badań z użyciem systemu GRADE. Przeanalizowano również zasady refundacji leków w terapii ŁZS.

Wyniki. Spośród leków rekomendowanych przez ekspertów do leczenia ŁZS zarejestrowanych było 185 produktów leczniczych, z czego 68 produktów leczniczych miało wskazanie rejestracyjne do leczenia ŁZS. Spośród leków rekomendowanych i zarejestrowanych do leczenia ŁZS substancje aktywne o potwierdzonej badaniami wysokiej lub średniej skuteczności w leczeniu ŁZS zawierało 18 produktów leczniczych. Spośród produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w Polsce, lecz niezarejestrowanych do leczenia ŁZS, 24 preparaty zawierały 3 substancje aktywne o skuteczności potwierdzonej badaniami o wysokiej lub średniej jakości. Refundacja w tym wskazaniu obejmowała 6 miejscowych

oraz 9 ogólnych preparatów glikokortykosteroidowych.

Wnioski. Występują znaczne rozbieżności między rekomendacjami ekspertów dotyczącymi farmakoterapii ŁZS a dowodami naukowymi dotyczącymi skuteczności rekomendowanych leków i dokumentami rejestracyjnymi.

Świerzbieżka guzkowa Hyde – opis przypadku klinicznego

Anna Kułakowska, Ewa Wygonowska,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, Waldemar Placek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Prurigo nodularis jest schorzeniem charakteryzującym się obecnością zmian skórnych o charakterze guzkowym, u którego podłoża leży świąd skóry, nie rzadko o znacznym nasileniu. Zmiany skórne prowokowane są powtarzalnym urazem mechanicznym i mogą mieć różnorodną etiologię, jednak w praktyce klinicznej każdorazowo należy rozpatrywać możliwość występowania świądu jako rewelatora procesu nowotworowego.

W poniższej pracy zaprezentowany zostanie opis przypadku klinicznego 61-letniego pacjenta skierowanego do Kliniki Dermatologii w celu diagnostyki mnogich, rozsianych zmian skórnych o charakterze guzkowym, obejmujących rozległe obszary ciała, którym towarzyszył nasilony świąd skóry o krótkim, około 3-miesięcznym wywiadzie chorobowym. W trakcie leczenia zaobserwowano istotne odchylenie od normy w zakresie monocytów krwi obwodowej, co nasunęło podejrzenie choroby rozrostowej układu krwiotwórczego. Dalsza diagnostyka potwierdziła wstępne rozpoznanie przewlekłej białaczki mielomonocytozowej.

Pokrzywka fizykalna z zimna wyzwaniem nie tylko dla klinicysty. Opis przypadku klinicznego i przegląd piśmiennictwa

Anna Malewska-Woźniak, Dorota Jenerowicz,
Zygmunt Adamski

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Pokrzywka należy do najczęstszych chorób skóry i jest jedną z częstszych przyczyn konsultacji dermatologicznych. Stanowi wyzwanie diagnostyczne nie tylko dla niejednego klinicysty, lecz także dla pacjenta. Szacuje się, że dotyczy ona aż 8,8–20% populacji, częściej kobiet niż mężczyzn (3 : 2). Przedstawione opracowanie pozwala zapoznać się z odmianami pokrzywek, jak również pokazuje możliwości diagnostyczne i terapeutyczne w tej heterogenicznej grupie chorób.

Na podstawie opisu przypadku klinicznego 23-letniego pacjenta w szczególny sposób została przedstawiona jedna z odmian pokrzywki – pokrzywka fizykalna z zimna. Dzięki nowej metodzie diagnostycznej (*Threshold Temp Test*) wyjaśniono etiologię nagłego pojawienia się obrzęku naczynioruchowego oraz bąbli pokrzywkowych.

Pokrzywka świetlna (*solar urticaria*) – prezentacja przypadku

Karolina Kowalczyk, Małgorzata Michalska-Jakubus,
Michał Adamczyk, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Pokrzywka świetlna lub pokrzywka słoneczna to rzadka odmiana pokrzywki przewlekłej, należąca do kręgu fotoalergicznym chorób skóry. Choroba powstaje w mechanizmie immunologicznym. U jej podłoża leży natychmiastowa reakcja IgE-zależna (I typ reakcji alergicznej). Czynnikiem wywołującym jest promieniowanie o różnej długości fali – od 290 nm do widma widzialnego. W celu ustalenia długości fali odpowiedzialnej za wyzwalanie zmian konieczne jest przeprowadzenie testów świetlnych. Diagnostyka musi być potwierdzona określeniem minimalnej dawki wywołującej zmiany pokrzywkowe. Ponadto należy oznaczyć poziom IgE, składowych dopełniacza C3 i C4, ANA oraz poziom porfiryn w krwi i moczu. Klinicznie choroba objawia się obecnością wykwitów rumieniowych oraz bąbli pokrzywkowych, silnie swędzących, które pojawiają się w ciągu kilku minut od ekspozycji w miejscach poddanych działaniu promieniowania, jak również w okolicach osłoniętych. W skrajnych przypadkach mogą występować nasilone odczyny z objawami wstrząsu anafilaktycznego. W leczeniu stosuje się preparaty antyhistaminowe, przeciwleukotrienowe oraz glikokortykosteroidy ogólnie i miejscowo. Profilaktycznie zaleca się fotoprotekcję (filtry przeciwsłoneczne SPF 50+), chlorochinę lub β-karoten. Plazmafereza może być zastosowana u pacjentów, u których wykazano w surowicy obecność krążących przeciwciał skierowanych przeciwko nieznanemu dotąd alergenowi.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku chorej na pokrzywkę świetlną. Pacjentka, lat 24, została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu pojawiających się od około 2 lat plam rumieniowych, bąbli pokrzywkowych i świądu skóry po ekspozycji na promieniowanie UV. W wywiadzie podawała zasłabnięcie i uogólniony rumień po epizodzie opalania w solarium. Podczas prób świetlnych obserwo-

wano rumień znacznie przekraczający nasświetlaną okolicę oraz intensywny świąd. Pacjentkę poddano PUVA-terapii z dobrym efektem terapeutycznym.

takie jak ziemniaki, marchew, kiwi, ogórki, sałata oraz pietruszka.

Wyprysk kontaktowy dłoni spowodowany kontaktem z białkiem ziemniaka

Magdalena Pirowska, Aleksander Obtułowicz, Anna Wojas-Pelc

Klinika Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego
Collegium Medicum w Krakowie

Wprowadzenie. Białkopochodne kontaktowe zapalenie skóry (ang. *protein contact dermatitis* – PCD) jest IgE-zależną reakcją alergiczną, która pomimo ogromnego postępu wiedzy jest jednostką „niedodiagnozowaną” we współczesnej medycynie. Zmiany skórne o przewlekłym i nawrotowym przebiegu są analogiczne do obrazu klinicznego kontaktowego zapalenia skóry alergicznego i z podrażnienia (ang. *allergic contact dermatitis* – ACD; ang. *irritant contact dermatitis* – ICD). Cechą odróżniającą powyższą jednostkę chorobową od klasycznej alergii kontaktowej jest większa masa cząsteczki wywołującej reakcję. Skórne testy płatkowe zazwyczaj są ujemne. Utrudnia to diagnostykę, uniemożliwia prawidłowe rozpoznanie i leczenie oparte na unikaniu alergenu.

Opis przypadku. Kobieta 48-letnia zgłosiła się do poradni z powodu rumieniowo-łuszczających zmian skórnych z towarzyszącym silnym świądem występujących na dłoniach od około 6 miesięcy. Pacjentka łączyła pojawianie się zmian z zajęciami domowymi, przede wszystkim gotowaniem i kontaktem z żywnością. W celu pogłębienia diagnostyki zalecono wykonanie klasycznych naskórkowych testów płatkowych z zestawem podstawowym *True Test*. Nie potwierdzono alergii kontaktowej. Zalecono wykonanie testów *prick-by-prick* z pokarmami często stosowanymi w gospodarstwie domowym. Dodatkowo wyniki testów *prick-by-prick* obserwowano w przypadku ziemniaka. Zalecono eliminację alergenu oraz emolienty. Uzyskano całkowite ustąpienie zmian skórnych.

Wnioski. Białkopochodne kontaktowe zapalenie skóry jest rozpoznawane rzadko, dlatego nie istnieją wymierne dane epidemiologiczne. Szacuje się, że około 50% przypadków wiąże się z atopią. Częściej pojawia się u chorych z uszkodzoną barierą skórno-naskórkową. Prawidłowa ocena substancji prowokującej występowanie zmian skórnych jest bardzo istotna, ponieważ najczęściej są to produkty powszechnie stosowane w gospodarstwie domowym,

Łuszczycza indukowana adalimumabem u pacjentki leczonej z powodu *colitis ulcerosa* – opis przypadku

Edyta Lelonek-Rybicki, Łukasz Matusiak, Joanna Maj, Magdalena Dębicka

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Inhibitory TNF- α poprzez wpływ na procesy immunologiczne znalazły zastosowanie w leczeniu wielu chorób, m.in. nieswoistych zapaleń jelit czy łuszczycy. W piśmiennictwie opisywano dotychczas pojedyncze przypadki łuszczycy indukowanej adalimumabem.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku chorej, u której w trakcie leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego wystąpiła łuszczycza indukowana adalimumabem.

Opis przypadku. Pacjentka 18-letnia z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna, leczona od 4 lat lekami biologicznymi. Początkowo zastosowano infliksymab, jednak nie uzyskano zadowalającego efektu terapeutycznego, następnie chorą zakwalifikowano do leczenia adalimumabem w dawce 20 mg co 2 tygodnie. Po około 1,5 roku terapii z powodu zaostżenia procesu zapalnego jelit zwiększono dawkę adalimumabu do 20 mg co 7 dni. Po 3 miesiącach od zmiany dawki obserwowano pojawienie się na skórze typowych zmian łuszczycowych. Na podstawie obrazu klinicznego i badania histopatologicznego rozpoznano łuszczycę. W leczeniu zastosowano preparaty miejscowe z dobrym efektem.

Wnioski. Przedstawiona pacjentka to kolejny przypadek paradoksalnej reakcji w trakcie leczenia inhibitorem TNF- α – adalimumabem. Współwystępowanie chorób z kręgu IMID (ang. *immune-mediated inflammatory disease*) stwarza trudności terapeutyczne i wymaga ponownego spojrzenia na etiopatogenezę tych chorób, które mogą mieć wspólne podłoże.

Łuszczyca zwyczajna u pacjentów z zespołem Downa, zespołem Turnera i zespołem Ehlersa-Danlosa – opis przypadków

Magdalena Gordon, Katarzyna Feliksik-Skrobich, Małgorzata Mazur, Zygmunt Adamski

Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Zespół Ehlersa-Danlosa jest chorobą uwarunkowaną genetycznie, spowodowaną nieprawidłowościami w syntezie lub obróbce potranslacyjnej kolagenu. Choroba dziedziczy się najczęściej w sposób autosomalny dominujący. U dzieci częściej obserwuje się podwichnięcie stawów biodrowych, stopę końsko-szpotawą i zwiększoną kruchość naczyń krwionośnych. Dorośli pacjenci z zespołem Ehlersa-Danlosa cierpią na choroby dotyczące układu pokarmowego. Dodatkowo obserwuje się przewlekłe zapalenia tkanek okołozębowych, tendencję do sińców, blizny zanikowe i upośledzone gojenie się ran. U chorych dorosłych występują często reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczyca pospolita, nadmierne łamliwość kości i zwichnięcia stawów. Zespół Turnera jest chorobą uwarunkowaną genetycznie, spowodowaną całkowitym lub częściowym brakiem jednego z chromosomów X. Jest to jedna z częstszych aberracji i jedna z najczęstszych przyczyn spontanicznych poronień. W zespole Turnera dość wyraźnie zaznaczone są cechy dysmorficzne, takie jak: pletwiasta szyja, zmarszczka nakątna, hipertelorizm oczny, koślawość stawów kolanowych i łokciowych. Dorośli pacjenci obarczeni są zwiększonym ryzykiem rozwoju otyłości, osteoporozy, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy. Częściej występują u nich infekcje dróg moczowych czy problemy laryngologiczne. U chorych z zespołem Turnera dwukrotnie częściej rozwijają się choroby z kręgu autoimmunologii: choroba Hashimoto, celiakia, wrzodziejące zapalenie jelita grubego. W zespole Turnera można obserwować następujące dermatozy: łuszczycę, bielactwo, nadmierne wypadanie włosów oraz nasiloną suchość skóry. Zespół Downa jest najczęstszą chorobą wywołaną przez aberracje chromosomalne i jednocześnie główną przyczyną upośledzenia umysłowego. Szacuje się, że choroba ta występuje z częstością 1 na 700–800 żywych porodów. Dorośli pacjenci z zespołem Downa obarczeni są większym ryzykiem rozwoju otyłości, zaćmy, utraty słuchu i różnego typu infekcji skóry. W zespole Downa można obserwować dermatozy, takie jak: suchość skóry, grzybica stóp, dermatofitowa grzybica paznokci, atopowe zapalenie skóry, łojotokowe zapalenie skóry, trądzik zwyczajny, łysienie plackowate, bielactwo, zapalenie

mieszków włosowych o etiologii *Malassezia furfur*, liszaj płaski i łuszczyca.

Łuszczyca zwykła współistniejąca z liszajem płaskim błon śluzowych

Paulina Kiluk, Małgorzata Janczyło-Jankowska, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Łuszczyca i liszaj płaski należą do przewlekłych zapalnych schorzeń dermatologicznych, których współwystępowanie jest rzadko opisywane. Mimo nie do końca poznanej etiopatogenezy obu jednostek, czynniki autoimmunologiczne odgrywają istotną rolę w ich rozwoju. Wspólną cechą jest występowanie objawu Koebnera. Zasadnicze różnice dotyczą obrazu klinicznego, histopatologicznego oraz zjawisk immunologicznych.

Cel pracy. Przedstawienie rzadkiego przypadku współistnienia łuszczycy zwykłej o charakterze wyprzeniowym z liszajem płaskim błon śluzowych.

Opis przypadku. Pacjentka 75-letnia z 3-letnim wywiadem liszaja płaskiego błon śluzowych zgłosiła się do Kliniki z powodu utrzymujących się od 2 lat silnie swędzących zmian rumieniowych zlokalizowanych w obrębie pachwin oraz wykwitów grudkowo-rumieniowych, które pojawiły się 2 tygodnie po zabiegu laparotomii w obrębie miejsca operowanego na podbrzuszu. Ponadto w obrębie błony śluzowej obu policzków obserwowano drzewkowate zbielenia nabłonka. W wykonanym ambulatoryjnie badaniu mikologicznym bezpośrednim ze zmian rumieniowych stwierdzono obecność nielicznych drożdżaków. W trakcie hospitalizacji w Klinice pobrano wycinek ze zmiany skórnej podbrzusza do badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano łuszczycę. Zastosowano leczenie miejscowe zmian śluzówkowych oraz skórnych, po którym zaobserwowano znaczną poprawę.

Wnioski. Współwystępowanie łuszczycy i liszaja płaskiego jest zjawiskiem niezwykle rzadkim, wzajemne powiązanie tych schorzeń pozostaje niewyjaśnione. W przebiegu obu chorób podkreśla się jednak zaangażowanie procesów autoimmunologicznych, w których główną rolę odgrywają komórki T. Poznanie dokładnej patogenezы obu jednostek może w przyszłości wyjaśnić domniemany związek pomiędzy tymi powszechnymi dermatozami.

Współwystępowanie łuszczycy i podostrej skórnej postaci toczenia rumieniowatego – opis przypadku

Natalia Zając, Agnieszka Markiewicz,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek,
Agata Maciejewska-Radomska, Waldemar Placek

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Wprowadzenie. Współwystępowanie podostrej skórnej postaci toczenia rumieniowatego (ang. *subacute cutaneous lupus erythematosus* – SACLE) i łuszczycy jest rzadko opisywane. Zazwyczaj dotyczy pacjentów z łuszczycą plackowatą o ciężkim przebiegu, mierznie odpowiadającą na leczenie. U tych pacjentów częściej stwierdza się obecność przeciwciał anty-Ro (anty-SSA) oraz wybitną nadwrażliwość na światło.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 61-letniej pacjentki z rozpoznaną łuszczycą plackowatą i okresowymi wysiewami łuszczycy krostkowej, będącej pod opieką Katedry i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie od 2003 roku. Pacjentka była leczona cyklosporyną A w dawkach 2,5–5 mg/kg m.c. Kuracje trwały 2–6 tygodni i były przerywane z powodu podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego opornych na leczenie hipotensyjne oraz podwyższonego poziomu kreatyniny względem poziomu wyjściowego. Pacjentka przyjmowała także leki biologiczne – 22 wlewy infliksymabu (2006–2011) w monoterapii oraz w terapii skojarzonej z metotreksatem w dawce 5 mg/tydzień, w wyniku której uzyskano znaczną poprawę – całkowite ustąpienie zmian skórnych. W maju 2013 roku w związku z charakterystyczną morfologią zmian skórnych oraz wybitnie dodatnim testem foto (odczyn izomorficzny po UVB) u chorej poszerzono diagnostykę w kierunku SACLE. Diagnozę potwierdzono wynikiem badania histopatologicznego wycinka skóry, dodatnim wynikiem *Lupus Band Test* oraz obecnością przeciwciał przeciwjądrowych ANA Hep-2 w mianie 1 : 160.

Wnioski. Prezentowany przypadek jest przykładem na współwystępowanie łuszczycy i chorób autoimmunologicznych. Publikowane w ostatnim czasie prace dowodzą, że koincydencja ta nie jest przypadkowa – podkreślana jest rola IL-17 i IL-27, a także czynników genetycznych.

Toczeń noworodkowy u 5-miesięcznego chłopca – opis przypadku

Bartłomiej Wawrzycki, Karolina Kowalczyk,
Małgorzata Michalska-Jakubus, Michał Adamczyk,
Grażyna Chodorowska, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Toczeń noworodkowy (TN) stanowi zespół objawów klinicznych wywołany biernym przeniesieniem przez łożysko swoistych matczyńskich przeciwciał anty-SS-A/Ro i SS-B/La, obecnych u kobiet z toczeniem rumieniowatym układowym, zespołem Sjögrena lub mieszaną chorobą tkanki łącznej. Występuje u 2–5% dzieci matek z obecnością wyżej wymienionych przeciwciał, częściej dotyczy dziewczynek. Istnieją trzy główne postaci kliniczne toczenia noworodkowego – sercowa, skórna i hematologiczna, które mogą ze sobą współistnieć. Postać skórna i hematologiczna mają charakter przejściowy, związany z utrzymywaniem się w organizmie dziecka auto-przeciwciał. Najgroźniejszym powikłaniem toczenia noworodkowego są zaburzenia rytmu serca spowodowane zmianami zapalnymi i włóknieniem w węzle przedsionkowo-komorowym. Toczeń noworodkowy u dziecka może być też pierwszym zwiastunem układowej choroby tkanki łącznej u matek dotychczas niemających objawów.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku toczenia noworodkowego. Chłopiec w wieku 5 miesięcy został przyjęty do Kliniki Dermatologii w Lublinie w celu diagnostyki rumieniowo-obrzękowych, obrzęczkowatych zmian skórnych na skórze twarzy, małżowinach usznych oraz w okolicach osłoniętych. Wywiad chorobowy od 7. tygodnia życia. Po wykonaniu wielu badań specjalistycznych rozpoznano toczeń noworodkowy. Po 2 miesiącach obserwacji zmiany skórne wchłaniały się samoistnie. Ze względu na toczeń noworodkowy u dziecka, u matki przeprowadzono szeroką diagnostykę i rozpoznano zespół Sjögrena.

Toczeń rumieniowaty noworodków

Joanna Pogorzelska, Marta Węgrzyn,
Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wprowadzenie. Toczeń rumieniowaty noworodków (ang. *neonatal lupus erythematosus* – NLE) wystę-

puje u dzieci, których matki mają przeciwciała anti-Ro, anti-LA lub anti-U1-RNP. Objawy NLE mogą się pojawiać u dzieci urodzonych przez kobiety z SCLE, SLE, zespołem Sjögrena oraz kobiety bez objawów chorobowych. Zmiany przypominają wykwity SCLE u dorosłych. Pojawiają się wkrótce po urodzeniu i zanikają w ciągu pierwszego roku życia z eliminacją przeciwciał. Można ponadto stwierdzić: wrodzony blok serca, anemię hemolityczną, trombocytopenię i hepatosplenomegalię. Objawy dotyczą 5–15% dzieci z pierwszej ciąży, w kolejnej ciąży ryzyko wynosi 25%. Rokowanie zależy od występowania wrodzonego bloku serca. W leczeniu miejscowym stosuje się słabe kortykosteroidy i fotoprotekcję.

Opis przypadku. Przedmiotem pracy są przypadki dwojga niespokrewnionych niemowląt. Pierwsze dziecko urodzone zostało przez matkę bez objawów chorobowych, natomiast matka drugiego miała zespół Sjögrena oraz celiakię. W surowicy obydwu kobiet obecne były autoprzeciwciała Ro (SS-A) i La (SS-B). U dzieci stwierdzono charakterystyczne dla NLE objawy skórne, które pojawiły się wkrótce po urodzeniu, po ekspozycji na promieniowanie UV. W ich surowicach stwierdzono obecność przeciwciał Ro i La. Zastosowane leczenie spowodowało ustąpienie objawów skórnych. U dzieci nie stwierdzono zmian narządowych.

Wnioski. Prezentujemy przypadki kliniczne ze względu na rzadkie występowanie oraz rozpoznawanie NLE. Właściwa diagnoza umożliwiła wdrożenie odpowiedniego leczenia i wykrycie towarzyszących zaburzeń, stanowiących o rokowaniu.

Toczeń rumieniowaty głęboki (*lupus erythematosus profundus*): trudności diagnostyczno-terapeutyczne na podstawie przypadku w świetle najnowszych doniesień

Katarzyna Juczyńska, Agnieszka Żebrowska

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Prezentujemy przypadek 39-letniej pacjentki pozostającej pod opieką Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi od lipca 2013 roku z powodu zmian w postaci twardych, niebolesnych guzów głęboko umiejscowionych na twarzy, szyi, dekolcie, ramionach, pośladkach, z gorączką towarzyszącą pojawianiu się nowych zmian. Na podstawie obrazu klinicznego, odchyłań w badaniach laboratoryjnych

oraz wyników badań histopatologicznych z immunofenotypizacją limfocytów nacieku postawiono diagnozę toczenia rumieniowatego głębokiego (*lupus erythematosus profundus* – LEP). Obserwowano progresję choroby pomimo zalecanego leczenia (prednizon, chlorochina, cyklosporyna A, azatiopryna). Poprawę (brak nowych zmian oraz regresję istniejących guzów) stwierdzono po włączeniu do leczenia dożylnych wlewów immunoglobulin. W trakcie tej terapii u chorej wystąpił jednak zespół aktywacji makrofagów.

Toczeń rumieniowaty głęboki jest niezwykle rzadką postacią przewlekłego skórno-toczenia rumieniowatego, w której proces zapalny obejmuje, oprócz skóry, również tkankę podskórną i przyjmuje postać głęboko położonych, nacieczonych tarczki i guzów w okolicach bogatych w tkankę tłuszczową. Zmiany ustępują najczęściej z lipoatrofią. Nie ma jednoznacznych kryteriów diagnostycznych dla tej jednostki chorobowej. Czynniki przemawiającymi za rozpoznaniem LEP są: dodatni LBT (ang. *lupus band test*), znaczące miano przeciwciał przeciwjądrowych, leukopenia, hipokomplementemia oraz badanie histopatologiczne, choć brakuje konsensusu dotyczącego odchyłań jednoznacznie wskazujących na LEP. Diagnostyka różnicowa jest problematyczna i obejmuje liczną grupę chorób, w tym chłoniaka T-komórkowego *panniculitis-like* o identycznym jak LEP obrazie klinicznym.

Nie ma również jednoznacznych wytycznych terapeutycznych dla LEP, a wszelkie schematy leczenia w piśmiennictwie oparte są na doświadczeniu klinicznym i opisach pojedynczych przypadków. W terapii najczęściej stosowane są leki antymalaryczne, immunosupresyjne i immunomodulujące. Zastosowanie znajdują również niestandardowe metody leczenia, takie jak dożylny wlew immunoglobulin, fotoforeza lub rituksymab.

Skórna reakcja polekowa po zastosowaniu chlorochiny u pacjentki z zapaleniem skórno-mięśniowym – opis przypadku

Małgorzata Michalska-Jakubus, Bartłomiej Wawrzycki, Michał Adamczyk, Radosław Małka, Karolina Kowalczyk, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Zapalenie skórno-mięśniowe (*dermatomyositis* – DM) jest idiopatyczną miopatią zapalną przebiegającą z charakterystycznymi zmianami skórnymi. Lecze-

nie ogólne kortykosteroidami i immunosupresyjne zazwyczaj kontroluje proces zapalny w mięśniach, ale często nie ma wpływu na zmiany skórne. U chorych ze zmianami skórnymi opornymi na terapię skuteczne mogą być leki antymalaryczne. Możliwe jest jednak występowanie skórných reakcji niepołączonych po antymalarykach, zwłaszcza po hydroksychlorochinie u pacjentów z DM.

Celem pracy jest prezentacja przypadku uogólnionej reakcji skórnej po chlorochinie u chorej na DM.

Pacjentka, lat 60, z rozpoznaniem DM została przyjęta do Kliniki Dermatologii w lipcu 2014 roku z powodu znacznego zaostrzenia zmian skórných w przebiegu choroby podstawowej. W wywiadzie od czerwca 2013 roku u chorej występowały zmiany rumieniowe związane z ekspozycją na słońce, rumień heliotropowy, zmiany rumieniowo-krwotoczne i rumieniowo-teleangiektatyczne na dekolcie, plecach i kończynach, objaw Gottrona, a od września 2013 roku osłabienie siły mięśni proksymalnych kończyn, zaburzenia połykania, duszność wysiłkowa i podwyższona aktywność CPK (do 3694 IU/ml), bez istotnych zmian w badaniach obrazowych. W badaniach laboratoryjnych obserwowano małopłytkowość, niedokrwistość, leukopenię, ANA 1280 typ plamisty (bez autoprzeciwciał swoistych dla idiopatycznych miopatii zapalnych). W leczeniu stosowano ogólnie kortykosteroidy, pulsy cyklofosfamid, Ig oraz mykofenolan mofetylu, po których obserwowano wyraźną poprawę siły mięśniowej oraz normalizację CPK. Ze względu na utrzymywanie się nasilonych rumieniowo-teleangiektatycznych i krwotocznych zmian skórných do terapii włączono chlorochinę (500 mg/dobę). W ciągu kilku dni od włączenia leku u chorej obserwowano wysiew swędzących i bolesnych zmian rumieniowo-obrzękowych, odropodobnych na tułowiu, klatce piersiowej, brzuchu i skórze owłosionej głowy, które ustąpiły całkowicie po odstawieniu chlorochiny i zastosowaniu ogólnej kortykosteroidoterapii.

Zespół Grahama-Little'a

Marlena Jamiołkowska-Stawowska, Teresa Reduta,
Anna Baran, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Zespół Grahama-Little'a jest rzadką kliniczną postacią liszaja płaskiego, częściej występującą u kobiet. Charakteryzuje się współistnieniem liszaja płaskiego mieszkowego, postępującego bliznowaciejącego łysienia owłosionej skóry głowy oraz niebliznowaciejącej utraty włosów w okolicy pachwin

i pach. Etiopatogeneza choroby nie jest w pełni poznana. Objawy mogą się pojawiać stopniowo, a liszaj płaski mieszkowy może poprzedzać nawet o wiele miesięcy bliznowaciejące łysienie skóry owłosionej głowy. Nie wszystkie objawy zespołu muszą występować w tym samym czasie.

Cel pracy. Przedstawienie pacjenta z rzadkim zespołem Grahama-Little'a.

Opis przypadku. Mężczyzna 29-letni został przyjęty do Kliniki w listopadzie 2013 roku z powodu utrzymujących się od kilkunastu lat i postępujących zmian skórných w postaci grudek ustępujących z bliznowacieniem na skórze owłosionej głowy, a kilka miesięcy później w obrębie skóry tułowia oraz kończyn górnych i dolnych. Wynik badania histopatologicznego ze zmiany wykonanego ambulatoryjnie w kwietniu 2013 roku był niediagnostyczny. Chory był leczony miejscowo glikokortykosteroidami z częściową poprawą. Przy przyjęciu stwierdzono liczne, czerwono-brunatne grudki przymieszkowe oraz drobne zanikowe blizenki w obrębie skóry owłosionej głowy, szczególnie w okolicy potylicznej, ponadto przymieszkowe, hiperkeratotyczne grudki w obrębie skóry tułowia i pośladków. Wynik badania histopatologicznego wykonanego powtórnie potwierdził rozpoznanie zespołu Grahama-Little'a. Zastosowano leczenie prednizonem w dawce 40 mg/dobę i uzyskano częściową poprawę kliniczną.

Wnioski. Zespół Grahama-Little'a jest schorzeniem przewlekłym, trudnym w leczeniu. Pomocne w terapii są glikokortykosteroidy, retinoidy, fototerapia oraz leki immunosupresyjne i immunomodulujące.

Zespół sromowo-pochwowo-dziąsłowy – opis przypadku

Michał Adamczyk¹, Tomasz Młynarski¹,
Jadwiga Sierocińska-Sawa², Wojciech Kwaśniewski³,
Wiesława Bednarek³, Grażyna Chodorowska¹,
Dorota Krasowska¹

¹Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Pracownia Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr I w Lublinie

³I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie. Zespół sromowo-pochwowo-dziąsłowy jest rzadką odmianą liszaja płaskiego, która zajmuje błony śluzowe jamy ustnej, sromu oraz pochwy. Choroba najczęściej występuje u kobiet w wieku okołomenopauzalnym. W obrazie klinicznym dominują bolesne zmiany nadżerkowe. Lecze-

nie pierwszego rzutu stanowią glikokortykosteroidy miejscowe i doustne. Nieleczona choroba może prowadzić do trwałych powikłań w postaci zrostów i zwężeń, dlatego bardzo ważna jest wczesna diagnoza i szybkie rozpoczęcie właściwego leczenia.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku 54-letniej chorej z zespołem sromowo-pochwowo-dziąsłowym z kilkuletnim wywiadem dolegliwości ze strony jamy ustnej oraz narządów płciowych, które dotychczas były leczone ambulatoryjnie przez ginekologów i stomatologów jako parodontoza i kandydoza.

Opis przypadku. Pacjentka zgłosiła się do Kliniki Dermatologii w Lublinie, gdzie na podstawie obrazu klinicznego i badań dodatkowych ustalono rozpoznanie zespołu sromowo-pochwowo-dziąsłowego. W terapii zastosowano dożylny puls kortykosteroidowy, cyklosporynę A i miejscowo maść z 0,1% takrolimusem. Uzyskano wygojenie zmian nadżerkowych i ustąpienie dolegliwości subiektywnych.

Wnioski. W diagnostyce i leczeniu zespołu sromowo-pochwowo-dziąsłowego konieczne jest podejście interdyscyplinarne. Schorzenie należy różnicować z chorobami pęcherzowymi i innymi przewlekłymi stanami zapalnymi błon śluzowych z obecnością nadżerek. Indukcja remisji często wymaga włączenia glikokortykosteroidów i leków immunosupresyjnych, które są także niezbędne, aby zapobiec trwałym powikłaniom choroby.

konanym badaniu histopatologicznym wykazano cechy choroby Dariera i włączono leczenie acytretyną (10 mg/dobę) przez 3 miesiące, nie uzyskano jednak poprawy klinicznej. Ponownie wykonane badanie histopatologiczne oraz badania immunologiczne wykazały cechy typowe dla pęcherzycy liściastej. W bezpośrednim badaniu immunofluorescencyjnym wykazano złogi immunoglobulin w przestrzeniach międzykomórkowych warstwy kolczystej, a w pośrednim badaniu immunofluorescencyjnym – krążące przeciwciała typu *pemphigus* w mianie 640. Rozpoczęto terapię prednizonem *p.o.* w dawce 60 mg/dobę i uzyskano po 3 miesiącach (przy zmniejszeniu dawki do 40 mg/dobę) mierną poprawę kliniczną. Ze względu na brak możliwości finansowania leczenia dożylnymi wlewami immunoglobulin bądź rytuksymabem dołączono cyklofosfamid w dawce 50 mg/dobę. Zmiany zaczęły ulegać stopniowej poprawie. Chłopiec pozostaje od roku pod obserwacją, otrzymuje dawki podtrzymujące prednizonu i cyklofosfamidu. Nie ma nowych wykwitów chorobowych. W trakcie leczenia obserwowano gwałtowny wysiew zmian trądzikowych, które uległy istotnej poprawie podczas redukcji dawki leków immunosupresyjnych i intensywnego leczenia miejscowego.

Wnioski. Przedstawiamy przypadek ze względu na rzadkie występowanie pęcherzycy liściastej u młodzieży oraz związane z tym trudności diagnostyczno-terapeutyczne.

Pęcherzyca liściasta u 15-letniego chłopca – roczne obserwacje

Kamil Trambowicz¹, Joanna Narbutt²,
Anna Woźniacka², Aleksandra Lesiak²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Pęcherzyca liściasta jest rzadko spotykaną dermatozą w populacji dziecięcej. W piśmiennictwie są opisy przypadków tej choroby zarówno u małych dzieci, jak i nastolatków. Obraz kliniczny charakteryzuje się występowaniem wiotkich pęcherzy na podłożu rumieniowym oraz licznych nadżerek zlokalizowanych na skórze. Błony śluzowe są wolne od zmian chorobowych.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 15-letniego chłopca, u którego występowały zmiany w postaci strupów łojotokowych zlokalizowanych na przedniej i tylnej powierzchni klatki piersiowej oraz zmian rumieniowo-naciekowych w obrębie dołów pachowych i podkolanowych. Zmianom towarzyszył umiarkowany świąd. W początkowo wy-

Autoimmunologiczny zespół niedoczynności wielogruzołowej typu 1

Anna Baran, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Autoimmunologiczny zespół niedoczynności wielogruzołowej typu 1 (ang. *autoimmune polyendocrine syndrome type 1* - APS-1) jest rzadką odmianą poliendokrynopatii o podłożu immunologicznym, dziedziczną w sposób autosomalny recesywny. Przyczyną jest mutacja genu regulacji autoimmunologicznej AIRE (ang. *autoimmune regulator*). Oprócz występowania klasycznej triady objawów (kandydozy skóry i błon śluzowych, niedoczynności przytarczyc i choroby Addisona), mogą być obecne inne choroby skóry, takie jak bielactwo, łysienie, dystrofia paznokci, oraz schorzenia układowe, m.in. cukrzyca, nadczynność przysadki, choroby tarczycy, encefalopatia, niedokrwistość złośliwa.

Cel pracy. Przedstawienie chorej z wieloletnim wywiadem APS-1, u której oprócz klasycznej triady objawów obecne były bielactwo, łysienie oraz hipoplazja szkliwa i paznokci.

Opis przypadku. Pacjentka 43-letnia, z wywiadem zespołu APS-1 od wczesnego dzieciństwa, została przyjęta do Kliniki z powodu nasilenia się zmian o charakterze kandydozy błon śluzowych jamy ustnej. Chora przyjmuje leczenie substytucyjne z powodu niedoczynności przytarczyc i niewydolności kory nadnerczy. Przy przyjęciu obserwowano liczne białawe naloty w obrębie błon śluzowych jamy ustnej oraz rozległe nadżerki języka, z towarzyszącym uczuciem bólu, pieczenia i chrypki oraz trudnościami w połykaniu. Widoczne były zmiany troficzne w obrębie paznokci rąk i stóp oraz hipoplazja szkliwa, łysienie uogólnione i liczne ogniska bielactwa w obrębie skóry całego ciała. W wyniku zastosowanego leczenia przeciwgrzybiczego ogólnego i miejscowego uzyskano częściową poprawę kliniczną.

Wnioski. Kandydoza błon śluzowych o przewlekłym i nawrotowym przebiegu jest najczęstszą dermatozą występującą w APS-1, dotyczącą 60% chorych. Ze względu na możliwość rozwoju nowych objawów chorobowych, potencjalnie zagrażających życiu, pacjenci z APS-1 wymagają wielospecjalistycznej opieki lekarskiej i wielokierunkowego leczenia.

Acrodermatitis entheropathica – opis dwóch przypadków

Marta Węgrzyn, Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie

Wprowadzenie. *Acrodermatitis entheropathica* (zespół Danbolta-Brandta-Clossa) to rzadka choroba spowodowana niedoborem cynku. Może być uwarunkowana genetycznie (dziedziczona autosomalnie recesywnie, częstość występowania jest jednakowa u obojga płci) lub może też być stanem nabytym, związanym z niedostateczną podażą lub nadmierną eliminacją cynku z organizmu. Najczęściej istotą choroby jest niedobór cynku w surowicy spowodowany upośledzonym wchłanianiem z przewodu pokarmowego. Obserwowane objawy można podzielić na ogólne, skórne i narządowe. Dla objawów skórnych charakterystyczne jest występowanie zmian w okolicy otworów naturalnych i na dystalnych częściach kończyn. Częste są dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego w postaci nasilonych biegunek. Początek zmian skórnych obserwuje się zaraz po urodzeniu lub po zaprzestaniu karmienia piersią. Charakterystyczne jest szybkie ustępowanie dolegliwości po włączeniu suplementacji cynku, kontynuowanej do końca życia.

Opis przypadku. Prezentacja dotyczy dwojga niespokrewnionych dzieci – 8-miesięcznej dziewczynki i 6-miesięcznego chłopca, skierowanych na Oddział z podejrzeniem atopowego zapalenia skóry. U obojga stwierdzono zmiany o charakterystycznym wyglądzie i lokalizacji. U dziewczynki dodatkowo występowały: zapalenie jamy ustnej, wypadanie brwi i rzęs, drażliwość, słaby przyrost masy ciała i opóźnienie rozwoju motorycznego. U obojga dzieci w trakcie hospitalizacji wysunięto podejrzenie niedoboru cynku, co potwierdziły wyniki badań laboratoryjnych. Po zastosowaniu w leczeniu Zincas forte 1 × 1 tabletki obserwowano remisję choroby.

Wnioski. Powyższe przypadki przedstawiamy ze względu na częste pomyłki diagnostyczne przy rozpoznawaniu *acrodermatitis entheropathica*. Wygląd zmian skórnych, charakterystyczna lokalizacja oraz towarzyszące biegunki powinny nasuwać podejrzenie tej choroby, która w przypadku braku właściwej diagnozy może mieć ciężki przebieg, natomiast jeśli jest prawidłowo rozpoznana i leczona, objawy ustępują.

Leiszmanioza skórna

Ewa Woźnica¹, Ana Pilar Ramos Ttito², Adam Reich³

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima

³Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Leiszmanioza skórna jest tropikalną chorobą pasożytniczą przenoszona przez komary z rodzajów *Phlebotomus* i *Lutzomyia*. Leiszmanioza może być potencjalnym zagrożeniem nie tylko dla osób mieszkających na terenach endemicznych, lecz także dla turystów podróżujących w te rejony. Wyróżnia się trzy rodzaje leiszmaniozy: skórna, śluzówkowo-skońna i trzewna. Typowym obrazem klinicznym leiszmaniozy skórnej jest pojawiająca się w ciągu około 2–6 tygodni w miejscu ukąszenia przez komara różowa grudka, a następnie owrzodzenie. Typowe owrzodzenie jest okrągłe, z wyraźnie widocznymi, uniesionymi brzegami. Niektóre z owrzodzeń mają tendencję do szerzenia się na śluzówki, zwłaszcza te zlokalizowane w ich sąsiedztwie. Diagnostyka różnicowa owrzodzenia jest trudna ze względu na znaczną liczbę chorób podobnie manifestujących się owrzodzeniami. Rozmaz próbki pobranej z brzegów owrzodzenia barwiony metodą Giemzy pozwala na wykrycie amastogotów pasożyta, co potwierdza rozpoznanie. Leczenie jest długie i trudne ze względu na znaczną toksyczność stosowanych leków. Najczęściej stosowane są antymonian megluminy, stiboglukonian sodu i amfoterycyna B.

Celem pracy jest zwrócenie uwagi lekarzy na chorobę, którą ze względu na rosnącą popularność tropikalnych podróży mogą spotkać podczas codziennej pracy zawodowej. W trakcie prezentacji na podstawie doświadczenia własnego zostaną przedstawione obraz kliniczny i wyniki leczenia leiszmaniozy skórnej.

rynym wywołanym przez nitkowate, Gram-dodatnie, od beztlenowych do mikroaerofilnych, pałeczki *Actinomyces israelii*. Pierwotna skórna postać promienicy występuje rzadko, zazwyczaj spowodowana jest wcześniejszym urazem skóry.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 58-letniego mężczyzny, który zgłosił się do Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z powodu trwających od 6 lat zmian guzowatych, zlokalizowanych symetrycznie na skórze obu policzków. W wywiadzie pacjent nie podawał urazu skóry. Początkowo chory został skierowany przez lekarza rodzinnego na oddział onkologiczny z podejrzeniem zmian nowotworowych. W badaniu histopatologicznym stwierdzono przewlekły odczyn zapalny typu ziarniakowo-ropnego i brak cech rozrostu nowotworowego. W badaniu metodą tomografii komputerowej głowy opisywano nacieki zatoki szczękowej z destrukcją kości. W Poradni Dermatologicznej pobrano kolejne wycinki z guza, w których obserwowano podobne zjawiska. Barwienia wykonane na obecność prątków kwasoopornych AFB oraz PAS na obecność grzybów dały wynik negatywny. Dodatkowo wycinek z guza poddano badaniu bakteriologicznemu – genotypowaniu na DNA prątków, które również dało wynik negatywny. Po konsultacji w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zdecydowano o usunięciu w całości guza po prawej stronie twarzy. Na podstawie badania histopatologicznego całej zmiany ustalono rozpoznanie ostateczne *actinomycosis cutis et tele subcutanae*. Podjęto leczenie farmakologiczne amoksycyliną w dawce 1 g dwa razy dziennie oraz klindamycyną w dawce 300 mg trzy razy dziennie. Pacjent dobrze zareagował na terapię, która jest kontynuowana. Zmiany guzowate stopniowo się wchłaniają, a miejsce po wycięciu zostało całkowicie zagojone. Pacjent pozostaje pod stałą kontrolą dermatologiczną.

Wnioski. Przedstawiamy przypadek ze względu na rzadkie występowanie pierwotnej skórnej postaci promienicy oraz związane z tym problemy diagnostyczne.

Pierwotna skórna promienica – opis przypadku

Filip Dybowski¹, Karina Madej¹, Marcin Kozakiewicz², Anna Woźniacka³, Joanna Narbutt³, Aleksandra Lesiak³

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Promienica jest rzadkim ostrym lub przewlekłym ropnym zakażeniem bakte-

Grzybica drobnozarodnikowa skóry głowy o charakterze *kerion celsi* powikłana rumieniem guzowatym podudzi

Agnieszka Snarska-Drygalska

Oddział Kliniczny Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kerion celsi jest rzadką postacią grzybicy owłosionej skóry głowy przebiegającej z odczynem za-

palnym, wywołaną głównie przez grzyby zoofilne. Dermatofity jako potencjalne alergeny mogą powodować reakcje nadwrażliwości. Rumień guzowaty może być nietypową, rzadko opisywaną w piśmiennictwie reakcją na zakażenia grzybicze.

Przedstawiamy przypadek 12-letniej dziewczynki ze zmianami na skórze owłosionej głowy o charakterze *kerion celsi*, którym towarzyszyły zmiany zapalne w tkance podskórnej podudzi typu rumienia guzowatego. W wywiadzie dziewczynka leczona ambulatoryjnie miejscowymi preparatami kortykosteroidowymi i antybiotykowymi. Ze zmian izolowano *Micosporum canis*. Uzyskano poprawę po 16 tygodniach leczenia terbinafiną w dawce 250 mg/dobę.

Trądzik piorunujący – opis przypadku

Dorota Kozłowska, Anna Baran, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Trądzik piorunujący (*acne fulminans* – AF) jest najcięższą postacią trądziku zwykłego, występującą niezwykle rzadko. Najczęściej dotyczy chłopców w wieku okołopokwitaniowym z wywiadem trądziku grudkowo-krostkowego. Charakteryzuje się gwałtownym przebiegiem i tworzeniem nasilonych zmian guzkowo-torbielowych, ulegających martwicy krwotocznej, którym towarzyszą dolegliwości mięśniowo-stawowe, objawy ogólne oraz odchylenia w badaniach laboratoryjnych. U około 6% pacjentów przyjmowanie izotretynoiny doustnej w celu leczenia trądziku pospolitego może wywołać AF.

Cel pracy. Przedstawienie pacjenta z trądzikiem zwyczajnym, u którego doszło do rozwoju AF po zastosowaniu izotretynoiny doustnej.

Opis przypadku. Mężczyzna, lat 38, z wywiadem trądzikowym zgłosił się do Kliniki z powodu gwałtownego rozwoju zmian w postaci AF z towarzyszącymi objawami ogólnymi: gorączką, redukcją masy ciała, dolegliwościami mięśniowo-kostnymi i odchyleniami w badaniach laboratoryjnych, które pojawiły się po 6 tygodniach leczenia izotretynoiną. Uzyskano częściową poprawę miejscową oraz całkowite ustąpienie dolegliwości układowych po włączeniu glikokortykosteroidoterapii.

Wnioski. Trądzik piorunujący jest rzadkim powikłaniem terapii izotretynoiną. Wczesna diagnoza oraz wdrożenie odpowiedniego, wielokierunkowego leczenia jest niezbędne do opanowania stanu zapalnego, objawów ogólnych oraz zmniejszenia ryzyka powstania szpecących blizn.

Postać rozsiana ziarniniaka obrączkowatego – opis przypadku

Anna Pawłoś, Teresa Reduta, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Postać rozsiana jest rzadką odmianą ziarniniaka obrączkowatego, występującą najczęściej u kobiet około 50. roku życia. Mogą jej towarzyszyć cukrzyca, zaburzenia immunologiczne i nowotwory. Leczenie jest trudne, chociaż możliwe jest samoistne cofanie się wykwitów po biopsji.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku postaci rozsianej ziarniniaka obrączkowatego o nietypowym obrazie klinicznym, najprawdopodobniej spowodowanego przez kontakt z barwnikami odzieży.

Opis przypadku. Mężczyzna, lat 67, został przyjęty do Kliniki Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w lutym 2014 roku w celu leczenia zmian skórnych utrzymujących się od miesiąca. Pacjent wiązał wystąpienie wykwitów chorobowych z założeniem nowo zakupionej, farbowanej na granatowo koszuli. W badaniu przedmiotowym stwierdzono na skórze w obrębie karku, szyi, pleców, klatki piersiowej oraz wyprostnych powierzchni kończyn górnych zmiany w postaci licznych, rozsianych, żywoczerwonych, płaskich, wielobocznych grudek z pępkowatym wgłębieniem, miejscami układających się obrączkowato. Objaw Köebnera był dodatni. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono zwiększone stężenie białka C-reaktywnego oraz antygenu karcynoembrionalnego, obecność krwi utajonej w kale, erytrocyturę, obniżone wartości tyreotropiny i obecność przeciwciał przeciwtarczycowych. W badaniu rentgenograficznym klatki piersiowej uwidocznił się cień okrągły, a próby świetlne były dodatnie. Wynik badania histopatologicznego zmiany skórnej potwierdził rozpoznanie ziarniniaka obrączkowatego. W leczeniu zastosowano miejscowe preparaty kortykosteroidowe i uzyskano częściową poprawę. Chorego skierowano do dalszej diagnostyki internistycznej.

Wnioski. Ze względu na możliwość współwystępowania schorzeń ogólnoustrojowych, zaburzeń immunologicznych oraz chorób nowotworowych u pacjentów z postacią rozsianą ziarniniaka obrączkowatego należy przeprowadzić pogłębioną diagnostykę.

Carcinoma cuniculatum pedis – opis przypadku

Magdalena Pisula, Aleksandra Znajewska-Pander,
Agata Maciejewska-Radomska, Waldemar Placek

Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Opis przypadku dotyczy 64-letniej kobiety ze zmianą guzową na stopie lewej odpowiadającą *carcinoma cuniculatum*. Rak brodawkowy skóry i błon śluzowych (*carcinoma verrucosum*) jest rzadką, lokalnie złośliwą, dobrze zróżnicowaną odmianą raka kolczystokomórkowego z niskim potencjałem do dawania przerzutów. Spośród czterech odmian klinicznych tego nowotworu wyróżniamy raka brodawkowego zlokalizowanego na stopach – *carcinoma cuniculatum* (*epithelioma cuniculatum*). Rak ten prawdopodobnie wiąże się z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) i zwykle ma postać guzka, często przypominającego brodawkę pospolitą. Najczęściej występuje na paluchu, lecz może pojawiać się także na pozostałych palcach stopy oraz na pięcie. Poza tym rak brodawkowy może rozwijać się w obrębie owrzodzeń żyłakowych, odleżyn, w obrębie zmian typu liszaja płaskiego oraz w ognisku hiperkeratozy Unna-Thost na powierzchniach podszwowych stóp. Charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem i może przypominać różne zmiany skórne, co często opóźnia ustalenie prawidłowego rozpoznania. Rozstrzygające jest badanie histopatologiczne. Spośród dostępnych metod leczenia u pacjentki zastosowano serię terapii fotodynamicznej z dobrym efektem. Chora pozostaje pod obserwacją Kliniki Dermatologii w Olsztynie.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 38-letniej kobiety, która zgłosiła się do Kliniki w celu diagnostyki i leczenia dużego guza w przedniej części szyi (średnicy 6 cm) i zmian rumieniowo-złuszczających na przedramionach. Guz pojawił się około 2 miesiące przez hospitalizacją, a zmiany wcześniej i częściowo samoistnie ustępowały. Zmianom tym nie towarzyszyły objawy ogólne. Na podstawie wyników badania histopatologicznego i immunofenotypowego skóry rozpoznano pc-ALCL. Mielogram, badanie cytogenetyczne i immunofenotypowe szpiku, tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej nie wykazały zajęcia narządów wewnętrznych. Duże rozmiary guza oraz brak zmian narządowych były wskazaniem do zastosowania radioterapii (dawka całkowita 40 Gy), która spowodowała całkowitą regresję zmiany guzowej. Nadal jednak utrzymywały się rozsiane ogniska rumieniowo-złuszczające, dlatego rozpoczęto leczenie metotreksatem w dawce 10 mg/tydzień, które pacjentka kontynuuje od 2 miesięcy. Obserwuje się stopniowe ustępowanie wykwitów rumieniowo-złuszczających przy utrzymującym się dobrym stanie ogólnym chorej.

Wnioski. Przypadek przedstawiamy ze względu na rzadkie występowanie schorzenia oraz dobry efekt radioterapii jako leczenia alternatywnego w stosunku do leczenia chirurgicznego. Leczeniem pierwszej linii w przypadku pojedynczych zmian guzowatych jest chirurgiczne usunięcie guza. Chemioterapia jest zalecana jedynie w przypadkach nawracających, mnogich zmian skórnych i/lub wtórne go zajęcia narządów wewnętrznych. Konieczna jest dalsza obserwacja pacjentki w celu potwierdzenia skuteczności leczenia i wczesnego wykrycia ewentualnego nawrotu choroby.

Pierwotny skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek T CD 30+, ALK (–) – opis przypadku

Małgorzata Tupikowska, Magdalena Dębicka,
Joanna Gruber, Joanna Maj

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek T CD 30+ (pc-ALCL) występuje rzadko (stanowi 0,9–9,0% wszystkich chłoniaków skóry). Najczęściej chorują mężczyźni w szóstej dekadzie życia. Choroba objawia się występowaniem guzów skóry o różnej wielkości. Stwarza trudności diagnostyczne i terapeutyczne, jednak przeważnie ma dobre rokowanie.

Ziarniniak grzybiasty, postać folikulotropowa u 37-letniego mężczyzny – opis przypadku

Magdalena Nosek, Elżbieta Kłujszo

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Wprowadzenie. Ziarniniak grzybiasty (*mycosis fungoides* – MF) to najczęstsza postać chłoniaka pierwotnie skórno go z komórek T (ang. *cutaneous T cell lymphoma* – CTCL). Stanowi on 70–75% wszystkich CTCL. Największe znaczenie w rokowaniu ma kliniczno-patologiczna klasyfikacja TNMB. Gorsze prognozy mają pacjenci w zaawansowanych stadiach choroby, pacjenci z postacią folikulotropową oraz ci, u których doszło do transformacji w chłoniaka wielkokomórkowego.

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek 37-letniego mężczyzny, u którego rozpoznano MF typu

folikulotropowego w lipcu 2011 roku. Zmiany skórne o charakterze ogniska rumieniowo-naciekowego w okolicy karku i części potylicznej owłosionej skóry głowy pojawiły się 5 lat wcześniej. Rozpoznanie ustalono na podstawie obrazu histopatologicznego – stwierdzono w skórze obfity naciek złożony z komórek limfocytarnych, granulocytów kwasochłonnych z towarzyszącym torbielowatym poszerzeniem oraz rogowacieniem w obrębie mieszków oraz międzykomórkowym naciekiem limfocytów o atypowych jądrach komórkowych. Immunofenotypizacja potwierdziła proliferację limfocytów z linii T: CD20(-), CD3(+), CD4(+), CD8(+), Ki67-1% komórek. Po ocenie klinicznej i diagnostyce laboratoryjnej oraz obrazowej zaawansowanie nowotworu określono jako T1bN0M0. W leczeniu zastosowano fototerapię PUVA w łącznej dawce 86,6 J/cm². Ze względu na brak remisji zalecono radioterapię. Zastosowano napromienienie nacieku skóry fotonami X 6 MeV techniką 3D IMRT, dawką 30 Gy/t w 15 dawkach frakcyjnych, po której uzyskano remisję. Nie obserwowano objawów ubocznych leczenia napromienieniem. Pacjent pozostaje w remisji od 2 lat.

Wnioski. U prezentowanego pacjenta MF wystąpił w młodym wieku w postaci pojedynczego ogniska i w rzadkiej odmianie folikulotropowej. Remisję uzyskano po radioterapii, która jest metodą najbardziej oszczędzającą dla mózgu i rdzenia kręgowego.

Pęcherzyca paraneoplastyczna towarzysząca przewlekłej białaczce limfatycznej – opis przypadku

Alicja Adaszewska, Katarzyna Woźniak, Cezary Kowalewski

Klinika Dermatologii i Immunodermatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Pęcherzyca paraneoplastyczna to rzadka choroba o podłożu autoimmunizacyjnym, najczęściej współistniejąca z chłoniakiem B-komórkowym, przewlekłą białaczką limfocytową i chorobą Castlemana. W obrazie klinicznym przeważają rozległe, krwotoczne nadżerki w jamie ustnej, cechy rumienia wielopostaciowego, a także bolesne nadżerki na błonach śluzowych narządów płciowych, w okolicy odbytu oraz na spojówkach. Rozpoznanie w dużej mierze opiera się na badaniach immunologicznych: bezpośrednim badaniu immunologicznym tkanki oraz analizie autoprzeciwciał w surowicy.

Przedstawiamy przypadek pęcherzycy paraneoplastycznej towarzyszącej przewlekłej białaczce limfatycznej, w którym na początku choroby dominowały

objawy typu zespołu Stevensa-Johnsona z ciężkimi nadżerkami w obrębie jamy ustnej, narządów płciowych, zmianami na skórze typu *erythema multiforme* oraz utratą płytek paznokciowych. Z odchyień w badaniach laboratoryjnych zwracała uwagę wysoka leukocytoza (21 tys./mm³) z limfocytozą, zmniejszone stężenia witaminy B₁₂ oraz kwasu foliowego. W badaniach immunologicznych w tkance wykazano międzykomórkowe, a także wzdłuż granicy skórno-naskórkowej złogi IgG i C3 oraz w surowicy obecność przeciwciał przeciwko periplakinie, enwoplakinie oraz desmokolinie 1 i 3. U pacjenta wykonano biopsję szpiku, na podstawie której ustalono rozpoznanie przewlekłej białaczki limfatycznej. Dzięki leczeniu rytuksymabem w połączeniu z immunosupresją uzyskano remisję zarówno zmian skórnych, jak i nowotworu.

Rumień obrączkowy odśrodkowy Dariera jako zespół paraneoplastyczny – opis przypadku

Magdalena Żychowska, Aleksandra Batycka-Baran

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Rumień obrączkowy odśrodkowy Dariera należy do grupy rumieni odczynowych. Charakteryzuje się obwodowo szerzącymi się, obrączkowatymi zmianami rumieniowymi. Do głównych przyczyn zmian należą infekcje, leki oraz zaburzenia endokrynologiczne. Wskazuje się również na możliwy związek z procesami nowotworowymi, głównie z rozrostami limforetikularnymi, rzadziej z guzami litymi.

Opis przypadku. Przedstawiamy przypadek 70-letniej kobiety przyjętej do Kliniki z powodu obrączkowatych zmian rumieniowych zlokalizowanych na przednich powierzchniach ud. W 2004 roku pacjentka przeszła zabieg chirurgiczny usunięcia raka jelita grubego z wyłonieniem stomii. Zmiany skórne pojawiły się 4 lata przed przyjęciem. Pomimo ujemnego wyniku badania mikologicznego pacjentka kilkakrotnie była leczona ogólnymi i miejscowymi lekami przeciwgrzybiczymi, jednak bez efektu. Przy przyjęciu do Kliniki stwierdzono obrączkowane wykwyty rumieniowe z delikatnym złuszczeniem na obwodzie, zlokalizowane symetrycznie na przednich powierzchniach ud. Wynik badania mikologicznego był ujemny. W badaniu histopatologicznym obserwowano nacieki limfocytarne wokół naczyń krwionośnych i w skórze właściwej. Na podstawie obrazu klinicznego i badań dodatkowych ustalono rozpoznanie rumienia obrączkowego odśrodkowego. Ze

względu na kilkuletni wywiad zmian diagnostykę poszerzono w celu wykluczenia procesu nowotworowego. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższenie markera Ca-125. W obrazie ultrasonograficznym transwaginalnym uwidoczono torbielowaty guz lewego jajnika. Pacjentkę skierowano do Kliniki Ginekologii w celu leczenia operacyjnego. Na podstawie badania histopatologicznego usuniętego guza ustalono rozpoznanie gruczolakoraka surowiczego jajnika G2. Po operacyjnym usunięciu guza zmiany skórne zaczęły stopniowo ustępować.

Wnioski. Prezentujemy przypadek w celu zwrócenia uwagi na konieczność dokładnej diagnostyki u pacjentów z rumieniem obrączkowatym odśrodkowym, zwłaszcza w przypadku długotrwale utrzymujących się lub nawrotowych zmian. Dotychczas w piśmiennictwie nie opisywano przypadków związanych z rakiem jajnika.

doczniono naciek nowotworowy mogący odpowiadać rakowi przerzutowemu, z dodatnim barwieniem na cytokeratynę i mucynę. Pacjentkę niezwłocznie skierowano do Poradni Onkologicznej, gdzie w tomografii komputerowej wykryto przerzuty do kości i węzłów chłonnych. Do leczenia włączono letrozol i klodronian diodowy, w wyniku czego zahamowanie powiększanie się ogniska wyłysienia.

Wnioski. Łysienie nowotworowe jest niezwykle rzadko spotykane w praktyce klinicznej, jednak powinno być brane pod uwagę, zwłaszcza u kobiet z wywiadem raka piersi. W takich przypadkach niezbędne jest wykonanie biopsji w celu postawienia ostatecznej diagnozy.

Łysienie nowotworowe jako przerzut raka piersi do skóry

Marta Koper, Agnieszka Beata Serwin, Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie. Przerzuty do skóry stanowią w przybliżeniu 5% wszystkich przerzutów z nowotworów narządów wewnętrznych. U kobiet najczęstszym nowotworem dającym przerzuty do skóry jest rak piersi (36,2–44,1% wszystkich przerzutów), u mężczyzn – rak płuc. Łysienie nowotworowe (*alopecia neoplastica* – AN) definiuje się jako utratę włosów spowodowaną wciągnięciem skóry w proces nowotworowy. W 80% AN ogniskiem pierwotnym jest rak piersi.

Opis przypadku. Pacjentka, lat 49, została przyjęta do Kliniki w 2012 roku z powodu ogniska wyłysienia, wielkości około 8 × 10 cm, z widocznymi licznymi teleangiektazjami, o nieco hiperkeratotycznej powierzchni, zlokalizowanego w obrębie okolicy skroniowej prawej, stopniowo powiększającego się od 9 miesięcy. W wywiadzie kobieta podała raka piersi prawej zdiagnozowanego przed 11 laty (*carcinoma ductale*, T2N0M0). Pacjentka przeżyła całkowitą mastektomię, zastosowano chemioterapię uzupełniającą doksorubicyną i cyklofosfamidem, a następnie tamoksifenem. Po roku była ponownie operowana z powodu wznowy w bliźnie. Zastosowano również radio – i chemioterapię oraz leczenie gosereeliną. Ostatnią kontrolę onkologiczną pacjentka przeżyła dwa lata przed pojawieniem się ogniska wyłysienia. W trakcie hospitalizacji z odchyłań od normy stwierdzono cechy niedokrwistości makrocytarnej. W badaniu histopatologicznym wycinka skóry uwi-

Przypadek *unilateral nevoid teleangiectasia* u kobiety w ciąży

Justyna Łosiak¹, Małgorzata Słowik-Rylska¹,
Olga Adamczyk-Gruszka², Elżbieta Kłujso¹

¹Klinika Dermatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

²Klinika Położnictwa i Ginekologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

Wprowadzenie. *Unilateral nevoid teleangiectasia* (UNT) jest rzadką, najczęściej nabytą chorobą, która została opisana po raz pierwszy przez Blaschko w 1899 roku. Zalicza się ją do pierwotnych teleangiektazji. Dokładna patogenezą jest nieznana, chociaż część autorów wiąże jej wystąpienie z podwyższonym poziomem estrogenów. Schorzenie występuje w okresie dojrzewania płciowego, ciąży, w trakcie przyjmowania doustnej antykoncepcji, u alkoholików, u chorych z wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C, innymi przewlekłymi chorobami wątroby, nadciśnieniem wrotnym, zespołem rakowiaka, nadczynnością tarczycy. Znane są przypadki u osób zdrowych, głównie płci męskiej. *Unilateral nevoid teleangiectasia* charakteryzuje się powierzchownymi teleangiektazjami zlokalizowanymi jednostronnie, najczęściej w obrębie dermatomów C3–C4 i nerwu trójdzielnego.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku chorej na UNT w trakcie ciąży.

Opis przypadku. Chora, lat 27, w 23. tygodniu ciąży II, przyjęta na Oddział Położniczo-Ginekologiczny z powodu objawów zagrażającego porodu przedwczesnego i zmiany rumieniowej na skórze brzucha, która pojawiła się 3 tygodnie przed hospitalizacją w postaci kilkucentymetrowego ogniska. W trakcie pobytu stwierdzono ognisko wielkości głowy noworodka charakteryzujące się wzmożonym rysunkiem naczyń, teleangiektazjami zlokalizowanymi na skórze brzucha w obrębie dermatomu Th8–Th10

po stronie lewej. Po 5 minutach w pozycji stojącej zaznaczał się wyraźnie odgraniczony zlewny rumień. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono żadnych odchyśleń od normy. Dzięki badaniu histopatologicznemu ustalono rozpoznanie – *unilateral nevoid teleangiectasia*. Chora w 39. tygodniu ciąży urodziła siłami natury córkę – zdrową, donoszoną, bez zmian skórnych. Po porodzie zmiany samoistnie ustąpiły.

Wnioski. Rzadki przypadek UNT u kobiety ciężarnej dowodzi łagodnego charakteru schorzenia, które ustąpiło samoistnie po porodzie, nie pozostawiając śladu. Należy je różnicować ze zmianami naczyniowymi o innym podłożu oraz wykluczyć zajęcie narządowe.

Lipoproteinoza – rzadka choroba skóry i błon śluzowych u rodzeństwa spokrewnionych rodziców

Katarzyna Budnik, Dominik Ludew,
Monika Kapińska-Mrowiecka

Oddział Dermatologii Szpitala Specjalistycznego
im. S. Żeromskiego w Krakowie

Wprowadzenie. Lipoproteinoza jest rzadką genodermatozą zlogową dziedziczną autosomalnie recesywnie, która powoduje powstawanie depozytów amorficznej, hialinowej substancji w skórze, błonach śluzowych i narządach. Za powstawanie tych depozytów odpowiada utrata funkcji białka 1 macierzy zewnątrzkomórkowej (ang. *extracellular matrix protein-1*; 1q21).

Opis przypadku. Prezentujemy przypadek dwóch sióstr w wieku 9 i 11 lat, u których pierwszymi objawami choroby od 2. roku życia były chrypka i niski tembr głosu spowodowany naciekiem błony śluzowej krtani. Zmiany skórne obejmowały grudki, guzki, zmiany brodawkowe i blizny zanikowe w obrębie skóry twarzy, kolan, łokci. Charakterystyczne było również przerzedzenie włosów okolicy ciemieniowej i grudki na brzegu powiek powodujące nieregularny przebieg linii rzęs. Głównym problemem były liczne grudki w obrębie dziąseł i warg. Choroba ma przebieg postępujący, ale łagodny. Opisano dotąd 300 przypadków, głównie w populacji białych zamieszkujących RPA, pacjentów o korzeniach niemieckich i holenderskich, a także ze wschodniej Turcji, gdzie ze względów kulturowych małżeństwa często są zawierane między spokrewnionymi dalszymi członkami rodziny. Jako spokrewnione genetycznie rodziny traktowane są te, w których rodzice są kuzynami w 2. linii lub bliższymi krewnymi, co odpowiada za ponad 1,56% prawdopodobieństwa homozygotyczności allele genu u obu rodziców ($r = 0,0156$). Oczekiwana długość przeżycia w prze-

biegu lipoproteinozy odpowiada ogólnopopulacyjnej długości życia. Zmiany skórne i śluzówkowe występujące w tej chorobie powodują znaczące obniżenie jakości życia. Mogą też powodować stres psychologiczny. Prezentowane dziewczynki pochodzą z rodziny, w której rodzice są spokrewnieni – są kuzynami w 2. linii.

Wnioski. Przypadek przedstawiamy ze względu na trudności w rozpoznaniu tej jednostki chorobowej pomimo jej wieloletniego przebiegu. Schorzenie było wcześniej diagnozowane jako atopowe zapalenie skóry. Leczenie jest objawowe.

Epidermodysplasia verruciformis u chorej z rozlanym chłoniakiem olbrzymiokomórkowym typu B (DLBCL)

Monika Sikorska, Izabela Błazewicz,
Aneta Szczerkowska-Dobosz

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. *Epidermodysplasia verruciformis* (EV) jest rzadkim zaburzeniem o podłożu genetycznym, wywołanym przewlekłym zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego. Zmiany o charakterze odbarwionych plam i płaskich, przypominających brodawki grudek lokalizują się głównie na skórze ekspozowanej na działanie promieniowania UV. Wiążą się one z wysokim ryzykiem rozwoju niebarwnikowych nowotworów skóry.

Opis przypadku. Kobieta, lat 59, zgłosiła się do Poradni Dermatologicznej w celu rozpoznania i leczenia licznych zmian o klinicznej morfologii raków skóry. Pierwsze wykwyty w postaci rumieniowych plam i grudek pojawiły się w wieku 19 lat. Obserwowano długotrwałą remisję zmian skórnych, jednak pacjentka w tym czasie odczuwała świąd. W dniu przyjęcia do Poradni widoczne były polimorficzne zmiany w obrębie kończyn górnych i dolnych w postaci mnogich ognisk rogowacenia słonecznego i raków skóry. Chora ponadto była leczona z powodu chłoniaka DLBCL (chemioterapia w 2010 i 2012 roku), a obecne zaostrzenie choroby nowotworowej zbiegło się z leczeniem aspergilozy płuc, grzybicy układuwej będącej powikłaniem leczenia choroby zasadniczej.

Wnioski. Przypadek naszej pacjentki został za prezentowany ze względu na rzadkość występowania *epidermodysplasia verruciformis* i ciekawy obraz kliniczny, który może być mylnie rozpoznawany jako brodawki płaskie, liszaj płaski czy łupież pstry. Duże ryzyko transformacji nowotworowej wymaga stałych, regularnych wizyt kontrolnych.

Ocena poziomu stresu u chorych na pokrzywkę przewlekłą

Alicja Ograczyk¹, Joanna Miniszewska²,
Anna Płatkowska¹, Magdalena Kozłowska³,
Andrzej Kaszuba³, Anna Zalewska-Janowska¹

¹Zakład Psychodermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

³Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Powszechnie uważa się, że sytuacje stresowe mogą prowadzić do wysiewów bąbli pokrzywkowych.

Cel pracy. Ocena poziomu stresu u chorych na pokrzywkę przewlekłą.

Materiał i metodyka. Badanie przeprowadzono u 30 pacjentek z pokrzywką przewlekłą (w wieku: $M = 47,4$; $SD = 13,9$ roku) oraz u 30 osób zdrowych ($M = 47,1$; $SD = 14,2$ roku). W badaniu zastosowano test ELISA (ang. *enzyme-linked immunosorbent assay*) do oceny poziomu kortyzolu oraz siarczanu DHEA-S oraz testy psychologiczne: Skalę oceny ponownego przystosowania społecznego (SRRS, Holmes, Rahe) oraz Skalę odczuwanego stresu (PSS-10, Cohen, Kamarck, Mermelstein). Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, przyjmując wartości $p < 0,05$ jako istotne statystycznie.

Wyniki. Stwierdzono istotnie statystycznie wyższy stosunek kortyzolu do DHEA-S u chorych na pokrzywkę w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,001$). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy subiektywnym a obiektywnymi parametrami oceny stresu, natomiast wykazano dodatnią korelację pomiędzy odczuwanym poziomem stresu (PSS-10) a liczbą stresujących wydarzeń życiowych (skala SRRS) ($r = 0,47$, $p = 0,01$) u pacjentów z pokrzywką.

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują na możliwość korzystnego działania adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem w terapii uzupełniającej pokrzywki przewlekłej.

Zastosowanie kompresjoterapii w leczeniu powikłań skórnych spowodowanych przewlekłą niewydolnością żylną – doświadczenia własne

Aleksandra Znajewska-Pander¹,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹,
Jacek Znajewski², Waldemar Placek¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej

Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

²„Chirurgia Jednego Dnia” Gabinet Lekarski Jacek Znajewski w Golubiu-Dobrzyniu

Przewlekła niewydolność żylna objawia się uczuciem ciężkości kończyn dolnych, parastezjami, zespołem niespokojnych nóg oraz świądem skóry. W badaniu przedmiotowym obserwuje się siatkowate poszerzenia żył, żyłaki kończyn dolnych i obrzęki łydek. Z biegiem czasu przy braku leczenia pojawiają się zmiany skórne w postaci wyprysku, przebarwień, *atrophie blanche* czy *lipodermatosclerosis*, a w końcowym etapie może wystąpić owrzodzenie. Kompresjoterapia jest uznaną metodą profilaktyki i leczenia przewlekłej niewydolności żylną. Istotną kwestią przed zastosowaniem kompresjoterapii jest oznaczenie wskaźnika kostka-ramię w celu wykluczenia niedokrwienia kończyn dolnych.

Celem pracy jest przedstawienie praktycznego zastosowania kompresjoterapii.

Ustalenie nowego protokołu oceny *in vitro* fototoksycznego działania ksenobiotyków na ludzkie keratynocyty

Aleksandra Gregorius¹, Piotr Szelewski²,
Radosław Śpiewak¹

¹Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii

Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

²Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Wprowadzenie. Protokoły stosowanych rutynowo testów fototoksyczności wykorzystują hodowle mysich fibroblastów, jednak w rzeczywistości reakcje fototoksyczne w głównej mierze obejmują naskórek, który zbudowany jest z keratynocytów – komórek znacznie różniących się od fibroblastów pod względem struktury i funkcji, dlatego hodowle keratynocytów wydają się bardziej adekwatne dla testowania fototoksyczności.

Cel pracy. Opracowanie i wdrożenie protokołu testu oceniającego potencjał fototoksyczny ksenobiotyków w hodowlach normalnych ludzkich keratynocytów.

Materiał i metodyka. Po uzyskaniu stabilnego wzrostu keratynocytów w hodowlach zostały one przez 1 godzinę poddane działaniu modelowych substancji o działaniu fototoksycznym: chlorpromazyny, 8-metoksypsoralenu, chlorochiny, prometazyny, etofenamatu, ketoprofenu, doksycykliny, limecykliny oraz izotretynoiny. Następnie mikrohodowle zostały naświetlone sztucznym światłem słonecznym z rekomendowanego przez EU symulatora słonecznego w całkowitej dawce 5 J/cm². Żywotność keratynocytów była oceniana na podstawie wychwytywania przez komórki barwnika czerwieni neutralnej (NR).

Wyniki. Poprzez zastosowanie wypracowanego protokołu badania uzyskano stabilny wzrost normalnych ludzkich keratynocytów *in vitro*. Przy nieobecności czynników fototoksycznych światło w dawce do 10 J/cm² nie wpływało zauważalnie na żywotność keratynocytów. Zaproponowany model wyraźnie ujawniał fototoksyczność modelowych czynników wybranych do niniejszych badań, zgodnie z obserwacjami klinicznymi u ludzi.

Wnioski. Opracowano protokół badania *in vitro* potencjału fototoksycznego ksenobiotyków w normalnych ludzkich keratynocytach. Funkcjonalność i wiarygodność testu została potwierdzona w eksperymentach z wykorzystaniem ksenobiotyków o znanym działaniu fototoksycznym. Wydaje się, że ludzkie keratynocyty, mimo że bardziej wymagające od mysich fibroblastów w hodowli i w związku z tym pomijane w rutynowych badaniach fototoksyczności, są bardziej adekwatne w ocenie *in vitro* potencjalnego działania fototoksycznego ksenobiotyków na ludzką skórę.

z wypryskiem i u 5,9–27,8% osób w populacji ogólnej, w przypadku neomycyny częstości te wynoszą odpowiednio 0–40,0% i 0–2,9%. Ponieważ te zakresy zachodzą na siebie, nie wiadomo, jak silny jest związek między wypryskiem i alergią kontaktową na wymienione hapteny.

Cel pracy. Ocena związku między alergią kontaktową na nikiel i neomycynę oraz wypryskiem na podstawie dostępnych danych z badań przeprowadzonych u młodzieży i osób dorosłych.

Materiał i metodyka. Dokonano systematycznego przeglądu danych dotyczących częstości występowania uczulenia na nikiel i neomycynę u młodzieży i dorosłych z wypryskiem oraz w populacji ogólnej. W przypadku dostępności dla obu tych grup danych porównywalnych pod względem lokalizacji geograficznej, okresu badania, demografii badanych i protokołu postępowania przy przeprowadzaniu testów obliczono średnią ważoną ilorazu szans (eOR) oraz średnią ważoną ryzyka przypisanego (eAR).

Wyniki. Porównywalne pary danych pochodziły z badań przeprowadzonych w Danii, Niemczech, Polsce, Ameryce Północnej oraz we Włoszech. W przypadku niklu eOR wynosił od 0,8 w Danii (eAR = -1,6%; słaby efekt ochronny) do 46,8 we Włoszech (eAR = 50,4%; bardzo silny związek między alergią kontaktową i wypryskiem). Wyniki dla neomycyny wydają się bardziej spójne – eOR wynosił od 2,5 (eAR = 2,1%) w Niemczech aż do nieskończoności w Polsce (uczulenie na neomycynę obserwowano jedynie wśród pacjentów z wypryskiem; eAR = 3,2%). Głównym ograniczeniem przedstawionej analizy była niewielka liczba badań w populacji ogólnej oraz trudności z dopasowaniem pod względem przyjętych kryteriów grup badanych.

Wnioski. Zaplanowana metaanaliza może się okazać pomocnym narzędziem w ocenie znaczenia klinicznego testów płatkowych u indywidualnych pacjentów.

Związek między alergią kontaktową i wypryskiem – próba oceny na przykładzie niklu i neomycyny w oparciu o metaanalizę danych epidemiologicznych

Danuta Plichta, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Wprowadzenie. Według opublikowanych badań epidemiologicznych dodatni wynik testów płatkowych na nikiel obserwuje się u 8,0–51,5% pacjentów

Wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia chorych dzieci i ich rodziców

Joanna Marciniak

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr I we Wrocławiu

Wprowadzenie. Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest jedną z najczęstszych chorób skóry wieku dziecięcego. Ze względu na przewlekłość i nawrotowość, a także towarzyszący chorobie intensywny świąd AZS wpływa na jakość życia chorego oraz zaburza funkcjonowanie jego rodziny. W piśmiennictwie polskim

znajdujemy jedynie nieliczne publikacje poświęcone temu tematowi, głównie z uwagi na brak polskich narzędzi do oceny wpływu choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny.

Cel pracy. Opracowanie i przeprowadzenie waldacji polskiej wersji językowej kwestionariusza oceniającego wpływ choroby dermatologicznej na jakość życia rodziny autorstwa profesora Finlaya oraz doktora Basry z Uniwersytetu Cardiff (*The Family Dermatology Life Quality Index*), ocena jakości życia dzieci chorujących na AZS, ocena wpływu AZS u dziecka na jakość życia rodziców i porównanie wpływu AZS u dziecka na jakość życia poszczególnych rodziców.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 50 chorych na AZS w wieku do 2 lat hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Wyniki. W przeprowadzonych badaniach własnych wykazano istotny wpływ AZS na obniżenie jakości życia dziecka i jego rodziców. Jakość życia dziecka istotnie korelowała z jakością życia rodziców. Choroba dziecka w znacznie większym stopniu upośledza jakość życia matki niż ojca. Jakość życia dziecka i poszczególnych członków rodziny (matki i ojca) zależy od klinicznego nasilenia procesu chorobowego oraz liczby dodatnich alergenów.

Wyznaczenie minimalnej różnicy istotnej klinicznie dla wizualnej skali analogowej (VAS) wykorzystywanej w ocenie nasilenia świądu

Karolina Mędrak, Jacek Szepietowski, Adam Reich

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Wizualna skala analogowa (ang. *Visual Analogue Scale* – VAS) jest jedną z najczęściej używanych, a zarazem jedną z najprostszych metod oceny nasilenia świądu. Pewną niedogodnością VAS jest jednak brak standaryzacji minimalnej różnicy istotnej klinicznie (ang. *minimal clinically important difference* – MCID), która byłaby pomocna w ocenie skuteczności terapii przeciwświądowej.

Cel pracy. Wyznaczenie MCID dla VAS używanej w ocenie świądu.

Materiał i metodyka. Wykorzystując strategię szacowania opartą na podejściu zakotwicającym, w grupie 202 pacjentów z rozpoznaniem przewlekłym świądem przeprowadzono badanie, w trakcie którego pacjenci dwukrotnie, przed rozpoczęciem leczenia, a następnie po 2 tygodniach terapii przeciwświądowej, oceniali nasilenie świądu za pomocą

VAS, określając również, czy leczenie spowodowało poprawę czy pogorszenie. Jednocześnie pacjenci oceniali globalne nasilenie świądu, poziom jakości swojego życia wg DLQI, a także nasilenie objawów depresyjnych i lękowych wg HADS.

Wyniki. Biorąc pod uwagę wykorzystane w badaniu metody oceny, wyznaczono, że średnia zmiana wartości punktowej VAS odpowiadająca MCID wyniosła 2,3 pkt (zakres 1,1–2,7 pkt), natomiast zmiana względna VAS odpowiadająca MCID – 49% (zakres 19–64,2%). Z kolei zmiana VAS o 3,5 pkt (zakres 2,1–5,8 pkt) lub 65% (zakres 56–73%) odpowiadała bardzo dużej zmianie klinicznej kondycji pacjenta.

Wnioski. Według pacjentów zmiana nasilenia świądu uzyskana w wyniku terapii przeciwświądowej poniżej 2 pkt wartości w skali VAS nie ma znaczenia klinicznego.

Ocena satysfakcji z życia wśród chorych na łuszczycę

Dorota Małek¹, Małgorzata Pełka¹, Adam Reich²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Wydaje się, że łuszczycy może w znaczący sposób oddziaływać na poziom satysfakcji z życia pacjentów, wpływając na jej poszczególne sfery: relacje społeczne, codzienną aktywność i samoocenę chorego.

Cel pracy. Porównanie poziomu satysfakcji z życia chorych na łuszczycę i osób zdrowych.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto grupę 89 (49 mężczyzn i 40 kobiet) chorych na łuszczycę w wieku od 18 do 80 lat oraz grupę 92 (37 mężczyzn i 55 kobiet) zdrowych ochotników w wieku od 16 do 78 lat. U wszystkich osób oceniono stopień satysfakcji z życia zgodnie ze skalą SWSL. Nasilenie łuszczycy określono według skali PASI. Pacjenci zostali pogrupowani m.in. ze względu na płeć, stan cywilny, status materialny, skłonność do używek.

Wyniki. Poziom satysfakcji z życia chorych na łuszczycę wg SWSL mieścił się w przedziale 9–31 pkt (średnio 19,2 ± 6,0 pkt) i był istotnie gorszy niż w grupie zdrowych ochotników (zakres 9–33 pkt, średnio 22,0 ± 5,3 pkt; $p = 0,001$). W interpretacji wyników uwzględniono również skalę stenową, która dla badanych wynosiła średnio 5,0 ± 2,1 stena, natomiast w grupie zdrowych średnio 6,16 ± 1,9 stena ($p = 0,001$). Stwierdzono słabą, chociaż istotną, korelację pomiędzy nasileniem łuszczycy a poziomem sa-

tysfakcji z życia ($r = -0,25, p = 0,02$). Poza nasileniem łuszczyca spośród analizowanych parametrów na poziom satysfakcji życia chorych na łuszczycę wpływał jedynie status materialny ($p < 0,001$), nie stwierdzono natomiast istotnego związku z wiekiem, płcią, wykształceniem, stanem cywilnym oraz skłonnościami do używek lub nałogów.

Wnioski. Poziom satysfakcji życia chorych na łuszczycę jest niższy niż osób zdrowych, a jednym z parametrów mających wpływ na stopień zadowolenia z życia jest nasilenie zmian skórnych.

Ocena wiedzy uczniów szkół średnich na temat powikłań tatuażu, kolczykowania i korzystania z solarium

Małgorzata Dominiak¹, Anna Woźniacka²,
Joanna Narbutt², Aleksandra Lesiak²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. W obecnych czasach społeczeństwo zwraca dużą uwagę na wygląd. Kult ciała jest promowany przez media i przemysł reklamowy. Różne metody zdobienia ciała, tzw. *body art*, jak również opalanie się stają się coraz bardziej popularne, zwłaszcza wśród młodzieży. Zazwyczaj młodzi ludzie nie są świadomi ich wpływu na zdrowie.

Cel pracy. Ocena poziomu wiedzy uczniów łódzkich liceów na temat powikłań tatuażu, kolczykowania i korzystania z solarium.

Materiał i metodyka. W badaniu wzięło udział 287 uczniów w wieku średnio 17,48 roku, w tym 102 mężczyzn (35,5%) i 185 kobiet (64,5%). Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankietowego.

Wyniki. Wśród ankietowanych uczniów 3,5% posiadało tatuaż, 56% kolczyk, a 33,79% korzystało z solarium. Wśród badanych 80,49% odpowiedziało, że mogą wystąpić powikłania po wykonaniu tatuażu, a 79,79% potwierdziło możliwość ich wystąpienia po kolczykowaniu. Niestety tylko 42,51% jest świadomych, że tatuaż może skutkować infekcją bakteryjną, wirusową lub grzybiczą, a 16,03%, że takie konsekwencje może mieć kolczykowanie. Wprawdzie 91,29% badanych zdaje sobie sprawę, że mogą wystąpić negatywne następstwa używania solarium, ale 74,22% odpowiedziało, że lepiej wygląda w opaleniznie.

Wnioski. Wiedza na temat powikłań tatuażu i kolczykowania wśród młodzieży jest niewielka. Młodzi ludzie są bardziej świadomi negatywnych następstw korzystania z solarium, ale mimo to chętnie z nich korzystają. Powinny zostać wdrożone programy edukacyjne i kampanie informacyjne umożliwiające młodzieży zdobycie informacji na temat ryzyka wystąpienia szkód zdrowotnych związanych z zabiegami zdobienia ciała i opalaniem się.

Ocena wybranych czynników immunologicznych w surowicy pacjentów z łuszczycą krostkową dłoni i stóp

Marta Pałczyńska¹, Agata Głabińska¹, Paulina Mazur¹,
Ewelina Kumiszczka¹, Anna Woźniacka²,
Aleksandra Lesiak², Joanna Narbutt²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Łuszczyca krostkowa dłoni i stóp jest przewlekłą i nawrotową chorobą skóry, często sprawiającą trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Patogeneza tej choroby nie została do końca wyjaśniona. W ostatnich publikacjach są doniesienia o udziale szlaku mediowanego IL-17 oraz znaczeniu przeciwciał przeciwko gliadynie i endomysium w rozwoju tej jednostki chorobowej.

Cel pracy. Oznaczenie stężenia IL-15, IL-17, IL-22 oraz przeciwciał IgAEMA i przeciw gliadynie u chorych na łuszczycę krostkową dłoni i stóp.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 30 pacjentów w wieku od 50 do 70 lat chorujących na łuszczycę krostkową potwierdzoną histopatologicznie oraz 30 osób z grupy kontrolnej, dobranych pod względem wieku i płci. Stężenia badanych interleukin (metoda ELISA) oraz przeciwciał IgAEMA i przeciw gliadynie (IIF) były oznaczane z próbek krwi pobranych w chwili zaostrzenia klinicznego (obecność krost). Do badania byli włączeni chorzy, którzy nie stosowali leczenia miejscowego w okresie 2 tygodni i leczenia ogólnego w ostatnich 2 miesiącach.

Wyniki. Wstępnie wyniki wskazują na istotne statystycznie różnice w stężeniu cytokin pomiędzy badanymi chorymi. Szczegółowe wyniki zostaną przedstawione podczas konferencji.

Wnioski. Poznanie patogenyzy łuszczyca krostkowej być może ułatwi w przyszłości jej terapię, zwłaszcza z zastosowaniem preparatów biologicznych, wpływających na szlak mediowany IL-17.

Udział procesu angiogenezy i destrukcji tkankowej w patogenezie owrzodzeń podudzi

Joanna Krzysiek¹, Paweł Kolano², Anna Woźniacka³, Aleksandra Lesiak³, Marian Danilewicz⁴, Joanna Narbutt³

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Oddział Chirurgiczny Ogólny Szpitala w Kutnie

³Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴Katedra Patomorfologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Angiogeneza jest procesem powstawania nowych naczyń krwionośnych z istniejących kapilar. Endogenna regulacja procesu angiogenezy jest możliwa dzięki istnieniu balansu pomiędzy czynnikami angiogennymi stymulującymi proces tworzenia naczyń oraz czynnikami angiostatycznymi odpowiedzialnymi za jego zahamowanie. Do czynników zaangażowanych w ten proces zalicza się komórki CD34+ i CD133+, VEGF oraz angiogeninę. Lizosomalna proteaza – katepsyna K, odgrywa istotną rolę w procesie degradacji błony podstawnej i elementów macierzy zewnątrzkomórkowej.

Cel pracy. Ocena ekspresji VEGF i katepsyny K oraz gęstości drobnych naczyń krwionośnych CD34+ u pacjentów z owrzodzeniami podudzi na tle niewydolności żyłnej.

Materiał i metodyka. Materiał do badań stanowiły biopsje skóry pobrane od chorych ($n = 12$) z owrzodzeniami oraz 10 wycinków zdrowej skóry podudzia (grupa kontrolna), które poddano barwieniu immunohistochemicznemu. W każdym przypadku oceniono poziom ekspresji katepsyny K oraz VEGF, a także określono liczbę komórek CD34+.

Wyniki. Wykazano istotnie wyższą ekspresję katepsyny K oraz VEGF u chorych w porównaniu ze zdrową kontrolą ($p < 0,001$ dla obu porównań). Również liczba komórek CD34+ była wyższa u pacjentów niż u zdrowych ochotników ($97,6/\text{mm}^2$ vs $59,3/\text{mm}^2$; $p < 0,001$).

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują na pobudzenie procesu angiogenezy z równoczesnym nasileniem destrukcji podścieliska tkankowego w przebiegu owrzodzeń podudzi rozwijających się na tle niewydolności żyłnej.

Analiza retrospektywna wyników badań immunopatologicznych

Karina Nalepa¹, Paulina Krawczyk¹, Katarzyna Gos¹, Anna Woźniacka², Aleksandra Lesiak², Joanna Narbutt²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Wprowadzenie technik immunofluorescencyjnych istotnie zwiększyło możliwości diagnostyczne wielu chorób skóry o podłożu autoimmunologicznym.

Cel pracy. Analiza wyników badań immunopatologicznych przeprowadzonych w Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Materiał i metodyka. Analiza retrospektywna obejmowała wyniki badań wykonywanych w celu diagnostyki chorób autoimmunologicznych zleconych w latach 2008–2012 u 828 pacjentów dorosłych oraz dzieci. Oceniano następujące parametry: płeć i wiek pacjenta, miejsce pobrania wycinka, rodzaj analizowanych zjawisk immunologicznych.

Wyniki. Stwierdzono, że większość pacjentów poddanych diagnostyce w kierunku chorób autoimmunologicznych w Klinice stanowiły kobiety (80,16%). Średnia wieku osób dorosłych kierowanych na badania wynosiła 57 lat, natomiast dzieci – 12,8 roku. Najczęstszym miejscem pobrania wycinka była skóra nadgarstka – zarówno u pacjentów dorosłych (43,13%), jak i u dzieci (97,76%). Większość dorosłych chorych (65%) kierowanych na badanie immunopatologiczne miało wstępnie podejrzenie choroby pęcherzowej, natomiast 78,75% dzieci – chorobę tkanki łącznej. Ostateczne rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem immunopatologicznym rzadziej u dorosłych chorych niż u dzieci (u 43,7% vs 67,535; $p = 0,0001$).

Wnioski. Często uzyskiwane ujemne wyniki badania immunopatologicznego (> 50%) świadczą o ich zbyt powszechnym wykonywaniu, co w obliczu wysokich kosztów badania powinno skłaniać klinicystów do prowadzenia skrupulatnej diagnostyki różnicowej na podstawie objawów klinicznych.

Rogowacenie słoneczne – doświadczenia własne z zastosowaniem ingenolumebutynianu

Joanna Sieniawska, Joanna Narbutt, Anna Woźniacka, Aleksandra Lesiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie. Rogowacenie słoneczne (*actinic keratosis* – AK) jest często występującym stanem przednowotworowym skóry. Możliwość progresji AK do raka kolczystokomórkowego stanowi przesłankę do wczesnej diagnostyki i podjęcia terapii zmian chorobowych. Najnowszym preparatem wykorzystywanym w leczeniu ognisk typu AK jest ingenolumebutynian.

Cel pracy. Określenie bezpieczeństwa i skuteczności ingenolumebutynianu u chorych na AK.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 9 pacjentów (2 kobiety, 7 mężczyzn, średni wiek 71,8 roku), u których na skórze głowy lub czoła stwierdzono ogniska typu AK. Preparat w postaci 0,015% żelu aplikowano raz na dobę przez 3 kolejne dni na powierzchnię 25 cm². Wizyty kontrolne odbywały się w 4., 7. i 14. dobie, następnie po 4 oraz 8 tygodniach leczenia. U wszystkich pacjentów występowały miejscowe reakcje skórne. W 6 przypadkach obserwowano łagodny odczyn miejscowy, w 2 przypadkach umiarkowany, u jednego pacjenta odczyn o bardzo dużym nasileniu. Największe nasilenie objawów występowało w 4.-7. dobie po aplikacji. Po 14 dniach od zastosowania preparatu u wszystkich pacjentów pozostał jedynie rumień. Ustąpienie wszystkich objawów niepożądanych nastąpiło po 4 tygodniach u 8 pacjentów. U jednego chorego zmiany w postaci rumienia utrzymywały się przez 8 tygodni. Efekt końcowy oceniany był po 8 tygodniach. Całkowite ustąpienie zmian AK uzyskano u 7 osób.

Wnioski. Preparat jest łatwy w użyciu, a leczenie krótkotrwałe. Preparat powoduje silne odczyny miejscowe, co może być niepokojące dla pacjenta. Wysokie koszty terapii ograniczają jej dostępność. Ingenolumebutynian cechuje się dużą skutecznością i może stanowić alternatywną opcję terapeutyczną w leczeniu AK.

Analiza występowania w produktach spożywczych barwników stosowanych również w kosmetykach

Magdalena Wilusz, Jadwiga Kalicińska, Radosław Śpiewak

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Wprowadzenie. Barwniki spożywcze są powszechnie stosowanymi dodatkami do żywności. Są to związki drobnocząsteczkowe i jako hapteny w przypadku kontaktu skórnoego mogą wywołać reakcję nadwrażliwości opóźnionej. U osób, u których wystąpiła alerggia opóźniona, ponowny kontakt z haptentem drogą doustną może wywołać systemową reaktywację alergicznego wyprysku kontaktowego.

Cel pracy. Analiza występowania w dostępnych na polskim rynku produktach spożywczych barwników stosowanych również w kosmetykach.

Materiał i metodyka. Analizie poddano skład 800 produktów spożywczych. Produkty te podzielono na 20 kategorii, w obrębie każdej przeanalizowano po 40 produktów. Następnie oceniono częstość występowania barwników w poszczególnych kategoriach produktów spożywczych.

Wyniki. Spośród 42 barwników dopuszczonych w Polsce do barwienia żywności w przeanalizowanych 800 produktach spożywczych zidentyfikowano łącznie 33 barwniki. Dwadzieścia trzy z nich (69%) są dopuszczone do stosowania jako barwniki kosmetyczne. Łącznie barwniki w produktach spożywczych wystąpiły 737 razy, najczęściej w żelkach (10,9%), cukierkach i karmelkach (9,7%) oraz w gumach do żucia (9,0%). Barwniki o znanym działaniu uczulającym występowały ogółem w 52 produktach (6,5%), najczęściej w alkoholach (37,5% wszystkich produktów tej kategorii).

Wnioski. Produkty spożywcze mogą zawierać te same barwniki co produkty kosmetyczne i u osób wcześniej uczulonych prowokować systemową reaktywację alergicznego wyprysku kontaktowego. Produkty spożywcze zawierają przeciętnie jeden barwnik. Barwniki najczęściej występują w żelkach, cukierkach i karmelkach oraz gumach do żucia. Więcej niż 1/3 produktów spożywczych zawiera barwniki stosowane również w kosmetykach, a co trzeci produkt spożywczy – barwniki o znanym działaniu uczulającym. Barwniki o znanym działaniu uczulającym najczęściej dodawane są do alkoholu.

Ocena składu i czystości mikrobiologicznej olejów zimnotłoczonych firmy OleoWita

Aleksandra Tobiasz¹, Kamila Jaworecka¹,
Małgorzata Lizęga¹, Dominika Wyglądacz¹,
Roman Franiczek², Barbara Krzyżanowska²,
Magda Aniołowska³, Adam Reich⁴

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

³Katedra Technologii Rolnej i Przechowalnictwa Wydziału Nauk o Żywności Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu

⁴Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. Nienasycone kwasy tłuszczowe wchodzące w skład naturalnych olei stanowią niezbędny składnik potrzebny do prawidłowego funkcjonowania organizmu, w tym skóry.

Cel pracy. Ocena analizy składu lipidów oraz czystości mikrobiologicznej tłoczonych na zimno olei przeznaczonych do użytku jako produkty kosmetyczne.

Materiał i metodyka. Ocenie poddano tłoczone na zimno oleje otrzymane z pestek aronii, czarnej porzeczki, czarnego bzu, malin, moreli, pomidora, truskawek, nasion brokułów, czarnuszki siewnej, konopi, krokosza barwierskiego, ostropestu oraz z kokosa. Za pomocą metody spektrometrii masowej przeanalizowano zawartości procentowe poszczególnych kwasów tłuszczowych. Ponadto wszystkie testowane oleje poddano ocenie czystości mikrobiologicznej zgodnie z ustawowymi wymogami dotyczącymi kosmetyków.

Wyniki. Największą zawartość kwasów omega-3 stwierdzono w oleju z pestek czarnego bzu (34,9%), truskawek (29,0%) i malin (22,3%); natomiast największej kwasów omega-6 zawierały olej z krokosza barwierskiego (75,1%), olej z pestek aronii (61,5%) oraz czarnej porzeczki (61,5%). Badane oleje zawierały również nienasycone kwasy tłuszczowe omega-9, w tym najczęściej olej z nasion brokułów (69,5%), pestek moreli (68,2%), nasion pomidora (29,7%). Kwasy tłuszczowe omega-7 stanowiły niewielki odsetek w składzie badanych olejów; największą zawartość stwierdzono w oleju z nasion pomidora (4,1%), pestek czarnej porzeczki (1,4%) i nasion brokułów (1,1%). W badaniu mikrobiologicznym z wykorzystaniem próbek gotowych do zastosowania stwierdzono, że 12 produktów spełniało mikrobiologiczne kryteria kosmetyku klasy I, natomiast olej kokosowy został zakwalifikowany jako kosmetyk klasy II.

Wnioski. Testowane oleje naturalne mogą być wykorzystane jako produkty kosmetyczne. Wysoka zawartość nienasyconych kwasów tłuszczowych może poprawiać własności kosmetyczne tych produktów.

Wskazania, przeciwwskazania oraz uwagi praktyczne dotyczące biochirurgicznego oczyszczania trudno gojącej się rany

Hubert Arasiewicz

Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Trudno gojąca się rana stanowi olbrzymie wyzwanie ze względu na różnorodną etiologię oraz stały wzrost liczby rozpoznawanych przypadków. Sam proces leczenia jest kosztochłonny z uwagi na chroniczny charakter schorzenia. Pacjenci będący grupą docelową wymagają często zsynchronizowanego leczenia przez zespół złożony z kilku specjalistów. Dobrą alternatywą dla klasycznego zaopatrywania rany powikłanej jest biochirurgia, gdzie do efektywnego oczyszczania ran z martwicy i przyspieszenia procesu gojenia wykorzystuje się sterylne larwy muchy *Lucilia sericata*. Pozwala to na uzyskanie kontroli m.in. nad nieprzyjemnym zapachem, który często jest powodem wstydu i zakłopotania pacjenta. Zwiększająca się liczba krajowych ośrodków produkujących sterylne larwy przelamuje barierę kosztownego importu, co poprawia parametry ekonomiczne terapii. Łatwość użycia i ograniczona liczba efektów niepożądanych przemawiają za stosowaniem „żywego opatrunku”.

Praca ma na celu przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat wskazań, przeciwwskazań oraz praktycznego zastosowania larw *Lucilia sericata*.

Na podstawie danych z piśmiennictwa oraz doświadczenia własnego wydaje się, że biochirurgia jest obiecującą formą terapii trudno gojących się ran. Charakteryzuje ją efektywne oczyszczenie rany, bezpieczeństwo i prostota użycia. Obecnie obserwujemy coraz częstsze powracanie do naturalnych metod leczenia, które w większości cechuje mniejsza liczba działań niepożądanych niż w przypadku metod klasycznych. Wydaje się, że największą barierą zastosowania tej terapii jest strach i niepewność wśród białego personelu.

Ocena właściwości kosmetycznych olejów zimnotłoczonych firmy OleoWita

Kamila Jaworecka¹, Małgorzata Lizęga¹,
Dominika Wyglądacz¹, Aleksandra Tobiasz¹,
Adam Reich²

¹Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wprowadzenie. W dzisiejszych czasach konsumenci coraz częściej zwracają uwagę na skład i pochodzenie wybieranych przez siebie artykułów, często preferując produkty naturalne i ekologiczne.

Cel pracy. Wykazanie, czy oleje zimnotłoczone pochodzenia naturalnego mogą być stosowane jako produkty kosmetyczne.

Materiał i metodyka. W badaniu wykorzystano oleje tłoczone na zimno firmy OleoWita (Milicz), otrzymane z wyselekcjonowanych nasion w tradycyjny sposób. Badano właściwości olejów z pestek aronii, czarnej porzeczki, czarnego bzu, malin, moreli, pomidora, truskawek, nasion brokułów, czarnuszki siewnej, konopi, krokosza barwierskiego, ostropestu oraz kokosa. W badaniu wzięło udział 80 ochotników obu płci, w przedziale wiekowym 18–65 lat. Każdy z nich testował od 2 do 4 różnych olejów, aplikując je na skórę przez co najmniej 3 dni. Po tym czasie wszyscy badani wypełniali anonimową ankietę dotyczącą własności kosmetycznych testowanego produktu. Dodatkowo u 23 ochotników wykonano klasyczne testy płatkowe z użyciem wszystkich rodzajów olejów.

Wyniki. Większość badanych preparatów została pozytywnie oceniona przez testujących. Ankietowani zwracali uwagę na poprawę kondycji skóry, która stawała się według nich bardziej gładka i lepiej nawilżona. Nie odnotowano żadnych odczynów z podrażnienia. Za pomocą testów płatkowych stwierdzono jeden odczyn alergiczny na olej z pestek moreli.

Wnioski. Oleje zimnotłoczone mogą być stosowane na skórę, nie wykazują przy tym właściwości drażniących i jedynie sporadycznie mogą dawać odczyny alergiczne.

Praktyczne aspekty erytrodermii

Joanna Gruber, Joanna Maj

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Erytrodermia to uogólniony stan zapalny skóry objawiający się zlewnym zaczerwienieniem, obejmującym ponad 90% powierzchni ciała, często podskórnym nacieczeniem i powierzchownym złuszczeniem naskórka. Brak wcześniejszych wykwitów na skórze mogących naprowadzić na rozpoznanie pierwotnego podłoża erytrodermii niezwykle utrudnia proces diagnostyczny, który pozostaje wyzwaniem nawet dla doświadczonego dermatologa. Ocenia się, że biopsja skóry jest pomocna w identyfikacji wyjściowej przyczyny u ponad 50% pacjentów, ale aby osiągnąć taką skuteczność, badanie niejednokrotnie trzeba powtarzać (na innym etapie choroby i z innej okolicy ciała). W pracach różnych autorów odsetek pacjentów, u których badanie histopatologiczne było przydatne diagnostycznie, wahał się między 28% a 74%, więc rozbieżność jest dość znaczna. Wyniki innych badań, takich jak poziomy β_2 -mikroglobuliny i LDH, są często nieprawidłowe i mogą naprowadzić na rozpoznawanie erytrodermii na tle chorób rozrostowych, jednak należy podkreślić ich niską specyficzność. W fazie erytrodermii bez ewidentnych, charakterystycznych zmian skórnych rozpoznanie etiologii jest niezwykle trudne, a co za tym idzie – leczenie bywa empiryczne. Dokładny wywiad z pacjentem, badania dodatkowe i biopsja skóry są niezbędne, aby podjąć próbę leczenia przyczynowego stanu, który może stanowić zagrożenie życia.

Na podstawie badań retrospektywnych nad dokumentacją medyczną pacjentów hospitalizowanych w latach 2011–2014 w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii we Wrocławiu oznaczono częstość występowania erytrodermii jako przyczyny hospitalizacji oraz podjęto próbę scharakteryzowania obrazu klinicznego erytrodermii wraz z ustaleniem podłoża schorzenia wyjściowego, chorób towarzyszących oraz najważniejszych odchyleń w badaniach laboratoryjnych. Ponadto u części pacjentów zaplanowano ocenę ekspresji szeregu cytokin prozapalnych jako potencjalnych markerów toczącego się procesu zapalnego.

Wyniki testów płatkowych z metylo(chloro)izotiazolinonem i formaldehydem w zależności od zastosowanego podłoża

Radosław Śpiewak¹, Zbigniew Samochocki²,
Marek Pańnicki², Ewa Czarnobilska²,
Elżbieta Grubska-Suchanek², Marzena Bukiel²,
Katarzyna Jędrzejewska-Jurga²,
Magdalena Czarnecka-Operacz², Anna Cisowska²,
Bo Niklasson³

¹Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie

²Grupa Badawcza KRAK2

³Chemotechnique Diagnostics, Vellinge, Szwecja

Wprowadzenie. Wodne roztwory haptenuów do testów płatkowych mogą wysychać jeszcze przed naklejeniem komórek testowych na skórę, ponadto parowanie wody może zaburzać dawkę i stężenie testowanej substancji w skórze. Wydaje się, że wazelina jest lepszym podłożem dla substancji testowych, jednak niektóre cząsteczki są trudno rozpuszczalne w tłuszczach. Rozwiązaniem tego problemu może być zastosowanie odpowiednich emulgatorów.

Cel pracy. Porównanie wyników testów płatkowych z metylo(chloro)izotiazolinonem 1 : 3 (MI/MCI) oraz formaldehydem uzyskanych z zastosowaniem komercyjnie dostępnych wodnych roztworów do testów oraz nowej formuły na bazie wazeliny z emulgatorem.

Materiał i metodyka. W toku drugiej fazy badań KRAK pacjenci z przewlekłym lub nawracającym wypryskiem byli testowani przy użyciu zestawu 50 substancji testowych, w tym 1-procentowego wodnego roztworu formaldehydu (F-002A) oraz 0,01-procentowego roztworu wodnego MI/MCI (C-009A), a jednocześnie nowymi wazelinowymi formułami formaldehydu 1% (Dor-695) oraz MI/MCI 0,01% (Dor-696), opracowanymi przez Chemotechnique Diagnostics (Szwecja). Substancje testowe były naklejane na plecy pacjentów w komorach IQ Ultra na 2 dni, z kolejnymi odczytami reakcji skórnej w 3., 5. i 8. dniu testów.

Wyniki. Badania wykonano u 1026 pacjentów w wieku 1-90 lat (mediana 40 lat). Dodatni odczyn na przynajmniej jedną z formuł formaldehydu odnotowano u 68 pacjentów (6,6%), z czego 2 zareagowało na obie postaci, 11 tylko na F-002, a 55 tylko na Dor-695 (χ^2 : $p = 0,16$). Wyniki dla MI/MCI wyniosły odpowiednio 69 (6,7%), w tym 17 reagujących na obie postaci, 9 tylko na C-009A oraz 43 reagujących tylko na Dor-696 (χ^2 : $p < 0,001$).

Wnioski. Substancje testowe na bazie wazeliny z emulgatorem są bardziej efektywne w wykrywaniu

alergii kontaktowej na formaldehyd i metylo(chloro)izotiazolinon od tradycyjnych roztworów wodnych.

Skórna manifestacja chłoniaka z komórek płaszczka – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Agnieszka Markiewicz, Natalia Zając,
Agnieszka Owczarczyk-Saczonek,
Agata Maciejewska-Radomska, Waldemar Placek

Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

Chłoniak z komórek płaszczka jest rzadką chorobą limfoproliferacyjną, która często zajmuje lokalizacje pozaszpikowe, jednak wyjątkowo rzadko dotyczy skóry.

Prezentujemy pacjenta, który zgłosił się z powodu zmian o charakterze rumieniowo-obrzękowym zlokalizowanych na małżowinach usznych oraz twarzy. Po wykonaniu badania histopatologicznego wycinka pobranego ze skóry i tkanki chrzęstnej ucha rozpoznano chłoniaka z komórek płaszczka, co umożliwiło natychmiastowe wdrożenie leczenia hematologicznego. Ponadto prezentujemy przegląd piśmiennictwa dotyczącego zmian skórnych w przebiegu tej choroby hematologicznej, co ma na celu lepsze poznanie jej objawów.

XXVI Sympozjum Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

Streszczenia

Kontrowersje w atopowym zapaleniu skóry

Wojciech Silny

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Atopowe zapalenie skóry (AZS) należy do niewielu jednostek dermatologicznych, w których przedmiotem dyskusji staje się szereg aspektów, począwszy od nomenklatury, a skończywszy na procesie leczenia. Określanie tej jednostki chorobowej nazwą atopowe zapalenie skóry jest obecnie powszechnie przyjęte, mimo wcześniejszych kontrowersji, natomiast patomechanizm AZS pozostaje nadal niejasny i jest przedmiotem sporów. W ocenie schorzenia podkreśla się rolę zarówno czynników genetycznych, jak i wpływu szeroko rozumianego środowiska na występowanie objawów i przebieg choroby. Mimo licznych badań dotyczących podłoża genetycznego choroby dotychczas nie wykryto tzw. genu atopii, zidentyfikowano jedynie kilka genów odpowiedzialnych za poszczególne ogniwa łańcucha reakcji alergicznej. Dalszy przedmiot dyskusji w patomechanizmie AZS stanowi rola zaburzeń immunologicznych i hormonalnych. Niewątpliwie duże znaczenie w rozwoju objawów klinicznych ma defekt bariery naskórkowej. Powstaje pytanie, co jest pierwotne i co ma większe znaczenie – defekt układu immunologicznego czy zaburzenie bariery naskórkowej.

Kolejnym elementem mającym znaczenie w patomechanizmie AZS są układy, takie jak nerwowy czy hormonalny, oraz mediatory reakcji zapalnej. Nadal przedmiotem dyskusji pozostaje patofizjologia świądu, który stanowi dominujący objaw podmiotowy w AZS. Dalszym poważnym problemem w powstawaniu objawów klinicznych u chorych na AZS jest rola alergii pokarmowej i powietrzno pochodnej, choć nie należy zapominać również o superantygenach.

Postępowanie lecznicze w AZS wciąż znajduje się w sferze dociekań, dyskusji i badań. Działania profilaktyczne obejmują interwencję dietetyczną, immunologiczną, środowiskową lub farmakologiczną. Szczególnie wiele kontrowersji w profilaktyce AZS wzbudza interwencja dietetyczna. Rodzi się pytanie, jakie znaczenie ma tego typu interwencja w ciąży, w czasie laktacji, czy też jak należy podchodzić do diet eliminacyjnych. Moim zdaniem, pomimo osiągnięć współczesnej medycyny, nadal nie ma skutecznych metod pozwalających zapobiegać wystąpieniu AZS.

Leczenie zewnętrzne i pielęgnacja skóry u chorych na AZS stanowią jeden z podstawowych elementów terapii tego schorzenia. Sucha skóra i związana z nią zwiększona przez naskórkową utratę

wody należą do stałych objawów AZS. Ze względu na defekt bariery naskórkowej skóra atopowa jest predysponowana do podrażnień, szczególnie w okolicy twarzy i fałdów skórnych. W leczeniu AZS powinny być wybierane szczególnie środki niezawierające substancji zapachowych, konserwantów oraz barwników. W okresie pogorszenia zmian skórnych stosuje się natomiast dodatkowo leczenie przeciwzapalne miejscowymi preparatami glikokortykosteroidowymi i/lub inhibitorami kalcyneuryny. Na wybór terapii wpływa wiek chorego, stopień nasilenia i rozległość zmian skórnych oraz doświadczenie prowadzącego lekarza. W leczeniu miejscowym nie należy także zapominać o terapii drobnoustrojowej. Również światłolecznictwo w AZS odgrywa ogromną rolę.

Leczenie ogólne trudnych przypadków AZS obejmuje m.in. zastosowanie leków przeciwhistaminowych, immunosupresyjnych i w niektórych przypadkach antybiotyków oraz leków przeciwwirusowych. Niestety wdrożenie niektórych terapii systemowych (np. cyklosporyny A, azatiopryny) ograniczone jest ich licznymi przeciwwskazaniami i możliwymi działaniami niepożądanymi, natomiast zastosowanie glikokortykosteroidoterapii systemowej w AZS pozostaje nadal kontrowersyjne. Pragnę zwrócić uwagę na metotreksat, który jest niedocenianym lekiem w terapii ciężkich przypadków AZS, a którego pozytywne efekty kliniczne mogą w dużej mierze zrekompensować ewentualne działania uboczne. Terapia biologiczna, która zajmuje ważne miejsce w leczeniu różnych schorzeń, w tym dermatologicznych, jest formą leczenia, przy której należy zaznaczyć, że żaden z leków biologicznych nie został dotąd zatwierdzony do leczenia AZS, a przeprowadzone obserwacje kliniczne dotyczą zwykle niewielkich grup chorych.

Immunoterapia swoista jest jedyną metodą leczenia przyczynowego AZS w przypadku potwierdzonej IgE-zależnej alergii powietrzno pochodnej. Znaczenie alergii powietrzno pochodnej w patomechanizmie AZS było dyskutowane przez wiele lat, a nawet podważane przez niektórych autorów, jednak na podstawie piśmiennictwa i doświadczeń własnych można stwierdzić, że immunoterapia swoista w leczeniu AZS charakteryzuje się dużą skutecznością kliniczną u chorych z objawami uczulenia na alergeny powietrzno pochodne całoroczne i sezonowe. O skuteczności immunoterapii swoistej decyduje prawidłowa kwalifikacja pacjentów, odpowiedni skład szczepionki i właściwe jej prowadzenie.

Czy w obecnej sytuacji jest możliwa racjonalna farmakoterapia pokrzywki?

Radosław Śpiewak, Danuta Plichta

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

„Pokrzywka” to zbiorcze określenie heterogennej grupy chorób o zbliżonym obrazie klinicznym, lecz zróżnicowanej, często nieznannej etiologii. Farmakoterapia pokrzywki stanowi wielkie wyzwanie dla lekarzy. Rok 2012 przyniósł zmiany w prawie farmaceutycznym oraz systemie refundacji produktów leczniczych, uzależniające refundację leków m.in. od przestrzegania wskazań zawartych w Charakterystykach Produktów Leczniczych (ChPL). Między lekarzami, Ministerstwem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia rozgorzał spór na temat kwalifikacji stosowania leku poza wskazaniem (*off-label*). Zwrócono uwagę na znaczny rozdźwięk między wytycznymi leczenia chorób ogłaszanych przez gremia eksperckie i towarzystwa naukowe a literą ChPL. W celu lepszego rozpoznania aktualnej sytuacji przeanalizowaliśmy aktualne polskie i międzynarodowe wytyczne gremiów eksperckich dotyczące leczenia pokrzywki. Rekomendacje ekspertów skonfrontowaliśmy z aktualnym urzędowym wykazem produktów leczniczych oraz wskazaniami rejestracyjnymi leków określonymi w ChPL. Stwierdziliśmy znaczne rozbieżności między wytycznymi leczenia pokrzywek, zakresami stosowania leków określonymi w urzędowych ChPL a dowodami skuteczności pochodzącymi z badań naukowych – ChPL nie odzwierciedlają aktualnego stanu wiedzy medycznej, jednak również w wytycznych ekspertów zdarzają się sugestie terapeutyczne nieoparte dowodami naukowymi lub oparte zaledwie na anegdotycznych obserwacjach. Dla dobra pacjenta konieczne jest rozpoczęcie merytorycznej dyskusji, której celem będzie wypracowanie nowych, opartych na wiarygodnych dowodach naukowych standardów postępowania lekarskiego, a także odejście od pomysłu uzależnienia decyzji terapeutycznych lekarzy od treści ChPL. Do czasu wypracowania nowych zasad zaproponowaliśmy autorską listę leków „dla pacjenta skutecznych, a dla lekarza bezpiecznych”, czyli leków, których stosowanie nie koliduje ani z aktualną wiedzą, ani regulacjami prawnymi.

Piśmiennictwo

1. Śpiewak R., Plichta D.: Racjonalna farmakoterapia pokrzywki. Scientoholic, Kraków 2014.

Rola IgE w patogenezie pemfigoidu – implikacje prognostyczne i terapeutyczne

Katarzyna Woźniak

Klinika Dermatologii i Immunodermatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Pemfigoid jest autoimmunizacyjną podnaskórkową chorobą pęcherzową skóry mediowaną przeciwciałami klasy IgG skierowanymi przeciwko domenie NC16a antygeny BP180. W ostatnich latach wykazano, że również przeciwciała klasy IgE rozpoznają ten sam antygen i prawdopodobnie są odpowiedzialne za rozwój zmian rumieniowo-obrzękowych przypominających pokrzywkę, co obserwowano ma modelu mysim. Badania własne, w grupie 77 pacjentów z pemfigoidem, wykazały, że poziom całkowitego IgE i swoistego IgE oraz IgG skierowanych przeciwko NC16a koreluje z rozległością zmian skórnych w aktywnym okresie choroby. Ponadto stwierdzono, że wartości wszystkich badanych parametrów istotnie się zmniejszyły w okresie remisji klinicznej, przy czym najszybciej uległ negatywizacji ELISA *index* dla NC16a w klasie IgE, co oznacza, że ten parametr, z jednej strony, może być najlepszym wskaźnikiem aktywności pemfigoidu i być pomocny w modyfikowaniu bieżącego leczenia, a z drugiej – może stanowić asumpt do zastosowania terapii celowanej. Wstępne badania wykazują, że omalizumab – monoklonalne przeciwciało skierowane przeciwko IgE – powoduje szybką redukcję zmian skórnych i świądu u chorych na pemfigoid.

Mechanizmy reakcji polekowych

Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna CSK MON, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Działania niepożądane leków stanowią istotny problem kliniczny i diagnostyczny dla lekarzy wielu specjalności. Dotyczą około 7% populacji, a wśród pacjentów hospitalizowanych około 10–20% ogólnej liczby chorych. Mogą wystąpić zarówno w wyniku stosowania leku miejscowego, jak i ogólnego. Do najczęściej spotykanych skórnych odczynów polekowych należą: osutka plamisto-grudkowa, pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy, zmiany rumieniowe i plamice. Ciężkimi dermatozami polekowymi mogącymi stanowić zagrożenie dla życia są pęcherzowe reakcje polekowe. Reakcje polekowe mogą powstawać w różnych mechanizmach, a dokładny model części z nich nie został w pełni poznany. Termin nadwrażliwość na leki obejmuje grupę reakcji zarówno alergicznych, jak i niealergicznych. Alergiczne reakcje na leki to te, w których można wykazać natychmiastowy (w ciągu godziny od podania) lub opóźniony (powyżej godziny) typ reakcji alergicznej. Nadwrażliwość niealergiczną to reakcje nietolerancji, reakcje pseudoalergiczne i idiosynkrazji. Ostatnio zwrócono również uwagę na zmiany powstające w wyniku wpływu nowych terapii ukierunkowanych na cele molekularne na modyfikację sygnalizacji RAS/RAF/MEK/ERK związanej z EGFR, która odpowiada m.in. za proliferację i różnicowanie komórek naskórka. W pracy zostaną omówione wybrane postaci reakcji polekowych z uwzględnieniem czynników etiologicznych, mechanizmów powstawania i obrazu klinicznego.

Zespół Stevensa-Johnsona i zespół Lyella – współczesne poglądy na patogenezę i leczenie

Rafał Czajkowski

Katedra i Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Zespół Stevensa-Johnsona (ang. *Stevens-Johnson syndrome* – SJS) i toksyczna nekroliza naskórka (zespół Lyella, ang. *toxic epidermal necrolysis* – TEN) są ciężkimi wielonarządowymi zespołami zagrażającymi życiu. Proces chorobowy najczęściej ma podłoże polekowe lub infekcyjne. W części przypadków przy-

czyna jest bardzo trudna do ustalenia. Opisywane dermatozy charakteryzują się obumieraniem komórek naskórka, obecnością nadżerek na błonach śluzowych i objawami ze strony narządów wewnętrznych. Patogeneza wymienionych schorzeń wiąże się z apoptozą keratynocytów spowodowaną interakcjami na poziomie receptora Fas i jego liganda. Podczas wykładu zostaną przedstawione współczesne poglądy na patogenezę SJS/TEN oraz omówione możliwości terapeutyczne obu zespołów.

Polekowy rumień guzowaty

Grażyna Chodorowska

Katedra i Klinika Dermatologii Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Rumień guzowaty jest rodzajem zapalenia tkanki podskórnej zajmującym przegrody międzyzrądkowe podskórnej tkanki tłuszczowej. Klinicznie objawia się ostrym wysiewem bolesnych zapalnych guzów umiejscowionych głównie na przedniej powierzchni podudzi z towarzyszącymi objawami ogólnymi w postaci gorączki, osłabienia i bólów stawowych. Patofizjologia i etiopatogeneza choroby nie jest całkowicie wyjaśniona. Wystąpienie zmian jest prawdopodobnie skutkiem reakcji immunologicznej pobudzonej przez różnorodne bodźce antygenowe, w tym ogólnoustrojowe choroby zapalne, infekcje bakteryjne, wirusowe i grzybicze, a także leki. Reakcje nadwrażliwości na leki mogą stanowić przyczynę do 10% przypadków rumienia guzowatego. Najczęstszymi lekowymi czynnikami przyczynowymi są liczne antybiotyki i sulfonamidy, salicylany, doustne środki antykoncepcyjne, pochodne bromu, leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, inhibitory pompy protonowej. Podobnie jak w przypadku innych skórnych reakcji polekowych zasadnicze leczenie polega na zaprzestaniu przyjmowania przyczynowego leku wywołującego.

Reakcje alergiczne u pacjentów i personelu gabinetów stomatologicznych

Dorota Krasowska, Małgorzata Michalska-Jakubus

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

W Europie 0,01% populacji zgłasza dolegliwości związane z zastosowaniem materiałów dentystycznych

nych, a 10% pacjentów stomatologicznych cierpi z powodu alergii kontaktowej. Alergia kontaktowa na materiały dentystyczne dotyczy również 8–14% personelu medycznego. Alergiczne kontaktowe zapalenie błony śluzowej może mieć różne manifestacje kliniczne, m.in. jako zmiany rumieniowe, zapalenia dziąseł i/lub przyzębia, zapalenia czerwieni wargowej, nadżerki, owrzodzenia, hiperplastyczne dziąsła, język geograficzny, reakcje liszajowate, zmiany przypominające leukoplakię, alergiczne kontaktowe ziarniniaki (pallad), zapalenia kątów ust, zespół pieczenia jamy ustnej (ang. *burning mouth syndrome* – BMS). Może też powodować objawy ogólne, takie jak: bóle głowy, migrena, nerwobóle, bóle mięśni, bóle stawów, zespół ciągłego zmęczenia, zaburzenia snu, nastroje depresyjne. Odczynom alergicznym w jamie ustnej może towarzyszyć również nasilenie obecnych zmian wypryskowych skóry i ponowne pojawienie się zmian w miejscach wcześniej występującego wyprysku. Zmiany kontaktowe u personelu stomatologicznego mają najczęściej postać zapalenia skóry rąk z podrażnienia, alergicznego kontaktowego zapalenia skóry rąk, alergicznego kontaktowego zapalenia skóry twarzy, a także obrzęków rąk i twarzy, duszności i wstrząsu (rzadko).

W przypadku podejrzenia alergii na materiały stomatologiczne postępowanie profilaktyczno-lecznicze powinno obejmować: 1) szczegółowy wywiad dotyczący alergii przeprowadzany przed leczeniem stomatologicznym i korektą wad zgryzu, wykonaniem uzupełnień protetycznych stałych i ruchomych oraz implantów, 2) wywiad i badanie kliniczne mające na celu identyfikację możliwego czynnika uczulającego i wykluczenie innych przyczyn, 3) wykonanie dokładnej diagnostyki alergologicznej (*patch test, prick test, LTT*) i ustalenie znaczenia klinicznego otrzymanych wyników.

Ze względu na różnorodność manifestacji klinicznych uzasadnione wydaje się wykonywanie testów płatkowych u pacjentów z podejrzeniem alergii kontaktowej w jamie ustnej.

Znaczenie tryptazy w diagnostyce mastocytozy i zespołów aktywacji mastocytów

Magdalena Lange

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Tryptaza mastocytowa jest enzymem proteolitycznym uwalnianym przez mastocyty oraz w znacznie mniejszych ilościach przez bazofile. Stężenie w surowicy nieaktywnej enzymatycznie pro- β -tryptazy, syntetyzowanej stale przez mastocyty, odpowiada liczbie tych komórek w organizmie. Stężenie w surowicy dojrzałej formy tego enzymu, β -tryptazy magazynowanej w ziarnistościach mastocytów, wzrasta w czasie degranulacji tych komórek prowadzącej do rozwoju reakcji anafilaktycznej. W celach diagnostycznych oznacza się całkowite, podstawowe stężenie tryptazy (ang. *total serum tryptase*), czyli wszystkie formy tryptazy obecne w danym momencie w surowicy chorego (metodą fluoroimmunoenzymatyczną, norma: 5–11 ng/ml). Stężenie tryptazy przekraczające 20 ng/ml, stanowi wg WHO jedno z kryteriów mniejszych rozpoznania mastocytozy układowej. Kryterium to nie dotyczy przypadków, w których mastocytozie towarzyszy inny klonalny rozrost niemastocytarnych linii komórkowych szpiku kostnego, gdyż tryptaza może być w tych przypadkach produkowana również przez komórki blastyczne. W razie podejrzenia mastocytozy całkowite stężenie tryptazy powinno być oznaczane przynajmniej po 24 godzinach po całkowitym ustąpieniu u chorego objawów ciężkiej reakcji anafilaktycznej. Oprócz wartości diagnostycznej stężenie tryptazy u chorych na mastocytozę ma również znaczenie prognostyczne (wysokie wartości w ciężkich postaciach mastocytozy układowej) oraz odgrywa rolę w monitorowaniu przebiegu choroby i ocenie skuteczności leczenia. Duże stężenie tryptazy mastocytowej koreluje z ryzykiem wystąpienia ciężkiej reakcji anafilaktycznej u dzieci z mastocytozą skóry i u dorosłych z indolentną postacią mastocytozy układowej. Oznaczanie stężenia tryptazy w surowicy znajduje również zastosowanie w diagnostyce zespołów aktywacji mastocytów. Stężenie tej proteazy przekraczające 20% + 2 ng/ml poziomu podstawowego, mierzone podczas reakcji anafilaktycznej lub w okresie do 4 godzin od wystąpienia tej reakcji, zostało uznane za kryterium diagnostyczne zespołu aktywacji mastocytów.

Możliwości i ograniczenia stosowania leków biologicznych w alergicznych chorobach skóry

Anna Lis-Święty

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Szereg doniesień potwierdza, że różne leki biologiczne mogą być skuteczne w innych chorobach skóry poza dotychczas zaaprobowanymi wskazaniami. Terapię biologiczną stosuje się coraz częściej *off-label* w różnych chorobach zapalnych skóry, autoimmunologicznych chorobach pęcherzowych, chorobach tkanki łącznej czy trądziku odwróconym. Pojawia się jednak problem bezpieczeństwa stosowania leków biologicznych. Przedstawiono aktualne dane na temat terapii biologicznej w alergicznych chorobach skóry.

Omalizumab może stanowić nową alternatywę w terapii przewlekłej pokrzywki spontanicznej u dorosłych i u dzieci powyżej 12. roku życia, którzy nie odpowiadają na standardowe leczenie lekami antyhistaminowymi. W innych schorzeniach skóry, takich jak atopowe zapalenie skóry, alergia pokarmowa czy anafilaksja, dane dotyczące efektów leczenia tym lekiem są jeszcze niewystarczające. Dotychczasowe badania wskazują na dobry profil bezpieczeństwa i tolerancji tego leku. U chorych z atopowym zapaleniem skóry doniesienia literaturowe obejmują także próby zastosowania efalizumabu, infliksymabu, adalimumabu, etanerceptu, rituksymabu oraz ustekinumabu. Efekty terapii i profil bezpieczeństwa są jednak zróżnicowane. Dane na temat stosowania leków biologicznych w innych schorzeniach alergicznych skóry, m.in. w alergicznym kontaktowym zapaleniu skóry, są bardzo skąpe.

Rozszerzenie arsenału farmaceutycznego o leki biologiczne istotnie poprawiło efekty leczenia wielu nawracających chorób zapalnych skóry. Niestety terapia biologiczna może też być związana z poważnymi reakcjami ubocznymi i powodować paradoksalne stany zaostrzenia lub być przyczyną rozwoju innych chorób skóry. Kwalifikacja do leczenia biologicznego, szczególnie w przypadkach stosowania *off-label*, powinna być zatem bardzo ostrożna.

Rekonstrukcja bariery naskórkowej w atopowym zapaleniu skóry

Cezary Kowalewski

Klinika Dermatologii i Immunodermatologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Głównym zadaniem bariery naskórkowej jest ochrona organizmu przed utratą płynów wewnątrzustrojowych z jednej strony, z drugiej natomiast stanowi ona barierę uniemożliwiającą bądź utrudniającą przenikanie wody i szkodliwych substancji, toksyn i alergenów do wewnątrz. Najważniejszym elementem bariery naskórkowej jest warstwa rogowa, która powstaje w procesie dojrzewania i różnicowania się keratynocytów. Keratynocyty, różnicując się, syntetyzują keratyny, cząsteczki adhezyjne oraz lipidy.

W ostatnich latach wykazano, że mutacje genu dla filagryny prowadzą do rybiej łuski lub suchości skóry oraz stanowią predyspozycję do zapadalności na atopowe zapalenie skóry (AZS), astmę atopową i wyprysk kontaktowy z podrażnienia oraz wyprysk kontaktowy alergiczny wywołany niklem. Niedobór filagryny może zależeć nie tylko od mutacji genu, lecz także wynikać z osłabionej syntezy albo nasilonej degradacji tego białka. Niedobór filagryny odpowiada za suchość skóry związaną z obniżeniem ilości wewnętrznego czynnika nawilżającego, a także za wyższe od fizjologicznego pH warstwy rogowej i związaną z tym obniżoną produkcję lipidów, zwłaszcza ceramidów. Niedobór ceramidu 1 sprzyja kolonizacji gronkowcem złocistym, który przy udziale enzymu ceramidazy powoduje dalszą destrukcję ceramidów, co prowadzi do zwiększonej przepuszczalności bariery naskórkowej dla potencjalnych alergenów, i ich dostęp do komórek prezentujących antygeny, predisponując do rozwoju marszu atopowego.

W leczeniu AZS i innych chorób alergicznych ważną rolę odgrywają działania prowadzące do odbudowy lipidów warstwy rogowej. Rekonstrukcję lipidów uszkodzonej bariery naskórkowej zapewnia stosowanie tzw. aktywnych emolientów, tj. mieszaniny tłuszczów występujących fizjologicznie w warstwie rogowej. Związki te, takie jak ceramidy i wolne kwasy tłuszczowe, są aktywnie transportowane za pośrednictwem swoistych receptorów i ATP do cytoplazmy komórek warstw żywych naskórka. Tam podlegają przemianom metabolicznym, a następnie wraz z endogennymi lipidami tworzą płaszcz lipidowy bariery naskórkowej. W AZS najlepsze wyniki daje stosowanie aktywnych emolientów z przewagą ceramidów, ponieważ w tej jednostce chorobowej stwierdzany jest ich niedobór, podczas gdy w wyprysku kontaktowym alergicznym i z podrażnienia,

a także w suchości skóry u osób starszych skład lipidowy emolientów powinien odzwierciedlać ich naturalne proporcje.

Przełomowe znaczenie dla leczenia różnych postaci wyprysku ma stosowanie coraz szerzej wprowadzanych aktywnych emolientów opartych na agonistach receptorów dla proliferatorów peroksy-somów. Są to nienasycone kwasy tłuszczowe, które nasilają syntezę lipidów endogennych, poprawiając czynność bariery naskórkowej, a ponadto poprzez hamowanie NF- κ B, odpowiedzi Th2, mastocytów i interleukiny 4 mają one działanie przeciwzapalne zbliżone do glikokortykosteroidów.

Ważnymi składowymi emolientów stosowanych w leczeniu AZS i mających znaczenie dla ich skuteczności są środki przeciwświądowe oraz środki przeciwbakteryjne.

W polskim badaniu epidemiologicznym ECAP wykazano zwiększoną zapadalność na astmę atopową u osób z heterozygotyczną mutacją 2282del4 w genie filagryny nawet przy nieobecności zmian skórnych typu wyprysku atopowego. Ponieważ w drzewie oskrzelowym nie ma ekspresji filagryny, można sądzić, że u tych osób doszło do rozwoju astmy w wyniku uczulenia na alergeny powietrzno-pochodne przez niesprawną barierę naskórkową. Pielęgnacja suchej skóry ma znaczenie profilaktyczne nie tylko w alergicznych chorobach skóry, ale być może również w atopowej astmie.

Co alergolog powinien wiedzieć o atopowym zapaleniu skóry?

Roman Nowicki

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii
i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wzrastająca liczba zachorowań na atopowe zapalenie skóry (AZS) stanowi obecnie poważny problem medyczny, z którym na co dzień stykają się zarówno dermatolodzy, jak i alergolodzy. Aktualnie ocenia się, że co piąte dziecko w krajach rozwiniętych choruje na AZS. Rodzice dzieci z atopią, szukając przyczyny choroby, wykonują liczne, często niepotrzebne testy i badania w pracowniach alergologicznych. Należy pamiętać, że do rozwoju choroby dochodzi na skutek współdziałania czynników genetycznych, środowiskowych, uszkodzenia bariery skórnej i zaburzeń układu immunologicznego. Charakterystycznymi objawami AZS są: świąd, suchość skóry (*xerosis*), zmiany zapalne o charakterze wyprysku oraz pogrubienie naskórka (*liszajowacenie*).

Uszkodzenie bariery naskórkowej

Śródkomórkowy obrzęk naskórka (spongioza) i uszkodzenie warstwy rogowej umożliwiają ekspozycję na środowiskowe czynniki drażniące i antygeny. Oprócz mutacji genetycznych do przyczyn uszkodzenia bariery naskórkowej w AZS należą także apoptoza i zaburzenie metabolizmu lipidów warstwy rogowej. Uszkodzenie bariery naskórkowej prowadzi do złożonej kaskady reakcji skórnych, m.in. zmian w poziomach cytokin, a także pobudzenia i dojrzewania komórek Langerhansa [1–3]. Naskórek pacjentów z AZS charakteryzuje się obniżoną zawartością ceramidów, sfingolipidów i wolnych kwasów tłuszczowych (WKT). Ceramidy odpowiadają za utrzymanie prawidłowej wilgotności, przyleganie korneocytów (KC), szczelność bariery naskórkowej, odgrywają rolę przekaźników międzykomórkowych, biorą udział w regulacji: wzrostu, różnicowania, apoptozy i złuszczenia KC [4, 5]. U pacjentów z AZS dochodzi do zmniejszonego wiązania wody w naskórku i jej zwiększonej utraty przezskórnej (ang. *transepidermal water loss* – TEWL). W wyniku wysychania naskórka znacznie zmniejsza się jego elastyczność, przez co staje się on bardziej podatny na mikrourazy i pęknięcia [6, 7].

Suchość skóry

Charakterystycznymi cechami suchej skóry są: nadmierne złuszczenie, szorstkość, zaczerwienienie, matowy i brudny wygląd, świąd, pieczenie, ściąganie i bolesność [8]. Włosy są suche i łamliwe, a paznokcie błyszczące. W najcięższych przypadkach może dojść do erythrodermii, czyli zajęcia całej powierzchni skóry. Nadmierne wysuszenie naskórka prowadzi często do jego pęknięcia oraz szczególnej nadwrażliwości i podatności na rozwój infekcji bakteryjnych, grzybiczych i wirusowych.

Zwiększona podatność skóry na infekcje

Skóra pacjentów z AZS kolonizowana jest przez *Staphylococcus aureus*. Zwiększona podatność skóry na infekcje wynika z uszkodzenia integralności warstwy rogowej, obniżonej zawartości lipidów, bardziej zasadowego pH powierzchni naskórka, zmniejszonej sekrecji IgA, odkładania złogów fibronektyny i fibrynogenu oraz obniżonej ekspresji peptydów przeciwbakteryjnych (np. katelicydyny i defensyny). Klinicznie infekcja gronkowcowa często powoduje nasilenie stanu zapalnego. *Staphylococcus aureus* jako superantygen może być przyczyną rozwoju AZS [9, 10].

„Niezmieniona” skóra atopowa

Pozornie niezmieniona skóra u pacjentów z AZS w badaniu histopatologicznym ma cechy chorobowe: widoczna jest hiperkeratoza, hiperplazja naskórkowa, obrzęk międzykomórkowy i nacieki limfocytarne. Również komórki Langerhansa z miejsc niezmienionych u pacjentów z AZS wykazują znacznie większą ekspresję receptorów IgE w porównaniu z komórkami Langerhansa w skórze zdrowej [11].

Terapia podstawowa atopowego zapalenia skóry

Aktualne zalecenia podkreślają znaczenie przywracania i naprawy funkcji bariery naskórkowej za pomocą przewlekłej terapii emolientowej m.in. poprzez uzupełnienie deficytu ceramidów i nienasyconych kwasów tłuszczowych, wyrównanie pH skóry oraz zahamowanie transepidermalnej utraty wody. Regularne stosowanie emolientów zawierających mocznik i ceramidy minimum 2 razy dziennie zapobiega nawrotom AZS i zmniejsza zużycie miejscowych glikokortykosteroidów. U wcześniaków leczonych emolientami zredukowano liczbę incydentów nawrotów stanu zapalnego, a kondycja ich skóry znacznie się poprawiła [12–17]. U dzieci poniżej 2. roku życia należy unikać emolientów z dodatkiem alergenów białkowych i haptenu (np. wyciągu z orzeszków ziemnych), ponieważ mogą one prowadzić do nadwrażliwości ogólnoustrojowej. Również preparaty zawierające glikol propylenowy łatwo podrażniają skórę małych dzieci [13].

Stała edukacja pacjentów i ich opiekunów dotycząca właściwej pielęgnacji skóry i unikania czynników drażniących jest istotnym zadaniem terapii podstawowej AZS.

Piśmiennictwo

1. Horii K.A., Simon S.D., Liu D.Y., Sharma V.: Atopic dermatitis in children in the United States, 1997-2004: visit trends, patient and provider characteristics, and prescribing patterns. *Pediatrics* 2007, 120, e527-e534.
2. Kubo A., Nagao K., Amagai M.: Epidermal barrier dysfunction and cutaneous sensitization in atopic diseases. *J Clin Invest* 2012, 122, 440-447.
3. Paternoster L., Standl M., Chen C.M., Ramasamy A., Bønnelykke K., Duijts L. i inni: Meta-analysis of genome-wide association studies identifies three new risk loci for atopic dermatitis. *Nat Genet* 2011, 44, 187-192.
4. Melnik B.: Disturbances of antimicrobial lipids in atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006, 4, 114-123.
5. Harding C.R.: The stratum corneum: structure and function in health and disease. *Dermatol Ther* 2004, 17, 6-15.
6. Boguniewicz M.: Atopic dermatitis: beyond the itch that rashes. *Immunol Allergy Clin North Am* 2005, 25, 333-351.
7. Simpson E.L., Hanifin J.M.: Atopic dermatitis. *Med Clin North Am* 2006, 90, 149-167.
8. Proksch E., Lachapelle J.M.: The management of dry skin with topical emollients – recent perspectives. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005, 3, 768-774.

9. Guzik T.J., Bzowska M., Kasproicz A., Czerniawska-Mysik G., Wójcik K., Szmyd D. i inni: Persistent skin colonization with *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis: relationship to clinical and immunological parameters. *Clin Exp Allergy* 2005, 35, 448-455.
10. Cho S.H., Strickland I., Boguniewicz M., Leong D.Y.: Fibronectin and fibrinogen contribute to the enhanced binding of *Staphylococcus aureus* to atopic skin. *J Allergy Clin Immunol* 2001, 108, 269-274.
11. Wollenberg A., Bieber T.: Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept. *Allergy* 2009, 64, 276-278.
12. Wirén K., Nohlgård C., Nyberg F., Holm L., Svensson M., Johannesson A. i inni: Treatment with a barrier-strengthening moisturizing cream delays relapse of atopic dermatitis: a prospective and randomized controlled clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009, 23, 1267-1272.
13. Ring J., Alomar A., Bieber T., Deleuran M., Fink-Wagner A., Gelmetti C. i inni: Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis). Part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012, 26, 1045-1060.
14. Breternitz M., Kowatzki D., Langenauer M., Elsner P., Fluhr J.W.: Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. *Skin Pharmacol Physiol* 2008, 21, 39-45.
15. Sajić D., Asinuwasi R., Skotnicki-Grant S.: A look at epidermal barrier function in atopic dermatitis: physiologic lipid replacement and the role of ceramides. *Skin Therapy Lett* 2012, 17, 6-9.
16. Catherine Mack Correa M., Nebus J.: Management of patients with atopic dermatitis: the role of emollient therapy. *Dermatol Res Pract* 2012, 2012, 836-931.
17. Darmstadt G.L., Saha S.K., Ahmed A.S., Ahmed S., Chowdhury M.A., Law P.A. i inni: Effect of skin barrier therapy on neonatal mortality rates in preterm infants in Bangladesh: a randomized, controlled, clinical trial. *Pediatrics* 2008, 121, 522-529.

(w skali 0–9 pkt), współistnienie astmy i alergicznego nieżytu nosa. Stężenie swoistych przeciwciał klasy E (sIgE) w surowicy skierowanych przeciwko 10 alergenom powietrzno pochodnym oznaczono metodą immunoenzymatyczną. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Spośród 286 chorych u 169 stwierdzono co najmniej jeden dodatni wynik oznaczeń stężeń sIgE. U 76,3% pacjentów była to nadwrażliwość wieloważna, głównie na alergeny roztoczy, pyłków traw i sierści kota. Stwierdzono statystycznie istotną, dodatnią korelację liniową pomiędzy liczbą dodatnich wyników i ich nasileniem a rozległością zmian skórnych w okresie zaostrzeń, nasileniem świądu, współistnieniem astmy i alergicznego nieżytu nosa. U 103 badanych rozpoznano ciężki przebieg AZS. Przeważali oni w grupach charakteryzujących się wysoką sumą wyników dodatnich i dużą liczbą wyników pozytywnych oraz wysoką wartością pojedynczego wyniku pozytywnego przy ich małej liczbie. W grupie o małym sumarycznym nasileniu wyników dodatnich przeważali chorzy o łagodniejszym przebiegu klinicznym.

Wnioski. Wydaje się, że oznaczanie stężeń sIgE skierowanych przeciwko alergenom powietrzno pochodnym może być przydatne w rokowaniu przebiegu AZS. Duża liczba wyników dodatnich lub obecność pojedynczych wyników wysoko dodatnich może wskazywać na ciężki przebieg kliniczny.

Leczenie ogólnoustrojowe ciężkich postaci atopowego zapalenia skóry

Andrzej Kaszuba

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Według uznanych definicji przedstawianych w postaci wielu konsensusów atopowe zapalenie skóry (AZS) jest powszechną, przewlekłą, nawrotową chorobą zapalną skóry, cechującą się występowaniem intensywnego świądu, suchości skóry oraz zmian zapalnych i wysiękowych.

W złożonej etiopatogenezie AZS rozważa się udział czynników egzogennych (drażniących, alergenowych, klimatycznych) i endogennych (stresowych, wynikających z nieprawidłowych funkcji skóry, zaburzeń neurovegetatywnych, związanych z psychiką i zaburzeniami osobowości) oraz takich, które mogą wywierać wpływ zarówno na czynniki egzogenne, jak i endogenne (dziedziczne dysfunkcje białek barierowych, teoria higieniczna – antybiotyki, choroby zakaźne wieku dziecięcego, karmienie naturalne).

Nadwrażliwość na alergeny powietrzno pochodne jako czynnik prognostyczny u chorych na atopowe zapalenie skóry

Zbigniew Samochocki, Renata Jeziorkowska

Katedra i Klinika Dermatologiczna
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wprowadzenie. Możliwość rokowania przebiegu atopowego zapalenia skóry (AZS) jest niezwykle istotna zarówno w postępowaniu leczniczym, jak i profilaktycznym.

Cel pracy. Określenie przydatności oceny nadwrażliwości na alergeny powietrzno pochodne w rokowaniu przebiegu AZS.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 286 dorosłych chorych na AZS. Za ciężki przebieg choroby przyjęto wystąpienie u pacjenta 3 z 4 cech, takich jak: rozległość zmian w okresie zaostrzeń > 50% powierzchni skóry (reguła 9), nasilenie świądu > 5 pkt

Główną zasadą postępowania w AZS powinna być wielokierunkowa profilaktyka z uwzględnieniem programów edukacyjnych, stosowanie diet eliminacyjnych i unikanie potwierdzonych alergenów oraz stałe dążenie do rekonstrukcji bariery poprzez stosowanie nowoczesnych metod właściwej pielęgnacji skóry.

Leczenie, szczególnie ogólne, należy dobierać ostrożnie, w sposób zindywidualizowany w zależności od wieku chorego, aktywności procesu chorobowego, rozległości zmian skórnych, stopnia nasilenia objawów podmiotowych oraz współistniejących innych chorób atopowych.

Schematy leczenia ogólnego zalecają w łagodnych postaciach choroby (SCORAD < 15) stosowanie leków antyhistaminowych niesedacyjnych i sedacyjnych, w średnio ciężkiej postaci choroby (SCORAD 15–40) leków antyhistaminowych sedacyjnych (Doxepin, hydroksyzyna) oraz metod fototerapii, w ciężkiej postaci (SCORAD > 40) leków o układowym działaniu immunosupresyjnym (doustne glikokortykosteroidy (GKS), azatiopryna, cyklosporyna A, metotreksat, takrolimus, PUVA), a dodatkowo w przypadkach superinfekcji – antybiotyków, leków przeciwwirusowych lub przeciwwirusowych.

W bardzo ciężkich postaciach AZS można zastosować mykofenolan mofetylu – lek immunosupresyjny i cytostatyk dla limfocytów T i B, który umożliwia uzyskanie dłuższych remisji trwających do 20 tygodni.

Z kolei jedyną metodą swoistego leczenia przyczynowego pozostaje immunoterapia swoista, w której efekty można uzyskać pod warunkiem prawidłowego doboru chorych, zapewnienia odpowiedniego składu szczepionki oraz systematycznego i długotrwałego prowadzenia leczenia.

Mechanizm immunologiczny zapalenia w AZS pozwala na zastosowanie leków biologicznych (omalizumab, infliksymab), które mogą korzystnie wpływać na funkcje bariery naskórkowej, ale ze względu na niewielką liczbę badań klinicznych nie zostały jeszcze zatwierdzone do leczenia. Blokery interleukiny 22 i 25, które zmniejszają ekspresję filagryny, mogą być nową drogą leczenia AZS i innych chorób atopowych.

Rekombinowany interferon γ podawany w iniekcjach podskórnych spowodował poprawę kliniczną u 50% chorych z ciężką postacią AZS i pozwolił na odstawienie miejscowych GKS. Lek był dobrze tolerowany, jednak u części chorych nastąpił szybki nawrót choroby. W leczeniu ciężkich postaci AZS stosowano również hormony peptydowe grasicy o działaniu immunomodulującym z różnym skutkiem terapeutycznym.

Niezwykle ciekawe badania z ostatnich lat wskazują na bardzo bezpieczny i skuteczny w chorobach atopowych (astma oskrzelowa, katar sienny) suple-

ment diety będący wyciągiem z jaj przepiórczych z dodatkiem cynku (strallergia).

Leczenie AZS, zwłaszcza jego ciężkich postaci, pomimo wielu nowych możliwości pozostaje nadal sztuką współdziałania lekarza i pacjenta.

Prewencja pierwotna i wtórna „marszu alergicznego” – obecny stan wiedzy

Joanna Narbutt

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Większość lekarzy, rozpoznając atopowe zapalenie skóry (AZS) u małego dziecka (do 3. roku życia), poszukuje współistnienia alergii pokarmowej. W rzeczywistości jednak AZS zdecydowanie częściej występuje jako izolowana jednostka chorobowa. Mimo tej wiedzy wciąż pokutuje przekonanie, że występowanie objawów skórnych typowych dla AZS bądź stwierdzenie podwyższonych poziomów swoistych IgE, IgG lub IgA w stosunku do niektórych pokarmów powinno skłaniać lekarza do włączenia diety restrykcyjnej. Jest to jednak w świetle obecnej wiedzy postępowanie nieprawidłowe. Występowanie AZS u dzieci w wieku późniejszym uzasadnia wykonanie punktowych testów skórnych i/lub ocenę stężenia sIgE, zwłaszcza gdy u dziecka występują dodatkowo objawy przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i/lub objawy astmy. Uczulenie na alergeny wziewne może być wspólnym mianownikiem dla tych chorób. Jak wykazują wyniki badań, immunoterapia alergenowa rozpoczęta już od 5. roku życia redukuje objawy choroby alergicznej (również AZS) i przerywa błędne koło, jakie wytwarza się na tle uczulenia na alergeny wziewne. Najważniejszym pytaniem dotyczącym AZS jest możliwość zastosowania działań profilaktycznych chroniących przed rozwojem innych schorzeń atopowych. Nie ma obecnie wielu badań jednoznacznie wskazujących na celowość podejmowania określonych działań. Wydaje się jednak, że regularne stosowanie emolientów poprzez utrzymywanie ciągłości bariery naskórkowej może łagodzić przebieg choroby, a także zamykać wrota alergenom ewentualnie sprzyjającym rozwojowi astmy czy alergicznego nieżyty nosa. Na podstawie danych z piśmiennictwa można równocześnie stwierdzić, że dieta kobiet w ciąży i matek karmiących nie stanowi formy prewencji AZS u dzieci. Stosowanie probiotyków lub prebiotyków oraz witaminy D w ciąży i u małych dzieci również w świetle obecnych danych nie może służyć jako metoda prewencji rozwoju AZS.