



25 LUTEGO 2017 ROKU, WARSZAWA

ORGANIZATOR: Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

PATRONAT HONOROWY KONFERENCJI

Jego Magnificencja Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś

Dziekan I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
prof. dr hab. n. med. Paweł Włodarski

Przewodniczący Sekcji „Forum Młodych” Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego
dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
lek. Andrzej Sawoni

OPIEKA NAUKOWA

prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska
dr hab. n. med. Zbigniew Samochocki
dr hab. n. med. Bożena Kociszewska-Najman

KOMITET NAUKOWY

Przewodniczące Komitetu Naukowego

dr n. med. Joanna Czuwara
dr n. med. Magdalena Misiak-Gałązka

KOMITET ORGANIZACYJNY KONFERENCJI

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Magdalena Cichocka
Leszek Blicharz

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy,

III Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Interdyscyplinarne Aspekty Chorób Skóry i Błon Śluzowych” to wydarzenie naukowo-szkoleniowe, które skupia zarówno studentów, doktorantów, jak i lekarzy wielu specjalności.

Niezmiernie cieszy nas rosnące zainteresowanie tematyką interdyscyplinarną. Dowodem na to jest udział blisko 70 wykładowców z całej Polski. Przygotowaliśmy bardzo szeroki wachlarz tematyczny — poruszone zostaną zagadnienia na pograniczu dermatologii i innych dziedzin medycyny, w tym: transplantologii, chirurgii, ginekologii, reumatologii, neonatologii, stomatologii, nauk podstawowych i epidemiologii.

Zagadnieniami wiodącymi będą diagnostyka i leczenie nowotworów skóry, a także choroby autoimmunizacyjne. Zaproponujemy wykłady na temat nowych leków oraz technologii medycznych, ich skuteczności i działań niepożądanych. Na uwagę zasługują także prace dotyczące chorób włosów skupiające się na aspekcie diagnostycznym, leczniczym, jak też psychiatrycznym tych schorzeń. Porozmawiamy również o roli nauk podstawowych i postępie badań diagnostycznych chorób skóry i błon śluzowych.

Liczymy, że proponowane przez nas zagadnienia będą okazją do dyskusji i wymiany doświadczeń z zakresu różnych specjalności.

Mamy nadzieję, że nasza konferencja także i w tym roku spełni Państwa oczekiwania.

Dziękujemy za obecność, zainteresowanie i zapraszamy na kolejną edycję konferencji.

Zarząd Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Magdalena Cichocka i Leszek Blicharz

I SESJA NAUKOWA — PRACE ORYGINALNE

EKSPERYMENTALNE ZASTOSOWANIE KOMÓREK MACIERZYSTYCH W POŁĄCZENIU Z KLEJEM TKANKOWYM. WYNIKI WSTĘPNE BADAŃ *IN VIVO* NA MODELU ZWIERZĘCYM

Katarzyna Nowacka, Maciej Nowacki, Tomasz Kloskowski, Dariusz Grzanka, Tomasz Drewa, Rafał Czajkowski, Barbara Zegarska
Opiekun: dr hab. n. med. Barbara Zegarska, prof. UMK

*Katedra Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Katedra Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

Wstęp: Obecnie coraz więcej publikacji dotyczy zastosowania komórek macierzystych we współczesnej dermatologii estetycznej. Większość zastosowań dotyczy wykorzystania komórek macierzystych pochodzenia tłuszczowego (ADSC, *adipose-derived stem cells*). Pomimo faktu coraz większej liczby badań zarówno na poziomie eksperymentalnym (w tym badania *in vivo* na modelach zwierzęcych) oraz wdrażania kolejnych faz badań przedklinicznych i klinicznych, tematyka stosowania komórek macierzystych jest wciąż kontrowersyjna i nie w pełni uschematyzowana. Do najciekawszych zagadnień z zakresu możliwości zastosowania ADSC w praktyce należy ich wpływ na proces szybszej regeneracji i co za tym idzie lepszych efektów kosmetycznych podczas różnego typu interwencji prowadzonych w ranie pierwotnej lub po zabiegowej.

Cel pracy: Celem badania była ocena zastosowania tłuszczowych komórek macierzystych (ADSC) stosowanych wraz z klejem tkankowym — pod względem lokalnym i ogólnoustrojowym na sztucznie wytworzonym modelu rany na modelu zwierzęcym.

Materiały i metody: W badaniu wykorzystano 40 nagich szczurów RNU, które podzielono odpowiednio na 6 grup. 5 grup wykorzystano bezpośrednio w eksperymencie. Szósta grupa stanowiła grupę dawców. U zwierząt z grup badawczych wykonano sztucznie rany (zawsze w identycznym położeniu podczas zastosowania tej samej techniki) oraz zastosowano różne typy (w sposób transzlacyjny) ich zaopatrzenia — w tym wykorzystując klej tkankowy w połączeniu ze znakowanymi komórkami ADSC. W prezentowanym badaniu oceniano: efekt kosmetyczny, analizę histologiczną, właściwości mechaniczne, oraz migrację komórek macierzystych.

Wyniki: W badaniu otrzymano różne wyniki dotyczące gojenia się ran oraz formacji i wyglądu blizny co miało odzwierciedlenie w prezentowanych wynikach analizy kosmetycznej i histologicznej. W badaniu dowiedziono iż możliwe jest efektywne zastosowanie kleju tkankowego w połączeniu z komórkami ADSC.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań i wstępnych wyników projektu należy wskazać iż zastosowanie tłuszczowych komórek macierzystych ADSC wraz z klejem tkankowym może być w przyszłości istotnym elementem rozwoju w zakresie terapii ran w szczególności w chirurgii plastycznej i dermatologii estetycznej.

OPARZENIA SŁONECZNE I KONTROLA ZNAMION BARWNIKOWYCH U DZIECI W WIEKU WCZESNOSZKOLNYM

Emilia Gawińska¹, Filip Raciborski¹, Anna Kłak¹, Artur Białoszewski¹, Aneta Tomaszewska¹, Radosław Izdebski¹, Piotr Sameł-Kowalik¹, Artur Walkiewicz¹, Dagmara Opoczyńska-Świeżewska¹, Jakub Szymański¹, Bolesław Samoliński¹, Małgorzata Pawłowska-Kisiel², Julia Sieczyk³, Magdalena Misiak-Gałązka², Lidia Rudnicka²
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Bolesław K. Samoliński

¹Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Im większa liczba oparzeń słonecznych, w szczególności w wieku dziecięcym, tym wyższe ryzyko powstania nowotworów skóry. Znamiona barwnikowe mają zazwyczaj charakter łagodny, ale atypowe mogą ulec zezłóśliwieniu, dlatego winny podlegać stałej obserwacji.

Cel pracy: Określenie częstości występowania oparzeń słonecznych oraz sposobów kontroli znamion barwnikowych u dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

Materiały i metody: Badanie kwestionariuszowe (ankieta do samodzielnego wypełnienia) przeprowadzono w 2015 r. wśród rodziców i opiekunów prawnych uczniów klas pierwszych z 26 warszawskich szkół podstawowych. Zastosowano losową metodę doboru szkół (losowanie systematyczne z listy placówek na terenie Warszawy). Do udziału w anonimowym badaniu zaproszono wszystkich rodziców i opiekunów pierwszoklasistów z wylosowanych placówek. Finalnie w badaniu wzięło udział 1501 osób.

Wyniki: Ponad 61% respondentów, którzy fototyp skóry swojego dziecka określili jako I, wskazało, iż lekarz pediatra podczas badania bilansowego nie poinformował ich o konieczności ochrony skóry przed działaniem promieni słonecznych. Niemal 41% badanych zadeklarowało, że co najmniej raz w życiu u ich dzieci (fototyp 1–5) doszło do oparzenia słonecznego skóry (17% więcej niż raz). Ponad 86% ankietowanych, których dzieci co najmniej raz w życiu uległy oparzeniu, wskazało, iż nie skonsultowało oparzenia dziecka z żadnym lekarzem. Natomiast 6,3% respondentów z tej samej grupy zaobserwowało u swojego dziecka zarówno zmiany barwnikowe o regularnym kształcie, jak i pojedyncze zmiany asymetryczne o nieregularnych brzegach. Niemal 27% ogółu nie kontroluje zmian barwnikowych u dziecka.

Wnioski: Wyniki badania wskazują na potrzebę prowadzenia działań edukacyjnych wśród rodziców i dzieci na temat profilaktyki nowotworów skóry związanej z kontrolą znamion barwnikowych oraz ochroną przed oparzeniami słonecznymi.

OPTIMALIZACJA I ZASTOSOWANIE TECHNIKI NGS WSPARTYCH ANALIZĄ METAGENOMICZNĄ W CELU SZCHARAKTERYZOWANIA SKŁADU FLORY BAKTERYJNEJ JELIT U PACJENTÓW Z CHOROZAMI O NIEZNANEJ PATOGENEZIE

Marta Grochowska, Karol Perlejewski, Marek Radkowski
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Marek Radkowski

Zakład Immunopatologii Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: W ostatnich latach piśmiennictwo naukowe często porusza temat zależności pomiędzy składem mikrobioty, a patogenizacją wielu chorób, m.in. chorób skóry, o podłożu alergicznym, autoimmunologicznym, czy chorób neurologicznych. W planowanych badaniach wykorzystane zostaną techniki NGS wsparte analizą metagenomiczną — pozwalającą one na czułą oraz szeroką analizę mikrobiomu, jednocześnie umożliwiając identyfikację wszystkich mikroorganizmów.

Cel pracy: Optymalizacja i zastosowanie techniki NGS wspartych analizą metagenomiczną w celu scharakteryzowania składu flory bakteryjnej jelit u pacjentów z chorobami o nieznannej patogeniezie.

Materiały i metody: W badaniu będą wykorzystane próbki kału lub treści jelitowej. Techniki będą obejmować analizy NGS z wykorzystaniem komercyjnych zestawów do izolacji kwasów nukleinowych oraz sekwencjonowania. Analizy metagenomiczne zostaną przeprowadzone z zastosowaniem oprogramowania Bowtie2, Kraken oraz Stampy. Uzupełnieniem będą klasyczne techniki posiewów i/lub PCR.

Wyniki: Proponowane badania mają na celu sprawdzenie czy skład i/lub ilość mikrobioty ma znaczenie w chorobach o nieznannej patogeniezie. Badania będą prowadzone w oparciu o opracowane i nowe techniki dostępne w tej dziedzinie.

Wnioski: Proponowane badania mogą przyczynić się do lepszego poznania zależności pomiędzy mikroflorą jelit a rozwojem wielu chorób. W przypadku potwierdzenia takiej zależności, zaistnieje możliwość wprowadzenia nowych metod leczenia.

HETEROGENNOŚĆ W OBRĘBIE GUZA LITEGO CZERNIAKA SKÓRY — ANALIZA ZMIENNOŚCI NAJCZĘSTSZYCH MUTACJI W OBRĘBIE ZMIANY PIERWOTNEJ

Wiktor Paskal, Kacper Pełka, Kinga Szczepaniak, Jarosław Wejman, Paweł Włodarski
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Paweł Włodarski

Studenckie Koło Naukowe HESA przy Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Czerniak jest jednym nowotworów, wobec których możliwe jest stosowanie spersonalizowanej genetycznie terapii. Heterogenność guza, która waha się od 0,7% do 79%, może być powodem nieskuteczności takiej terapii. Laserowa mikrodyssekcja umożliwi uzyskanie ocenionego morfologicznie materiału i porównanie obecności najczęściej spotykanych mutacji w poszczególnych kompartmentach preparatu.

Cel pracy: Celem pracy jest zbadanie różnic we wzorze mutacji wybranych onkogenów w różnych fragmentach pierwotnej zmiany litej czerniaka skóry za pomocą głębokiego sekwencjonowania

Materiały i metody: 8 archiwalnych preparatów czerniaka złośliwego skóry poddano autorskiej obróbce i barwieniu immunohistochemicznemu Ki67. Z preparatów wycięto fragmenty guza o wysokim i niskim stopniu proliferacji — wykorzystano system laserowej mikrodyssekcji (LCM, Zeiss). Z wyciętego materiału wyizolowano gDNA metodą kolumnową i oceniono jakościowo. Następnie gDNA zostanie poddane reakcjom amplifikacji wybranych regionów genów (BRAF, NRAS, MET, IDH1, KIT itd. — NEBNext Direct HotSpot Cancer Panel) i sekwencjonowaniu nowej generacji (NGS, ZGM WUM).

Wyniki: Potwierdzono możliwość uzyskania DNA zadowalającej jakości z mikrodyssekowanych fragmentów guza litego. Finalne badania (NGS) trwają.

Wnioski: Wyniki posłużą ocenie stopnia przestrzennej heterogenności wewnątrzguzowej w kontekście indeksu proliferacji. Może to zrewidować kryteria kwalifikacji do terapii spersonalizowanych.

17β-ESTRADIOL PROMUJE PRZEŻYCIE KOMÓREK CZERNIAKA W WARUNKACH *IN VITRO*

Aleksandra Sobiborowicz, Martyna Wróblewska, Izabela Młynarczuk-Biały
Opiekun: dr n. med. Izabela Młynarczuk-Biały

Studenckie Koło Naukowe HESA przy Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: W ostatnich latach rośnie liczba badań sugerujących potencjalną hormonozależność czerniaka. Mimo że całkowita częstość występowania czerniaka jest większa u mężczyzn, to w grupie wiekowej 20–50 lat zapadalność na ten nowotwór jest znacznie wyższa u kobiet. Ponadto czerniak jest jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów u kobiet ciężarnych. Pojawiły się także badania dotyczące wpływu stosowania antykoncepcji hormonalnej na rozwój czerniaka oraz związku jego występowania z rakiem piersi. Niemniej jednak ze względu na sprzeczne wyniki badań naukowych, rola żeńskich hormonów płciowych w progresji czerniaka nadal budzi wiele kontrowersji.

Cel pracy: W poniższym badaniu dokonano oceny wpływu różnych stężeń 17β-estradolu i progesteronu na żywotność komórek czerniaka.

Materiały i metody: Wykorzystano dwie linie czerniaka: ludzką MeWo i mysią B16F10. Komórki poddano inkubacji przez 24, 72 i 144 godzin w mediach o różnym stężeniu hormonów. 17β-estradol użyto w stężeniach 10–10000 pg/ml. Progesteron użyto w stężeniach 10–150 ng/ml. Próbkę kontrolną stanowiły komórki obu linii inkubowane w medium bez dodatku hormonów. Wpływ na żywotność komórek został oceniony z wykorzystaniem testu PrestoBlue.

Wyniki: Dla stężeń 17β-estradolu 500, 2500, 5000, 10000 (pg/ml) zaobserwowano statystycznie istotny ($p < 0,01$) wzrost procenta żywych komórek w porównaniu do kontroli dla obu badanych linii komórkowych. Nie wykazano istotnych różnic w pozostałych grupach eksperymentalnych.

Wnioski: W warunkach *in vitro* 17β-estradol promuje przeżycie komórek wybranych linii czerniaka ludzkiego i mysiego w stężeniach odpowiadających poziomom hormonu występujących w surowicy kobiet w okresie reprodukcyjnym oraz ciężarnych. Wyniki naszego badania sugerują, że 17β-estradol może mieć wpływ na rozwój czerniaka, aczkolwiek konieczne są dalsze badania potwierdzające jego potencjalną rolę.

TRWAŁA UTRATA WŁOSÓW — PROBLEM NIE TYLKO NATURY ESTETYCZNEJ

Marta Laskowska

Opiekun: dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Magdalena Bencal-Kusińska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Liszaj płaski mieszkowy (LPP) i, uznawane za jego szczególną postać, łysienie bliznowaciejące czołowe (FFA) stanowią jedną z najczęstszych przyczyn łysienia bliznowaciejącego. Etiologia i patogenezę choroby pozostają nieznane, choć niewątpliwie schorzenie ma podłoże autoimmunologiczne.

Cel pracy: Celem badania była ocena wpływu LPP i FFA na stan psychiczny chorych oraz postrzeganie własnej osoby.

Materiały i metody: Badaniem objęto 14 pacjentów (12 kobiet i 2 mężczyzn) z łysieniem bliznowaciejącym w przebiegu LPP, w tym 4 z FFA, oraz grupę kontrolną 18 ochotników nie chorujących na schorzenia dermatologiczne odpowiednio dobranych pod kątem płci i wieku. Po uzyskaniu zgody na udział w badaniu wszyscy pacjenci wypełnili zestaw kwestionariuszy dotyczących jakości życia warunkowanej chorobą skóry głowy (SCAPLDEX), poczucia zdrowia (EQ-5D, EQ-5D-VAS), występowania objawów lęku i depresji (HADS), samooceny własnej osoby (SES), radzenia sobie ze stresem (COPE), zadowolenia z życia (skala zadowolenia z życia) oraz nasilenia świądu (VAS, NRS, VRS) przed rozpoczęciem leczenia, a następnie po 6 miesiącach leczenia łysienia bliznowaciejącego. Zdrowi ochotnicy jednokrotnie wypełnili ten sam zestaw kwestionariuszy.

Wyniki: Wykazano istotną statystycznie różnicę jakości życia zależnej od stanu skóry głowy ($65,9 \pm 22,2$ pkt vs. $26,9 \pm 5,4$ pkt wg SCAPLDEX, $p < 0,001$) oraz poziomowi lęku ($8,6 \pm 3,6$ pkt vs. $6,0 \pm 3,0$ pkt wg HADS, $p < 0,05$) między grupą badaną i grupą kontrolną. Nie wykazano natomiast wpływu łysienia bliznowaciejącego na całkowite poczucie zdrowia ($p = 0,17$), nasilenie objawów depresyjnych ($p = 0,46$), samoocenę własnej osoby ($p = 0,92$), radzenie sobie ze stresującymi sytuacjami ($p = 0,76$) czy zadowolenie z życia ($p = 0,26$). Stwierdzono znaczące zmniejszenie lęku u chorych po 6 miesiącach leczenia, które było niezależnie od skuteczności leczenia ($8,6 \pm 3,6$ pkt vs. $6,8 \pm 3,4$ pkt wg HADS, $p < 0,03$).

Wnioski: Pacjentów chorujących na LPP cechuje wyższy poziom lęku i niższa jakość życia niż zdrowej populacji. Zaobserwowano, że wdrożenie leczenia znacznie obniża raportowany poziom lęku, pomimo braku uzyskania istotnej poprawy klinicznej.

MADAROSIS. ANALIZA ZNACZENIA DIAGNOSTYCZNEGO TRICHOSKOPII BRWI W WYBRANYCH JEDNOSTKACH CHOROBY

Magdalena Cichowska

Opiekun: dr n. med. Adriana Rakowska, lek. Anna Waśkiel

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Trichoskopia jest obecnie „złotym standardem” w diagnostyce chorób włosów i owłosionej skóry głowy.

Cel pracy: Celem pracy była ocena znaczenia diagnostycznego trichoskopii w diagnostyce utraty brwi. Autorzy proponują termin „madaroskopia” dla tej procedury diagnostycznej.

Materiały i metody: Przeprowadzono retrospektywną analizę obrazów trichoskopowych brwi 48 pacjentów Katedry i Kliniki Dermatologicznej WUM: 22 pacjentów z rozpoznaniem łysienia plackowatego (AA), 19 z łysieniem czołowym bliznowaciejącym (FFA), 6 z toczniem rumieniowatym ogniskowym (DLE) oraz 1 z trichotillomanią (TM). Oceniono częstość występowania poszczególnych cech madaroskopowych w wyżej wymienionych jednostkach chorobowych.

Wyniki: W grupie pacjentów z AA u wszystkich stwierdzono obecność żółtych kropek. Z nieco mniejszą częstotliwością występowały włosy meszkowe (63,64%), czarne kropki (54,55%), włosy odrastające (36,36%) oraz wykrzyknikowe (31,82%).

U pacjentów z rozpoznaniem FFA stwierdzono obecność szarych (68,42%), żółtych (63,16%) i czerwonych (42,11%) kropek oraz włosów odrastających (42,11%).

Wśród badanych z DLE u wszystkich obecne były duże, hiperkeratyczne, żółte kropki. Stwierdzono także szare (83,33%) i czerwone (50%) kropki oraz poskręcane naczynia (66,67%). U pacjentów z trichotillomanią w obrębie brwi stwierdzono między innymi ulamane włosy oraz włosy „klocki” i „szczotki” (jeden z charakterystycznych objawów TM owłosionej skóry głowy).

Wnioski: Ze względu na krótszy cykl włosowy brwi niż włosów terminalnych owłosionej skóry głowy nieco inne objawy dominują w obrazie trichoskopowym madarozji. Konieczne są dalsze badania na większej grupie pacjentów w celu ustalenia algorytmu diagnostycznego madaroskopii.

CZY JEDNO UKŁUCIE KLESZCZA MOŻE MIEĆ WPŁYW NA STAN ZDROWIA PACJENTA CHOROJĄCEGO NA TWARDZINĘ?

Karina Sprężak, Agata Kin, Monika Kołtunowicz, Magdalena Mazur, Natalia Sitko

Opiekun: dr n. med. Dominika Wcisło-Dziadecka

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Badań Strukturalnych Skóry, Katedra Kosmetologii, Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Istnieje wiele publikacji przedstawiających związków między zakażeniem *Borrelia burgdorferi*, a występującą twardziną ograniczoną. Skłoniło to nas do analizy zależności między przeciwciałami IgG i IgM, a wybranymi cechami.

Cel pracy: Zbadanie zależnością między twardziną, a mianem przeciwciał IgM i IgG przeciw *Borelii burgdorferi*.

Materiały i metody: Na podstawie dokumentacji medycznej 130 pacjentów chorujących na twardzinę w Klinice Dermatologii w Katowicach stworzyliśmy bazę danych, którą analizowaliśmy statystycznie przy pomocy programu STATISTICA.

Wyniki: 21% zbadanych pacjentów chorujących na twardzinę ma podwyższony poziom przeciwciał w klasie IgM i/lub IgG przeciw *Borelii burgdorferi*. 44% z tych pacjentów dodatkowo choruje na inne schorzenia autoimmunologiczne. Występuje znamienna statystycznie różnica pomiędzy płcią, a mianem przeciwciał w klasie IgG oraz pomiędzy występowaniem chorób autoimmunologicznych, a mianem przeciwciał IgG.

Wnioski: Mężczyźni chorzy na twardzinę mają wyższe miano przeciwciał w klasie IgG i IgM przeciw *Borelii burgdorferi* oraz zaobserwowano statystycznie znamienne różnice miana przeciwciał w klasie IgG między mężczyznami, a kobietami. Pacjenci chorzy na twardzinę z dodatnim mianem przeciwciał IgG i IgM częściej chorują na choroby autoimmunologiczne, zaobserwowano statystycznie znamienne korelację między wielkością miana IgG, a występowaniem innych chorób autoimmunologicznych.

MELANOKORTYNY W PATOFIZJOLOGII ŁUSZCZYCY. RAPORT WSTĘPNY

Paweł Rykowski, Anna Pasierb, Radosław Pietrzak

Opiekun: dr n. med. Joanna Czuwara

Koło Medycyny Nuklearnej „Nuklid”, Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Na łuszczycę w Polsce choruje 2–4% społeczeństwa. Choroba jest powodem okaleczających zmian skórnych, które bolą i swędzą znacznie obniżając jakość życia. Dotychczas nie określono dokładnego mechanizmu tworzenia się zmian. Wiemy, że kluczową rolę odgrywiają cząsteczki TNF alfa i IL17, których miejsce działania dało początek opracowania leków. W naszej pracy forsujemy hipotezę w której zmiany tworzą się pod wpływem pozytywnej pętli sprzężenia zwrotnego składającej się z: komórek prezentujących antygeny, limfocytów i komórek nerwowych. Ogniwem scalającym pętlę są receptory dla melanokortyn. Cząsteczki działające przez te receptory — AgRP, alfaMSH — są obiektem naszych analiz. Pozwoli to określić czy pętla powstaje pod wpływem zmian stężeń melanokortyn czy należy szukać zmian w ekspresji samych receptorów.

Cel pracy: Wstępna ocena zasadności badania stężeń AgRP i alfaMSH u pacjentów chorych na łuszczycę.

Materiały i metody: Grupę badaną stanowi 17 pacjentów chorych na łuszczycę (6 kobiet, 11 mężczyzn) zakwalifikowanych do badania w okresie X 2016–XII 2016. Zakres nasilenia choroby zawiera się w PASI 7–37. Protokół badania zakłada zebranie danych pacjenta: BSA, PASI, DLQI, BMI, WHR, przebyte leczenie, choroby towarzyszące, wywiad rodzinny w kierunku chorób autoimmunologicznych, skład ciała metodą bioimpedancji. O godzinie 6 rano pobierano próbkę osocza i mrożono do temperatury –70stC. Stężenia AgRP i alfaMSH oznaczano za pomocą testu ELISA.

Wyniki: W opracowaniu.

Wnioski: Docelową grupą badaną jest 60 osób chorych na łuszczycę, koniec prac szacowany jest na marzec 2017.

WPŁYW KOLONIZACJI SKÓRY PRZEZ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* NA PRZEBIEG KLINICZNY ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY

Leszek Blicharz, Paulina Usarek

Opiekun: dr hab. n. med. Zbigniew Samochocki, prof. nadzw. WUM

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą, nawrotową, zapalną dermatozą o nie w pełni wyjaśnionej etiopatogenezie. Badania ostatnich lat wskazują na istotną rolę zaburzeń mikrobiomu skóry w przebiegu tego schorzenia.

Cel pracy: Ocena wpływu masywności kolonizacji skóry przez *S. aureus* na przebieg kliniczny AZS.

Materiały i metody: Badaniem objęto 33 (19 ♂/14 ♀) dorosłych chorych na AZS w średnim wieku 31 lat. Wszyscy pacjenci spełniali kryteria rozpoznania wyprysku atopowego według Hanifina i Rajki. Nasilenie choroby oceniono według skali SCORAD. Od każdego z uczestników badania pobrano wymaz ze skóry zmienionej zapalnie oraz pozornie niezmienionej. Otrzymany materiał posiano na podłoże Chapmana. Identyfikację wyhodowanych szczepów bakteryjnych wykonano przy pomocy spektrometrii mas. Masywność wzrostu *S. aureus* została określona w skali 0–3. Grupę kontrolną stanowiły 33 zdrowe osoby dobrane stosownie do wieku i płci. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Kolonizację skóry zmienionej zapalnie przez *S. aureus* obserwowano u 78,7%, zaś skóry pozornie niezmienionej u 58% pacjentów (różnica statystycznie nieistotna). Oba te zjawiska statystycznie istotnie częściej obserwowano w porównaniu ze skórą osób zdrowych (6,0%, $p < 0,0001$). Stwierdzono pozytywną korelację pomiędzy wartościami SCORAD i *objective* SCORAD a masywnością kolonizacji w obrębie skóry zmienionej zapalnie oraz skóry pozornie zdrowej chorych na AZS ($p < 0,00001$).

Wnioski: Masywność kolonizacji skóry przez *S. aureus* ma istotny wpływ na przebieg kliniczny wyprysku atopowego. Wyniki badania sugerują, że drobnoustroj ten może odgrywać rolę w patomechanizmie AZS.

OBRAZ KLINICZNY ŚWIĄDU U CHORYCH NA WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY

Anna Biernacka, Dawid Niżyński

Opiekun: dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Świąd jest nieprzyjemnym objawem subiektywnym, który prowadzi do drapania się. Jest częstym objawem chorób skóry, ale może wystąpić w wielu schorzeniach ogólnoustrojowych.

Cel pracy: Celem pracy była charakterystyka kliniczna świądu w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B i C.

Materiały i metody: Badaniem przesiewowym objęto 110 osób zakażonych wirusem HBV lub HCV. Ostatecznie do badania włączono 22 (20%) chorych w wieku 25–68 lat, u których występował świąd. Badanie oparto o autorski kwestionariusz zawierający pytania na temat ogólnego stanu zdrowia, czas trwania choroby wątroby i jej obraz kliniczny, choroby towarzyszące, przyjmowane leki oraz charakterystykę świądu.

Wyniki: W analizowanej grupie pacjentów z 9 osób rozpoznano WZW typu B, natomiast u 13 — WZW typu C. Czas trwania choroby wątroby wahał się od 3 do 22 lat. U 15 (68,2%) pacjentów stwierdzono cechy marskości wątroby, a u jednej (4,5%) osoby obecny był rak wątrobowokomórkowy. Najczęstszą lokalizacją świądu był tułów ($n = 13, 59,1\%$), świąd uogólniony obserwowano u 3 (13,6%) chorych. Zmiany skórne wtórne do drapania stwierdzono u 14 (63,6%) osób. Najczęstszą porą występowania świądu była noc oraz wieczór, najrzadziej świąd pojawiał się w godzinach rannych.

Wnioski: Świąd skóry dotyczy około co piątej osoby z WZW, przy czym z reguły dotyczy pacjentów z wieloletnim wywiadem chorobowym, u których obserwuje się cechy znacznej dysfunkcji wątroby.

KRYTERIA ROZPOZNANIA TOCZNIA RUMIENIOWATEGO UKŁADOWEGO W MATERIALE PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W KATEDRZE I KLINICE DERMATOLOGICZNEJ

Justyna Ceryn, Monika Romańczyk

Opiekun: dr n. med. Maria Siwicka, lek. Anna Waśkiel

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Obraz kliniczny tocznia rumieniowatego układowego (SLE, *systemic lupus erythematosus*) z powodu wielorodności i małej swoistości objawów powoduje, że postawienie pewnej diagnozy w wielu przypadkach jest trudne. W związku z rozwojem wiedzy medycznej grupa *The Systemic Lupus Collaborating Clinics* (SLICC) w 2012 roku zatwierdziła nowe kryteria diagnostyczne.

Cel pracy: Celem pracy było ocenienie częstości występowania poszczególnych kryteriów według klasyfikacji SLICC.

Materiały i metody: Grupę badanych stanowiło 39 osób ze zdiagnozowanym SLE, hospitalizowanych w Klinice Dermatologicznej WUM w latach 2008–2016. Na podstawie retrospektywnej analizy informacji dostępnych

w dokumentacji medycznej oceniono częstość występowania poszczególnych kryteriów klinicznych: ostry toczzeń skóry (nadwrażliwość na światło, rumień w kształcie „motyla” i podostry toczzeń skóry), przewlekły toczzeń skóry, nadżerki błony śluzowej jamy ustnej, łysienie niebliznowaciejące, zapalenie stawów i surowicówek, zajęcie nerek i układu nerwowego, niedokrwistość hemolityczna, leukopenia lub limfopenia, trombocytopenia oraz immunologicznych: przeciwciała ANA, dsDNA, anty Sm i antyfosfolipidowe, niskie składowe dopełniacza, dodatni bezpośredni test Coombsa. Porównano częstość występowania poszczególnych kryteriów.

Wyniki: W grupie badanych pacjentów najczęściej stwierdzono obecność: przeciwciała ANA (97,44%) oraz ostrego tocznia skórno (82,05%). Rzadziej występowały: zapalenie stawów (64,10%), leuko- lub limfopenia (58,97%) niskie składowe dopełniacza (51,28%), przewlekły toczzeń skóry (46,15%) oraz niedokrwistość hemolityczna (41,03%). U 25,64% pacjentów stwierdzono obecność nadżerek w jamie ustnej, zajęcie nerek oraz trombocytopenię. Przeciwciała ds-DNA były obecne u 23,08% osób. U 12,82% pacjentów stwierdzono łysienie niebliznowaciejące oraz zajęcie układu nerwowego. Zapalenie surowicówek oraz dodatni bezpośredni odczyn Coombsa dotyczyły 10,26% badanych. Do najrzadziej występujących kryteriów należały przeciwciała antyfosfolipidowe (5,13%).
Wnioski: Ze względu na nieswoistość objawów prawidłowe rozpoznanie choroby wymaga wnikliwej analizy wszystkich kryteriów SLICC.

TOKSYCZNA NEKROLIZA NASKÓRKA I ZESPÓŁ STEVENSA-JOHNSONA — ANALIZA PRZYPADKÓW W KLINICE DERMATOLOGII WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Maciej Żochowski, Monika Siwińska

Opiekun: dr n. med. Magdalena Misiak-Gałęzka

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Toksyczna nekroliza naskórka (TEN) i zespół Stevens-Johnsona (SJS) to dwa ostre stany w dermatologii. Etiologia w 95% powiązana jest z ekspozycją na leki. Do klasyfikacji zaawansowania choroby i oceny rokowania stosuje się skalę SCORTEN uwzględniającą siedem parametrów.

Cel pracy: Celem badania była analiza korelacji skali zaawansowania choroby z występowaniem powikłań nerkowych i wątrobowych.

Materiały i metody: Do retrospektywnego badania włączono grupę 38 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Dermatologii WUM w latach 2009–2015 z powodu SJS (23 pacjentów) i TEN (15 pacjentów). Zebraliśmy dane dotyczące skali SCORTEN, zastosowanego leczenia oraz czasu trwania hospitalizacji. Wyniki przeanalizowano przy pomocy korelacji r-pearsona i pakietu Microsoft Office 2000. Policzone korelacje pomiędzy wynikami.

Wyniki: Uzyskano średni wynik SCORTEN dla TEN = 2,47 oraz dla SJS = 1,35. 33% pacjentów z TEN przeniesiono na Oddział Intensywnej Terapii, 0% pacjentów z SJS. Nie znaleziono korelacji pomiędzy SCORTEN, a poziomem kreatyniny w TEN ($r = 0,29$, $p = 0,05$) ani SJS ($r = 0,27$, $p = 0,05$). Nie wykazano korelacji pomiędzy SCORTEN a stężeniem AlAT ($r = 0,12$, $p = 0,05$) oraz AspAT ($r = 0,27$, $p = 0,05$) wśród pacjentów z TEN oraz u pacjentów z SJS (AlAT $r = 0,24$, AspAT $r = 0,17$, $p = 0,05$). Zmiany skórne najczęściej wywoływały leki — antybiotyki (31,57%) oraz NLPZ (15,78%). Wśród antybiotyków najczęściej występowały beta-laktamy, sulfonamidy, fluorochinolony, tetracykliny.

Wnioski: Wskaźnik SCORTEN dla TEN uzyskuje wyższe miano i związane z nim wyższe ryzyko śmiertelności (12,1%) niż w SJS (3,2%). Wskaźnik SCORTEN nie jest markerem prognostycznym zaburzeń nerek i wątroby w przebiegu SJS i TEN. Najczęstszymi czynnikami wywołującymi oba zespoły były antybiotyki (31,57%) z przewagą beta-laktamów (41,66%).

I SESJA PLAKATOWA — PRACE ORYGINALNE

ANALIZA OBRAZU KLINICZNEGO CZERNIAKA SKÓRY W MATERIALE WŁASNYM

Daniel Biesiada, Agnieszka Molas-Biesiada

Opiekun: dr n. med. Magdalena Kiedrowicz

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp: Czerniak jest złośliwym nowotworem skóry wywodzącym się z melanocytów.

Cel pracy: Celem pracy była analiza występowania czerniaka w materiale własnym oraz ocena obrazu klinicznego w przebiegu choroby.

Materiały i metody: Grupę badaną stanowiło 56 kobiet i 40 mężczyzn w wieku 21–85 lat, z rozpoznaniem czerniakiem; średnia wieku wynosiła 58 lat. Analizy dokonano w oparciu o dane retrospektywne chorych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PUM i Klinice Chorób Skórnych i Wenerycznych PUM w latach 1995–2016.

Wyniki: Pierwotne ognisko czerniaka skóry rozpoznano u 68 osób, u 2 chorych stwierdzono czerniaka o nieznanym punkcie wyjścia, u 25 osób przeprowadzono leczenie uzupełniające po wycięciu ogniska pierwotnego w innym ośrodku. Średnia głębokość czerniaka wynosiła 2,67 mm. Przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzono u 13,7% chorych, przerzuty odległe u 5,2% chorych. U mężczyzn obserwowano istotnie statystycznie większą głębokość nacieku wg skali Breslow ($p = 0,018$) oraz większą średnicę zmiany pierwotnej ($p = 0,028$). Stwierdzono korelację pomiędzy grubością zmiany ($p = 0,0004$) a obecnością przerzutów do węzłów chłonnych. Wśród chorych hospitalizowanych w latach 1995–2005 stwierdzono występowanie czerniaków o istotnie statystycznie większej głębokości naciekania ($p = 0,0001$), częściej stwierdzono również obecność przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych ($p = 0,015$) w porównaniu z chorymi leczonymi w latach 2006–2016.

Wnioski: U mężczyzn stwierdza się występowanie czerniaków wykazujących gorszy obraz kliniczny zmiany. Są one bardziej zaawansowane niż u kobiet. Mężczyźni później zgłaszają się do lekarza. Obraz kliniczny czerniaka skóry na przestrzeni ostatnich dwóch

dziesięcioleci ulega wyraźnemu polepszeniu, chorzy zgłaszają się do lekarza z mniejszymi mniej zaawansowanymi zmianami.

ANALIZA PROBLEMÓW SKÓRNYCH U CHORYCH Z NIESWOISTYMI ZAPALENIAMI JELIT

Beata Jastrzab, Marta Laskowska, Marta Idzior

Opiekun: dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: W nieswoistych chorobach zapalnych jelit (ChZJ, m.in. wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna) niekiedy obserwuje się charakterystyczne zmiany skórne. Zdarza się, że zmiany te poprzedzają dolegliwości ze strony układu pokarmowego lub też umożliwiają postawienie właściwego rozpoznania choroby podstawowej. W związku ze stale rosnącą liczbą zachorowań na ChZJ w krajach wysoko rozwiniętych znajomość zmian skórnych może być przydatna w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym.

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania i charakteru problemów skórnych u chorych z ChZJ oraz określenie znaczenia znajomości powiązań skórno-jelitowych we wczesnym rozpoznaniu i leczeniu tych chorób.

Materiały i metody: W badaniu udział wzięli pacjenci z ChZJ hospitalizowani w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii USK we Wrocławiu. Badanie przeprowadzono w oparciu o autorską ankietę zawierającą dane demograficzne, informacje na temat objawów klinicznych i przebiegu ChZJ, a także dane na temat dotychczasowego leczenia i występujących problemów dermatologicznych. Po zebraniu wywiadu każdy pacjent został poddany szczegółowemu badaniu fizykalnemu. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Na podstawie uzyskanych wyników wykazano, że opracowana ankietą jest cennym narzędziem badawczym pozwalającym na zidenty-

fikowanie istotnych problemów dermatologicznych u chorych z ChZJ. W toku badania wykazano, że wielu pacjentów nie jest świadomych zagrożeń wynikających ze stosowania przewlekłego leczenia immunosupresyjnego i nie stosuje na co dzień skutecznych metod fotoprotekcji. Szereg pacjentów podkreślało także potrzebę kontroli dermatologicznej w trakcie diagnozowania i leczenia ChZJ.

Wnioski: Pacjenci z ChZJ wymagają oceny problemów skórnych a dermatolog powinien być włączony w zespół diagnostyczno-terapeutyczny sprawujący nadzór na chorymi z ChZJ.

OCENA ROLI DERMATOLOGA W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Beata Wańczyk, Agnieszka Kaszuba

Opiekun: prof. dr hab. n. med. Roman Nowicki,
dr hab. n. med. Aneta Szczerkowska-Dobosz

Studenckie Koło Naukowe DERMATOLOGIA, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Współwystępowanie objawów psychopatologicznych lub dysfunkcji psychologicznych ze schorzeniami dermatologicznymi jest względnie częste, występują one u około 30% pacjentów dermatologicznych.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wiedzy, metod postępowania, stosunku dermatologów do zagadnień z zakresu psychodermatologii oraz określenie ich roli w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych.

Materiały i metody: Badanie zostało przeprowadzone w grupie 56 dermatologów. Jako narzędzie badawcze zastosowano autorską, anonimową ankietę. Wyniki zostały opracowane w programie MS Excel.

Wyniki: Ponad 60% ankietowanych ocenia swój poziom wiedzy na temat psychodermatologii jako niski, mniej niż 20% jako wysoki. Około 80% lekarzy przyznaje, że spotyka się z pacjentem prezentującym objawy psychiatryczne przynajmniej raz w miesiącu. Najczęściej postrzeganym stanem jest depresja lub lęk związane ze schorzeniem dermatologicznym, najrzadziej — *dermatitis artefacta*. Wielu lekarzy przyznaje, że pacjentom jest łatwiej zaufać dermatologowi niż psychiatrze. Około 70% respondentów ma negatywny stosunek do wypisywania leków psychiatrycznych. Prawie połowa ankietowanych sądzi, że lekarz dermatolog jest w stanie samodzielnie leczyć schorzenia psychodermatologiczne. Ponad 80% badanych przyznaje, że nie odbyło podczas rezydentury żadnego szkolenia z zakresu psychodermatologii lub, że przekazano im zbyt małą ilość wiedzy dotyczącą tego problemu. Ponad 90% lekarzy jest zainteresowanych pogłębieniem swojej wiedzy w zakresie zaburzeń psychicznych. Wszyscy badani twierdzą, że współpraca dermatologa i psychiatry jest potrzebna i przynosi korzyści pacjentom.

Wnioski: Zaburzenia psychiatryczne są względnie często obserwowane u chorych zgłaszających się do dermatologa. Dermatolodzy odgrywają zatem istotną rolę w rozpoznawaniu, a nawet leczeniu zaburzeń psychiatrycznych, zachęcając do skorzystania z pomocy psychiatry. W celu zapewnienia dobrej współpracy dermatologa z psychiatrą wskazane byłoby wdrożenie odpowiednich szkoleń z zakresu psychodermatologii.

OCENA WPŁYWU ŁYSIENIA ANDROGENOWEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA, SAMOOCENĘ ORAZ NASILENIE OBJAWÓW LĘKOWYCH I DEPRESYJNYCH

Marcin Łapuć, Anna Urbaniak

Opiekun: dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Łysienie androgenowe (ŁA), definiowane jako niebliznowaczące postępujące łysienie z miniaturyzacją mieszków włosowych, jest najczęstszą przyczyną utraty włosów.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie wpływu ŁA na dobrostan psychiczny osób na nie chorujących.

Materiały i metody: Praca powstała w oparciu o autorską ankietę internetową zawierającą dane demograficzne i kliniczne, a także formularze Skali Samooceny (SES) M. Rosenberga, *Hospitality Anxiety and Depression Scale* (HADS) oraz skalę jakości życia Scalpdex. Ankieta była udostępniona od 30.10.2016 roku do 30.12.2016 roku. Ankiety wypełniło 430 dorosłych osób, w tym 82 (19,1%) kobiety i 348 (80,9%) mężczyzn. Po wykluczeniu 2 osób z łysieniem plackowatym, analizie poddano

428 prawidłowo wypełnionych ankiet, w tym 273 od pacjentów z ŁA oraz 155 osób bez cech łysienia.

Wyniki: Pacjenci z ŁA prezentowali większe nasilenie objawów depresyjnych (HADS-D: $4,7 \pm 3,7$ vs. $3,8 \pm 3,1$, $p = 0,03$) oraz mieli znacząco gorszą jakość życia niż osoby bez ŁA (Scalpdex: $23,9 \pm 23,5$ vs. $10,5 \pm 15,0$, $p < 0,001$). Kobiety z ŁA w porównaniu z mężczyznami prezentowały istotnie niższą samoocenę (SES: $17,0 \pm 4,9$ vs. $21,0 \pm 5,6$, $p < 0,001$), bardziej nasilone objawy lękowe i depresyjne (HADS-A: $11,6 \pm 3,8$ vs. $6,4 \pm 4,4$, $p < 0,001$, HADS-D: $7,3 \pm 4,2$ vs. $4,3 \pm 3,4$, $p < 0,001$) oraz bardziej obniżoną jakość życia (Scalpdex: $44,1 \pm 28,8$ vs. $21,1 \pm 21,3$, $p < 0,001$). Nasilenie łysienia jedynie wśród kobiet korelowało z nasileniem objawów lekowych ($r = 0,4$; $p = 0,02$) i depresyjnych ($r = 0,63$; $p < 0,001$) i obniżeniem jakości życia ($p = 0,49$; $p < 0,01$).

Wnioski: ŁA może stanowić istotny problem psychospołeczny, zwłaszcza wśród kobiet na nie chorujących.

PRZYCZYNY ERYTRODERMII U PACJENTÓW Z KATEDRY I KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ WUM

Sylwia Macur, Oliwia Miszczuk

Opiekun: dr hab. n. med. Zbigniew Samochocki, prof. nadzw. WUM,
lek. Agnieszka Gradzińska

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Erytrodermia charakteryzuje się ostrym lub przewlekłym, zlewnym stanem zapalnym, obejmującym ponad 90 % powierzchni skóry. Jej przyczyny mogą być bardzo różnorodne.

Cel pracy: Analiza czynników etiopatogenetycznych u chorych hospitalizowanych z powodu erytrodermii.

Materiały i metody: Retrospektywna analiza dokumentacji 20 819 chorych hospitalizowanych w Klinice Dermatologicznej WUM w latach 2008–2016.

Wyniki: Erytrodermię rozpoznano u 158 chorych, co stanowiło 0,8% ogółu hospitalizowanych. Schorzenie stwierdzono statystycznie istotnie częściej u mężczyzn niż kobiet (94/8 193 vs. 64/12 626, $p < 0,05$). 61/158 (38,6%) pacjentów chorowało na łuszczycę, a 29/158 (18,4%) — na atopowe zapalenie skóry. U 11/158 (12%) przyczyną wystąpienia zmian były leki podawane ogólnie (głównie antybiotyki), natomiast u 4,4% zmiany rozwinęły się w przebiegu chłoniaka. W części wątpliwych przypadków badanie histopatologiczne było pomocne w ustaleniu etiologii erytrodermii. U 24/158 (15,2%) nie udało się ustalić przyczyny schorzenia. 45/158 (28,5%) pacjentów miało ponadto powiększone obwodowe węzły chłonne, a najczęściej (56,2%) występującym zaburzeniem laboratoryjnym był wzrost wartości CRP.

Wnioski: Obserwacje własne potwierdziły doniesienia literatury, że erytrodermię obserwuje się częściej u mężczyzn, głównie w przebiegu łuszczycy i atopowego zapalenia skóry. Erytrodermia, szczególnie w przebiegu AZS bądź w przypadkach o nieustalonej etiologii, wymaga stałej obserwacji i kolejnych badań histopatologicznych celem wczesnej diagnostyki chłoniaka.

PÓŁPASIEC — INTERDYSCYPLINARNE ASPEKTY CHOROBY. ANALIZA RETROSPEKTYWNA

Magdalena Świstak, Julia Nowowiejska, Katarzyna Bielska,

Iwona Flisiak, Anna Baran

Opiekun: dr n. med. Anna Baran

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Półpasiec jest powszechnie występującą chorobą spowodowaną reaktywacją wirusa ospy wietrznej i półpaśca w zwojach nerwów czuciowych. Zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem, a 1/3 populacji zachoruje na półpasiec w ciągu swojego życia.

Cel pracy: Analiza charakterystyki półpaśca, jego przebiegu, występowania powikłań oraz powiązania z chorobami ogólnoustrojowymi oraz nowotworami.

Materiały i metody: Analizie poddano pacjentów hospitalizowanych z powodu półpaśca w Klinice Dermatologii i Wenerologii UMB w latach 2010–2015.

Wyniki: W analizowanej grupie było 85 pacjentów, w tym 46 mężczyzn i 39 kobiet. Średni wiek wynosił 71 lat. Objawami poprzedzającymi zmiany skórne był ból, pieczenie lub przeczulica w 55% przypadków,

zaczernienie i obrzęk w 28%. U 16% pacjentów pierwszym objawem było pojawienie się pęcherzyków. Najczęstszymi chorobami współistniejącymi było nadciśnienie tętnicze (49%), cukrzyca (19%) i choroba niedokrwienna mięśnia sercowego (14%). Prawie 20% pacjentów miało potwierdzoną chorobę nowotworową. U trzech pacjentów zdiagnozowano hematologiczną chorobę rozrostową w czasie hospitalizacji. U sześciu pacjentów stwierdzono odchylenia w badaniach, sugerujące chorobę nowotworową, wymagające pogłębienia diagnostyki. Najczęściej zmiany występowały w obrębie klatki piersiowej (45%) i twarzy (38%). Półpasek rozsiany stwierdzono u 16 pacjentów (19%), porażenie

zajętych nerwów u 5 (6%), zespół Ramsaya-Hunta u 4 (5%). Neuralgia wystąpiła u 31% chorych. Wszyscy pacjenci byli leczeni ogólnie acyklo-wirem, 44% wymagało leków przeciwbólowych.

Wnioski: Analiza potwierdziła zwiększoną zapadalność na półpasek w grupie 70–80-latków oraz współwystępowanie z nadciśnieniem, cukrzycą i nowotworami. Neuralgia popółpałcowa występowała częściej u kobiet, przy zmianach zlokalizowanych w obrębie twarzy i u pacjentów z cukrzycą. Pacjenci wymagają szybkiej diagnozy i leczenia w celu prewencji ciężkiego przebiegu choroby i wystąpienia powikłań, a także monitorowania w kierunku rozwoju nowotworów.

II SESJA NAUKOWA — PRZYPADKI KLINICZNE

ZMIANY W OBRĘBIE BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ JAKO POTENCJALNE WCZESNE KRYTERIUM DIAGNOSTYCZNE OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ, OPIS PRZYPADKÓW

Anna Haładaj, Jan Kowalski

Opiekun: dr hab. Jan Kowalski

Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Objawy ustne białaczki pojawiają się stosunkowo wcześnie. Działła stają się znacznie obrzęknięte, bolesne, krwawiące, pojawiają się *fetor ex ore*. Mogą pojawić się ogniska destrukcji tkanki kostnej oraz ból zębów. Stan taki powinien być zawsze natychmiastowym wskazaniem do dalszej diagnostyki schorzenia ogólnoustrojowego.

Opis przypadku: Do Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM w odstępie kilku miesięcznym zgłosiło się dwoje pacjentów, 16 i 36 lat, skierowanych z powodu zapalenia dziąseł. Oboje zgłaszali ból, obrzęk dziąseł, podwyższoną temperaturę, uczucie ogólnego osłabienia trwające od 2–3 tygodni. U obojga, badanie zewnętrzne wykazało blednię skóry, zaczerwienienie i suchość części skórnej warg, nadmierną potliwość skóry twarzy oraz *fetor ex ore*. Stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych podbródkowych i podżuchwowych. Badanie wewnętrzne wykazało bolesne, samoistnie krwawiące, przerosnięte, zaczerwienione dziąsła i zmiany o charakterze nadżerek na błonie śluzowej podniebienia. Badanie morfologii krwi obwodowej wykazało WBC = 364,19 G/l oraz WBC = 180,0 G/l. Pacjentów natychmiast skierowano do Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii WUM.

Wnioski: Lekarze powinni zwracać szczególną uwagę na ocenę błony śluzowej jamy ustnej i dziąseł u pacjentów zgłaszających się z nietypowymi objawami ogólnymi, lub kiedy standardowo skuteczna terapia nie przynosi spodziewanych pozytywnych wyników.

ATROPHIE BLANCHE

Natalia Gójska, Mariana Gumeniuk

Opiekun: lek. Marlena Majkut-Sobechowicz

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Terminem *atrophie blanche* (biała atrofia) nazywamy białe, gwiaździste, zanikowe blizny. W *livedoid vasculopathy* czyli waskulopatii zakrzepowo-zatorowej, biała atrofia powstaje w wyniku ewolucji zmian od sinych, bolesnych plam oraz grudek, poprzez powierzchowne owrzodzenia, które goją się z zanikową blizną. Objaw białej atrofii występuje także w przebiegu takich schorzeń jak: przewlekła niewydolność żylna, zespół pozakrzepowy, stopa cukrzycowa, guzkowe zapalenie tętnic. *Atrophie blanche* wymaga szerokiej diagnostyki różnicowej. Prawidłowa diagnoza schorzenia podstawowego daje możliwość odpowiedniego leczenia.

Cel pracy: Analiza obrazu klinicznego i histopatologicznego oraz trudności diagnostyczne u 37-letniej pacjentki ze zmianami skórnymi odpowiadającymi klinicznie *atrophie blanche*.

Opis przypadku: U 37-letniej pacjentki z neuropatią czuciowo-ruchową oraz chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa szyjnego stwierdzono zmiany skórne o charakterze *livedo reticularis* na kończynach górnych i dolnych, z gwiaździstymi, białymi zmianami zanikowymi oraz troficznymi skóry obu stawów skokowych i grzbietów stóp występujące od

2013 roku. Zostało wówczas rozpoznane zapalenie naczyń i wdrożono leczenie metylprednizolonem oraz mykofenolanem mofetilu, kontynuowane do sierpnia 2016 roku, bez poprawy. W sierpniu 2016 roku na podstawie obrazu klinicznego oraz histopatologicznego (stwierdzenie PAS-dodatnich złożeń fibryny zamykających światła drobnych naczyń) zdiagnozowano rozpoznanie na *livedoid vasculopathy*, odstawiono leki immunosupresyjne, wdrożono leczenie przeciwzakrzepowe heparyną drobnocząsteczkową, następnie sulodeksydem.

Wnioski: *Livedoid vasculopathy* ma udowodnioną zakrzepowo-zatorową etiopatogenezę zmian, a kluczową rolę w rozpoznaniu odgrywa badanie histopatologiczne. Przedstawiony przypadek podkreśla znaczenie korelacji kliniczno-histologicznej oraz interdyscyplinarnej współpracy. Prawidłowa diagnoza warunkuje wdrożenie odpowiedniego leczenia oraz bezpośrednio przekłada się na rokowanie i postępowanie terapeutyczne.

MANIFESTACJE SKÓRNE UKŁADOWYCH ZAPALEŃ NACZYŃ ZWIĄZANYCH Z PRZECIWCIAŁAMI ANCA NA PODSTAWIE PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Alicja Karzecka, Małgorzata Ponikowska

Opiekun: prof. dr hab. Stanisław Niemczyk,

dr n. med. Dorota Brodowska-Kania

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Dializoterapii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Wstęp: Wyróżniamy trzy rodzaje układowych zapaleń naczyń związanych z przeciwciałami ANCA: GPA, MPA, EGPA. Charakteryzuje je różnorodna symptomatologia. Może dojść do zajęcia nerek, płuc, skóry, zatok, stawów, narządu wzroku, słuchu. W 35–45% występują objawy skórne, które jako najbardziej zauważane, są przyczyną zgłaszania się chorych na konsultację dermatologiczną. Przyczyną wystąpienia objawów skórnych jest zajęcie małych naczyń, najczęściej drobnych żył, rzadziej tętniczek w obrębie skóry. Klinicznym objawem jest plamica uniesiona (kończyny dolne), zaś histopatologicznym leukoklastyczne zapalenie naczyń. Podstawą diagnostyki jest biopsja skóry w połączeniu z badaniami immunologicznymi.

Opis przypadku: Prezentujemy przykłady zmian skórnych występujących w układowych zapaleniach naczyń związanych z przeciwciałami ANCA: 1) 42-letnia pacjentka ze świeżo rozpoznaniem GPA, z objawem Raynauda oraz zmianami skórnymi, które wystąpiły jako pierwsze: plamica uniesiona w obrębie kończyn dolnych, pęcherze krwotoczne na skórze stóp i dłoni. Ponadto cechy zespołu płucno-nerkowego. W badaniu histopatologicznym biopsji skóry stwierdzono leukoklastyczne zapalenie naczyń. Wdrożono leczenie GSK, CYC. Uzyskano całkowitą remisję zmian. 2) 25-letni pacjent z EGPA. Typowymi zmianami skórnymi były nacieki eozynoflowe w obrębie naczyń skóry. Klinicznie plamica uniesiona, obrzęki i zaczerwienienia stawów skokowych oraz wybroczyny na kończynach dolnych. 3) 55-letnia pacjentka z MPA z cechami polineuropatii, zespołu płucno-nerkowego, bez plamicy uniesionej. Brak owłosienia na kończynach dolnych, ścięczenie skóry i tkanki podskórnej, *livedo reticularis*.

Wnioski: Diagnostyka zmian skórnych pozwala w około 50% na postawienie rozpoznania zapalenia naczyń. Prawidłowa diagnoza warunkuje wdrożenie odpowiedniego leczenia oraz bezpośrednio przekłada się na rokowanie i postępowanie z pacjentem.

NEKROTYCZNA POSTAĆ ZESPOŁU SWEETA — RZADKA JEDNOSTKA CHOROBY ZAGRAŻAJĄCA ŻYCIU

Marta Chądzyńska

Opiekun: dr n. med. Joanna Czuwara, lek. Anna Woźniak-Rito

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Nekrotyczny Sweet to nietypowy i rzadki wariant zespołu Sweeta. Występuje w nim głęboka martwica tkanek i owrzodzenia z objawem patergii, szybka progresja i brak odpowiedzi na standardowe metody leczenia. Obraz kliniczny może przypominać martwicze zapalenie powięzi, martwicze zapalenie naczyń lub piodermię zgorzeelinową. W rozpoznaniu istotny jest wywiad, obraz kliniczny i badanie histopatologiczne.

Opis przypadku: Prezentujemy 32-letnią pacjentkę, dotychczas zdrową leczoną w Klinice Chirurgii z rozpoznaniem ropowicy oraz podejrzeniem zapalenia powięzi podudzia lewego. W wywiadzie pacjentka podała uraz. W międzyczasie wykonano laparotomię z powodu objawów otrzewnowych. Pomimo wielokrotnych zabiegów oczyszczania owrzodzenia, fasciotomii oraz szerokospektralnej antybiotykoterapii obserwowano powiększanie się owrzodzenia i pojawienie się nowych zmian na prawym przedramieniu oraz w ranie i wokół rany po laparotomii. W konsultacji dermatologicznej, popartej konsultacją wycinków histopatologicznych, wysunęto podejrzenie nekrotycznej postaci zespołu Sweeta. Po włączeniu leków immunosupresyjnych — metyloprednizolonu, takrolimusu i cyklosporyny A nastąpiło zatrzymanie martwicy tkanek i tendencja do gojenia umożliwiająca przeszczep skóry oraz wygojenie z ubytkiem mięśni i powięzi.

Wnioski: Przy szybkim postępujących owrzodzeniach należy rozszerzyć diagnostykę i przeprowadzić konsultację interdyscyplinarną. Wdrożenie odpowiedniego leczenia i unikanie urazów chirurgicznych ma istotne znaczenie w nekrotycznej postaci zespołu Sweeta.

ROZLEGŁE OWRZODZENIE SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY — PROBLEM DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNY

Kornelia Pietrauska, Olga Zjadewicz, Joanna Ziółkowska, Mateusz Kowal
Opiekun: dr hab. n. med. Beata Bergler-Czop

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp: Owrdzenie jest ubytkiem skóry właściwej lub błony śluzowej. Do wytworzenia owrdzenia dochodzi w wyniku uszkodzenia tkanek oraz lokalnie toczącego się procesu o charakterze zapalno-martwiczym, co skutkuje przerwaniami ciągłości nabłonka i uszkodzeniem leżących głębiej struktur tkankowych. Powstaje z guzów, guzków niekiedy bez poprzedzających zmian pod wpływem czynników chemicznych, fizycznych, mechanicznych lub w wyniku zmian naczyniowych. Gojenie się owrdzenia zwykle przebiega z trudnościami, ma charakter przewlekły i kończy się wytworzeniem blizny.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 71-letniego mężczyzny z rozległym ubytkiem skóry owłosionej głowy w okolicy czołowo-ciemieniowej lewej z kością widoczną w dnie ubytku, przyległego do Oddziału Dermatologii SPSKM im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach celem diagnostyki i leczenia.

W wywiadzie zmiana od maja 2016 roku bez dolegliwości bólowych, ujemny wywiad w kierunku urazu. U pacjenta wykonano szereg badań diagnostycznych, włączając: badania laboratoryjne, bakteriologiczne, histopatologiczne oraz zdjęcie rentgenowskie czaszki. W badaniu histopatologicznym wycinków skórnych ze zmiany obraz niespecyficzny, bez cech procesu nowotworowego. Przypadek przysporzył wiele trudności diagnostycznych ze względu na niejasną etiologię oraz podobny obraz kliniczny różnych jednostek chorobowych. W diagnostyce różnicowej wzięto pod uwagę piodermię zgorzeelinową, proces nowotworowy, chłoniaka skóry, infekcje, uraz. W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię, cyklosporynę A oraz leczenie zewnętrzne. Pacjent zakwalifikowany do leczenia rekonstrukcyjnego ubytku skóry na Oddziale Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej w WSS im. św. Barbary w Sosnowcu.

Wnioski: Dokładnie zebrany wywiad i przeprowadzenie szerokiej diagnostyki owrdzenia to kluczowe elementy w podjęciu decyzji terapeutycznej. Wiele jednostek manifestuje się podobnym obrazem klinicznym, co sprawia problemy w ustaleniu etiologii. Leczenie owrdzeń jest procesem przewlekłym, wymaga współpracy lekarzy reprezentujących różne specjalizacje.

ZMIANA SKÓRNA O CHARAKTERZE NADZĘKI U NOWORODKA Z PORĄŻENIEM NERWU TWARZOWEGO JAKO WYNIK URAZU OKOŁOPORODOWEGO

Angelika Piotrowska

Opiekun: dr hab. n. med. Bożena Kociszewska-Najman

Studenckie Koło Naukowe Neonatologii przy I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Uraz okołoporodowy to uszkodzenie tkanek miękkich, skóry, kości, nerwów i narządów wewnętrznych noworodka powstałe w przebiegu porodu. Do częstych nieprawidłowości po porodach siłami natury należą: przedgłowie, krwiaki podokostnowe oraz otarcia i uszkodzenia skóry i naskórka.

Opis przypadku: Noworodek płci męskiej, urodzony cięciem cesarskim wykonanym z powodu braku postępu porodu, 39 tygodni ciąży, w stanie ogólnym dobrym (10 pkt Apgar). W badaniu fizykalnym obrzęk prawego policzka, na szyi po stronie prawej zgrubienie około 2,5 x 1,5 cm, z sinawobiałą zmianą oraz zaczerwienieniem wokół. Ponadto po stronie prawej obwodowe porażenie nerwu twarzowego — opadnięty kącik ust, upośledzona mimika twarzy. Ze względu na obciążony wywiad porodowy oraz odchylenia w badaniu fizykalnym pobrano posiew krwi i zastosowano antybiotykoterapię przez 5 dni. Posiew krwi jałowy. W drugiej dobie życia konsultowany chirurgicznie. Opisano obrzękłą zmianę po stronie prawej za uchem, z odczynem zapalnym, dodatkowo porażenie n. VII po tej samej stronie. Zmiana nie wykazywała cech ropnia, w celu różnicowania z naczyniakami zalecono badanie USG i miejscowe stosowanie Bactigrasu. W badaniu USG szyi opisano powierzchownie widoczną zmianę po stronie prawej do tyłu od mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowego, nie penetrującą do głębokich struktur szyi. Noworodek konsultowany dermatologicznie w siódmej dobie życia: zmiana rumieniowa po stronie prawej, pokryta żółtym strupem, klinicznie gojąca nadżerka, zalecono Fucialin krem 2 x dziennie oraz natłuszczenie. W trakcie hospitalizacji obserwowano wchłanianie się zmiany.

Wnioski: W przypadku zmian na skórze noworodka należy przeprowadzić diagnostykę różnicową z uwagi na podobne manifestacje kliniczne różnych chorób. W opisywanej zmianie w celu wdrożenia odpowiedniego leczenia należało wykluczyć naczyniowe jak i infekcyjne podłoże.

CZERNIAK BEZBARWNIKOWY WYZWIANIEM DIAGNOSTYCZNYM DLA LEKARZA

Magdalena Żołnierek, Karolina Zagóra, Joanna Marusza

Opiekun: lek. Katarzyna Borkowska, lek. Anna Woźniak-Rito

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Czerniak bezbarwnikowy to rzadki nowotwór złośliwy stanowiący 2–8% wszystkich czerniaków. Może przybierać różne formy, najczęściej jednak występuje w postaci guzkowej. Brak lub znikoma ilość barwnika utrudnia jego wczesne zdiagnozowanie.

Opis przypadku: 47-letni pacjent zgłosił się do Kliniki Dermatologii WUM w lutym 2015 roku, w celu kontroli znamion barwnikowych. Podczas badania lekarza zaniepokoiła rumieniowa łuszcząca się zmiana zlokalizowana na tylnej powierzchni uda lewego. Z wywiadu nie można było ustalić czasu jej trwania, ale zmiana stopniowo się powiększała. Klinicznie stwierdzono rumieniowo-łuszczącą zmianę nieregularnego kształtu o wymiarach 1 x 2 cm. Dermoskopowo uwidoczniiono naczynia kropki, nieregularne naczynia linijne oraz ślady barwnika na obwodzie zmiany w postaci homogenicznych brązowych obszarów. Zalecono pilne wycięcie zmiany. W badaniu histopatologicznym rozpoznano czerniaka w stadium pT1a. Poszerzono marginesy oraz zlecono regularne kontrole USG, RTG, LDH. Pacjent znajduje się pod regularną opieką Kliniki Dermatologicznej.

Wnioski: 1) Przy podejrzeniu czerniaka bezbarwnikowego pomocna jest dermoskopia. Ostateczne rozpoznanie jest stawiane na podstawie badania histopatologicznego. 2) W różnicowaniu czerniaka bezbarwnikowego można uwzględnić choroby Bowena, pozasutkową postać choroby Pageta, zmiany wypryskowe, grzybicę, rogowacenie słoneczne, raka podstawnokomórkowego i ziarniniaka naczyniowego. 3) Należy zachować onkologiczną czujność w każdym przypadku pojedynczej zmiany skórnej bez względu na jej wielkość i kolor — skierować na pilną diagnostykę lub wycięcie.

ZIARNINIAK GRZYBIASTY O DRAMATYCZNYM PRZEBIEGU U PACJENTA Z WYWIADEM PIODERMII ZGORZELINOWEJ

Julia Nowowiejska, Magdalena Świstak, Anna Baran, Iwona Flisiak
Opiekun: dr n. med. Anna Baran

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Pierwotne chłoniaki T-komórkowe są rzadkimi schorzeniami limfoproliferacyjnymi. Najczęstszym rodzajem jest ziarniniak grzybiasty, występujący z częstością około 0,5–1/100 000. Charakteryzuje się przewlekłym, postępującym przebiegiem, ze stadium rumieniowym, naciekowym oraz guzowatym. Zwykle zajęta jest jedynie skóra, jednak w zaawansowanych stadiach możliwe są również manifestacje pozaskórne, a rokowanie może być niepomyślne.

Opis przypadku: 64-letni mężczyzna, z wywiadem piodermii zgorzelinowej w obrębie kończyn dolnych przed trzema laty, był hospitalizowany w Klinice Dermatologii trzykrotnie. Pierwszym objawem było owrzodzenie policzka, które zostało usunięte chirurgicznie. Badanie histopatologiczne wykazało zmianę o charakterze pseudolymphoma. Trzy miesiące później pacjent został przyjęty do Kliniki Onkologii z powodu prawdopodobnej progresji zmiany do chłoniaka z towarzyszącymi licznymi wykwitami na skórze. W tomografii komputerowej klatki piersiowej i jamy brzusznej wykryto powiększone węzły chłonne. Kolejne badanie histopatologiczne wycinka skóry wykazało przewlekły stan zapalny, prawdopodobnie z powodu reakcji alergicznej. Wówczas pacjent został skierowany po raz pierwszy do Kliniki Dermatologii, gdzie obserwowano liczne zmiany rumieniowo-naciekowe z mnogimi owrzodzeniami na całym ciele. W oparciu o ponowne badanie histopatologiczne wycinka skórno zdiagnozowano ziarniniaka grzybiastego. Zastosowano leczenie systemowe metotreksatem oraz PUVA. Pomimo prowadzonej terapii choroba ulegała szybkiej progresji, stan ogólny pacjenta znacznie się pogarszał, ostatecznie pacjent zmarł w domu tydzień po ostatniej hospitalizacji.

Wnioski: Ziarniniak grzybiasty częściej dotyczy mężczyzn w wieku 50–60 lat. Charakteryzuje się zwykle niewielką złośliwością i wieloletnim przeżyciem, sięgającym 25 lat. Jednakże możliwy jest również bardziej dramatyczny przebieg. Pierwotne zmiany są zwykle mało specyficzne, dlatego współpraca lekarzy wielu specjalności jest kluczowa dla wczesnej diagnozy, wdrożenia odpowiedniego leczenia i wykrycia progresji choroby.

MANIFESTACJE SKÓRNE W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ CHOROBY PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI

Katarzyna Bielska, Ewelina Mironiuk, Kinga Natalia Krasuska,
Magda Marek-Safiejko, Anna Baran, Iwona Flisiak
Opiekun: dr n. med. Anna Baran

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Przewlekła choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD) to częste powikłanie, które może wystąpić w ciągu 3 lat od przeszczepu komórek układu krwiotwórczego. Patogeneza choroby nie jest do końca poznana, sugeruje się udział alloreaktywnych limfocytów B i Th2. Symptomy cGvHD przypominają objawy schorzeń autoimmunologicznych, takich jak twardzina układowa czy zespół Sjögrena, co wiąże się z trudnościami diagnostycznymi. Choroba przebiega z zajęciem błon śluzowych, oczu, płuc, wątroby, przewodu pokarmowego, mięśni i stawów. Najczęstszym objawem cGvHD są zmiany skórne, takie jak poikilodermia, zmiany liszajopodobne i twardzinopodobne.

Opis przypadku: 26-letni pacjent został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu nasilonych zmian skórnych w przebiegu przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi, która rozwinęła się po 3 miesiącach od allogenicznej transplantacji szpiku kostnego z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej typu B common przed czterema laty. Przy przyjęciu obserwowano w obrębie skóry całego ciała zmiany twardzinopodobne, hipo- i hiperpigmentacyjne, poikilodermię i ogniska zaniku. W obrębie skóry okolicy mostka obecne były rozległe ogniska rumieniowo-naciekowe, nadżerki i strupy. Ponadto stwierdzono pobrudzenie paznokci z objawem skrzydlika, zapalenie spojówek i dziąseł, wzmożone napięcie mięśniowe, BMI wynosiło 15.6. Badania laboratoryjne wykazały niedokrwistość, leukocytozę i hiperglukemię. Kontynuowano leczenie immunosupresyjne, dołączono fototerapię wąskim pasmem UVB, uzyskując częściową poprawę w zakresie zmian skórnych.

Wnioski: Częstość występowania cGvHD u pacjentów po przeszczepach komórek układu krwiotwórczego wynosi 33–50%. Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi jest problemem interdyscyplinarnym. Świadomość odległych powikłań potransplantacyjnych u lekarzy wielu specjalności jest kluczowa dla postawienia prawidłowego rozpoznania. Wczesne włączenie leczenia zmniejsza ryzyko rozwoju groźnych powikłań, wynikających z zaburzeń odporności swoistej oraz poprawia jakość życia pacjentów.

KRYPTOKOKOZA SKÓRY U PACJENTA PO PRZESZCZEPNIENIU NERKI — OPIS PRZYPADKU

Piotr Wilkowski, Michał Ciszek
Opiekun: dr hab. n. med. Michał Ciszek

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Pacjenci otrzymujący leczenie immunosupresyjne po przeszczepieniu nerki mają zwiększone ryzyko zakażeń oportunistycznych. Zakażenie *Cryptococcus* dotyczy zwykle układu oddechowego lub opon mózgowo-rdzeniowych. Kryptokokoza skóry najczęściej pojawia się w przebiegu zakażeń narządowych, jednak może występować także jako postać izolowana.

Opis przypadku: 49-letni mężczyzna po trzecim przeszczepieniu nerki został przyjęty z powodu gorączki i objawów zakażenia dróg oddechowych oraz bolesnych, zaczerwienionych guzków podskórnych zlokalizowanych w okolicy przyśrodkowej ud oraz ramienia lewego. Przed kilkoma tygodniami pacjent otrzymał pulsus steroidowe, 5 zabiegów wymiany osocza oraz immunoglobuliny dożylnie w celu leczenia odrzucenia humoralnego nerki przeszczepionej. Ze względu na podejrzenie bakteryjnego zakażenia skóry wtórno do infekcji układu oddechowego rozpoczęto leczenie dożylnie amoksylicyną z kwasem klawulanowym, jednak bez poprawy. Posiewy krwi były jałowe, a odczyn antystreptolizynowy prawidłowy. W wycinku skóry pobranym do badania histopatologicznego stwierdzono ziarniniakową reakcję zapalną w skórze i tkance podskórnej, a w barwieniu histochemicznym Grocottta organizmy odpowiadające grzybom *Cryptococcus*. Badanie serologiczne osocza w kierunku antygenu kryptokoka testem EIA wypadło dodatnio. Rozpoczęto leczenie flukonazolem, a następnie, po stwierdzeniu dodatniego antygenu *Aspergillus* w surowicy, worykonazolem uzyskując normalizację temperatury ciała. Wraz z długością leczenia zmiany skórne przybierały bardziej zwartą, zorganizowaną postać. Ostatecznie z uwagi na liczne powikłania infekcyjne (u pacjenta stwierdzono również zapalenie płuc o etiologii *Pneumocystis jirovecii* oraz wiremii CMV) zdecydowano o odstawieniu leczenia immunosupresyjnego oraz rozpoczęciu dializoterapii.

Wnioski: U pacjentów po przeszczepieniu narządu nietypowe zmiany skórne mogą być spowodowane przez zakażenie *Cryptococcus*. Kryptokokoza skóry jest zazwyczaj objawem zakażenia narządowego, wymaga intensywnej diagnostyki i leczenia oraz jest wskazaniem do zmniejszenia siły stosowanej immunosupresji.

PRZYPADK PACJENTKI ZE ZRÓŻNICOWANYMI MORFOLOGICZNIE ZMIANAMI NA SKÓRZE SROMU I PRZETRWAŁĄ INFЕКCJĄ HPV

Alicja Szatko
Opiekun: lek. med. Agnieszka Dobrowolska-Redo,
dr hab. med. Ewa Romejko-Wolniewicz

Studenckie Koło Naukowe Ginekologiczne przy II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Stany przedrakowe sromu stanowią zróżnicowaną grupę chorób. Klasyfikacja Towarzystwa Badań nad Chorobami Sromu i Pochwy (ISSVD) z 2015 roku obejmuje trzy grupy zmian śród nabłonkowych dotyczących nabłonka wielowarstwowego płaskiego: zmiany dysplastyczne małego stopnia (LSIL, kłykciny płaskie, zmiany związane z infekcją HPV), zmiany dysplastyczne dużego stopnia (HSIL, VIN *usual type*) oraz śród nabłonkową neoplazję sromu typu zróżnicowanego (VIN *differentiated type*). W przeciwieństwie do raka płaskonabłonkowego szyjki macicy, rak sromu w 80% rozwija się na podłożu zmian niezwiązanych z HPV (SCC-none HPV-linked), tj. hiperplazji płaskonabłonkowej i liszaja twardzinowego, jedynie pozostałe 20% to rak płaskonabłonkowy sromu związany z infekcją HPV (SCC HPV-linked).

Opis przypadku: 61-letnia pacjentka pozostająca od dwudziestu sześciu lat pod opieką II Kliniki Ginekologii i Położnictwa, zgłosiła się do Poradni ze względu na świądę sromu. W wulwoskopii uwidoczono w przedsionku pochwy zmianę odpowiadającą morfologicznie liszajowi twardzinowemu oraz zmiany o charakterze boweinoidalnym. W wywiadach śródnaślona neoplazja szyjki macicy (CIN2, obecnie HSIL) oraz śródnaślona neoplazja pochwy średniego stopnia (VAIN2). W 2003 roku rozpoznano niespecyficzne chroniczne zapalenie sromu i mnogie zmiany, które poddano krioblacji. Ponadto przetrwała infekcja HPV zarówno w materiale ze sromu, jak i szyjki macicy. Na podstawie wywiadów oraz morfologii i dynamiki rozwoju zmian zdecydowano się na wycięcie zmian z badaniem histopatologicznym.

Wnioski: Przedstawiony przypadek obrazuje nie tylko niejednorodną morfologię, ale także złożoną patogenezę zmian przedrakowych sromu. Ze względu na opisywaną w literaturze częstą koincydencję zmian przedrakowych, w czasie diagnostyki zmian sromu zawsze należy pamiętać o badaniu szyjki macicy i pochwy. Ostateczne rozpoznanie powinno zawsze opierać się na badaniu histopatologicznym.

ŁUSZCZYCA KROSTKOWA DŁONI I STÓP U PACJENTKI Z CUKRZYCĄ TYPU 1 — OPIS PRZYPADKU KLINICZNEGO

Agata Majewska

Opiekun: dr n. med. Barbara Mrozikiewicz-Rakowska

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Łuszczyca krostkowa dłoni i stóp jest jedną z odmian łuszczy. Objawia się zmianami skórnymi w postaci krost wypełnionych jałową treścią ropną zlokalizowanych na dłoniach i stopach. Problem kliniczny stanowi współistnienie zmian skórných w obrębie stóp u chorego z cukrzycą i łuszczyką krostkową.

Opis przypadku: Pacjentka, lat 40 z cukrzycą typu 1 rozpoznaną 1,5 roku temu została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii WUM z powodu utrzymujących się od około 7 lat zmian skórných krostkowych, zlokalizowanych na stronie podeszwy stóp oraz na dłoniach i przedramionach. Wykwity w postaci jałowych krostek miały podłoże rumieniowe. W dalszym przebiegu zmiany uległy złaniu, powodując w następstwie spełzanie powierzchni zmian. W obrębie ognisk rumieniowych stwierdzono liczne krosty z jałową treścią ropną. Pacjentka zgłasza, że pierwsze objawy skórne pojawiły się 10 lat temu i zlokalizowane były na dłoniowych powierzchniach rąk. Chora była leczona m.in. preparatami stężonego mocznika, kwasu salicylowego, nadmanganianu potasu oraz glikokortykosteroidów. Spowodowało to nasilenie zmian pod postacią grubopłatowych ognisk hiperkeratozy i rumieniowego odczynu zapalnego skóry pod ww. zmianami. Podczas hospitalizacji w leczeniu zastosowano okluzję z wykorzystaniem maści cholesterolowej. Na podstawie konsultacji dermatologicznej wysunięto podejrzenie łuszczyki krostkowej dłoni i stóp. Zalecono rozszerzenie diagnostyki - pobranie wycinka skórno-go celem postawienia rozpoznania ostatecznego oraz płatkowych testów skórných w kierunku alergii kontaktowych i pokarmowych.

Wnioski: U pacjentów z cukrzycą, szczególnie o niewyrównanym przebiegu, obecność łuszczyki krostkowej dłoni i stóp może przyczynić się do rozwoju stanu zapalnego i rozwinięcia pełnoobjawowego zespołu stopy cukrzycowej. Postawienie prawidłowej diagnozy stanowi podstawę możliwości podjęcia leczenia przyczynowego i ostatecznie wywołania zmian.

INTERDYSCYPLINARNE ASPEKTY ZESPOŁU WERNERA

Magdalena Świątek, Julia Nowowiejska, Anna Baran, Iwona Flisiak

Opiekun: dr n. med. Anna Baran

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp: Zespół Wernera jest chorobą genetyczną dziedziczną autosomalnie recesywnie. Występuje bardzo rzadko, z częstością 1/1 000 000, jednak jest najczęstszym spośród zespołów przedwczesnego starzenia. Pierwsze objawy pojawiają się zwykle w drugiej dekadzie życia i często dotyczą skóry. Spośród schorzeń internistycznych często występuje zacząta, zaburzenia endokrynologiczne, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów.

Opis przypadku: 40-letni mężczyzna, z wywiadem zespołu Wernera, został przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu nawracających od

ponad 20 lat zmian o charakterze wyprysku podudzi i stóp. Wcześniej u pacjenta obserwowano ogniska ścięczenia oraz stwardnienia skóry, imitujące twardzinę. Ponadto przy przyjęciu zaobserwowano uogólnioną atrofię skóry, tkanki podskórnej i zaniki mięśni, przedwczesne łysienie i siwienie oraz ptasi wygląd twarzy. W wywiadzie stwierdzono liczne schorzenia internistyczne oraz zaburzenia związane z przedwczesnym starzeniem się pacjenta, charakterystyczne dla wieku podeszłego. W wyniku zastosowanego leczenia miejscowymi glikokortykosteroidami oraz emolientami uzyskano częściową poprawę kliniczną w zakresie zmian wypryskowych podudzi.

Wnioski: Pacjent z zespołem Wernera wymaga interdyscyplinarnego podejścia lekarzy wielu specjalności. Wśród pierwszych objawów mogących sugerować rozpoznanie tego schorzenia są zmiany skórne. Rokowanie w zespole Wernera jest niekorzystne. Nie istnieje leczenie przyczynowe, a postępowanie sprowadza się jedynie do poprawy jakości życia pacjentów.

ZESPÓŁ GRAHAMA-LITTLE'A — WSPÓLISTNIENIE ŁYSIENIA BLIZNOWACIEJĄCEGO I NIEBLIZNOWACIEJĄCEGO

Magdalena Cichočka, Gabriela Okoń, Iga Wiślak

Opiekun: dr n. med. Joanna Czuwara, lek. Monika Siedlecka

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Zespół Grahama-Little'a to choroba skóry, charakteryzująca się triadą objawów: łysieniem bliznowaciejącym owłosionej skóry głowy, niebliznowaciejącym ubytkiem owłosienia okolicy pachowej i łonowej oraz obecnością zmian skórných charakterystycznych dla liszaja płaskiego mieszkowego.

Opis przypadku: 60-letnia pacjentka, z wieloletnim wywiadem liszaja płaskiego mieszkowego i okresowymi zaostrzeniami choroby, zgłosiła się do Kliniki Dermatologicznej z powodu wzmoczonej utraty włosów skóry głowy, świądu licznych okolic ciała oraz wystąpienia świeżych zmian skórných o charakterze drobno-grudkowym. Klinicznie stwierdzono ubytek owłosienia okolicy czołowej i ciemieniowej, a także pachowej. W badaniu trichoskopowym owłosionej skóry głowy stwierdzono nieregularne białe kropki oraz obszary białej i mleczno-czerwonej barwy (charakterystyczne dla liszaja płaskiego mieszkowego bez cech aktywności), a także pigmentację naskórka o typu plastra miodu. Badanie okolicy pachowej potwierdziło obecność pojedynczych włosów oraz brak cech bliznowacenia. Zastosowano leczenie takrolimusem, dipropionianem betametazonu oraz acytryną w dawce 10 mg/dobę. W przypadku zaostrzenia objawów stosowano ostrzyknięcie okolicy potylicznej octanem triamcynolonu.

Wnioski: Zespół Grahama-Little'a jest jednostką chorobową, która ze względu na współwystępowanie łysienia bliznowaciejącego, stan zapalny i hiperkeratozę mieszkową ciężko poddaje się leczeniu. Pierwszą linię terapii stanowią sterydy stosowane miejscowo lub w postaci iniekcji, a także retinoidy oraz PUVA.

USTEKINUMAB W LISZAJU PŁASKIM MIESZKOWYM — OPIS PRZYPADKU

Katarzyna Pisarz

Opiekun: dr n. med. Mariusz Sikora

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Liszaj płaski mieszkowy (LPP) jest odmianą liszaja płaskiego, w której autoreaktywne limfocyty uszkadzają struktury mieszka włosowego, co prowadzi do postępującego łysienia bliznowaciejącego. Dotychczasowe badania potwierdzają związek liszaja płaskiego z wieloma chorobami o podłożu zapalnym, jednak przypadki współwystępowania z łuszczyką są rzadko spotykane. Celem pracy jest przedstawienie pacjentki z LPP i łuszczyką plackowatą skutecznie leczoną ustekinumabem.

Opis przypadku: 54-letnia pacjentka z ciężką postacią łuszczyki plackowatej, bez poprawy klinicznej po zastosowanym leczeniu ogólnym (PUVA, acytryna, metotreksat), została zakwalifikowana do terapii biologicznej ustekinumabem. Ponadto u pacjentki stwierdzono w okolicy ciemieniowej postępujące ognisko łysienia bliznowaciejącego z hiperkeratozą i zapaleniem okołomieszkowym. Na podstawie obrazu klinicznego, badania trichoskopowego i histopatologicznego postawiono rozpoznanie liszaja płaskiego mieszkowego. Podczas 40 tygodni terapii

ustekinumabem uzyskano remisję zmian łuszczykowych oraz zahamowanie progresji łysienia bliznowaciejącego. W badaniu trichoskopowym potwierdzono zmniejszenie aktywności LPP (ustąpienie mankietowego złuszczenia okołomieszkowego oraz wydłużonych pętle naczyńniowych wokół jednostek włosowych).

Wnioski: Przedstawiony przypadek zwraca uwagę na możliwość zastosowania ustekinumabu w terapii łyszenia płaskiego mieszkowego — choroby, której leczenie stanowi poważny problem, a efekty pozostają niezadowalające.

ZMIANY TRICHOSKOPOWE PO PRZESZCZEPIENIU WŁOSÓW

Leszek Blicharz, Magdalena Lichy

Opiekun: prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Przeszczepienie włosów jest coraz powszechniej stosowaną metodą leczenia łysienia niebliznowaciejącego. Doniesienia dotyczące zmian trichoskopowych po tym zabiegu są nieliczne.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 37-letniego mężczyzny z wieloletnim wywiadem łysienia androgenowego oraz łojotokowego zapalenia skóry owłosionej głowy. U pacjenta w przeszłości wykonano dwukrotnie zabieg przeszczepienia włosów (maj 2012 r. — 400 mieszków, styczeń 2013 r. — 300 mieszków). Klinicznie stwierdzono okołomieszkowy stan zapalny z towarzyszącym silnym swiędzem i dolegliwościami bólowymi. W badaniu trichoskopowym zaobserwowano zróżnicowanie grubości włosów z objawem *signpost sign* jednostek przeszczepionych, włosy złamane, obecność żółtych kropek, pojedyncze drzewkowate naczynia krwionośne na podłożu ognisk rumieniowych, liczne czerwone kropki oraz naczynia przecinkowate, a także złuszczenie okołomieszkowe i żółtawe pola. Zastosowano leczenie ogólnie dutasterydem oraz miejscowo: pimekrolimusem, deksametazonem oraz minoksydylem. Ponadto u pacjenta czterokrotnie wykonano zabieg mezoterapii cienkoigłowej osoczem bogatopłytkowym otrzymanym z krwi obwodowej. Dzięki wdrożonemu leczeniu uzyskano zahamowanie stanu zapalnego i bliznowacenia.

Wnioski: Przedstawiony przypadek kliniczny stanowi przykład rozwoju postępującego stanu zapalnego po zabiegu przeszczepienia włosów. W jego przebiegu może dojść do powstania ogniskowego zaniku bliznowaciejącego przypominającego pierwotne łysienie bliznowaciejące.

II SESJA PLAKATOWA — PRZYPADKI KLINICZNE

PROBLEMATYKA SYNCHRONICZNYCH I NIESPOTYKANÝCH KOINCYDENCJI CZERNIAKA SKÓRY Z INNYMI NOWOTWORAMI. ROZWAŻANIA BADAWCZE I KLINICZNE NA PRZYKŁADZIE OPISU PRZYPADKU JEDNOCZASOWEGO WSPÓŁWYSTĘPOWANIA CZERNIAKA I NOWOTWORU PODŚCIELISKOWEGO PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST)

Katarzyna Nowacka, Maciej Nowacki, Wojciech Jóźwicki,

Wojciech Zegarski, Barbara Zegarska

Opiekun: dr hab. n. med. Barbara Zegarska, prof. UMK

Katedra Kosmologii i Dermatologii Estetycznej, Katedra Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp: Jednoczasowe występowanie dwóch lub więcej różnych typów nowotworów rozpoznanych w ciągu sześciu miesięcy od pierwszej diagnozy klasyfikowane jest jako synchroniczne. Czerniak stanowi specyficzny przykład nowotworu który może charakteryzować się tego typu koincydencją. Problematyka ta jest szczególnie istotna dla prowadzenia prawidłowego procesu diagnostycznego i możliwie szybkiego wdrożenia leczenia. Celem pracy było przedstawienie pierwszego pełnego opisu szybkiej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, na przykładzie rozpoznania jednoczasowego czerniaka skóry i guza podścieliskowego przewodu pokarmowego (GIST).

Opis przypadku: Opis i rozważania badawczo-kliniczne dotyczą 55-letniego pacjenta, u którego rozpoznano jednoczasowe (synchroniczne) występowanie czerniaka skóry (zlokalizowanego w okolicy okołopępkowej — histologicznie sklasyfikowanego jako pT2a, Breslow 1.9 mm) i guza GIST (pT2).

Metody: Wraz z przeprowadzeniem standardowej procedury diagnostycznej u pacjenta zastosowano szczegółową diagnostykę obrazową PET/CT, oraz badania z wykorzystaniem wybranych markerów i biopsji węzła chłonnego wartowniczego (SNB). Ważnym punktem analizy było odniesienie uzyskanych wyników a także prowadzonej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej do innych publikacji, oraz dostępnych wytycznych i rekomendacji.

Wyniki: Przedstawiony opis przypadku stanowi najprawdopodobniej pierwszy pełny opis diagnostyczno-terapeutyczny synchronicznego współwystępowania czerniaka skóry i guza GIST i drugi opisujący koincydencje obu tego typu nowotworów.

Wnioski: Liczba synchronicznych i niespotykanych koincydencji czerniaka skóry z innymi nowotworami wzrasta, dlatego podejmowanie tej problematyki jest szczególnie ważne dla prowadzenia prawidłowej diagnostyki i leczenia.

RUMIEŃ WIELOPOSTACIOWY INDUKOWANY INFЕКCJĄ WIRUSOWĄ, JAKO POWIKŁANIE ZABIEGU KARBOKSYTERAPII

Dorota Mehrholz

Opiekun: dr hab. n. med. Wioletta Barańska-Rybak

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Zabieg karboksyterapii to stosunkowo nowa metoda wykorzystywana w medycynie estetycznej. Procedura polega na podskórnej podaży dwutlenku węgla, który poprawia ukrwienie, działa lipolitycznie oraz stymuluje syntezę kolagenu.

Opis przypadku: Pacjentka 41-letnia zgłosiła się do gabinetu dermatologicznego z powodu zmian skórnych, które pojawiły się trzy dni po zabiegu karboksyterapii zastosowanego z powodu lokalnego otłuszczenia brzucha. Na skórze brzucha obecne były wykwitły rumieniowe z przejaśnieniem w centralnej części wykwitów. Ponadto na szyi i skórze klatki piersiowej występowały zmiany rumieniowe i pokrzywkowate. Ponadto w obrębie wargi górnej oraz pępka widoczne były zmiany pęcherzykowe na podłożu rumieniowym o skupionym układzie. Nie obserwowano zmian w obrębie śluzówek, pacjentka nie zgłaszała objawów ogólnych. W wywiadzie odnotowano nawracającą opryszczkę wargową. Rozpoznano rumień wielopostaciowy indukowany wirusem opryszczki. Zastosowano leczenie Acykloviorem w dawce 800 mg /5 x dziennie przez 6 dni, lewocetyryzynę 5 mg/dziennie, miejscowo 3% krem z denotivirem co 4 godziny przez 6 dni, uzyskując ustąpienie zmian skórnych.

Wnioski: Przedstawiany przypadek rumienia wielopostaciowego wywołanego infekcją wirusem opryszki jako powikłanie zabiegu karboksyterapii nigdy wcześniej nie został opisany w literaturze światowej.

FACTITIOUS DERMATITIS — OPIS PRZYPADKU

Adrianna Opalska, Dorota Mehrholz, Wioletta Barańska-Rybak

Opiekun: dr hab. n. med. Wioletta Barańska-Rybak

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: *Factitious dermatitis*, dawniej zwane *dermatitis artefacta*, to psychodermatoza należąca do grupy zaburzeń pozorowanych. Istotą choroby jest świadome wywoływanie przez pacjentów objawów somatycznych w celu zwrócenia na siebie uwagi otoczenia lub wymuszania hospitalizacji. Zespół może dotyczyć chorych z zaburzeniami osobowości, osób z tendencjami masochistycznymi i/lub obsesyjnymi.

Opis przypadku: Przedstawiono przypadek 37-letniej kobiety przyjętej do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed z powo-

du zmian rumieniowych zlokalizowanych na skórze twarzy. Wykwity o charakterze żywoczerwonych plam z obecnością drobnych nadżerek zlokalizowane były na skórze twarzy i dekoltu i występowały od około 15 rż. z okresami nasilenia i remisji. Zmianom skórnym towarzyszył stan zapalny brzegów powiek z przerzedzeniem i ubytkami rzęs. Pacjentka wielokrotnie leczona w trybie ambulatoryjnym dermatologicznie i okulistycznie bez poprawy. W Klinice na podstawie zleconych badań i pobranych wycinków skórných wykluczono organiczne podłoże wykwitów, w badaniu psychiatrycznym wysunięto podejrzenie zaburzeń zachowania, w trichoskopii stwierdzono cechy trichotillomanii. Na podstawie obrazu klinicznego i badania videotrichoskopowego wysunięto podejrzenie *factitious dermatitis*. Podczas hospitalizacji zastosowano leczenie miejscowe maścią detreomycynową i cynkową pod opatrunkiem okluzyjnym twarzy uniemożliwiającym manipulacje i uzyskano stopniową remisję wykwitów co potwierdziło hipotezę. Pacjentka nie zgodziła się na dalsze leczenie i pogłębienie diagnostyki w ramach Oddziału Dziennego Psychiatrii mimo jasnego przekazu istoty choroby i zaleceń.

Wnioski: Terapia *factitious dermatitis* wymaga ścisłej współpracy psychiatry i dermatologa celem uzyskania sukcesu terapeutycznego.

HYPOMELANOTYCZNY CZERNIAK GUZKOWY W CIĄŻY — OPIS PRZYPADKU

Ewa Tenderenda

Opiekun: lek. Marta Sar-Pomian, lek. Marta Makowska

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Czerniak jest najczęstszym nowotworem złośliwym występującym w przebiegu ciąży. Wykrywany jest w przebiegu 2,8–5/100 000 ciąż. Czerniak hypomelanotyczny stanowi 2–8% czerniaków. Nowotwór ten stanowi wyzwanie diagnostyczne. Wpływ ciąży na rozwój i przebieg czerniaka jest kontrowersyjny. Według jednej z hipotez, zmiany w wytwarzaniu hormonów oraz czynników wzrostu, obserwowane w przebiegu ciąży mogą wpływać na rozwój czerniaka i rokowanie. Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjentki z hypomelanotycznym czerniakiem guzkowym, u której obserwowano gwałtowną progresję nowotworu w przebiegu ciąży.

Opis przypadku: Trzydziestoletnia pacjentka w 24. tygodniu ciąży pierwszej zgłosiła się z powodu powiększającej się zmiany guzkowej skóry ramienia lewego. Zmiana występowała od 8 miesięcy i była początkowo rozpoznawana jako brodawka łojotokowa. W badaniu klinicznym stwierdzono guzek średnicy 1 cm barwy różowej z centralnym owrzodzeniem. W badaniu dermoskopowym uwidoczniło surowiczno-krwotoczny strup otoczony różowym obszarem bezstrukturalnym z obecnością polimorficznych naczyń i pojedynczą szarą globulą. Na podstawie badania histopatologicznego wyciętej w całości zmiany potwierdzono czerniaka guzkowego w stadium zaawansowania pT3b. W badaniu ultrasonograficznym obwodowych węzłów chłonnych i jamy brzusznej nie stwierdzono istotnych odchyśleń. Po konsultacji onkologicznej zmianę docięto z 2 cm marginesem zdrowych tkanek. Po 8 tygodniach w czasie kontrolnego badania dermoskopowego stwierdzono homogeną, wielokolorową zmianę barwnikową skóry okolicy łopatkowej prawej. Na podstawie badania histopatologicznego potwierdzono obecność przerzutu czerniaka.

Wnioski: U pacjentki obserwowano szybką progresję czerniaka w przebiegu ciąży. Dermoskopia jest przydatnym narzędziem w rozpoznawaniu hypomelanotycznych zmian skórných. Każda powiększająca się i krwawiąca zmiana guzkowa wymaga wycięcia chirurgicznego i oceny histopatologicznej.

ŁOJOTOKOWE ZAPALENIE SKÓRY, IMITUJĄCE ŁUSZCZYCĘ ODWRÓCONĄ — OPIS PRZYPADKU

Kseniya Paula Pettersson, Gina Minarji, Dorota Mehrholz, Adrianna Opalska
Opiekun: dr hab. n. med. Wioletta Barańska-Rybak

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Łojotokowe zapalenie skóry jest przewlekłą dermatozą zapalną. Klinicznie manifestuje się zmianami rumieniowymi z obecnością drobno-płatkowego złuszczenia najczęściej zlokalizowanymi na skórze owłosionej głowy, twarzy, klatce piersiowej, plecach i ramionach.

Łuszczyca odwrócona stanowi 3–7% wszystkich przypadków łuszczy. Schorzenie charakteryzuje się występowaniem zmian skórných w okolicach wyprzeniowych. Maceracja naskórka w tych okolicach powoduje, słabsze nasilenie łuski. Przedstawiono opis przypadku kobiety, u której obraz kliniczny zmian skórných imitował łuszczycę odwróconą.

Opis przypadku: Pacjentka 62 letnia zgłosiła się do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed. Przy przyjęciu na skórę pacjentki obecne były wykwity rumieniowo-łuszczykujące w dołach podkolanowych, pachwinach, na klatce piersiowej i w pępku. Zmiany łatwo krwawiły pod wpływem drobnego urazu mechanicznego. Występował świąd. Ponadto na granicy skóry owłosionej i gładkiej stwierdzono rumieniowe zmiany pokryte łuską, natomiast w prawym dole pachowym rozpadlinę. W obrębie dłoni i stóp obecna była hiperkeratoza. Paznokcie oraz śluzówki były wolne od zmian chorobowych. Pierwsze wykwity pojawiły się 14 lat temu, wówczas leczone miejscowymi preparatami steroidowymi z miernym efektem. W wywiadzie pacjentka zgłaszała bóle stawowe, nietrzymanie moczu oraz problemy z pamięcią. W 2003 roku chora przeszła operację usunięcia raka sromu z następczą chemioterapią. W wykonanych badaniach laboratoryjnych z odchyłen stwierdzono niedokrwistość makrocytarną. Na podstawie obrazu klinicznego wstępnie rozpoznano łuszczycę odwróconą. Wykonano badanie histopatologiczne, w którym uwidoczniło cechy łojotokowego zapalenia skóry. Wobec powyższego rozpoznano łojotokowe zapalenie skóry o nietypowej lokalizacji. Zastosowano flukonazol 100 mg oraz miejscowo clotrimazol oraz mazidło sterydowe, osiągając poprawę stanu skóry.

Wnioski: Przedstawiony przypadek jest przykładem nietypowego przebiegu łojotokowego zapalenia skóry imitującego łuszczycę odwróconą, który stanowi duże wyzwanie diagnostyczne.

NIETYPOWY OBRAZ KLINICZNY WYPRYSKU PRZEWLEKŁEGO

Anna Łączak, Jolanta Sawicka

Opiekun: dr hab. n. med. Dorota Jenerowicz

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp: Wyprysk to szeroko definiowany termin stanu zapalnego skóry, nie przypisany do żadnej konkretnej choroby, ale stan kliniczny z zaczerwienieniem, łuszczącymi się grudkami i procesem lichenizacji powiązany z wieloma różnymi czynnikami sprawczymi.

Opis przypadku: 48-letnia kobieta została przyjęta do Oddziału Dermatologii z wyraźnie odgraniczonym obszarem lichenizacji na lewej części czoła, któremu towarzyszyło uczucie świądu. Po krótkotrwałym leczeniu miejscowym sterydami zaobserwowano remisję, ale po 2 miesiącach nastąpiła wznowa, tym razem zmiana pojawiła się grubsza i większa w porównaniu do pierwszego epizodu. Pacjentka również zaobserwowała: nawracające stany podgorączkowe trwające do 3 dni, ropną infekcją lewej gałki ocznej, bóle stawowe, objawy nietolerancji laktozy, które pojawiły się pierwszy raz od okresu dzieciństwa oraz nasilone wypadanie włosów na obszarze skóry głowy przylegającej do zmiany na czole. Pacjentka nie podaje zmiany diety, nasilonego opalania się, ekspozycji na nowe alergeny środowiskowe, podróży zagranicznych. Posiada psy i koty, pracuje jako kasjerka. Płatkowe testy skórne nie wykazały żadnych alergii kontaktowych. Badanie histopatologiczne potwierdziło diagnozę jako wyprysk przewlekły. Przewlekła terapia maścią z takrolimusem spowodowała długotrwałą remisję.

Wnioski: Sterydy stosowane miejscowo są skutecznymi preparatami przeciwzapalnymi mającymi zastosowanie w leczeniu wyprysku, niestety często się zdarza, że po zakończeniu leczenia stan zapalny powraca. W tych przypadkach leczenie jest ukierunkowane na uzyskanie długotrwałej remisji bez zaostżeń przy użyciu inhibitorów kalcyneury.

ROGOWIEC DŁONI I STÓP—WYZWANIE TERAPEUTYCZNE

Olga Zjadewicz, Joanna Ziółkowska, Kornelia Pietrauszka, Mateusz Kowal
Opiekun: dr hab. n. med. Beata Bergler-Czop

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Rogowiec dłoni i stóp to zróżnicowana grupa chorób, charakteryzująca się przewlekłą hiperkeratozą skóry dłoni i podeszew stóp. W ich obrębie można wyróżnić formy dziedziczne, nabyte, izolowane lub związane z innymi zaburzeniami skórnymi, ektodermalnymi bądź układowymi. Postać dziedziczną sugeruje wczesny początek zmian i dodatni wywiad rodzinny. Wiąże się ona z mutacjami licznych genów,

w tym keratyny 1 i 9. Obraz choroby jak i sposób dziedziczenia różni się w każdej rodzinie. Postaci tej mogą towarzyszyć anomalie zębów, głuchota, zmiany oczne, nowotworowe czy kardiomiopatia. Kliniczny podział palmoplantar keratoderma obejmuje postać: rozlaną (występującą najczęściej), ogniskową, pasmowatą i punktową. Rogowacenie nabyte może towarzyszyć: nowotworom, ciąży, menopauzie zapaleniom skóry, kile drugorzędowej, grzybicy dłoni, świerzbowi, łuszczycy, rogowaczącemu liszajowi płaskiemu, zespołowi Sezary'ego.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 18-letniej pacjentki, którą przyjęto do Oddziału Dermatologii SPSKM im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach celem diagnostyki i leczenia wrodzonej postaci rogowca. Choroba ujawniła się w pierwszych miesiącach życia. Zmiany występują w obrębie skóry dłoni i podeszew stóp. Są to rozlane ogniska nasilonej hiperkeratozy z towarzyszącym złuszczeniem na podłożu rumieniowym. Od około 14. roku życia u chorej wystąpiło wypadanie włosów, bez zmian w obrębie skóry owłosionej głowy. Objawy choroby stanowią duży problem psychologiczny dla pacjentki, znacznie pogarszając jakość jej życia. U chorej początkowo stosowano leczenie zewnętrzne: maść mocznikową oraz naświetlania UVA. Po wykluczeniu przeciwwskazań oraz uzyskaniu zgody na włączenie do terapii antykoncepcji od grudnia 2016 roku u pacjentki zastosowano Acytretynę w dawce 25 mg/d.

Wnioski: Leczenie rogowca dłoni i stóp pozostaje problemem terapeutycznym. Choroba może stanowić duży problem psychologiczny i znacznie obniżyć jakość życia pacjenta.

URTICARIA PIGMENTOSA I TMEP — PORÓWNIANIE OBRAZU KLINICZNEGO, DERMOSKOPOWEGO I HISTOPATOLOGICZNEGO DWÓCH MANIFESTACJI SKÓRNYCH MASTOCYTOZY

Martyna Chirzyńska, Dawid Mehlich
Opiekun: lek. Małgorzata Maj, lek. Rafał Dobosz

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Mastocytozy stanowią heterogenną grupę chorób, których wspólną cechą jest nadmierny rozrost i nagromadzenie mastocytów w tkankach, szczególnie w skórze. Pokrzywka barwnikowa (UP) jest najczęstszą skórą manifestacją mastocytozy. W obrazie dermoskopowym charakterystyczne są jasnobrązowe plamki i siatka barwnikowa, co koreluje z obrazem mikroskopowym w postaci hiperpigmentacji warstwy podstawnej naskórka i nacieku z mastocytów. Teleangiektazja plamista wysypkowa trwała (TMEP) występuje rzadko, w dermoskopii stwierdza się siateczkowaty układ naczyń, a mikroskopowo rozproszone mastocyty wokół poszerzonych naczyń.

Opis przypadku: 80-letnia pacjentka z rozpoznaniem histopatologicznym UP 6 lat wcześniej, została przyjęta do Kliniki po epizodzie nasilenia zmian w celu uzupełnienia diagnostyki i modyfikacji leczenia. W badaniu klinicznym stwierdzono rozlane zmiany plamisto-grudkowe barwy czerwono- i żółto-brunatnej, złokalizowane na skórze tułowia i dosiebnych częściach kończyn. Obraz dermoskopowy i ponowne badanie patomorfologiczne potwierdziły rozpoznanie UP. Ze względu na brak zgody pacjentki na fototerapię zlecono leki przeciwhistaminowe i miejscowe glikokortykosteroidy. 51-letnia pacjentka przyjęta do Kliniki z rozszanymi brunatnorumieniowymi zmianami plamisto-grudkowymi, złokalizowanymi na skórze twarzy, szyi, tułowia i kończyn, utrzymującymi się od 12 lat. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano TMEP. Wdrożono PUVA-terapię. Wykazano podwyższony poziom tryptazy (43,30 ng/ml). Pacjentkę skierowano na kontrolę hematologiczną w celu wykluczenia mastocytozy układowej.

Wnioski: Dermoskopia jest łatwo dostępną i nieinwazyjną metodą przydatną w różnicowaniu odmian skórnej mastocytozy, jednak obrazy nie są patognomiczne i większość przypadków wymaga potwierdzenia histopatologicznego. Zdiagnozowanie skórnej mastocytozy u osoby dorosłej wymaga poszerzenia diagnostyki w kierunku zajęcia innych narządów.

ZMIANY SKÓRNE W CELOWANEJ ONKOLOGICZNEJ TERAPII MOLEKULARNEJ ANTY-EGFR

Natalia Wąsowska
Opiekun: dr n. med. Joanna Czuwara, lek. Agnieszka Gradzińska

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Receptor naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR) jest śródbłonkowym receptorem, aktywnym w komórkach pochodzenia nabłonko-

wego i rakach. Inhibitory EGFR stosowane są w onkologicznej celowanej terapii molekularnej m.in. raka okrężnicy, niedrobnokomórkowego raka płuc, raka płaskonabłonkowego głowy i szyi. Działania niepożądane tych leków obejmują skórę i jej przydatki. Nasilenie tych zmian może decydować o zmniejszeniu dawki leku, a nawet jego odstawieniu. Znajomość skórnych działań niepożądanych leków anty-EGFR decyduje o właściwym postępowaniu leczniczym, profilaktycznym i wiąże się ze skutecznością terapii molekularnej. Działania niepożądane ze strony skóry dotyczą 50–90% pacjentów. Występują w pierwszych tygodniach leczenia i korelują ze skutecznością terapii anty-EGFR.

Opis przypadku: 59-letni pacjent na terapii cetuxymabem z powodu raka okrężnicy rozwinął w drugim tygodniu leczenia zmiany trądzikopodobne na skórze twarzy. Pacjent otrzymał leczenie miejscowe 1-procentowym hydrokortyzonem, które było niewystarczające. Miesiąc później wystąpiły nasilone, rozległe, zapalne krosty w okolicach łojotokowych, którym towarzyszył ból i świąd. Zdecydowano o włączeniu iniekcji z metyloprednisonu w dawce 2 x 100 mg/d. Zmniejszono dawkę cetuxymabu do czasu osiągnięcia poprawy i zmniejszenia stanu zapalnego skóry.

Wnioski: Najczęstszym i wczesnym działaniem niepożądanym cetuxymabu są zmiany trądzikopodobne występujące nawet u 90% leczonych pacjentów. Inne objawy skórne obejmują suchość skóry, świąd, zapalenie wałów paznokciowych, rogowacenie rąk i stóp, bolesne pęknięcia. Profilaktyka obejmuje przyschniętą wodą, nawilżanie skóry emolientami, ochronę przed czynnikami fizycznymi, ostrożne obcinanie paznokci, preparaty miejscowe przeciwświądowe lub przeciwzapalne. W leczeniu zmian trądzikopodobnych stosuje się antybiotyki o działaniu przeciwzapalnym z grupy tetracyklin. Z ich wykorzystaniem nie powinno się czekać na nasilenie zmian, ponieważ wtedy ich zastosowanie wymaga uzupełnienia w leczenie ogólne kortykosteroidami, co wpływa na skuteczność terapii przeciwnowotworowej.

ŁUSZCZYCA IMITUJĄCA OSUTKĘ POLEKOWĄ — OPIS PRZYPADKU

Martina Eva Leczycka, Dorota Mehrholz, Adrianna Opalska,
Wioletta Barańska-Rybak
Opiekun: dr hab. n. med. Wioletta Barańska-Rybak

Studenckie Koło Naukowe English Division przy Klinice Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii GUMed, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Łuszczyca typu 2 to choroba o późnym początku zmian skórnych (po 40 rż.) wywołana czynnikami środowiskowymi, na przykład infekcją. Diagnostyka wykwitów skórnych w łuszczycy nie jest skomplikowana, aczkolwiek nietypowa prezentacja jest możliwa.

Opis przypadku: Omówiono przypadek 66-letniej pacjentki, przyjętej do Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed celem diagnostyki zmian skórnych.

Na miesiąc przed zmianami skórnymi pacjentka przebyła infekcję górnych dróg oddechowych. Wówczas stosowała preparat łączony paracetamolu z kofeiną (Gripex), ibuprofen oraz inhalację olejkami eukaliptusowymi. Pierwsze zmiany pojawiły się w okolicy dekoltu, stopniowo obejmując skórę całego ciała. Przy przyjęciu zmiany skórne miały charakter rumieniowo-naciekowy, pokryte delikatną łuską. Na skórze głowy odnotowano drobnopłatkowe złuszczenie. W obrębie paznokci stóp stwierdzono cechy grzybicy z zielonkawo-żółtymi przebarwieniami i pogrubieniem płytek, pobrano materiał na badanie mykologiczne. Pozostałe błony śluzowe wolne od zmian. Pacjentka negowała choroby przewlekłe, zażywanie leków i historię rodzinną chorób skóry. W badaniu przedmiotowym stwierdzono hepatomegalię, potwierdzoną badaniem ultrasonograficznym, wraz ze wzrostem echogeniczności i stłuszczeniem narządu sugerującym toksyczne uszkodzenie wątroby. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższoną wartość CRP — 9.24 mg/l. Na podstawie wywiadu oraz badania przedmiotowego wysunięto wstępne rozpoznanie acute generalized exanthematous pustulosis (AEGP). Celem potwierdzenia, pobrano wycinek skóro-naskórkowy do badania histopatologicznego.

Włączono leczenie prednizonem 30 mg i omeprazolem 20 mg/d. Miejscowo zastosowano mazidło steroidowe oraz maść chłodzącą. Podczas leczenia, zmiany rumieniowe złożyły się w typowe dla łuszczycy blaszki. Ponadto w badaniu histopatologicznym uwidoczniono cechy łuszczycy. Zmodyfikowano dotychczasowe leczenie włączając cyklosporynę w dawce 5 mg/kg.

Wnioski: Przedstawiony przypadek to przykład trudności diagnostycznych rzadkich postaci łuszczycy o nietypowym obrazie klinicznym imitującym reakcję nadwrażliwości na leki.

III SESJA NAUKOWA — PRACE POGLĄDOWE (MINIWIKŁADY)

INNOWACYJNE ZASTOSOWANIE MULTIMODALNEGO SYSTEMU WIRTUALNEJ RZECZYWISTOŚCI I ZJAWISKA IMERSJI W CYBERPRZESTRZENI W NOWATORSKIEJ TECHNICIE SKRACANIA KRZYWEJ UCZENIA W ZAKRESIE PROCEDUR DERMATOLOGII ESTETYCZNEJ

Maciej Zegarski, Katarzyna Nowacka, Barbara Zegarska
Opiekun: dr hab. n. med. Barbara Zegarska, prof. UMK

Katedra Kosmologii i Dermatologii Estetycznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Liczba wykonywanych globalnie procedur z zakresu dermatologii estetycznej systematycznie wzrasta. Główną część stanowią zabiegi małoinwazyjne z wykorzystaniem technik iniekcji i augmentacji różnego typu. Istotnym kierunkiem rozwoju dermatologii estetycznej jest także coraz szersze wykorzystanie różnego typu urządzeń i narzędzi. Wymienić tu należy między innymi zastosowanie laseroterapii, pojawienie się nowych koncepcji zabiegów z wykorzystaniem efektu elektrokoagulacji, ewaporacji i wielu innych.

Niestety większość z nowoczesnych i obiecujących technik wymaga nie tylko zastosowania odpowiedniego sprzętu ale przede wszystkim pełnej znajomości jego obsługi w różnych warunkach oraz manualnych zdolności precyzyjnego i bezpiecznego przeprowadzania poszczególnych procedur. Niejednokrotnie złożoność techniki zabiegowej jak i wydłużona krzywa uczenia związana z małą liczbą możliwych do wykonania procedur danego typu może wiązać się z dwoma istotnymi problemami. Pierwszy dotyczy dużego ryzyka potencjalnych powikłań oraz obniżonego stopnia zadowolenia pacjenta z efektów końcowych, a drugi to zaniechanie wykonywania danego typu zabiegu z powodu jego trudności. Prezentowane doniesienie dotyczy autorskiej innowacyjnej koncepcji zastosowania opracowywanego w ramach prowadzonych przez zespół prac badawczo-rozwojowych multimodalnego systemu wirtualnej rzeczywistości i zjawiska immersji w cyberprzestrzeni pozwalającego na nowoczesne w ramach realnej symulacji kształcenie przyszłych lekarzy dermatologów estetycznych z istotną możliwością skrócenia ich krzywej uczenia. W opracowaniu przedstawiono także analizy możliwego komercyjnego wykorzystania pomysłu i technologii podczas wprowadzania nowoczesnych rozwiązań sprzętowych i technicznych.

WŁAŚCIWOŚCI LECZNICZE, MECHANIZM DZIAŁANIA I POTENCJALNE KLINICZNE ZASTOSOWANIE ALOESU

Marta Denisow-Pietrzyk
Opiekun: dr hab. n. med. Anna Torres

*Zakład Anatomii Prawidłowej, Katedra Anatomii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Oddział Dermatologii, 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie*

Zalety terapeutyczne i właściwości lecznicze aloesu (*Aloe sp.*) były znane już 3000 lat temu. Obecnie właściwości lecznicze aloesu zostają odkryte na nowo. Według literatury przedmiotu aloes ma szerokie zastosowanie w leczeniu chorób skóry takich jak: łuszczyca pospolita, świerzb, opryszczka narządów płciowych, oparzenia skóry, trądzik pospolity, czy liszaj płaski. Liście aloesu zawierają 75 potencjalnie aktywnych substancji, takich jak: witamina A, E, C, B12, kwas foliowy, enzymy: amylaza, fosfataza zasadowa, karboksypeptydaza, saponiny oraz minerały: cynk, magnez, potas i sód. Dzięki zawartości różnych substancji aloesowi przypisuje się działanie przeciwapalne, antibakteryjne, antyoksydacyjne, a także udział w wielu procesach biologicznych m.in. gojeniu ran. Stymulowane przez ekstrakt z aloesu gojenie ran odbywa się na skutek zwiększenia zawartości kolagenu w skórze oraz zmiany jego kompozycji poprzez zwiększenie ilości kolagenu typu III i liczby wiązań krzyżowych. Dodatkowo udokumentowano zwiększenie syntezy kwasu hialuronowego oraz siarczanu dermatanu w ziarninie gojącej się rany po doustnym i miejscowym podaniu aloesu. Działanie przeciwapalne aloesu następuje poprzez hamowanie szlaku cykloksygenazy i redukcji produkcji prostaglandyny E2 z kwasu arachidonowego. Z kolei dzięki stymulowaniu fibroblastów i syntezie elastyny i kolagenu ekstrakt aloesu poprawia elastyczność skóry i redukuje zmarszczki, a zawarte w nim aminokwasy nawilżają skórę i zmniejszają zmiany rumieniowate.

Podsumowując, substancje zawarte w aloesie stymulują szereg procesów zachodzących w organizmie człowieka i są stosowane w przypadku leczenia oparzeń, zapalenia czy gorączki. Jednakże niezbędne są dalsze badania w celu poznania wielokierunkowego mechanizmu działania substancji ekstrahowanych z aloesu, szczególnie w warunkach klinicznych.

ŁUSZCZYCA A BŁONA ŚLIZOWA JAMY USTNEJ

Maria Człapowska
Opiekun: dr hab. Barbara Dorocka-Bobkowska, prof. UM
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Łuszczyca to przewlekłe i nawrotowe schorzenie o nie w pełni poznanej etiopatogenezie, zajmujące skórę, paznokcie i stawy. Jest chorobą autoimmunologiczną, w której pośredniczą komórki TH-1, a jej przebieg i nasilenie objawów jest różne u poszczególnych pacjentów. Z badań epidemiologicznych wynika, że choruje na nią około 2% populacji ogólnej na świecie, a w Polsce około 1 miliona osób.

Pierwsze objawy choroby mogą pojawić się w dowolnym momencie życia, jednak obserwuje się dwa szczyty zachorowań: w wieku 15–20 lat oraz 55–60 lat. Klinicznie schorzenie manifestuje się występowaniem ostro odgraniczonych rumieniowo-łuszczyjących zmian, zwanych blaszkami łuszczycowymi, powstałych w wyniku nadmiernej keratynizacji naskórka, które umiejscowione są typowo na skórze kolan, łokci, okolicy krzyżowej, owłosionej skórze głowy oraz wyprostnej powierzchni kończyn. W przeciwieństwie do większości innych dermatoz z autoagresji, łuszczyca rzadko daje objawy na błonie śluzowej jamy ustnej i nie są one specyficzne.

Jednak w ostatnich latach pojawiły się doniesienia o zmianach w jamie ustnej u pacjentów cierpiących na tę chorobę. Obejmują one zarówno czerwień gągorową, jak i błonę śluzową przedsionka oraz jamy ustnej właściwej. Zlokalizowane są najczęściej na grzbietowej powierzchni języka, ale również na policzkach, podniebieniu twardym i miękkim oraz dziąsłach. Leczenie zmian w jamie ustnej jest w większości przypadków objawowe.

CIĄŻA A TOCZEŃ RUMIENIOWATY

Agata Krach, Karolina Świerczyńska
Opiekun: dr hab. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Toczeń rumieniowaty (LE) jest przewlekłą chorobą rozwijającą się na tle autoimmunizacji. Znacznie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn, a szczyt zachorowań przypada na okres prokreacji. Ciężarne pacjentki z tą jednostką chorobową stanowią wyzwanie dla klinicystów, zarówno z uwagi na możliwe zaostrzenia choroby w okresie ciąży, jak i potencjalne zagrożenia dla płodu. W pracy przedstawiono aktualne zalecenia dotyczące planowania ciąży i opieki nad ciężarną z LE.

Rekomenduje się, aby decyzja o zajściu w ciążę została podjęta w przeddzień i po konsultacji z prowadzącym specjalistą i ginekologiem-położnikiem, a optymalny czas jaki choroba powinna pozostawać w remisji do momentu zapłodnienia to przynajmniej sześć miesięcy. Opieka nad ciężarną z LE obejmuje standardowe badania i zalecenia, przy czym szczególną uwagę należy zwrócić na monitorowanie funkcji nerek, ocenę obecności przeciwciał antyfosfolipidowych, czy przeciwciał anti-Ro i anti-La. Należy pamiętać, że niektóre z leków stosowanych w terapii LE są bezwzględnie przeciwwskazane w ciąży. Najskuteczniejszy lek w ciężkich rzutach choroby, cyklofosfamid, nie może być stosowany ze względu na ryzyko ujawnienia u płodu tzw. embriopatii cyklofosfamidowej. W razie konieczności zastosowanie znajdują wysokie dawki glikokortykosteroidów oraz azatiopryna.

Do możliwych powikłań u ciężarnych z LE zaliczają się zaostrzenie choroby, poronienie, poród przedwczesny, pogorszenie funkcji nerek, ciążowe

nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy, rzucawka. U noworodków można zaobserwować niską masę urodzeniową oraz wystąpienie tocznia rumieniowatego noworodków. Karmienie piersią, które jest najbardziej naturalnym sposobem karmienia niemowląt i noworodków, nie jest przeciwwskazane u kobiet z LE, choć nie można zapominać, że niektóre z leków stosowanych w LE przenikają do mleka matki.

CO O PROBLEMACH DERMATOLÓGICZNYCH OKOLICY STOMI KAŻDY LEKARZ WIEDZIEĆ POWINIEN

Aдриanna Klepacz, Wojciech Kaźmierczak
Opiekun: lek. Magdalena Nowak-Niezgoda

Studenckie Koło Naukowe „Punkreas” przy Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny

W Polsce około 40 000 osób ma wylonioną stomię. Najczęściej stomia jest wylaniania w przebiegu leczenia operacyjnego raka jelita grubego — drugiego najczęstszego nowotworu w Polsce, jak również u pacjentów cierpiących na nieswoiste zapalenia jelit, których liczba stale rośnie. Inne przyczyny to między innymi powikłania choroby uchyłkowej oraz urazy. Skóra stanowi wytrzymałą barierę, ale nie jest tak odporna jak błony śluzowe na treść pokarmową (w ileostomii, kolostomii) czy mocz (w urostomii). Powikłania chemiczne są najczęstszą grupą powikłań, a powstają w wyniku kontaktu skóry z wydzielinami, które powodują wzbudzenie stanu zapalnego skóry. Drugą grupą powikłań są mechaniczne uszkodzenia skóry m.in. związane z naciskiem i odrywaniem przyklejonego worka stomijnego. Kolejną grupą są powikłania infekcyjne, wywołane bakteriami, wirusami i grzybami. W tej grupie najczęściej występuje grzybica wywołana przez *Candida spp.*. U niektórych chorych występuje alergiczne zapalenie skóry, wywołane m.in. kontaktem z klejem stosowanym do przymocowania worka stomijnego. Wśród poważniejszych powikłań dermatologicznych okolicy stomii, należy zwrócić uwagę na owrzodzenia, przetoki oraz nowotwory jelita i skóry, które często sprawiają problemy diagnostyczne i długi czas pozostają nierozpoznane.

Wśród sposobów prewencji, pozwalających na zmniejszenie ilości części występujących powikłań są: prawidłowe umiejscowienie stomii na ścianie brzucha, zastosowanie odpowiedniej techniki chirurgicznej, prawidłowa pielęgnacja tej okolicy oraz niedopuszczanie do powstania ran czy infekcji. W problemach dermatologicznych okolicy stomii kluczowa wydaje się być profilaktyka ich wystąpienia oraz szybkie i skuteczne leczenie, co ma zapobiegać nasilaniu się powikłań i dyskomfortu pacjenta.

CUKRZYCA — CO WIDZI DERMATOLOG?

Angelika Bielecka, Justyna Buś, Beata Polkowska
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska,
dr n. med. Agnieszka Gerkowicz

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się hiperglikemią. Szacunkowo 8,3% populacji ogólnej może być dotknięta jednym z typów cukrzycy. Powikłania cukrzycy dotyczą wielu narządów wewnętrznych, a zmiany skórne mogą pojawić się w dowolnym czasie trwania choroby, a także mogą wyprzedzić pojawienie się objawów klinicznych cukrzycy. Przewlekła hiperglikemia uszkadza naczynia krwionośne, prowadzi do rozwoju neuropatii, co wpływa nie tylko na funkcje narządów wewnętrznych, narządu wzroku, ale także skóry.

Szacuje się, że u około 1/3 pacjentów z cukrzycą mogą pojawić się zmiany skórne. Dane z piśmiennictwa wskazują na występowanie u pacjentów diabetologicznych między innymi: obumierania tłuszczowatego, ziarniniaka obrączkowatego, rogowacenia ciemnego, rumieńca cukrzycowego, dermopatii cukrzycowej oraz stopy cukrzycowej. Do częstszych objawów klinicznych pacjentów diabetologicznych należy świąd, suchość skóry oraz skłonność do infekcji, skórne odczyny po insulinie lub skórne odczyny alergiczne na substancje znajdujące się w plasterkach mocujących czujniki pomp insulinowych do skóry.

W większości przypadków rozpoznanie zmian stawiane jest na podstawie obrazu klinicznego i badania histopatologicznego. Ostatnio zwraca się uwagę na możliwość zastosowania badania dermatoskopowego w diagnostyce niektórych zmian skórnych typowych dla cukrzycy. Dermatoscopia jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną, która pozwala na obrazowanie nie tylko znamion barwnikowych czy nowotworów skóry.

Coraz szersze zastosowanie dermatoskopii w praktyce klinicznej sprawia, że staje się ona „trzecim okiem” dermatologa. Celem pracy jest przedstawienie możliwości zastosowania dermatoskopii w diagnostyce wybranych chorób skóry towarzyszących cukrzycy.

CZĄSTECZKI PĘKNIĘTEGO PIERŚCIENIA — NOWE DANE O ROLI SEKOSTEROIDÓW W FIZJOLOGII KERATYNOCYTÓW

Anna Pasierb, Radosław Pietrzak, Paweł Rykowski
Opiekun: dr n. med. Joanna Czuwara

Koło Medycyny Nuklearnej „Nuklid”, Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Promieniowanie ultrafioletowe B powoduje pęknięcie pierścienia B w cząsteczce cholesterolu dając początek całej grupie sterydów nazywanych sekosteroidami. Najlepiej poznanym przykładem sekosteroidem jest 1,25(OH)2D3, który ma wpływ na metabolizm wapnia. Działa on na receptor witaminy D (VDR) w tandemie z receptorem X dla retinoidów (RXR). Sekosteroidy działają również na receptor kwasu retinowego (RAR), który powoduje różnicowanie keratynocytów i hamuje proliferację. Oprócz 1,25(OH)2D3 na powyższe receptory działają również metabolity nie wpływające na stężenia wapnia w tym 20(OH)D3 i 21(OH)D3.

Każdy sekosteroid ma inne powinowactwo do receptorów, a wpływ receptorów na ekspresję genów jest zmienny osobniczo. Wyjaśnia to plejotropowy wpływ receptorów i trudności w przeprowadzaniu badań obserwacyjnych. Godnym zaprezentowania jest wpływ sekosteroidów na lokalny, skórny odpowiednik osi HPA. Przyszłością dermatologii może być użycie pochodnych sekosteroidów selektywnie działających na dany receptor.

ŁYSIENIE WYWOŁANE TERAPIĄ PRZECIWNOWOTWOROWĄ — CO MOŻEMY ZAOFEROWAĆ PACJENTOWI?

Magdalena Chrabąszcz, Katarzyna Pisarz
Opiekun: dr n. med. Mariusz Sikora

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Znaczący postęp jaki dokonał się w poznaniu biologii nowotworów, spowodował gwałtowny rozwój ukierunkowanych molekularnie terapii przeciwnowotworowych. Poza nadrzędnym celem, jakim była poprawa skuteczności leczenia w porównaniu do konwencjonalnych chemioterapeutyków, nowe cząsteczki wykazały szereg korzyści klinicznych, jak zmniejszenie toksyczności.

Jednym z nadal nierozwiązanych problemów terapii przeciwnowotworowej pozostają objawy niepożądane ze strony skóry i jej przydatków. Wśród nich należy wymienić szerokie spektrum problemów związanych z włosami — od zmiany zabarwienia, przez zaburzenia struktury włosa, aż po całkowite wyłysienie.

Wypadanie włosów, choć nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia, ma negatywny wpływ na postrzeganie własnego wyglądu przez pacjentów, samoocenę, a tym samym przebieg i skuteczność terapii przeciwnowotworowej.

Prawie dwie trzecie pacjentów leczonych chemioterapeutykami doświadcza utraty włosów. Dla połowy pacjentek łysienie stanowi najbardziej traumatyczny aspekt chemioterapii, a u części może doprowadzić do przerwania leczenia. Dlatego tak ważne jest opracowanie nowych metod, które pozwolą zachować owłosienie podczas terapii przeciwnowotworowej. Na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych za najbardziej obiecujące metody można uznać chłodzenie owłosionej skóry głowy oraz wpływ na szlak parathormonu i jego receptorów.

W prezentowanej pracy przedstawione zostaną aktualnie dane dotyczące występowania, patomechanizmu i możliwości leczenia utraty włosów związanej z nowymi lekami przeciwnowotworowymi.

MANIFESTACJE SKÓRNE W PRZEBIEGU AKROMEGALII

Miłosz Matalowski
Opiekun: lek. Aleksander Kuś

Studenckie Koło Naukowe „Endocrinus”, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Hormon wzrostu (GH), zwany też somatotropiną, produkowany jest przez komórki przedniego płata przysadki. Jego główną funkcją jest stymulacja wydzielania insulinopodobnych czynników wzrostu IGF-1 oraz IGF-2, głównie przez wątrobę. GH i IGF-1 stymulują wzrost kośćca oraz

regulują gospodarkę węglowodanowo-lipidową. Zaburzenia wydzielania GH spowodowane są najczęściej rozwojem aktywnych wydzielniczo guzów przysadki. Nadmierna sekrecja hormonu wzrostu manifestuje się u dzieci w postaci gigantyzmu, zaś u dorosłych jako akromegalia. Schorzenia te charakteryzują się specyficznymi zmianami w budowie kośćca, zaburzeniami metabolicznymi ale również zmianami skórnymi wynikającymi ze stymulującego wpływu IGF-1 na wzrost tkanek. Charakterystyczne skórne objawy akromegalii to nadmierna potliwość oraz obrzęk i zgrubienie skóry, szczególnie w obrębie twarzy, dłoni i stóp. Zmiany te wynikają z gromadzenia glikozaminoglikanów oraz wzmożonej produkcji kolagenu. Ponadto, częstymi są charakterystyczne dla osób otyłych oraz z insulinopornością, zmiany typu *acanthosis nigricans* oraz *acrochordons*. Zaburzenia funkcjonalne obejmują również gruczoły potowe i łojowe, co objawia się nadmierną potliwością i tłustą skórą. Pacjenci z akromegalią mogą cierpieć na nadmierne owłosienie, a u kobiet stwierdzany bywa hirsutyzm. Hormon wzrostu wykazuje także działanie wazokonstrykcyjne na naczynia mikrokrążenia, co skutkuje występowaniem objawu Raynauda. Diagnostyka pacjentów z akromegalią może być trudna, szczególnie w początkowych stadiach choroby, ze względu na małą specyficzność objawów. W przypadku podejrzenia zaburzeń wydzielania hormonu wzrostu powinni oni być objęci wielospecjalistyczną opieką, której celem stanowiłoby odnalezienie i usunięcie przyczyny nadmiernej sekrecji GH, ale także rozwiązanie problemów towarzyszących jak cukrzyca czy zmiany skórne.

MINOKSYDYL W DERMATOLOGII

Weronika Bronkiewicz, Kamil Mierzejewski, Alicja Mróz
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Małgorzata Olszewska,
lek. Joanna Golińska

*Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Minoksydyl, lek o silnych właściwościach hipotensyjnych, stosowany był w przeszłości systemowo w leczeniu nadciśnienia tętniczego. W czasie terapii bardzo często obserwowano działanie niepożądane w postaci nadmiernego owłosienia co spowodowało zastosowanie miejscowego roztworu do leczenia łysienia androgenowego kobiet i mężczyzn. W literaturze istnieją doniesienia na temat zastosowania leku w innych jednostkach chorobowych m.in. w łysieniu plackowatym, anagenowym łysieniu czołowym bliznowaciejącym, zespole krótkiego anagenu, zespole luźnych włosów anagenowych, łysieniu trakcyjnym, włosach paciorkowatych oraz w zmniejszonej gęstości brody u mężczyzn, gęstości brwi i w terapii wolno rosnących płytek paznokciowych. Najnowsze metaanalizy oraz liczne badania randomizowane potwierdziły wysoką skuteczność minoksydyli w hamowaniu utraty oraz indukcji wzrostu włosów. Wydaje się, że najistotniejszymi mechanizmami działania minoksydyli jest rozszerzenie naczyń oraz aktywacja naczyniowego czynnika wzrostu śródbłonna (VEGF). Dzięki tym mechanizmom, minoksydyl wspomaga unaczynienie i odżywienie brodawek skórnych, a ponieważ ich objętość koreluje z wielkością wschodzących mieszków włosowych, wsparcie brodawek przez minoksydyl wydaje się kluczowe dla jego działania hamującego wypadanie i stymulującego wzrost włosów. Najczęściej obserwowanymi działaniami niepożądanymi jest wyprysk z podrażnienia oraz kontaktowe zapalenie skóry. Obecnie prowadzone są badania nad formami podania minoksydyli, które zwiększą przyswajalność oraz ograniczą działania niepożądane leku. Ze względu na swoją skuteczność oraz coraz szersze zastosowanie w dermatologii, celowe wydaje się usystematyzowanie wiedzy na temat możliwych zastosowań minoksydyli w praktyce klinicznej.

ROLA MIKROBIOMU W ŁUSZCZYCY

Autorzy: Martyna Chirzyńska, Aleksandra Kundera, Katarzyna Rychlik
Opiekun: dr hab. n. med. Zbigniew Samochocki, prof. nadzw. WUM,
lek. Patrycja Gajda

*Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Mikrobiomem określamy ogół mikroorganizmów, obejmujący bakterie, wirusy, grzyby, roztocza kolonizujące ludzki organizm, który w warunkach zdrowia tworzy kompleksowy ekosystem pozostający w równowadze z gospodarzem. Uważa się, że zaburzenie składu mikrobiomu

w takich schorzeniach dermatologicznych jak atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, trądzik różowaty, trądzik pospolity może być jednym z czynników patogennych. Rozwój niezależnych od hodowli technik badawczych opartych na sekwencjonowaniu DNA znacząco poszerzył dotychczasową wiedzę, dotyczącą składu, różnorodności i obfitości mikrobiomu w zdrowej skórze oraz jego zmian towarzyszących chorobie. Dotychczasowe badania wykazały mniejszą różnorodność flory bakteryjnej w materiale ze zmian łuszczykowych w porównaniu do niezajętej oraz zdrowej skóry. Pozostaje jednak niejasne czy obserwowane różnice są przyczyną czy skutkiem choroby. Stwierdzono także częstszą kolonizację *Staphylococcus aureus*, a obecność szczepów wytwarzających toksynę koreluje z wysokim wskaźnikiem PASI. Kolonizacja grzybami *Malassezia* i *Candida albicans* zaostroża przebieg choroby. Znany jest związek zakażenia o etiologii *Streptococcus pyogenes* z wysiewem *psoriasis guttata*. Niektórzy autorzy sugerują, że podobnie do choroby Crohna, łuszczyca jest wynikiem zaburzonej tolerancji immunologicznej w stosunku do mikrobiomu skóry. Aktywacja dopełniacza jest charakterystyczną cechą łuszczyca a układ dopełniacza wpływa na skład i różnorodność mikrobiomu, jak również flora skóry reguluje procesy zapalne i aktywność układu immunologicznego w skórze. Dalsze badania mogą przyczynić się do identyfikacji mikrobiologicznych markerów początku czy przebiegu choroby i czynników wpływających na skuteczność leczenia. W obliczu opisywanych w literaturze wzajemnych oddziaływań między bakteriami rezydującymi na skórze, a także pomiędzy mikrobiomem i układem immunologicznym rozwój nowych strategii terapeutycznych w postaci prebiotyków i probiotyków dla skóry wydaje się obiecującą perspektywą.

SKLERODAKTYLIA — DEFECT NIE TYLKO ESTETYCZNY, CZYLI JAK POPRAWIĆ RUCHOMOŚĆ DŁONI U PACJENTÓW Z TWARDZINĄ UKŁADOWĄ

Justyna Buś, Angelika Bielecka, Beata Polkowska
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska,
dr n. med. Agnieszka Gerkowicz

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Twardzina układowa jest stosunkowo rzadką chorobą, charakteryzującą się obecnością zaburzeń mikrokrążenia, włóknienia skóry i narządów wewnętrznych oraz zaburzeń immunologicznych. Objawy kliniczne twardziny są różnorodne i mogą dotyczyć każdego narządu. Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów jest zajęcie skóry dłoni. Zmiany skórne obejmują 3 etapy: fazę obrzęku, stwardnienia i końcową fazę zanikową. Wtórnie dochodzi do deformacji stawów rąk pod postacią przykurczy zgięciowych, co stanowi nie tylko defekt kosmetyczny, ale także w znaczący sposób upośledza codzienne funkcjonowanie tych chorych. W piśmiennictwie dostępne są doniesienia dotyczące możliwości zastosowania rehabilitacji u pacjentów z twardziną układową. Najważniejszym celem rehabilitacji jest zapobieganie bądź opóźnienie powstawania przykurczy zgięciowych, zwiększenie zakresu ruchów w stawach, a także zmniejszenie bólu. Wydaje się, że odpowiednio prowadzona rehabilitacja rąk może przyczynić się do poprawy sprawności ruchowej chorych z twardziną układową, a także znaczącej poprawy jakości życia tych pacjentów. Program rehabilitacji rąk u pacjentów z twardziną układową obejmuje skojarzenie dwóch metod: masażu tkanki łącznej oraz manipulacji w stawach metodą McMennella, których uzupełnieniem pozostają programy ćwiczeń domowych. Ważnym aspektem rehabilitacji jest także manualny drenaż limfatyczny zalecany głównie w początkowej fazie, kiedy występują obrzęki. Celem pracy jest przedstawienie możliwości rehabilitacji u chorych na twardzinę układową w oparciu o aktualne dane z piśmiennictwa.

SKÓRNE ODCZYNY POLEKOWE ZWIĄZANE Z LEKAMI SKIEROWANYMI MOLEKULARNIE W TERAPII CZERNIAKA

Autorzy: Dawid Mehlich, Karolina Pawlik
Opiekun: lek. Anna Skrok

*Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Czerniak (łac. *melanoma malignum*) to wysoce złośliwy nowotwór wywodzący się z komórek barwnikowych — melanocytów. Stanowi on najczęstszą przyczynę zgonów wywołanych nowotworami skóry i od

kilkudziesięciu lat charakteryzuje się systematycznie wzrastającym współczynnikiem zachorowalności w krajach rozwiniętych. Pomimo znacznego postępu w diagnostyce i terapii, zaawansowane stadium choroby wiąże się z niekorzystnym rokowaniem i współczynnikiem pięcioletniego przeżycia < 5%. Istotny progres w leczeniu czerniaka dokonany na przestrzeni ostatnich lat związany jest z wprowadzeniem leków ukierunkowanych molekularnie: inhibitorów kinazy BRAF (vemurafenib, dabrafenib), inhibitorów szlaku sygnałowego MAPK (trametinib, cometinib), a także przeciwciał monoklonalnych skierowanych przeciwko punktom kontroli układu immunologicznego CTLA-4 (ipilimumab) oraz PD-1 (pembrolizumab, nivolumab). W szeregu badań klinicznych wykazano, że leki te poprawiają jakość życia i rokowanie u chorych z nowotworem nieoperacyjnym w stopniu uogólnienia.

Do najczęstszych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem tych terapii należą skórne odczyny polekowe. Stosowaniu inhibitorów BRAF i szlaku sygnałowego MAPK mogą towarzyszyć m.in.: zmiany hiperkeratocytarne, osutki trądzikopodobne, nadwrażliwość na promieniowanie UV, zmiany toksyczne w obrębie dłoni i stóp (*hand-foot skin reaction*), zapalenie mieszków włosowych, łysienie, rumień twarzy, rogowaki kolczystokomórkowe oraz raki kolczystokomórkowe. Do najczęstszych odczynów w terapii z zastosowaniem ipilimumabu i pembrolizumabu należą: osutki plamisto-grudkowe, suchość skóry, świąd oraz vitiligo. Sposób postępowania w przypadku wystąpienia odczynów polekowych zależy od charakteru i stopnia nasilenia tych zmian. W większości przypadków wystarczające jest odpowiednie postępowanie pielęgnacyjne lub leczenie miejscowe, jednak u części chorych konieczne jest wdrożenie agresywnego leczenia ogólnego lub przerwanie terapii onkologicznej. Wczesne rozpoznanie i odpowiednie zaopatrzenie skórnych odczynów polekowych prowadzi do poprawy efektywności leczenia onkologicznego i jakości życia pacjentów.

TRICHOTILLOMANIA I TRICHOFLAGIA — NOWOCZESNE METODY DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE

Hanna Cisoń, Aleksandra Kuś, Ewa Popowicz, Marta Szycia
Opiekun: dr hab. n. med. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Studenckie Koło Naukowe Dermatologii Eksperymentalnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Trichotillomania jest zaburzeniem polegającym na odczuwaniu niekontrolowanej potrzeby wyrwania własnych włosów z różnych okolic ciała. Szacuje się, że trichotillomania występuje u około 1% populacji, zarówno u dzieci, jak i dorosłych, z wyraźną predylekcją płci żeńskiej. Trichotillomania rzadko występuje jako izolowane zaburzenie — nawet u 20% pacjentów może jej towarzyszyć trichofagia, czyli zjadanie fragmentów lub nawet całych pęczków włosów, a także zaburzenia lękowe, depresyjne, czy zaburzenia odżywiania. W rozpoznaniu istotną rolę odgrywa obraz kliniczny oraz dokładnie zebrany wywiad. W obrazie

klinicznym dominują nieregularne ogniska wylusienia bez tendencji do bliznowacenia, włosy są połamane i nieregularnej długości. W obrazie histologicznym obserwuje się uszkodzenie mieszka włosowego, drobne wynacznienia domieszkowe oraz trichomalację. Rozstrzygające bywa badanie trichoskopowe z uwagi na charakterystyczny obraz włosów w tym badaniu. U pacjentów z zaawansowaną trichofagią prowadzącą do formowania trichobezoaru mogą wystąpić objawy ze strony przewodu pokarmowego, dlatego zdarza się, że trichotillomania i trichofagia stwierdzane są dopiero po wykonaniu gastrokopii lub laparotomii w ostrych stanach.

Obowiązującym standardem leczenia trichotillomanii jest terapia poznawczo-behawioralna. Wykazano wyższą skuteczność zastosowania psychoterapii w stosunku do obecnie stosowanych metod farmakologicznych. W farmakoterapii najczęściej stosuje się selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). Istnieje wiele doniesień na temat zastosowania innych grup leków, jednakże są one wciąż na etapie badań klinicznych. Duże nadzieje związane są z zastosowaniem N-acetylocysteiny. Wykonuje się badania z użyciem naltreksonu, neuroleptyków atypowych, niektórych leków przeciwdrgawkowych i inozytolu. Obecnie podejmowane są próby ustanowienia jednolitych wytycznych dotyczących diagnostyki i postępowania w trichotillomanii.

ZABURZENIA SYNTEZY SFINGOLIPIDÓW — EFEKT CZY PRZYCZYNA PATOLOGII W ŁUSZCZYCY?

Radosław Pietrzak, Paweł Rykowski, Anna Pasierb
Opiekun: dr n. med. Joanna Czuwara

Koło Naukowe Medycyny Nuklearnej „Nuklid”, Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Sfingolipidy to grupa lipidów, które zawierają sfingozynowy rdzeń, produkowane *de novo* z palitylo-CoA i seryny przy udziale palmitylotransferazy serynowej (SPT) do ceramidu. Ceramid jest cząsteczką prekursorową dla większości sfingolipidów. Pełnią zarówno funkcję budulcową jak i czynnościową. Podobnie jak inne lipidy zewnątrzkomórkowe tworzą barierę, która zapobiega przeskórnej utracie wody. W warstwie kolczystej naskórka ceramidy stanowią około 50% lipidów przeliczając na masę. Obfitość występowania i różnorodność wynikająca z różnych kombinacji części hydrofobowej i hydrofilowej dają obraz złożonego układu, który, jak wszystkie układy hydrofobowe, jest wymagający w badaniu.

Sfingozyno-1-fosforan (S1P) jest przykładem o dobrze udokumentowanej funkcji. S1P, poprzez swoje receptory, hamuje proliferację i indukuje różnicowanie się komórek w naskórku. W oparciu o te właściwości wprowadzono ponesimod, nowy lek skierowany na receptor 1 S1P, wykorzystywany również poza dermatologią. Rola sfingolipidów w patomechanizmie łuszczycy jest bezsporna. Pozostaje pytanie czy zaburzenia syntezy sfingolipidów to przyczyna zmian łuszczycowych czy efekt niepoznanego dotąd czynnika sprawczego?

III SESJA PLAKATOWA — PRACE POGLĄDOWE (MINIWKŁADY)

CIAŻA A CHOROBY I ZMIANY SKÓRNE

Katarzyna Urtnowska

Opiekun: dr hab. n. med. Grzegorz Ludwikowski

Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Położnictwa, Zakład Medycyny Rozrodu i Andrologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Ciało i organizm kobiety spodziewającej się dziecka w trakcie 9 miesięcy ulega szeregom zmian. Zaczynając od najbardziej znaczących i burzliwych zmian hormonalnych, inicjujących wszelkie dalsze zmiany w organizacji oraz pracy kobiecego organizmu, a kończąc na znacznym przyroście masy ciała i rozciągnięciu skóry. Wszystkie te procesy mogą i często skutkują powstaniem zmian skórnych.

Zmiany skórne są częstym problemem podczas ciąży. Mimo, iż w większości są to zmiany niewymagające leczenia, o podłożu fizjologicznym — czyli spowodowane prawidłowymi procesami mającymi na celu utrzymanie i rozwój płodu — mogą być uporczywe, nieestetyczne i trwałe. Tego rodzaju wykwyty stwierdza się u ponad 90% ciężarnych kobiet.

Nierzadko ich występowanie jest powiązane z istnieniem innych chorób lub patologii w przebiegu samej ciąży i stanowi klucz do odpowiedniej diagnozy stanu ciężarnej. Najczęściej obserwowanymi zmianami tego typu są zmiany pigmentacyjne, naczyniowe, a także degeneracyjne czyli rozstępny. Wyróżnia się także zmiany zachodzące w przydatkach skóry, czyli włosach, paznokciach i gruczołach.

Choroby o podłożu patologicznym, określane mianem dermatoz ciąży, są już zjawiskiem rzadszym, często źle diagnozowanym, przez co potencjalnie niebezpiecznym dla zdrowia matki i dziecka. Wymagają nie tylko leczenia miejscowego, ale często także ogólnego. Najczęściej obserwowanymi dermatozami ciążowymi są choroby przebiegające z nasilonym świądem skóry takie jak świąd ciężarnych, wewnątrztrątkowa cholestaza ciężarnych, świerzbiączka ciężarnych, swędzące ciążowe zapalenie mieszków włosowych oraz autoimmunologiczne progesteronowe zapalenie skóry ciężarnych. Wyróżniane są także wielopostaciowe osutki ciężarnych oraz pemfigoid ciężarnych i liszajce opryszczkowaty.

ŁUSZCZYCA I OTYŁOŚĆ — DUET IMMUNOLOGICZNY

Marta Denisow-Pietrzyk

Opiekun: dr hab. n. med. Anna Torres

Zakład Anatomii Prawidłowej, Katedra Anatomii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Oddział Dermatologii, 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie

Łuszczyca pospolita jest przewlekłą, immunozależną, zapalną chorobą skóry. Częstość występowania łuszczycy pospolitej waha się 0,1–18,8% światowej populacji. Istotą choroby jest nadmierne, zaburzone różnicowanie keratynocytów w odpowiedzi na stymulację układu immunologicznego, wyrażoną poprzez aktywację limfocytów pomocniczych Th-17 i wydzielanie przez nie cytokin, szczególnie prozapalnych, np. czynnik martwicy nowotworu- α (TNF- α), interleukina-6 (IL-6), czy interleukina-17a (IL-17a).

Najnowsze badania potwierdzają nieprawidłowy model odżywiania u osób z łuszczyką pospolitą i sugerują częstsze występowanie zmian łuszczycowych u osób z nadmierną masą ciała w porównaniu z populacją osób zdrowych, dlatego otyłość jest uznawana za niezależny czynnik rozwoju zmian łuszczycowych. Dodatkowo przebieg kliniczny łuszczycy pospolitej jest znacznie cięższy u osób z nadwagą w porównaniu do osób z prawidłową masą ciała. Tkanka tłuszczowa, szczególnie tkanka tłuszczowa trzewna, jest uznawana za tkankę metabolicznie aktywną i wydziela substancje zwane adipokinami. Wśród adipokin szczególną uwagę zwracają cytokiny prozapalne np. IL-6, IL-23, IL-17, IL-18, które powodują przewlekły niskiego stopnia proces zapalny. W związku z tym prozapalne adipokiny biorą bezpośredni udział w inicjowaniu i utrzymywaniu zmian łuszczycowych. Można więc sądzić, że nadmierna masa ciała, poprzez modulowanie odpowiedzi zapalnej organizmu, wpływa na proces leczenia łuszczycy. Stąd też, postuluje się, że leczenie łuszczycy powinno być leczeniem złożonym, składającym się z terapii miejscowej, dotyczącej zmian skórnych oraz terapii systemowej, mającej na celu ograniczenie procesu zapalnego.

ZASADY PIELĘGNACJI SKÓRY W CHOROBAH NOWOTWOROWYCH

Dominika Rajgin

Opiekun: dr hab. n. med. Barbara Zegarska, prof. UMK

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Podczas terapii przeciwnowotworowych dochodzi do licznych zmian w strukturze naskórka i skóry właściwej. Proliferacja komórek naskórka zostaje zaburzona, a różnicowanie i migracja keratynocytów z warstwy podstawnej na powierzchnię naskórka — zahamowana. W konsekwencji naskórek ulega ścięczeniu. Pod wpływem leczenia zmniejszają się właściwości antyoksydacyjne skóry i zwiększa ekspresja genów indukujących zmiany zapalne. Klinicznie objawia się to różnego rodzaju wykwitami skórными, zmianami w obrębie płytki paznokciowej, owłosionej skóry głowy i błon śluzowych.

W zależności od rodzaju leczenia u pacjentów pojawiają się: wysypka grudkowo-krostkowa, suchość i świąd skóry, teleangiektazje, onycholiza. Niekiedy dochodzi do przejściowego lub bliznowaciejącego łysienia. Skóra staje się nadwrażliwa. Objawy te powodują znaczące obniżenie jakości życia (QoL). Dlatego zaleca się specjalną pielęgnację domową, która zmniejszy uciążliwość objawów ubocznych terapii i zapobiegnie zmianie dawkowania leków lub całkowitej zmianie sposobu leczenia. Pacjenci wymagają odpowiedniej pielęgnacji skóry celem odbudowy zniszczonej bariery lipidowej naskórka, zmniejszenia TEWL, zmniejszenia ryzyka pojawienia się wtórnych infekcji bakteryjnych lub grzybiczych w obrębie skóry i paznokci. Do codziennej pielęgnacji poleca się preparaty emolientowe, hipoałergiczne, o pH neutralnym dla skóry, do mycia syndety zamiast tradycyjnych mydeł zasadowych. Niezbędna jest codzienna fotoprotekcja, w tym celu stosuje się filtry fizyczne, które zmniejszają ryzyko podrażnień. Pacjenci powinni unikać preparatów podrażniających, zawierających alkohol, retinoidy, silikonu, syntetyczne barwniki i substancje zapachowe. Czasami dopuszcza się stosowanie makijażu korekcyjnego, pod warunkiem, że kosmetyki są mineralne, niekomedogenne, zmywane na pomocą niepodrażniających preparatów do demakijażu. Włączenie odpowiedniej pielęgnacji skóry, włosów i paznokci może znacząco podnieść jakość życia pacjentów onkologicznych, a tym samym polepszyć efekty terapii i umożliwić jej skuteczne ukończenie.

SKÓRNE MANIFESTACJE W CHOROBIE CROHNA

Anna Stojak, Ewa Tenderenda

Opiekun: lek. Agnieszka Gradzińska

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Choroba Leśniowskiego-Crohna, jedno z nieswoistych zapaleń jelit, nie ogranicza swojej manifestacji jedynie do przewodu pokarmowego. Może zajmować także inne układy i narządy, w tym układ kostno-stawowy, narząd wzroku oraz w 14–44% przypadków skórę. Manifestacje skórne można podzielić na zmiany swoiste, reaktywne oraz towarzyszące zaburzeniom odżywiania i wchłaniania. Wśród tych pierwszych najczęstszą, bo aż u 68% osób, obserwuje się szczeliny okołoodbytnicze, ropnie i przetoki. Zmiany te powstają przez bezpośrednie szerzenie się choroby z jelit. Inną, bardzo rzadką, swoistą manifestacją skórną jest przerzutowa choroba Leśniowskiego-Crohna, w której stwierdza się niesierowaciczne ziarniniaki skóry i tkanki podskórnej niemające ciągłości z przewodem pokarmowym. Do zmian reaktywnych w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna należą m.in.: łuszczyca, rumień guzowaty i wtórna uogólniona amyloidozą występujące odpowiednio w 10, 8 i 6% przypadków. Do objawów skórnych wynikających z zaburzeń odżywiania i wchłaniania można zaliczyć między innymi: zapalno-zanikowe zmiany skórne, zapalenie błony śluzowej języka i jamy ustnej, nadmierne rogowacenie czy dystrofię paznokci, będące bezpośrednim skutkiem awitaminoz. Etiologia choroby pozostaje nieznaną. Podejrzewa się wpływ czynników genetycznych, środowiskowych i immunologicznych. Od połowy XX w. zaobserwowano wzrost zapadalności, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, co może wiązać się ze zmianą sposobu żywienia i statusu ekonomicznego. Szczyt zapadalności obejmuje osoby między 15. a 40. rokiem życia, ale w ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zachorowań u dzieci. Choroba częściej występuje u rasy białej i Żydów Aszkenazyjskich. Kobiety chorują również często co mężczyźni. Ze względu na zajmowanie wielu narządów i swój różnorodny obraz kliniczny, choroba Leśniowskiego-Crohna wymaga ścisłej współpracy lekarzy różnych specjalności i ich multidyscyplinarnego podejścia.

CECHY DERMOSKOPOWE LENTIGO MALIGNA

Natalia Wąsowska, Barbara Pitak

Opiekun: dr n. med. Jacek Szymańczyk, lek. Katarzyna Polak-Witka

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Lentigo maligna, czyli złośliwa plama soczewicowata, jest postacią czerniaka *in situ* występującą typowo na uszkodzonej słońcem skórze. Lokalizuje się głównie na twarzy osób dorosłych po 50. roku życia: u kobiet najczęściej na policzkach, u mężczyzn — na skądle i nosie. Diagnoza wczesnej postaci LM pozostaje wyzwaniem dla dermatologów z uwagi na wspólne cechy dermoskopowe z innymi zmianami skórnymi m.in. barwnikowym rogowacieniem słonecznym, rogowacieniem liszajowatym, *lentigo solaris*, brodawką łojotokową i barwnikową chorobą Bowena. Obecnie wymienia się 4–11 kryteriów dermoskopowych jako charakterystycznych dla LM. Szary kolor w obrębie zmiany jest uważany za najczęściej występującą cechę.

ZIARNINIAK OBRĄCZKOWY — CZY ZAWSZE CUKRZYCA?

Angelika Dobrowolska, Barbara Pasierb, Małgorzata Wołowik,

Dominica Obuchowicz,

Opiekun: prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska,

dr n. med. Agnieszka Gerkowicz

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ziarniniak obrączkowy (GA, *granuloma annulare*) jest przewlekłą chorobą skóry o łagodnym przebiegu. Rozpoznanie stawia się w oparciu o charakterystyczny obraz kliniczny oraz wynik badania histopatologicznego. Wyróżnia się kilka typów GA: ograniczoną, uogólnioną, podskórną i perforującą. Choroba częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn (2,5:1). Zwykle zajmuje kończyny górne i dolne. Etiologia choroby nie jest w pełni poznana, jednak czynnikami sprawczymi mogą być urazy, infekcje wirusowe, bakteryjne, leki, zaburzenia metaboliczne. Obecnie nie udowodniono wyraźnego powiązania GA z chorobami układowymi, jednak

często obserwuje się współwystępowanie GA ze schorzeniami takimi jak autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, chłoniak Hodgkina, reumatoidalne zapalenie stawów oraz nowotworami. W szczególności dyskusyjny jest związek GA z cukrzycą. Z niektórych danych można wywnioskować, że 12–20% pacjentów z ziarniniakiem obrączkowatym ma zwiększone ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1. Podejmowane są również próby określenia możliwych zależności poszczególnych postaci ziarniniaka obrączkowatego z cukrzycą typu 1 i 2. Wskazuje się na możliwy związek cukrzycy z postacią uogólnioną (20% chorych z GA), czy perforującą (17–30%). Mimo stosunkowo łagodnego przebiegu istnieje konieczność leczenia nie tylko zmian skórnych, ale także chorób współistniejących. A zatem pacjent z ziarniniakiem obrączkowatym może wymagać współpracy lekarzy różnych specjalności.

Celem pracy jest prezentacja aktualnych poglądów dotyczących współwystępowania ziarniniaka obrączkowatego z różnymi chorobami ogólnoustrojowymi ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy.

CHOROBA, KTÓRA ZMIENIŁA MOJĄ TWARZ — JAK POMÓC PACJENTOM Z TWARDZINĄ UKŁADOWĄ?

Angelika Bielecka, Justyna Buś, Beata Polkowska
Opiekun: prof. dr hab. n. med. Dorota Krasowska,
dr n. med. Agnieszka Gerkowicz

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Twardzina układowa (*systemic sclerosis*) jest przewlekłą układową chorobą tkanki łącznej, która charakteryzuje się zaburzeniami immunologicznymi, naczyniowymi oraz postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych. Zmiany chorobowe dotyczące twarzy powodują u pacjentów problemy z utrzymaniem higieny jamy ustnej, spożywaniem posiłków, artykulacją oraz trudności z akceptacją swojego wyglądu, co znacząco wpływa na obniżenie jakości życia chorych. Twardzina układowa manifestuje się licznymi objawami, które powodują zmianę wyglądu twarzy oraz jej funkcji. Są to między innymi mikrostomia, która uniemożliwia szerokie otwieranie ust, zwężenie czerwienu wargowego, promieniste bruzdy wokół ust, upośledzenie mimiki twarzy, ptasi nos oraz kserostomia. Często chorzy mają problemy z rozdrabnianiem pokarmów oraz utrzymaniem prawidłowej higieny jamy ustnej.

Twardzina układowa jest chorobą postępującą, a leczenie farmakologiczne nie zawsze przynosi oczekiwane rezultaty. Nieliczne badania przedstawiają metody rehabilitacji twarzy, które mogą wpłynąć na poprawę parametrów sprawnościowych pacjentów oraz ich jakości życia. Do tych metod zalicza się między innymi: masaż tkanki łącznej, neurorehabilitację metodą Kabata, kinezyterapię oraz program ćwiczeń domowych. Wymienione metody poprawiają ukrwienie tkanek, wzmacniają siłę mięśni mimicznych twarzy oraz pozwalają na zwiększenie zakresu otwierania ust. Pacjenci z twardziną układową wymagają również szczególnej opieki stomatologicznej.

Celem pracy jest prezentacja aktualnych poglądów na temat możliwości rehabilitacji zmian w obrębie twarzy i jamy ustnej w przebiegu twardziny układowej.

FINASTERYD W ŁYSIENIU ANDROGENOWYM

Karol Graniak
Opiekun: dr n. med. Adriana Rakowska, lek. Patrycja Gajda

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Łysienie androgenowe to najczęstsza przyczyna łysienia zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. W okolicach androgenozależnych (czołowa i ciemieniowa) dochodzi do mediowanej przez androgeny, genetycznie uwarunkowanej miniaturyzacji mieszków włosowych. Jedną z najskuteczniejszych metod terapeutycznych jest finasteryd (inhibitor 5-alfa-reduktazy).

Przeszukano bazy PubMed wpisując w wyszukiwarkę słowa kluczowe: finasteryd i łysienie androgenowe. W pracy wykorzystano informacje z czterech randomizowanych badań klinicznych. Finasteryd jest zarejestrowany w dawce 1 mg/d. do leczenia łysienia androgenowego mężczyzn. Prospektywne badania wykazały jego skuteczność szacowaną na 48–86% w rasie kaukaskiej i na 78–99% w rasie żółtej. Maksymalny efekt uzyskuje się w 24. miesiącu leczenia w rasie kaukaskiej (w rasie żółtej

12 miesięcy terapii). Po 3–5 latach może nastąpić niewielkie pogorszenie (w rasie żółtej faza *plateau* od 4. r.).

Istnieje dużo kontrowersji dotyczących działań niepożądanych finasterydu. Duże badania porejestacyjne wykazały, że częstość ich pod postacią zaburzeń erekcji, spadku libido czy zmniejszenia objętości ejakulatu jest tylko niewiele częstsza niż w grupie placebo. Kontrowersyjne jest istnienie zespołu pofinasterydowego (trwałe zaburzenia funkcji seksualnych). Udowodniono brak związku terapii finasterydem z ryzykiem raka sutka u mężczyzn. Finasteryd jest bezwzględnie przeciwwskazany u kobiet w ciąży i dzieci, ponieważ prowadzi do feminizacji płodów męskich. Pozarejestacyjnie jest stosowany w dawce 5 mg/d. w grupie kobiet po menopauzie i u kobiet stosujących skuteczną antykoncepcję. Skuteczność leczenia jest jednak niższa — badania wykazały poprawę u 44% pacjentek.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS — NIEDOCENIANY CZYNNIK W PATOGENEZIE ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY?

Leszek Blicharz
Opiekun: dr hab. n. med. Zbigniew Samochocki, prof. nadzw. WUM

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest szeroko rozpowszechnioną, przewlekłą dermatozą rozwijającą się u osób predysponowanych genetycznie. Postuluje się, iż do jej rozwoju przyczyniają się zaburzenia wrodzonej odpowiedzi immunologicznej oraz upośledzenie integralności bariery naskórkowej. W ich wyniku dochodzi do charakterystycznych fluktuacji mikrobiomu skóry. W obrębie zmian chorobowych obserwuje się zubożenie fizjologicznej flory bakteryjnej kosztem nadmiernego rozwoju *Staphylococcus aureus*. Zgodnie z doniesieniami literatury liczne czynniki wirulencji tego mikroorganizmu (enterotoksyny, α -i δ -toksyna, białko A) zaostrzają przebieg AZS m. in. poprzez nasilenie miejscowego stanu zapalnego, degradację połączeń międzykomórkowych, zaburzenie składu ochronnej warstwy lipidowej skóry oraz bezpośrednią cytotoksyczność wobec keratynocytów. Dokładny udział *S. aureus* w patogenie wyprysku atopowego nie został dotychczas określony. Mimo to nadmierna kolonizacja skóry przez tę bakterię wydaje się istotnym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju zmian chorobowych oraz nasilenia świądu w przebiegu AZS. Nowe doniesienia dają nadzieję na opracowanie skutecznych opcji terapeutycznych nakierowanych na wyeliminowanie niekorzystnej komponenty wyprysku atopowego jaką stanowią zmiany w zakresie mikroflory skóry.

TRICHOSKOPIA W ŁYSIENIU PLACKOWATYM

Monika Siwińska
Opiekun: dr n. med. Adriana Rakowska, lek. Justyna Skibińska

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Trichoskopia to nowa metoda diagnostyki chorób włosów, która stała się złotym standardem w praktyce klinicznej. Celem pracy było zebranie danych literaturowych dotyczących objawów trichoskopowych w łysieniu plackowatym i ich ewentualnej wartości rokowniczej. W tym celu przeszukano bazę PubMed wpisując w wyszukiwarkę słowa: *alopecia areata*, *trichoscopy*, *dermoscopy*. Sumarycznie w 9 analizowanych pracach ocenionych trichoskopowo zostało 822 pacjentów z łysieniem plackowatym. Objawy, które były opisane pod kątem ich częstotliwości występowania to: żółte kropki 66,4% (50–89,6) > włosy meszkowe 58% (10–78,4) > włosy ułamane 33% (5–56,4) > włosy wykrzyknikowe 31,7% (12,1–70,8). Czarne kropki uznano za objaw aktywności choroby (46,7%; 7–133), jednakże niespecyficzny — opisywane były także w innych chorobach, takich jak rozwarstwiające zapalenie owłosionej skóry głowy, łysienie anagenowe, trichotillomania. W jednej publikacji udowodniono, że odrost włosów pod postacią włosów meszkowych to pozytywny marker rokowniczy co do odrostu włosów; wykazuje negatywną korelację względem nasilenia i aktywności łysienia plackowatego. Czarne kropki, ułamane włosy i włosy wykrzyknikowe to markery aktywności chorobowej — ich obecność sugeruje powiększanie się istniejących ognisk i pojawianie się nowych. W długotrwałych ogniskach obecność zgrupowanych białych kropek koreluje z brakiem możliwości uzyskania odrostu włosów. Podsumowując, trichoskopia jest metodą nie tylko o znaczeniu diagnostycznym w łysieniu plackowatym, ale też mającą dużą wartość prognostyczną; może służyć do monitorowania efektów terapii.