



Wstęp

Reakcje pęcherzowe należą do rzadkich, ale istotnych klinicznie działań niepożądanych leków stosowanych w terapii cukrzycy. W literaturze opisywano przypadki pęcherzowych chorób autoimmunologicznych, takich jak pemfigoid pęcherzowy, indukowanych m.in. przez inhibitory DPP-4 (inhibitory dipeptydylopeptydazy typu 4), a w pojedynczych doniesieniach również przez inhibitory SGLT2 (Sodium-Glucose Co-Transporter 2 inhibitors – inaczej flozyny). Mechanizm tych reakcji nie jest w pełni poznany, jednak przypuszcza się udział zaburzeń immunologicznych oraz reakcji krzyżowych przeciwko antygenom błony podstawnej skóry. 60-letni pacjent, z wywiadem łuszczycy oraz cukrzycy t II, zgłosił się do Poradni Dermatologicznej z powodu trwających od trzech miesięcy swędzących zmian o charakterze grudek i nadżerek zlokalizowanych na tułowiu oraz pęcherzy i wybroczyn w obrębie dłoni i stóp, utrzymujących się od kilku tygodni.

Materiały i Metodyka

Pacjent podał, że rok wcześniej do leczenia metforminą dołączono empagliflozynę (Jardiance). W leczeniu dermatologicznym zastosowano ogólnie leki przeciwhistaminowe oraz miejscowo triamcynolon z tetracykliną w aerozolu.

Wyniki

W związku z brakiem poprawy wykonano badanie surowicy krwi w celu wykluczenia chorób pęcherzowych (wynik ujemny) oraz zalecono kontrolę u diabetologa i zmianę leczenia ogólnego cukrzycy. Podczas wizyty kontrolnej w Poradni Dermatologicznej (po 2 miesiącach) pacjent podał zamiarę empagliflozynę na dapagliflozynę (Forxiga). Zaobserwowano całkowite ustąpienie zmian skórnych na dłoniach, złuszczenie pozapalne na stopach, nieliczne zmiany nadżerkowe i pojedyncze rozsiane grudki na tułowiu i podudziach. Dodatkowo w testach naskórkowych stwierdzono dodatnie reakcje na galusany i związki siarki. Na kolejnej wizycie pacjent zgłosił odstawienie dapagliflozyny, z powodu wystąpienia zapalenia żołądka. Obecnie stosuje metforminę. Zmiany skórne ustąpiły całkowicie.

Wnioski

Zmiany pęcherzowe pojawiły się po ponad roku terapii empagliflozyną i ustąpiły po jej odstawieniu, co może wskazywać na możliwy związek leku z reakcją skórną o mechanizmie nieimmunologicznym. Przypadek ten podkreśla konieczność uwzględniania flozyn w diagnostyce różnicowej zmian pęcherzowych u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Współautorzy

dr hab. n. med Hanna Myśliwiec

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Iwona Flisiak

Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr hab. Andriej Szpakow

*Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży ; Wschodnioeuropejska Akademia Nauk
Stosowanych w Białymstoku; Grodzieński Państwowy Uniwersytet im. Janka Kupała*



5 - 7 lutego 2026 • Gdańsk

**22. Multidyscyplinarna Akademia
Dermatologii i Alergologii**

Morze inspiracji

śladami Jana Heweliusza

Wstęp

Celem pracy jest ocena zależności między czynnikami klimatyczno-atmosferycznymi a częstością występowania astmy oskrzelowej u dzieci z wykorzystaniem zintegrowanych metod analizy statystycznej, modelowania matematycznego i programowania komputerowego.

Materiały i Metodyka

Badaniem objęto reprezentatywną próbę ponad 5000 dzieci (7–14 lat) z obwodu grodzieńskiego. Wykorzystano dane programu ISAAC, meteorologiczne, środowiskowe i statystyki demograficzne. Przeprowadzono analizę PCA oraz geostatystykę (kriging) w celu identyfikacji obszarów ryzyka astmy.

Wyniki

Model matematyczny ujawnił, że temperatura, wilgotność, wiatr oraz poziomy $PM_{2.5}$, NO_2 i SO_2 mogą być istotnymi predyktorami wzrostu częstości astmy oskrzelowej. Częstość tej choroby wyniosła 1,37%, z wyraźnym zróżnicowaniem przestrzennym – w miastach była ok. 1,4 razy wyższa niż na wsi. Modele geostatystyczne wykazały dwa obszary zwiększonego ryzyka: aglomerację miejską, gdzie obserwowano kumulację zanieczyszczeń, oraz strefę wiejską 25–30 km na wschód, związaną z obecnością kompleksu hodowlanego (potencjalnego źródła bioaerozoli). Algorytm pozwala prognozować przypadki astmy zależnie od lokalizacji; 95% CI = 0,07–2,6%.

Wnioski

Uzyskane wyniki potwierdzają istotny wpływ czynników klimatycznych i zanieczyszczeń powietrza na ryzyko rozwoju astmy u dzieci oraz wskazują na potrzebę stosowania zintegrowanych modeli oceny i zarządzania ryzykiem zdrowotnym. Opracowana metodologia może znaleźć zastosowanie w krajowych i międzynarodowych programach zdrowia publicznego, wspierających ocenę i prognozowanie skutków zmian środowiskowych. Współpraca transgraniczna z partnerami umożliwi porównanie modeli predykcyjnych oraz optymalizację algorytmów prognozowania z uwzględnieniem różnic klimatycznych i poziomów emisji zanieczyszczeń.

Współautorzy

dr Dorota Sokołowska

Wschodnioeuropejska Akademia Nauk Stosowanych w Białymstoku

dr Siarhei Piatrou

Grodzieński Państwowy Uniwersytet im. Janka Kupała



dr hab. Andriej Szpakow

Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży; Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny; Wschodnioeuropejska Akademia Nauk Stosowanych w Białymstoku

Wstęp

Łuszczyca jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry o podłożu immunologicznym, której częstym i najbardziej dokuczliwym objawem jest świąd (pruritus). Objaw ten znacząco obniża jakość życia pacjentów, a jego nasilenie wzrasta w obecności zaburzeń psychoemocjonalnych. Współczesne badania podkreślają rolę neuropeptydów jako mediatorów interakcji między układem nerwowym a odpornościowym w patogenezie świądu. Celem pracy była ocena intensywności i charakteru świądu u pacjentów z łuszczycą oraz analiza jego zależności z poziomami wybranych neuropeptydów w surowicy krwi, z uwzględnieniem wpływu zaburzeń psychoemocjonalnych.

Materiały i Metodyka

Badaniem objęto 150 pacjentów hospitalizowanych z powodu łuszczycy, z czego 110 doświadczało świądu. Oceniono wskaźniki PASI, DLQI i skale VAS, NRS, VRS, Pruritus Questionnaire. Poziomy substancji P, amfireguliny i CGRP oznaczono w surowicy metodą ELISA.

Wyniki

U pacjentów z łuszczycą stwierdzono zróżnicowaną intensywność i charakter świądu. W grupie osób z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza depresyjnymi i lękowymi, świąd był bardziej nasilony i długotrwały. Często występowały również zaburzenia snu oraz pogorszenie ogólnego samopoczucia. Wykazano istotne korelacje między nasileniem objawów choroby (PASI), intensywnością świądu i obniżeniem jakości życia (DLQI) a podwyższonym stężeniem substancji P w surowicy krwi.

Wnioski

Świąd w łuszczycę ma złożony charakter o podłożu neuroimmunologicznym i ulega nasileniu w obecności zaburzeń psychoemocjonalnych. Uzyskane wyniki potwierdzają istotną rolę neuropeptydów, zwłaszcza substancji P, w patofizjologicznych mechanizmach świądu, co podkreśla potrzebę interdyscyplinarnego i spersonalizowanego podejścia terapeutycznego u pacjentów z łuszczycą.

Współautorzy

prof. dr hab. Dzmitry Khvorik

Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny

dr Dorota Sokołowska

Wschodnioeuropejska Akademia Nauk Stosowanych w Białymstoku



Wstęp

Anafilaksja oraz zespół FPIES (food protein-induced enterocolitis syndrome) stanowią dwa odmienne typy nadwrażliwości na pokarm, które jednak bywają ze sobą mylone ze względu na częściowe podobieństwo objawów klinicznych.

Materiały i Metodyka

W prezentacji zostanie omówione znaczenie zastosowania różnych metod diagnostycznych, charakterystyczny obraz kliniczny oraz potencjalne błędy w różnicowaniu FPIES i anafilaksji – na podstawie historii przypadku własnego pacjenta.

Wyniki

Kluczową różnicą między tymi jednostkami chorobowymi jest mechanizm immunologiczny – w anafilaksji reakcja ma charakter IgE-zależny, podczas gdy w FPIES jest ona niezależna od IgE.

Anafilaksja i FPIES mogą współwystępować u tego samego pacjenta, co dodatkowo komplikuje proces diagnostyczny.

Wnioski

Prawidłowe rozpoznanie ma zasadnicze znaczenie, ponieważ rokowanie oraz zalecenia terapeutyczne w FPIES i w anafilaksji różnią się diametralnie – zarówno w zakresie zaleceń dietetycznych, jak i w opracowaniu planów postępowania dotyczących leczenia ostrego epizodu.

Współautorzy

lekarz, Barbara Szpiech

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce- Zdrój



Wstęp

Wuchereria bancrofti występuje głównie w Afryce Środkowej oraz w Ameryce Środkowej i Południowej, w Indiach i w Azji Południowo-Wschodniej. Przyczyną choroby jest nicien Wuchereria bancrofti. Samica osiąga wielkość 80-100 mm i produkuje mikrofilarie krążące we krwi. Samiec jest o połowę mniejszy. W 1 ml krwi jest ponad 10 000 mikrofilarii, które w organizmie komara przekształcają się w larwę inwazyjną. Z kolei u człowieka po ukłuciu zakażonego komara, larwy inwazyjne dostają się do jego naczyń limfatycznych i po 8 miesiącach przekształcają w dorosłe robaki, które mogą żyć do 20 lat. Wuchereria bancrofti charakteryzuje się zapaleniem naczyń i węzłów chłonnych, obrzęku limfatycznego i owrzodzeń na kończynach dolnych. Brak leczenia powoduje wystąpienie stoniowacizny.

Materiały i Metodyka

Pacjent J.S. lat 39 przebywał przez 14 miesięcy w miejscach endemicznych. Ze względu na warunki bytowania (namiot), często był kluty przez owady. Po roku występowały częste przeziębienia oraz powiększenie węzłów chłonnych. Następnie Po wystąpiły obrzęki i zmiany wypryskowe na kończynach dolnych.

Wyniki

Leczony ambulatoryjnie i szpitalnie bez poprawy. Dopiero po dwóch latach od wystąpienia objawów ustalono właściwe rozpoznanie. Zastosowano leczenie: iwermektyne, która jest skuteczna tylko w eliminacji mikrofilarii. Natomiast w likwidacji dorosłych filarii nie zastosowano dietylkarbamazynę, która jest lekiem toksycznym, a doksycyklinę.

Nicienie rozwinęły wzajemną symbiotyczną relację w zakresie embriogenezy i przeżycia z bakteriami wewnątrzkomórkowymi z rodzaju Wolbachia. W związku z tym zastosowano leczenie doksycykliną, która eliminuje bakterie wolbachia i w wyniku tego filarie nie produkują mikrofilarii i z czasem giną. Po leczeniu we krwi nie stwierdzono mikrofilarii.

Wnioski

Ryzyko zachorowania na wuchererię bancrofti zależy od miejsca, długości pobytu i ekspozycji na komary. Zakażenie wymaga wielokrotnych ukłuć zakażonych komarów w rejonie endemicznym i stanowi zagrożenie dla mieszkańców. Kilkumiesięczne pobyty (np. misje) zwiększają ryzyko zachorowania. U turystów przebywających krótko w rejonie endemicznym i mieszkających w hotelach, stosujących repelenty i moskitiery oraz odpowiednią odzież, ryzyko zachorowania jest minimalne.

Współautorzy



Barbara Kamińska

Katedra Dermatologii i Wenerologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska; Katedra Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

Wstęp

Zespół ichthyosis follicularis with alopecia and photophobia (IFAP) jest niezwykle rzadkim, sprzężonym z chromosomem X zaburzeniem genetycznym; na świecie opisano jedynie około 60 przypadków. Przedstawiamy ciężki przebieg choroby u 7-letniego chłopca z potwierdzoną mutacją w MBTPS2 oraz cechami zespołu BRESHECK, wymagającego intensywnej opieki wielospecjalistycznej od pierwszych dni życia. Chłopiec urodził się w 36. tygodniu ciąży, otoczony błoną kolodionową, z uogólnionym brakiem owłosienia obejmującym także rzęsy i brwi. W okresie noworodkowym rozpoznano ciężką rybą łuskę, hipogammaglobulinemię, ASD II, dwupłatkową zastawkę aortalną, wnetrostwo, hipoplazję nerwu wzrokowego i chorobę Hirschsprunga wymagającą ileostomii. Skóra była skrajnie sucha, zapalnie zmieniona, z masywnym złuszczeniem i sączeniem.

Materiały i Metodyka

Dokonano analizy pełnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Wyniki

Od wczesnego dzieciństwa dominowały nawracające infekcje bakteryjne i grzybicze oraz epizody erytrodermii. Ze względu na ciężkie zmiany skórne kilkakrotnie stosowano acyretynę, bez istotnej poprawy. Z powodu hipogammaglobulinemii wdrożono substytucję immunoglobulin. Wobec wyjątkowo ciężkiego przebiegu podjęto próbę terapii eksperymentalnej z użyciem komórek mezenchymalnych. Przeprowadzono cztery podania; po pierwszym obserwowano krótkotrwałą poprawę zmian skórnych. W kolejnych latach utrzymywały się jednak masywne zaburzenia bariery skórnej oraz epizody sepsy o różnym punkcie wyjścia.

Wnioski

Nawracające zakażenia wymagały częstych modyfikacji antybiotykoterapii, a każda próba jej odstawienia skutkowałą gwałtownym pogorszeniem. Rozwinięły się powikłania, m.in. koagulopatia, hiponatremia, niewydolność serca i uszkodzenie wątroby. W stadium zaawansowanej choroby rozważano wdrożenie terapii fagowej ze względu na wielolekooporność izolowanych drobnoustrojów, jednak chłopiec zmarł tuż przed 8. urodzinami. Przypadek ten podkreśla skrajne trudności terapeutyczne w ciężkim IFAP oraz pilną potrzebę poszukiwania skuteczniejszych metod leczenia.

Współautorzy

Aleksandra Białczyk

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

Anna Jabłońska

Katedra Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

dr hab. Sylwia Kołtan, prof. UMK

Katedra Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

prof. dr hab. Jan Styczyński

Katedra Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

prof. dr hab. Rafał Czajkowski

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



Wstęp

Fixed drug eruption (FDE) jest skórną reakcją polekową, charakteryzującą się nawrotem dobrze odgraniczonych rumieniowych wykwitów w tej samej lokalizacji anatomicznej po ekspozycji na lek sprawczy. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), w tym ibuprofen, są częstymi induktorami FDE, zwłaszcza u dzieci, u których częste stosowanie leków przeciwgorączkowych w przebiegu chorób gorączkowych może zacierać obraz kliniczny i utrudniać rozpoznanie FDE. Obraz kliniczny obejmuje zarówno pojedyncze zmiany rumieniowe, jak i rozległe pęcherzowe wykwity. Potwierdzenie rozpoznania jest kluczowe dla zapobiegania nawrotom i prowadzenia bezpiecznej terapii farmakologicznej. Testy płatkowe wykonywane na zmianach rezydualnych stanowią użyteczną metodę identyfikacji leku odpowiedzialnego za reakcję, szczególnie u pacjentów pediatrycznych, u których doustna próba prowokacji jest trudna do przeprowadzenia i może być etycznie nieuzasadniona.

Materiały i Metodyka

Chłopiec 3 l. 9 m. z nawracającymi (8 epizodów) zmianami rumieniowymi i okresowo zmianami pęcherzowymi na twarzy, szyi i tułowiu, pojawiającymi się w tych samych miejscach po ibuprofenie. Testy płatkowe z ibuprofenem dodatnie wyłącznie na skórze zmienionej – potwierdzono FDE.

Wyniki

Szczegółowy wywiad lekowy pozwolił na ustalenie podawania ibuprofenu przed każdym epizodem zmian skórnych. Na podstawie związku czasowego oraz powtarzalnego charakteru lokalizacji zmian wysunięto silne podejrzenie FDE. Wykonano testy płatkowe z ibuprofenem w stężeniu 1% i 5% w wazelinie białej, aplikowane na skórę zmienioną i niezmienioną chorobowo. Dodatkowo reakcje, w postaci rumienia i nacieku, obserwowano po 48, 72 i 96 godzinach wyłączenia w obrębie skóry zmienionej chorobowo dla obu stężeń, co potwierdziło mechanizm nadwrażliwości typu opóźnionego. Pacjenta wypisano w dobrym stanie ogólnym, z zaleceniem unikania preparatów zawierających ibuprofen, wyposażono w kartę ostrzegawczą alergii i zalecono paracetamol jako bezpieczną alternatywę.

Wnioski

Przypadek ten wpisuje się w rosnącą liczbę doniesień o FDE indukowanej NLPZ w populacji pediatrycznej i podkreśla potrzebę lepszego zrozumienia jej immunopatogenezy, zmienności obrazu klinicznego oraz strategii diagnostycznych w przyszłości. Wielodyscyplinarne podejście, z udziałem pediatrów, alergologów i dermatologów, może ułatwić wczesne rozpoznanie i zapobiec niepotrzebnej chorobowości.

Współautorzy

Lekarz Maciej Szczukocki

Collegium Medicum UJK w Kielcach; WSzZ w Kielcach



Wstęp

Mycoplasma pneumoniae (MP) jest częstą przyczyną zakażeń dróg oddechowych oraz istotnym patogenem odpowiedzialnym za pozaszpitalne zapalenie płuc (PZP). Szacuje się, że odpowiada za około 10% przypadków PZP, przy czym w populacji pediatrycznej częstość zakażeń może sięgać 30–40%. Choć większość zakażeń przebiega łagodnie, M. pneumoniae może prowadzić do licznych powikłań pozapłucnych, w tym dotyczących skóry i błon śluzowych. W przeciwieństwie do polekowego zespołu Stevensa-Johnsona (SJS) i toksycznej nekrolizy naskórka (TEN), Mycoplasma pneumoniae-induced Rash and Mucositis charakteryzuje się zazwyczaj łagodnym, samoograniczającym przebiegiem.

Rozpoznanie MIRM ma kluczowe znaczenie kliniczne, ponieważ różni się ono od SJS i TEN pod względem etiologii, leczenia i rokowania.

Materiały i Metodyka

Prezentowano opis dwóch przypadków klinicznych młodych, wcześniej zdrowych mężczyzn, u których po przebytej infekcji dróg oddechowych rozwinęły się zmiany śluzówkowe sugerujące MIRM. Zgromadzono dane dotyczące przebiegu klinicznego, objawów, lokalizacji zmian, diagnostyki i zastosowanego leczenia.

Wyniki

U obu pacjentów po infekcji dróg oddechowych pojawiły się rozległe zmiany obejmujące błonę śluzową jamy ustnej, nosa oraz narządów płciowych. Obraz kliniczny był zgodny z typowymi cechami MIRM i nie odpowiadał ciężkości oraz charakterystyce zmian spotykanych w SJS/TEN. Zmiany miały przebieg łagodny, samoograniczający oraz reagowały na leczenie objawowe.

Wnioski

Opisywane przypadki podkreślają znaczenie prawidłowego rozpoznania MIRM jako odrębnej jednostki klinicznej, zwłaszcza u dorosłych pacjentów. Wczesne różnicowanie MIRM z SJS/TEN ma kluczowe znaczenie, ponieważ zapobiega nieprawidłowemu postępowaniu terapeutycznemu, w tym niepotrzebnym zmianom farmakoterapii.

Prezentowane obserwacje wzmacniają potrzebę zwiększenia świadomości na temat MIRM oraz jego charakterystycznego przebiegu, co może usprawnić diagnostykę oraz leczenie pacjentów z tą jednostką.

Współautorzy

Miłosz Ulanowski

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

Pola Dobrowolska

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

Anna Jabłońska

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu



Wstęp

Ze względu na charakter łysień, pacjenci często prowadzą przewlekłą terapię farmaceutykami, których podłożem jest wysokostężony alkohol etylowy (np. Minoksydylu). Leczenie takie prowadzi nierzadko do dermatoz zapalnych lub trichodynii. W efekcie, wysuszenie, podrażnienie, zaczerwienienie i świąd skóry głowy mogą utrudniać, a nawet uniemożliwiać, prowadzenie skutecznego leczenia łysień. W prezentacji na podstawie przypadków pacjentów ośrodka Dermedica przedstawiono najczęstsze problemy związane z długotrwałym leczeniem miejscowym większości typów łysień.

Trichodynia to stan nadwrażliwości skóry głowy, objawiający się bólem, pieczeniem, mrowieniem lub swędzeniem (świądem), który może występować samoistnie lub w odpowiedzi na bodźce (np. dotyk, czesanie). Przyczyny są wielopłaszczyznowe i często mają podłoże psychosomatyczne (stres, lęk, depresja) lub dermatologiczne (stan zapalny, reakcje alergiczne).

Materiały i Metodyka

Diagnostyka wymaga przeprowadzenia dokładnego wywiadu, mającego na celu wykluczenie innych chorób skóry głowy, w tym łysień bliznowaciejących. Trichodynię należy różnicować z samą wrażliwą skórą głowy, choć objawy te często współwystępują, szczególnie w kontekście przewlekłego stosowania drażniących roztworów.

Wyniki

Wnioski

Postępowanie w trichodynii i wrażliwej skórze głowy koncentruje się na właściwej pielęgnacji i unikaniu czynników drażniących (np. ciasne fryzury, intensywne stylizacja). Niezbędny jest dobór odpowiednich preparatów poprawiających stan uszkodzonej bariery skóry owłosionej głowy. W przypadkach opornych na leczenie miejscowe, nierzadko konieczne jest dołączenie leków ogólnych, takich jak leki przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe, glikokortykosteroidy, czy kanabinoidy. W przypadku, gdy problem ma silne podłoże psychosomatyczne, kluczową rolę w terapii odgrywa także psychoterapia i redukcja stresu.

Współautorzy



Wstęp

Pracownicy drogowi należą do grupy osób szczególnie narażonych na promieniowanie UV, co sprzyja fotostarzeniu skóry. Ocena ich nawyków ochronnych i stanu skóry jest kluczowa dla planowania działań profilaktycznych.

Celem badania było określenie fotowrażliwości stopnia narażenia na promieniowanie słoneczne, analiza zachowań fotoprotekcyjnych oraz ocena skutków przewlekłej ekspozycji na UV wśród pracowników drogowych.

Materiały i Metodyka

W badaniu kwestionariuszowym 100 mężczyzn opowiedziało na pytania dotyczące ekspozycji na promieniowanie UV, odzieży ochronnej, stosowania filtrów, oparzeń i kontroli lekarskiej. Z kolei badacz ocenił cechy fotowrażliwość, zmiany pigmentacyjne, zmarszczki, rogowacenie słoneczne oraz skórę karku.

Wyniki

88% badanych pracowało na zewnątrz pięć dni w tygodniu a 96% spędzało tam osiem godzin dziennie. Jedynie 25% zawsze nosiło nakrycie głowy, a 81% zasłaniało górną połowę ciała podczas pracy. Nikt z badanych nie stosował filtrów UV w pracy. Przebyte oparzenia słoneczne zgłosiło 40% badanych. Spośród badanych tylko 6 kiedykolwiek odbyło kontrolę dermatologiczną, a u 2 z nich rozpoznano nowotwór skóry. W ocenie klinicznej dominował trzeci typ genetyczny fotowrażliwości (53%). Przebarwienia występowały u 79% badanych, a odbarwienia u 93% badanych. U 74% badanych zaobserwowano na skórze twarzy zmiany pigmentacyjne o granicy nieostrej. Zmarszczki występowały niemal u wszystkich (99%). Rogowacenie słoneczne stwierdzono u 57% badanych, 63% pracowników miało na karku głębokie bruzdy.

Wnioski

Pracownicy drogowi są wysoce narażeni na działanie UV i jednocześnie nie stosują ochrony przeciwsłonecznej w tym nigdy nie używają filtrów ochronnych. W grupie tej często występują nasilone zaburzenia pigmentacyjne, zaawansowane fotostarzenie oraz rogowacenie słoneczne. Uświadamia to potrzebę działań profilaktycznych, edukacyjnych oraz regularnych badań dermatologicznych w tej populacji.

Współautorzy

Prof. dr hab. n.med. Radosław Śpiewak

Instytut Dermatologii, Kraków

Izolowany guz owłosionej skóry głowy jako manifestacja pierwotnego chłoniaka limfoblastycznego z komórek B u dziecka.

Ilek. Aleksandra Białczyk

Katedra Dermatologii i Wenerologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu



5 - 7 lutego 2026 • Gdańsk

22. Multidyscyplinarna Akademia Dermatologii i Alergologii

Morze inspiracji śladami Jana Heweliusza

Wstęp

Zmiany rozrostowe w obrębie głowy i szyi stanowią istotny problem kliniczny w populacji pediatrycznej. Choć etiologia większości zmian ma charakter nienowotworowy i wiąże się z procesami zapalnymi lub wadami rozwojowymi, diagnostyka różnicowa musi uwzględniać procesy rozrostowe. Pierwotny skórny chłoniak limfoblastyczny z komórek B (B-LBL) jest rzadką, ale wysoce agresywną jednostką. Ze względu na niespecyficzny obraz kliniczny, precyzyjna diagnostyka histopatologiczna oraz dokładna ocena stopnia zaawansowania nowotworu są kluczowe dla wdrożenia optymalnego postępowania terapeutycznego.

Materiały i Metodyka

U 8-letniej pacjentki stwierdzono obecność izolowanej, bolesnej palpacyjnie zmiany o charakterze guza z towarzyszącą łuską. Zmiana zlokalizowana była w obrębie owłosionej skóry głowy o średnicy około 5 cm.

Wyniki

Wstępna ocena histopatologiczna była niejednoznaczna z powodu ograniczonej wartości diagnostycznej pobranego materiału. Kolejna biopsja, uzupełniona o szeroki panel badań immunohistochemicznych, wykazała obecność rozlanego nacieku limfoblastów wykazujących ekspresję TdT, antygenu CALLA, białka PAX-5, CD79a, CD43 oraz CD34, przy braku ekspresji CD20, CD3 i MPO. Oznaczony indeks proliferacyjny Ki-67 był wysoki i wynosił 80–90%. W celu wykluczenia choroby układowej wykonano biopsję szpiku, badanie PET oraz badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, wyniki nie wykazały zajęcia innych narządów. Rozpoznano pierwotnego skórny chłoniak B-LBL. Zastosowano chemioterapię systemową wg protokołu EURO-LB 02, uzyskując całkowitą regresję zmiany. W 5-letniej obserwacji nie stwierdzono nawrotu choroby.

Wnioski

Rozpoznanie pierwotnego skórny B-LBL u dzieci jest trudne ze względu na rzadkość występowania tej postaci nowotworu. Choć chłoniak ten może występować jako izolowana zmiana skórna, znacznie częściej towarzyszy chorobie układowej, co wymaga szczegółowej diagnostyki w momencie rozpoznania. Uwzględnienie chłoniaków limfoblastycznych w diagnostyce różnicowej guzów głowy u dzieci jest niezbędne dla zapewnienia szybkiej, trafnej diagnostyki oraz wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Współautorzy

Ilek. Barbara Kamińska

Katedra Dermatologii i Wenerologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Ilek. Anna Jabłońska

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

dr hab. Sylwia Kołtan prof. UMK

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. Jan Styczyński

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. Rafał Czajkowski

Katedra Dermatologii i Wenerologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu



Wstęp

Opis przypadku pacjentki z szybko postępującym zakażeniem rany przecinkowcem *Vibrio vulnificus*

Materiały i Metodyka

opis przypadku

Wyniki

W sierpniu 2025 r. do Oddziału Dermatologicznego w Elblągu została przyjęta w trybie pilnym 77-letnia pacjentka obciążona przewlekłą niewydolnością serca oraz reumatoidalnym zapaleniem stawów. Pacjentka podawała, że 2 dni wcześniej po kąpieli w Bałtyku w rejonie Mierzei Wiślanej doznała zakażenia istniejącego wcześniej otarcia podudzia lewego. Przy przyjęciu pacjentka była w stanie ogólnym dość ciężkim. W przebiegu zakażenia obserwowano 39-stopniową gorączkę, hipotensję (76/46 mmHg), znaczny obrzęk, ból i zaczerwienie, obszerne pęcherze wypełnione treścią surowiczą w obrębie podudzia i stopy oraz narastającą martwicę tkanek stopy. W trakcie hospitalizacji obserwowano bardzo wysokie parametry stanu zapalnego (PCT do 132ng/ml). W wymazie z pęcherza surowiczego wyhodowano *V. vulnificus*

Wnioski

W 2021 r. opisano w Polsce pierwszy przypadek zakażenia bakterią *Vibrio vulnificus* powodującą zakażenia o dużej śmiertelności. W związku z ociepleniem klimatu wzrasta ryzyko związane z obecnością *V. vulnificus* w rejonie Zatoki Gdańskiej i Mierzei Wiślanej. Celem pracy jest ukazanie symptomatologii zakażenia skóry *V. vulnificus* oraz trudności diagnostycznych i leczniczych w przypadku takiego zakażenia.

Współautorzy

lek Monika Leończyk- Spórna

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Oddział Dermatologiczny

lek Ewa Pasierbska

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Oddział Dermatologiczny



Wstęp

Wypadanie włosów jest zjawiskiem fizjologicznym, ale nadmierna utrata włosów może prowadzić do łysienia powodując poważny stres psychologiczny i obniżoną jakość życia.

W licznych preparatach trychologicznych producenci deklarują obecność substancji o rzekomym działaniu przeciw wypadaniu włosów. Jednak mnogość takich składników nasuwa pytanie, czy faktycznie wszystkie one mają skuteczność potwierdzoną badaniami klinicznymi. Celem pracy była identyfikacja składników najczęściej reklamowanych jako „aktywne” w szamponach trychologicznych oraz analiza opublikowanych badań klinicznych na temat ich skuteczności.

Materiały i Metodyka

Za pomocą systematycznego przeglądu piśmiennictwa w bazach PubMed, Scopus i Web of Science wykonanego zgodnie z wytycznymi PRISMA i PICO wyszukano badania kliniczne skuteczności składników szamponów trychologicznych, które były przez producentów przedstawiane jako „aktywne przeciw wypadaniu włosów”.

Wyniki

Zidentyfikowano 43 szampony trychologiczne dostępne na polskim rynku w 2024 roku. W produktach tych 112 unikalnych składników było przez producentów przedstawiane jako „aktywne” przeciw wypadaniu włosów. Ze względu na nakład pracy, dalszy przegląd systematyczny zawężono do 36 substancji „aktywnych”, które występowały w co najmniej dwóch szamponach. Z tej grupy tylko cztery składniki: kofeina, adenozyzna, melatonina oraz białka łożyskowe były oceniane w dedykowanych badaniach klinicznych. Dalsze 12 składników oceniano wyłącznie w preparatach złożonych, co nie pozwala na przypisanie obserwowanych efektów konkretnym cząsteczkom. Pozostałe 20 substancji reklamowanych jako „aktywne” przeciw wypadaniu włosów nie było przedmiotem ani jednego badania klinicznego.

Wnioski

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy jedynie kofeina, adenozyzna, melatonina oraz białka łożyska były przedmiotem badań klinicznych, których wyniki mogą sugerować korzystny efekt tych składników przeciw wypadaniu włosów. Siła dowodów naukowych w tych badaniach oceniana według skali GRADE w większości przypadków jest jednak bardzo niska lub niska. Badania te zwykle cechują się brakami metodologicznymi, heterogenicznością metod oceny, małymi populacjami badanych a nierzadko również brakiem grupy kontrolnej. Efektu zdecydowanej większości składników reklamowanych jako „aktywne” w szamponach trychologicznych nie zweryfikowano jak dotąd w badaniach klinicznych.

Współautorzy

prof. dr hab. Radosław Śpiewak
Instytut Dermatologii, CM UJ



Wstęp

Pacjentka 43-letnia zgłosiła się z powodu uporczywego i nawracającego świądu warg sromowych i przedstonka pochwy. Zauważyła nasilenie świądu i rumienia dzień po zastosowaniu lubrykantów, płynów do higieny intymnej, podpasek i perfumowanych wkładek higienicznych. Świąd nasilał się, gdy nosiła czerwone lub niebieskie majtki, natomiast bez problemu nosiła białe i czarne. Od 2 lat hemoroidy, stosowała czopki Proktosedon (hydrokortyzon, cynchokaina, neomycyna, eskulina), maść Lidoposterin (lidokaina), krem Procto-Glyvenol (tribenozyd, lidokaina), krem Procto-Hemolan (tribenozyd, lidokaina), krem Pimafucort (hydrokoryzon, natamycyna, neomycyna) oraz 17 innych preparatów doodbytniczych, a w dalszym przebiegu również dopochwowych. Diagnostyka alergologiczna u pacjentki obejmowała testy płatkowe z następującymi seriami: Polska Seria Podstawowa rozszerzona o substancje często uczulające w Polsce, serię perfum, leki znieczulające miejscowo (kainy) oraz antybiotyki i glikokortykosteroidy.

Materiały i Metodyka

Zastosowano równolegle europejską Mieszanke Kain III (MKIII) oraz Polską Mieszanke 3 Kain (PolKa3). Wykonano testy półotwarte z aktualnie stosowanymi lekami dopochwowymi i produktami do higieny intymnej, globulkami dopochwowymi i prezerwatywami, szamponami, żelami, mydłami oraz środkami piorącymi.

Wyniki

W reakcji na PolKa3 odnotowano jednoznaczny odczyn dodatni (+,C), natomiast w miejscu MKIII podczas tygodniowej obserwacji pojawił się jedynie niewielki rumień (odczyn wrażliwy). Ponadto u pacjentki stwierdzono istotną klinicznie alergię kontaktową na lidokainę (+,C), dibukainę (cynchokainę) (+,C), neomycynę (+,C), wodoronadtlenki linalolu (+,C), alkohol cytrynowy (+,C), oktyloizotiazolinon (+,C) oraz szampon pacjentki Pantene pro V Intensive Repair (+,C). Wykryto też alergię na bacytracynę (+,X), framycetynę (+++,X), kanamycynę (+,X), galusany (+,D), alkohol anyżowy (+,D), nikiel (+++,O), kobalt (+,O) i pallad (+,X). Zgodnie z etykietami, własny płyn do prania zawierał oktyloizotiazolinon, a płyn do płukania tkanin linalol, choć testy półotwarte z oboma produktami pozostały ujemne.

Wnioski

W składzie serii europejskiej i polskiej występuje MKIII, jednak w związku z aktualną niedostępnością w Polsce, eksperci PTA i PTD zalecają stosowanie zamiast niej Polskiej Mieszanki 3 Kain (PolKa3) (benzokaina/anestezyna 5%, lidokaina/lidokaina 5% i tetrakaina/ametokaina 2,5%). U opisanej pacjentki wykrycie alergii na lidokainę było kluczowe z uwagi na częste występowanie lidokainy w preparatach stosowanych w Polsce. Dibukaina (cynchokaina) jest składnikiem zaledwie 2 preparatów dostępnych w Polsce. Dibukaina w MKIII występuje w stężeniu 2,5%, zaś w indywidualnej substancji w stężeniu 5%, stąd rozbieżność wyników. W kontekście nietolerancji czerwonych i niebieskich majtek, dodatni odczyn na mieszanke barwników tekstylnych przy braku reakcji na mieszanke błękitów zawieszinowych 106/124 może sugerować alergię na inne składniki mieszanki tekstylnej, np. błękit zawieszinowy 35 lub czerwienie zawieszinowe 1 lub 17. Rozstrzygnięcie tej kwestii wymagałoby testów z serią barwników tekstylnych.

Współautorzy



Wstęp

WSTĘP:
Rogowiak ostłoniakowy włosa (ang. pilar sheath acanthoma; PSA) to rzadki, łagodny nowotwór skóry wywodzący się ze struktur mieszkła włosowego. Najczę-
ściej występuje u osób w wieku podeszłym, zwykle jako pojedynczy guzek z centralnym otworem umiejscowiony w okolicy bieli wargi górnej. Ze względu na
niespecyficzny obraz kliniczny i dermoskopowy PSA może imitować zarówno inne łagodne guzy przydatkowe jak i złośliwe nowotwory skóry.

OPIS PRZYPADKU:

Pacjentka 74-letnia zgłosiła się do przyklinicznej poradni dermatologicznej z powodu nowopowstałego, asymptomatycznego guza skóry okolicy policzka
prawego. Pacjentka była obciążona hipercholesterolemią i stanem przedcukrzycowym. Wywiad osobniczy i rodzinny w kierunku nowotworów skóry był
ujemny. W obrazie dermoskopowym stwierdzono obecność rozległego, białoniebieskiego obszaru bezstrukturalnego zajmującego centralną część zmiany
oraz obszaru mlecznoróżowego zlokalizowanego obwodowo.

Materiały i Metodyka

Wyniki

OPIS PRZYPADKU (ciąg dalszy):

Ponadto, obserwowano naczynia polimorficzne oraz globule barwy kremowobiałej. W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę m. in. czerniaka amelano-
tycznego, raka płaskonabłonkowego skóry, raka z komórek Merkla, ziarniniaka naczyniowego, czy nowotwory wywodzące się z przydatków skóry. W badaniu
refleksyjnej konfokalnej mikroskopii (ang. reflectance confocal microscopy; RCM) obserwowano otoczone tkanką włóknistą obszary akantocyczne z
obecnością mieszków włosowych w ich obrębie. Z uwagi na niecharakterystyczny obraz kliniczny, dermoskopowy i RCM zmianę zakwalifikowano do zabiegu
diagnostycznego wycięcia chirurgicznego.

Wnioski

OPIS PRZYPADKU (ciąg dalszy):

Na podstawie badania histopatologicznego ustalono rozpoznanie PSA. Zmiana została usunięta w całości, a w badaniu kontrolnym po 6 miesiącach od
zabiegu nie stwierdzono cech wznowy miejscowej.

WNIOSKI:

PSA jest zmianą łagodną, ograniczoną wyłącznie do skóry, która klinicznie może naśladować złośliwe nowotwory skóry, często wzbudzając niepokój onkolo-
giczny zarówno pacjenta, jak i lekarza. Dotychczas w literaturze nie opisywano transformacji nowotworowej PSA ani współwystępowania z innymi schorze-
niami skóry i/lub ogólnoustrojowymi. Nieinwazyjne metody obrazowania skóry, takie jak dermoskopia i RCM, mogą zawęzić diagnostykę różnicową, jednak-
że usunięcie chirurgiczne z oceną histopatologiczną pozostają kluczowymi elementami rozpoznania. Rokowanie jest doskonałe, a po potwierdzeniu łagod-
nego charakteru zmiany nie ma konieczności dalszego leczenia, ewentualna interwencja podejmowana jest jedynie ze wskazań kosmetycznych.

Współautorzy

dr hab. n. med. Rafał Pęksa, prof. Uczelni

Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. Martyna Sławińska, prof. Uczelni

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny



Wstęp

Podczas omawiania z pacjentem wyników testów płatkowych, lekarz stoi przed wyzwaniem oceny istotności klinicznej dodatkowych testów oraz wskazania możliwych źródeł uczulających haptenu. Dotyczy to między innymi alergii kontaktowej na cynę, która mimo stosunkowo częstego występowania niekiedy nadal jawi się jako zjawisko trudne do wyjaśnienia. Tymczasem cyna i jej związki są bardzo rozpowszechnione w środowisku życia codziennego. Powtarzana aplikacja na duże powierzchnie skóry czyni kosmetyki „idealnym nośnikiem” uczulających haptenu. W tym kontekście pytanie o występowanie cyny w produktach kosmetycznych wydaje się istotne i zasadne. Celem niniejszej pracy była analiza częstości występowania cyny i jej związków w kosmetykach. Brano pod uwagę produkty przeznaczone do kontaktu ze skórą, włosami lub paznokciami.

Materiały i Metodyka

W pracy przeanalizowano deklarowane składniki produktów kosmetycznych o różnym przeznaczeniu: kosmetyki myjące, pielęgnacyjne, kolorowe, w tym określane jako hipoałergiczne, naturalne, czy też emolienty lub dermokosmetyki, przeznaczone zarówno dla dzieci, jak i dla dorosłych.

Wyniki

Spośród 9016 przeanalizowanych produktów, 215 (2,4%) zawierało związki cyny – najczęściej tlenek cyny, obecny w składzie 176 produktów (2,0%) oraz cynian sodu w 38 produktach (0,4%). Obecność cyny najczęściej deklarowano w kosmetykach do twarzy przeznaczonych do pozostawienia na skórze (leave-on), takich jak produkty kolorowe do ust (41,7%), kremy CC (13,3%), produkty do pielęgnacji okolic oczu (10,0%), podkłady do twarzy (8,0%), kremy BB (6,2%), kremy do twarzy (4,4%), kosmetyki do cery naczyniowej (4,0%) oraz produkty do twarzy z witaminą C (2,7%). Spośród produktów do ciała, cynę zawierały produkty perfumowane dla dzieci (8,4%), samoopalacze (6,2%) oraz balsamy do ciała (3,0%). Tlenek cyny zawierało 6,5% lakierów do paznokci, a cynian sodu był obecny w 38,0% farb do włosów.

Wnioski

W produktach kosmetycznych najczęściej występuje tlenek cyny (INCI: tin oxide, CI 77861) oraz cynian sodu (INCI: sodium stannate). Częstość występowania cyny jest zróżnicowana zależnie od rodzaju produktów. Co trzecia farba do włosów zawiera cynian sodu, który cechuje się większą reaktywnością chemiczną i potencjałem drażniącym. Zwraca także uwagę wysoka częstość występowania związków cyny w kosmetykach przeznaczonych do długotrwałego kontaktu ze skórą, w tym do twarzy i ust, a także w kosmetykach zapachowych dla dzieci. Ze względu na częstość stosowania oraz narażenie okolice skóry, kosmetyki jawią się jako istotne źródło narażenia na cynę. Lekarze i pacjenci powinni być tego świadomi.

Współautorzy

mgr Alicja Śpiewak

Institut Dermatologii, Kraków

dr Jadwiga Kalicińska

Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii, UJ CM, Kraków



Wstęp

Bielactwo jest przewlekłą chorobą skóry o złożonej etiologii, w której na podłożu procesów immunologicznych dochodzi do destrukcji melanocytów. W licznych badaniach podkreśla się znaczenie predyspozycji genetycznych oraz aktywacji układu odpornościowego. Celem niniejszej pracy była ocena ekspresji genów IL-2 i REL, a także analiza polimorfizmu rs2069763, aby określić ich potencjalną rolę w rozwoju bielactwa.

Materiały i Metodyka

Badaniem objęto 100 pacjentów z bielactwem oraz 48 zdrowych osób dobranych pod względem płci i wieku. Od wszystkich uczestników pobrano 5 mL krwi żyłnej do probówek z EDTA. Ekspresję genów IL-2 i REL oceniono metodą qPCR z wykorzystaniem limfocytów krwi obwodowej.

Wyniki

Stwierdzono podwyższoną ekspresję genu REL w grupie pacjentów w porównaniu z kontrolą, jednak różnica ta nie osiągnęła znamienności statystycznej. Ekspresja genu IL-2 była poniżej progu detekcji. Analiza polimorfizmu rs2069763 wykazała istotne różnice w częstości występowania genotypów AA, AC i CC między grupami. Genotyp CC oraz allel C wiązały się ze zwiększonym ryzykiem bielactwa.

Wnioski

Uzyskane wyniki sugerują, że polimorfizm rs2069763 może odgrywać istotną rolę w predyspozycji genetycznej do bielactwa, a allel C stanowi potencjalny czynnik ryzyka. Podwyższona ekspresja REL wymaga dalszej weryfikacji na większej populacji. Badanie potwierdza znaczenie genetycznych mechanizmów immunologicznych w patogenezie choroby.

Współautorzy



Wstęp

Przedstawiam przypadek Pacjentki, która zgłosiła się z suchości i pieczenia oczu oraz sporadycznego krwawienia z nosa od 6 mcy. W stanie miejscowym stwierdzono krwawy guzek w obrębie przyśrodkowego kącika oka prawego.

Materiały i Metodyka

Badania obrazowe
Histopatologia
Konsultacje specjalistyczne

Wyniki

W badaniu stwierdzono czerniaka kanaliką łzowego po stronie lewej

Wnioski

Właściwe rozpoznanie ustalono po enukleacji - wówczas rozpoznano czerniaka błony naczyniowej, co znacząco wpłynęło na możliwości leczenia i rokowanie.

Współautorzy

lek. Beata Zagórska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny



5 - 7 lutego 2026 • Gdańsk

22. Multidyscyplinarna Akademia Dermatologii i Alergologii

Morze inspiracji

śladami Jana Heweliusza

Wstęp

Łysienie skroniowe trójkątne (temporal triangular alopecia, TTA), określane również mianem wrodzonego łysienia trójkątnego lub znamienia Brauera, jest rzadką, niepostępującą i niebliznowaciejącą postacią ograniczonej utraty włosów. Klinicznie manifestuje się jako dobrze odgraniczony obszar łysienia, najczęściej o kształcie trójkątnym, owalnym lub lancetowatym. Sprawa zwykle ma charakter jednostronny, z wyraźną predylekcją do lewego regionu czołowo-skroniowego. Trichoskopowo TTA charakteryzuje się obecnością: krótkich, jasnych włosów meszkowych, pustych ujść mieszków włosowych, białych kropek, drzewkowatych struktur naczyniowych oraz otaczających je prawidłowych włosów terminalnych.

Materiały i Metodyka

Osiemnastoletnia pacjentka zgłosiła się do Poradni Dermatologicznej celem oceny znamion barwnikowych. Podczas dermoskopii skóry głowy zaobserwowano trójkątny obszar łysienia w lewej okolicy skroniowej. Według pacjentki, stan ten utrzymywał się od urodzenia.

Wyniki

W obrazie dermoskopowym zaobserwowano obecność włosów meszkowych, izolowane puste ujścia mieszków włosowych otoczone włosami terminalnymi, a także polimorficzne poszerzone naczynia krwionośne. W wywiadzie stwierdzono ponadto wady wrodzone – w tym skoliozę, zrosnięcie żeber, ubytek przegrody międzyprzedsionkowej typu drugiego (ASD II). Pacjentka przeszła również operację korekcji wrodzonej niedrożności przełyku. Na podstawie obrazu klinicznego i trichoskopowego postawiono rozpoznanie TTA.

Wnioski

Rozpoznanie TTA opiera się przede wszystkim na obrazie klinicznym i trichoskopowym. W diagnostyce różnicowej uwzględnić należy inne formy ogniskowego łysienia: łysienie plackowate, trichotillomanię, łysienie z pociągania, grzybicę owłosionej skóry głowy czy wrodzoną aplazję skóry. W sytuacjach wątpliwych diagnostycznie należy rozważyć badanie histopatologiczne.

Współautorzy

dr hab. n. med. Martyna Sławińska, profesor uczelni

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny



Wstęp

Retronychia to nieprawidłowość polegająca na wrastaniu nowej płytki paznokciowej w proksymalny wał paznokciowy. Zjawisko to może skutkować występowaniem stanu zapalnego z towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi. Retronychię obserwuje się zwykle u młodych kobiet oraz dzieci. Problem najczęściej dotyczy paluchów, prawdopodobnie ze względu na predyspozycję do drobnych, ale powtarzalnych urazów dystalnego końca płytek paznokciowych, przykładowo na skutek nieprawidłowo dobranego obuwia.

Materiały i Metodyka

Pacjentka 18-letnia zgłosiła się do Poradni Dermatologicznej z powodu stanu zapalnego okolicy proksymalnych wałów paznokciowych obu paluchów stóp z towarzyszącym bólem i zaburzeniem wzrostu płytek paznokciowych.

Wyniki

Stan ten utrzymywał się od około 2 miesięcy poprzedzających konsultację. Uprzednio w innych ośrodkach wysunięto podejrzenie zmian o podłożu infekcyjnym, a pacjentka leczona była miejscowo (leki przeciwgrzybicze, glikokortykosteroidy) oraz doustnie (antybiotyki, leki przeciwgrzybicze), bez istotnej poprawy. Ponadto pacjentka przeżyła opracowanie podologiczne płytek paznokciowych polegające na przycięciu dystalnych ich części. Na podstawie obrazu klinicznego postawiono rozpoznanie retronychii. Przeprowadzone leczenie chirurgiczne wraz z postępowaniem pozabiegowym doprowadziło do całkowitego ustąpienia stanu zapalnego i dolegliwości bólowych.

Wnioski

Retronychię należy uwzględnić jako możliwą przyczynę stanu zapalnego w obrębie wałów paznokciowych stóp. Zastosowanie w leczeniu tej jednostki chorobowej mają miejscowe GKS o dużej sile działania, jednak w cięższych przypadkach konieczne jest leczenie zabiegowe. Kluczowe jest również unikanie urazów mogących powodować nawrót dolegliwości.

Współautorzy

dr hab. n. med. Martynę Sławińską, prof. GUMed



Wstęp

Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (BPOP), znana również jako zmiana Nora, jest rzadką, łagodną zmianą kostną położoną na powierzchni kości. Najczęściej występuje w trzeciej i czwartej dekadzie życia, a ponad połowa przypadków lokalizuje się w obrębie kości rąk. Etiologia schorzenia pozostaje nieznana, choć sugeruje się możliwy związek z urazem. BPOP może naśladować inne łagodne lub agresywne zmiany powierzchniowe kości. Wycięcie chirurgiczne jest podstawową metodą leczenia objawowych przypadków BPOP, jednak nawroty miejscowe są częste.

Materiały i Metodyka

Przedstawienie obrazu klinicznego rzadko występującego guza aparatu paznokciowego.

Wyniki

34-letni pacjent, obciążony cukrzycą typu 1 oraz niedoczynnością tarczycy, zgłosił się do poradni dermatologicznej z powodu guza podpaznokciowego palucha prawego. W wywiadzie odnotowano dwukrotne leczenie operacyjne wykonane w innym ośrodku. Wynik pierwszego badania histopatologicznego był niediagnostyczny, natomiast w kolejnym opisano torbiel trichilemmalną. Z uwagi na nietypowy obraz kliniczny zalecono poszerzenie diagnostyki obrazowej – na podstawie badania RTG zasugerowano rozpoznanie osteochondroma. Ostatecznie, po konsultacji blochków w Zakładzie Patomorfologii UCK, rozpoznano bizarre parosteal osteochondromatous proliferation. Pacjenta skierowano do Kliniki Ortopedii celem dalszego leczenia.

Wnioski

BPOP w lokalizacji podpaznokciowej stanowi diagnostyczne wyzwanie ze względu na rzadkość występowania oraz możliwość imitowania innych zmian powierzchniowych kości i tkanek okołopaznokciowych. Precyzyjna diagnoza wymaga korelacji obrazu klinicznego, radiologicznego i histopatologicznego.

Współautorzy

prof. dr hab. n. med. Wojciech Biernat

Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr n. med. Tomasz Nowicki

Zakład Radiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. Michał Sobjanek, prof. GUMed

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. Martyna Sławińska, prof. GUMed

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny



Wstęp

Grzyby shiitake (*Lentinus edodes*), stanowiące drugi najczęściej spożywany gatunek grzyba na świecie, znacząco zyskują na popularności w krajach europejskich, także w Polsce. Rzadkim powikłaniem występującym po ich spożyciu jest zapalenie skóry określane mianem „flagellate dermatitis”. Objawy w postaci charakterystycznych silnie swędzących, rumieniowych grudek o liniowej dystrybucji przypominających ślady po uderzeniach bicia pojawiają się w przeciągu 24-48 godzin, zwykle na skórze tułowia, szyi i kończyn. Występują one po spożyciu grzybów surowych lub poddanych niedostatecznej obróbce termicznej.

Zmiany skórne mają charakter samoograniczający się i ustępują w ciągu kilkunastu dni. W cięższych przypadkach mogą towarzyszyć im gorączka, biegunka i owrzodzenia błon śluzowych. Patogeneza choroby nie została w pełni poznana, lecz przyjmuje się, że jest spowodowana reakcją nadwrażliwości na lentinan – ciepłochwiejny polisacharyd występujący w ścianie komórkowej grzybów shiitake.

Materiały i Metodyka

Wyniki

Uprzednio niechorujący przewlekle 25-latek zgłosił się na teleporadę dermatologiczną z powodu utrzymujących się od 4 dni swędzących, rumieniowych, prążkowato układających się zmian na skórze tułowia i ramion, występujących pierwszy raz w życiu. Wywiad w kierunku możliwych czynników prowokujących nie wniósł nowych informacji. Przed konsultacją pacjent przyjmował doraźnie bilastynę bez istotnej poprawy klinicznej. Po nadesłaniu zdjęć z charakterystycznym obrazem dermatozy potwierdził spożycie niewystarczająco ugotowanych grzybów shiitake na dwie doby przed wystąpieniem objawów. Zalecono podwojenie dawki bilastyny oraz miejscowy glikokortykosteroid, a także poinformowano pacjenta o samoograniczającym się charakterze choroby i konieczności dokładnej obróbki cieplnej tych grzybów w przyszłości.

Wnioski

Wiedza na temat charakterystycznego obrazu klinicznego flagellate dermatitis jest kluczowa dla szybkiej i trafnej diagnozy pacjentów z tą jednostką, nawet w okolicznościach teleporady. Istotne jest w tych przypadkach uniknięcie zbędnych biopsji, które zwykle nie są w stanie potwierdzić rozpoznania. Leczenie objawowe, uspokojenie i edukacja pacjenta w celu zapobiegnięcia nawrotów objawów w przyszłości są złotym standardem postępowania.

Współautorzy

dr n.med. Patrycja Rogowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. Martyna Sławińska, prof. GUMed

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny



Wstęp

Płaskonabłonkowa metaplazja przewodów mlekowych (squamous metaplasia of lactiferous ducts, SMOLD), nazywana także chorobą Zuski, jest rzadką, łagodną chorobą piersi. Epidemiologia schorzenia nie jest dobrze poznana. Najczęściej występuje u kobiet w średnim wieku; u mężczyzn obserwowana jest wyjątkowo rzadko. W literaturze podkreśla się związek schorzenia z ekspozycją na dym tytoniowy. Obraz kliniczny może naśladować stany zapalne lub nowotworowe piersi.

Materiały i Metodyka

Czterdziestoczteroletniego mężczyznę konsultowano z powodu utrzymującego się od 6 miesięcy asymetrycznego obrzęku lewej brodawki sutkowej, któremu towarzyszyło dyskretne złuszczenie oraz uczucie pieczenia.

Wyniki

Początek dolegliwości pacjent wiązał z urazem mechanicznym, którego doznał podczas treningu zapaśniczego. Wywiad w kierunku ekspozycji na dym tytoniowy był ujemny. Badanie ultrasonograficzne piersi nie wykazało nieprawidłowości. W dermoskopii uwidoczniło naczynia polimorficzne (w tym naczynia kropki) oraz obecność białej łuski. Z uwagi na niejednoznaczny obraz kliniczny i dermoskopowy początkowo wdrożono empiryczne leczenie miejscowe kwasem fusydynowym i betametazonem. Ze względu na brak poprawy zdecydowano o przeprowadzeniu biopsji. Badanie histopatologiczne ujawniło metaplazję płaskonabłonkową przewodów mlekowych.

Wnioski

Rozpoznanie SMOLD opiera się przede wszystkim na badaniu histopatologicznym, stanowiącym złoty standard diagnostyczny. Prezentujemy pierwszy opis obrazu dermoskopowego SMOLD, który jest niecharakterystyczny i nie pozwala na różnicowanie z innymi jednostkami chorobowymi zajmującymi tę okolice. U pacjentów bezobjawowych, po potwierdzeniu rozpoznania, można rozważyć obserwację, natomiast w przypadkach objawowych niezbędne może być leczenie chirurgiczne.

Współautorzy

dr hab.n.med. Martyna Sławińska, profesor uczelni

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny



Wstęp

WSTĘP:
Rogowiak ostoniakowy włosa (ang. pilar sheath acanthoma; PSA) to rzadki, łagodny nowotwór skóry wywodzący się ze struktur mieszka włosowego. Najczęściej występuje u osób w wieku podeszłym, zwykle jako pojedynczy guzek z centralnym otworem umiejscowiony w okolicy bieli wargi górnej. Ze względu na niespecyficzny obraz kliniczny i dermoskopowy PSA może imitować zarówno inne łagodne guzy przydatkowe jak i złośliwe nowotwory skóry.

OPIS PRZYPADKU:

Pacjentka 74-letnia zgłosiła się do przyklinicznej poradni dermatologicznej z powodu nowopowstałego, asymptomatycznego guza skóry okolicy policzka prawego. Pacjentka była obciążona hipercholesterolemią i stanem przedcukrzycowym. Wywiad osobniczy i rodzinny w kierunku nowotworów skóry był ujemny. W obrazie dermoskopowym stwierdzono obecność naczyń polimorficznych, białych grudek oraz obszarów bezstrukturalnych koloru czerwonego, białego, szarego i niebieskiego.

Materiały i Metodyka

Wyniki

OPIS PRZYPADKU (C.D.):

W diagnostyce różnicowej brano pod uwagę m. in. czerniaka amelanotycznego, raka płaskonabłonkowego skóry, raka z komórek Merkla, ziarniniaka naczyńniowego, czy nowotwory wywodzące się z przydatków skóry. W badaniu refleksyjnej konfokalnej mikroskopii (ang. reflectance confocal microscopy; RCM) obserwowano otoczone tkanką włóknistą obszary akantotyczne z obecnością mieszków włosowych w ich obrębie. Z uwagi na niecharakterystyczny obraz kliniczny, dermoskopowy i RCM zmianę zakwalifikowano do zabiegu diagnostycznego wycięcia chirurgicznego. Na podstawie badania histopatologicznego ustalono rozpoznanie PSA. Zmiana została usunięta w całości, a w badaniu kontrolnym po 6 miesiącach od zabiegu nie stwierdzono cech wznowy miejscowej.

Wnioski

WNIOSKI:

PSA jest zmianą łagodną, ograniczoną wyłącznie do skóry, która klinicznie może naśladować nowotwory złośliwe skóry, często wzbudzając niepokój onkologiczny zarówno pacjenta, jak i lekarza. Dotychczas w literaturze nie opisywano transformacji nowotworowej PSA ani współwystępowania z innymi schorzeniami skóry i/lub ogólnoustrojowymi. Nieinwazyjne metody obrazowania skóry, takie jak dermoskopia i RCM, mogą zawęzić diagnostykę różnicową, jednakże chirurgiczne usunięcie z oceną histopatologiczną pozostają kluczowymi elementami rozpoznania. Rokowanie jest doskonałe, a po potwierdzeniu łagodnego charakteru zmiany nie ma konieczności dalszego leczenia.

Współautorzy

dr hab. n. med. Rafał Pęksa, prof. Uczelni

Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. Martyna Sławińska, prof. Uczelni

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny



Wstęp

Zabiegi estetyczne z użyciem toksyny botulinowej i kwasu hialuronowego są powszechnie uznawane za bezpieczne, jednak w rzadkich przypadkach mogą prowadzić do ciężkich reakcji. Celem prezentacji jest przedstawienie ostrej reakcji nadwrażliwości po podaży toksyny botulinowej oraz kwasu hialuronowego w obrębie twarzy, przegląd piśmiennictwa oraz omówienie potencjalnych mechanizmów immunologicznych.

Materiały i Metodyka

Dane kliniczne, laboratoryjne i obrazowe uzyskano z dokumentacji medycznej pacjenta. Pacjent wyraził świadomą zgodę na opis i publikację przypadku.

Wyniki

60-letnia pacjentka zgłosiła się do oddziału ratunkowego z powodu silnego obrzęku twarzy, który pojawił się około godziny po podaży toksyny botulinowej typu A (Botulax 100 IU) oraz wypełniacza na bazie usieciowanego kwasu hialuronowego (E.P.T.Q – S500) przez osobę nieuprawnioną, preparatami zakupionymi przez internet. Obrzękowi twarzy towarzyszył obrzęk szyi, silny świąd oraz problemy z przełykaniem. Badanie ultrasonograficzne wykazało rozległy obrzęk podskórny bez obecności zbiorników płynowych. W ramach hospitalizacji wdrożono dożylnie leczenie deksametazonem w dawce dobowej do 24mg, klemastyną 2mg na dobę oraz płynoterapię. Przez kolejne dni obserwowano stopniową poprawę stanu miejscowego, pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, z kontrolą stanu zdrowia po okresie miesiąca.

Wnioski

Opisany przypadek uwydatnia ryzyko poważnych powikłań po zabiegach iniekcyjnych wykonanych poza nadzorem lekarskim. Istnieje konieczność edukacji pacjentów nie tylko w zakresie pożądanego efektów zabiegowych, ale również powikłań i ryzyka ich wystąpienia. Przestrzeganie najwyższych standardów bezpieczeństwa, praca na legalnie wprowadzonych do obrotu, zgodnie z wymogami FDA produktach oraz wykonywanie procedur wyłącznie w warunkach medycznych powinny być złotym standardem wykonywania zabiegów medycyny estetycznej.

Współautorzy

Prof. dr hab. n. med. Marta Chełmińska

Katedra Pneumonologii i Alergologii GUMed, Klinika Alergologii UCK Gdańsk

Prof. dr hab. n. med. Wioletta Barańska-Rybak

Klinika i Katedra Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed, UCK Gdańsk

lek. Julia Hoppe

lek. Mariia Shalyhina



Wstęp

U pacjentów leczonych lekami biologicznymi nadal istnieje wiele wątpliwości w kwestii szczepień ochronnych. Pandemia COVID-19, była czasem wielu niewiadomych. Nie było jasne czy pacjenci przewlekle leczeni lekami biologicznymi będą wytwarzać przeciwciała po kontakcie z wirusem i czy sama terapia nie niesie dla nich dodatkowego zagrożenia.

Materiały i Metodyka

Oznaczenie miana przeciwciał w surowicy metodą immunoenzymatyczną przeciwciał anti-SARS-COV-2 w klasie IgM+IgA oraz przeciwciał w klasie IgG.

Wyniki

Do badania zakwalifikowano 31 pacjentów. U 1 pacjenta nie stwierdzono przeciwciał, u 1 nie stwierdzono przeciwciał w klasie IgG, ale były obecne w klasie IgM. U pozostałych 29 pacjentów stwierdzono obecność przeciwciał.

Wnioski

Analiza wyników w zależności od wywiadu. Pomimo, że pacjenci negowali kontakt z wirusem i przechorowanie infekcji u większości pojawiły się przeciwciała ochronne. U badanych pacjentów terapia biologiczna nie upośledziła odpowiedzi immunologicznej.

Współautorzy

Anna Kozera

Klinika Dermatologiczna WIM-PIB

mgr Aleksandra Mazur

Zakład Transfuzjologii Klinicznej WIM-PIB

dr hab. n. med. Jolanta Korsak

Zakład Transfuzjologii Klinicznej WIM-PIB

plk prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Witold Owczarek

Klinika Dermatologiczna WIM-PiB



Wstęp

Według WHO co trzeci diagnozowany nowotwór to rak skóry. W tej grupie nowotworów czerniak odpowiada za zdecydowaną większość zgonów. Pomimo wdrożenia nowych schematów leczenia zaawansowanego czerniaka, w dalszym ciągu istotna pula pacjentów nie odpowiada na zastosowane leczenie, u części zaś rozwija się oporność na zastosowaną terapię, co podkreśla konieczność poszukiwania wciąż nowych rozwiązań.

Wieloletnie prace badawcze w modelu czerniaka prowadzone w Katedrze Histologii GUMed miały na celu ocenę modulacyjnego wpływu witaminy D, której plejotropowe właściwości przeciwnowotworowe są już szeroko poznane, i jej pochodnych na działanie leków przeciwnowotworowych stosowanych w różnych schematach terapii przeciwnowotworowej: klasycznej chemioterapii (dakarbazyne), terapii antyangiogennej (cedyranib) i terapii celowanej (inhibitor BRAF, wemurafenib). Przeprowadzone w liniach komórkowych czerniaka badania wykazały, że analogi witaminy D zwiększają skuteczność dakarbazyne, obniżając stężenie IC50 leku i promując różnicowanie komórek czerniaka. Wykazano również, że kalcytriol i kalcypotriol istotnie wzmacniają cytotoksyczne działanie antyangiogennej cedyranibu poprzez regulację ekspresji receptorowej kinazy tyrozynowej VEGFR2. Co więcej, również w komórkach czerniaka izolowanych bezpośrednio od pacjentów potwierdzono, że kalcytriol, poprzez modulację bioenergetyki mitochondriów, wzmacnia zarówno działanie cedyranibu, jak i wemurafenibu, inhibitora BRAF, w porównaniu z monoterapią. Obecnie trwają prace badawcze mające na celu ocenę wpływu witaminy D na komórki mikrośrodowiska czerniaka. Wyniki wstępne wykazały, że inkubacja komórek czerniaka z kalcytriolem prowadziła do zwiększonej aktywacji cytotoksycznych limfocytów T oraz obniżenia ekspresji PD-1, negatywnego regulatora odpowiedzi immunologicznej na tych komórkach.

Wyniki naszych wieloletnich badań sugerują korzyść kliniczną z zastosowania odpowiedniej suplementacji witaminą D u pacjentów z czerniakiem leczonych różnymi schematami terapii przeciwnowotworowej, w tym inhibitorami BRAF (wemurafenib) oraz immunoterapią nowej generacji (nivolumab, pembrolizumab).

Materiały i Metodyka

Wyniki

Wnioski

Współautorzy

Król Oliwia

Katedra i Zakład Biochemii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

Zaucha Renata

Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny



Wstęp

Trójwymiarowa analiza skóry z wykorzystaniem reflektancyjnej mikroskopii konfokalnej (RCM), wspomagana sztuczną inteligencją (AI) oraz oprogramowaniem IMARIS, stanowi przełom w nieinwazyjnej ocenie mikroarchitektury skóry. Połączenie obrazowania RCM o wysokiej rozdzielczości z automatyczną segmentacją komórek, struktur naskórka oraz komponentów zapalnych umożliwia ilościową charakterystykę patologii skóry z wysoką powtarzalnością wyników.

W niniejszym badaniu zintegrowane podejście RCM-AI-IMARIS zastosowano do trójwymiarowej rekonstrukcji oraz ilościowej oceny zmian skórnych reprezentujących różne spektra patologiczne: zakażenie nużeńcem (Demodex), raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) oraz czerniaka. Trójwymiarowe modele zmian związanych z obecnością Demodex ujawniły przestrzenną organizację roztoczy w obrębie mieszków włosowych, obecność towarzyszący nacieków zapalnych oraz umożliwiły określenie parametry morfometrycznych skóry właściwej. W przypadku raka podstawnokomórkowego uzyskane rekonstrukcje umożliwiły wizualizację zmian nowotworowych wraz z ich analizą ilościową. W czerniaku ocena obejmowała segmentację komórek atypowych, analizę ich rozmieszczenia przestrzennego oraz trójwymiarową charakterystykę stref przejściowych pomiędzy naskórkiem a skórą właściwą.

Zastosowanie zaawansowanych analiz trójwymiarowych pozwala na bardziej obiektywną i ilościową ocenę skóry w różnych jednostkach chorobowych, stanowiąc pomost między tradycyjną diagnostyką dermatologiczną a dermatopatologią cyfrową. Integracja RCM z algorytmami sztucznej inteligencji oraz narzędziami wizualizacji 3D toruje drogę do standaryzacji szybkiej i bezinwazyjnej analiz zmian skórnych w przebiegu różnych dermatoz oraz pogłębionego zrozumienia mikroarchitektury skóry in vivo. Projekt finansowany w ramach programu National User Access do węzła zaawansowanej mikroskopii świetlnej EuBI (Advanced Light Microscopy Node Poland).

Materiały i Metodyka

Wyniki

Wnioski

Współautorzy

M Sławińska; J Żółkiewicz

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny.



Wstęp

Dermoskopia stanowi obecnie niezbędne narzędzie w codziennej pracy dermatologa. Prócz diagnostyki nowotworów skóry, schorzeń dotyczących skóry owłosionej głowy i aparatu paznokciowego, metoda ma także znaczenie pomocnicze w diagnostyce infekcji pasożytniczych, a także zapalnych i alergicznych chorób skóry. Podczas wykładu zostanie przedstawione subiektywne spojrzenie na zastosowanie inflamoskopii w diagnostyce różnicowej schorzeń zapalnych skóry.

Materiały i Metodyka

Wyniki

Wnioski

Współautorzy



Wstęp

Dupilumab jest w pełni ludzkim przeciwciałem monoklonalnym IgG4 skierowanym przeciwko podjednostce α receptora IL4, hamującym przekazywanie sygnałów za pośrednictwem IL4/IL13

Materiały i Metodyka

Zarówno w badaniach klinicznych jak i badaniach RWE wykazano, że Dupilumab jest lekiem skutecznym oraz bezpiecznym, dlatego uważa się że podczas leczenia nie ma potrzeby monitorowania badań laboratoryjnych jednak przed leczeniem, po 16 tygodniach leczenia i następnie co 3 miesiące sugeruje się wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych (morfologia z rozmazem, ASPAT, ALAT, mocznik, kreatynina, CRP). Ponadto przed leczeniem zaleca się wykonanie EKG, RTG klatki piersiowej oraz u kobiet w wieku rozrodczym test ciążowy [1]. Bezpieczeństwo i skuteczność dupilumabu ustalono w randomizowanych badaniach, prowadzonych metodą podwójnie ślepej próby, kontrolowanych placebo u dorosłych i u dzieci powyżej 6 r.ż.[2,3,4]. Następnie badania rozszerzono na młodsze grupy wiekowe. Paller i wsp. wykazali skuteczność i bezpieczeństwo dupilumabu stosowanego w połączeniu z miejscowymi kortykosteroidami u dzieci w wieku 6 miesięcy do 5 lat [5]. Eichenfield i współpracownicy wykazali że dupilumab nie zwiększa ryzyka ciężkich zakażeń w tym zakażeń skóry innych niż opryszczka [6]. W Polsce lek do leczenia atopowego zapalenia skóry został wprowadzony w ramach programu lekowego B.124 początkowo u osób w wieku ≥ 18 lat, w listopadzie 2022 dupilumab dopuszczono do leczenia u dzieci od 6 r.ż a od stycznia 2025 u dzieci od 6 m. ż. W Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UCK w Gdańsku od 1.04.2022 roku do 31.12.2025 roku leczono 108 osób. W grupie osób leczonych w ramach programu B.124 było: 50 dzieci i młodzieży od 6 miesięcy do 18-go roku życia roku życia i 58 osób dorosłych. W grupie osób leczonych w ramach programu było 43 osób płci żeńskiej i 65 osób płci męskiej. Czas obserwacji osób leczonych wynosił od 4 do 132 tygodni. U 17 osób leczenie przerwano z powodu nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie (zmiana leku). W jednym przypadku leczenie przerwano z powodu powtarzających się bólów głowy w dniu oraz dzień po iniekcji W trakcie obserwacji obserwowano poprawę stanu skóry. Największą poprawę obserwowano między tygodniem 0 a tygodniem 4 tym (56%) a następnie między tygodniem 0 a tygodniem 16 (71%). Lek był bezpieczny, najczęstszym działaniem niepożądanym było zapalenie spojówek. Dodatkowo przeanalizowano skuteczność i bezpieczeństwo stosowania dupilumabu w grupie dzieci od 6-go miesiąca do 18-go roku życia. Po 16 tygodniach leczenia uzyskano 69% poprawy EASI. Poprawa utrzymywała się na tym samym poziomie po 28 tygodniach leczenia. Obserwowano także poprawę cDLQI. Spośród działań niepożądanych obserwowano także przejściową eozynofilię i neutropenię

Wyniki

Dupilumab jest pierwszym lekiem biologicznym dopuszczonym do leczenia AZS w Polsce. Wiosną 2021 roku w ramach programu B.124 „Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry”, dupilumab został wprowadzony do leczenia AZS o ciężkim przebiegu u osób dorosłych, w listopadzie 2021 został wprowadzony u dzieci od 6-go roku życia, a od 1.01.2025 u pacjentów od 6-go miesiąca życia, którzy wymagają leczenia ogólnego

Wnioski

Dupilumab stanowi nową opcję leczenia atopowego zapalenia skóry

Jest on lekiem skutecznym i bezpiecznym stanowiąc duży postęp w leczeniu tej choroby i przyczyniając się do poprawy jakości życia pacjentów PIŚMIENNICTWO

1. Charakterystyka produktu leczniczego (Dupixent 300mg). Data wydania pierwszego zezwolenia 26 września 2017. Numer pozwoleń na dopuszczenie do obrotu EU/1/17/1229/009 -016
2. Paller A.S., Bansal A., Simpson E. et al. Clinically Meaningful Responses to Dupilumab in Adolescents with Uncontrolled Moderate to Severe Atopic Dermatitis: Post hoc Analyses from a Randomized Clinical Trial . Am J. Clin. Dermatol. (2020) 21:119–131.
3. Cork M.J., Thaci D., Eichenfield L.F. et al. Dupilumab provides favourable long-term safety and efficacy in children aged ≥ 6 to < 12 years with uncontrolled severe atopic dermatitis: results from an open-label phase IIa study and subsequent phase III open-label extension study. Br. J. Dermatol. (2021) 184, pp857–870
4. Thibodeaux Q., Smith M.P., Ly K. et al. A review of dupilumab in the treatment of atopic diseases . HUMAN VACCINES & IMMUNOTHERAPEUTICS 2019, VOL. 15, NO. 9, 2129–2139
5. Paller A.S., Pinter A., Lee L.W. et al. Efficacy and safety of Dupilumab Treatment with Concomitant Topical Corticosteroids in Children Aged 6 Months to 5 Years with Severe Atopic Dermatitis. Adv Ther (2024)41:1046–1061
6. Eichenfield L. F., Bieber T., Beck LA Infections in Dupilumab Clinical Trials in Atopic Dermatitis: A Comprehensive Pooled Analysis. Am. J. of Clin.Dermatol (2019) 20:443–456



Wstęp

W świetle Biblii wyjątkowa natura człowieka oraz historyczne uwarunkowania środowiska jego życia, rozwoju i działalności są darem Boga. Bóg obdarowuje człowieka z miłości, pragnąc jego szczęścia, które w perspektywie całej Biblii oznacza zbawienie wieczne.

Księga Rodzaju w rozdziałach 12–25 prezentuje się jako zbiór opowiadań tworzących tzw. cykl Abrahama. Narracje tego cyklu koncentrują się wokół doświadczeń wiary Abrahama, a przede wszystkim wokół złożonej mu przez Boga obietnicy ziemi, potomstwa oraz błogosławieństwa dla narodów. Obietnica ta była darem, na który Abraham miał odpowiedzieć wiarą i posłuszeństwem.

Według Rdz 22,1–19 wiara i posłuszeństwo Abrahama zostały poddane próbie, gdy Bóg polecił mu złożyć w ofierze jedynego syna, Izaaka. Abraham okazał wobec Boga bojaźń i posłuszeństwo, rozumiejąc Boży dar obietnicy jako „czysty dar”. Ostatecznie nie musiał się go wyrzec – obietnica pozostała w mocy [1–6].

Następstwem oraz zasadniczą konkluzją przedstawionych w wystąpieniu refleksji egzegetycznych będzie odniesienie koncepcji daru, dostrzeżonej w Rdz 22,1–19, do rzeczywistości medyków. Zdolności umożliwiające zgłębianie wiedzy medycznej i jej wykorzystywanie w praktyce lekarskiej, a także odpowiednie warunki wykonywania zawodu medycznego, są Bożym darem udzielonym w konkretnym celu. Kluczowe jest rozpoznanie i uznanie woli Dawcy. Wykorzystanie daru zgodnie z tą wolą, w służbie uszczęśliwiania ludzi, gwarantuje satysfakcję medyka płynącą z Bożego daru. Jest to wówczas – jak w przypadku Abrahama – „oddanie” daru z wiarą, że od Boga zostanie on ponownie otrzymany.

Materiały i Metodyka

Wyniki

Wnioski

Piśmiennictwo

1. Schmid K., Die Rückgabe der Verheißungsgabe. Der »heils geschichtliche« Sinn von Gen 22 im Horizont innerbiblischer Exegese, [w:] red. Witte M., Gott und Mensch im Dialog. Festschrift für Otto Kaiser zum 80. Geburtstag (Beihefte zur Zeitschrift für die alttestamentliche Wissenschaft; 345/1), Berlin–New York, De Gruyter, 2004: 271–300.
2. Ska J.L., Genesis 22: What Question Should We Ask the Text? *Biblica* 2013; 94/2:257–267.
3. Morschauer S.N., 'Seeing You Have Not Withheld Your Son': An Overlooked Motif in Genesis 22? *Journal for the Study of the Old Testament* 2021; 45/3:388–406.
4. Lyons M.A., The Aqedah as 'template'? Genesis 22 and 1 Kings 17–18. *Journal for the Study of the Old Testament* 2021; 46/2:161–176.
5. Levin C., Die Prüfung Abrahams (Genesis 22) und ihre innerbiblischen Bezüge. *Zeitschrift für Theologie und Kirche* 2021; 118:397–421.
6. Fischer G., The Testing of Abraham in Genesis 22 and the Testing of Job. *Acta Theologica* 2024; 44/37:35–55.

Współautorzy



Wstęp

Liszaj płaski mieszkowy (Lichen Planopilaris, LPP) jest przewlekłą, bliznowaciejącą chorobą skóry owłosionej głowy, której często towarzyszą uciążliwe dolegliwości subiektywne: ból, pieczenie, dysestezja. Leczenie dolegliwości bólowych w LPP jest wyzwaniem także w związku z równoległe prowadzonym leczeniem miejscowym.

Opis Przypadku: Prezentujemy przypadek 45-letniej pacjentki z rozpoznaniem na podstawie obrazu charakterystycznego obrazu trichoskopowego LPP i dominującym objawem klinicznym pod postacią ciężkiej, odpornej trichodynii, uniemożliwiającej sen.

Leczenie przed wizytą w naszym ośrodku rozpoczęto miejscowo pianką z klobetazolem. Pacjentka zgłosiła się do naszego ośrodka po 2 tygodniach leczenia, jednak terapią tą nie tylko nie uzyskano poprawy, ale pojawiło się nasilenie pieczenia.

Włączono pielęgnacyjne preparaty miejscowe z pantenolem i niacynamidem oraz objawowo żel z mentolem i anestetyką. Terapia ta pozwalała na sen, zapewniając ulgę na ok. 2–4 godziny, ale nie rozwiązywała problemu przyczynowo. Dołączono wówczas ponownie miejscowy klobetazon w piance

W poradni leczenia bólu zaproponowano terapię kannabinoidami. Miesiąc stosowania tej terapii przyniósł niewielką poprawę, ale pacjentka nadal wymagała objawowego leczenia miejscowego, aby przespać noc.

Zdecydowano o włączeniu Naltreksonu w Niskiej Dawce (LDN) w dawce 5 mg dziennie, uzyskując stopniową redukcję dolegliwości bólowych w ciągu kolejnych tygodni. Pełne ustąpienie dolegliwości pod postacią pieczenia skóry głowy, umożliwiające pacjentce sen bez interwencji objawowej, nastąpiło po około 9 tygodniach leczenia LDN.

Materiały i Metodyka

Wyniki

Wnioski

Przypadek ten podkreśla trudności w leczeniu trichodynii towarzyszącej LPP, zwłaszcza w obliczu oporności na standardową terapię miejscową oraz brak skuteczności lub niewystarczającą skuteczność leków takich jak kannabinoidy. Naltrekson w niskiej dawce (LDN) może być wysoce efektywną opcją terapeutyczną w opanowaniu ciężkich, subiektywnych dolegliwości bólowych (trichodynii) u pacjentki z LPP, i może być on cennym uzupełnieniem schematów terapeutycznych w tej grupie chorych.

Współautorzy



Wstęp

W 1988 roku zapadalność na kiłę na Białorusi wynosiła 1,4 przypadku na 100000 mieszkańców. W 1996 roku zapadalność wzrosła 150-krotnie, do 209,7 przypadków na 100000 mieszkańców. Następnie, aż do 2019 roku, obserwowano stały spadek (4,3 przypadku na 100000 mieszkańców). W latach 2020–2023 zapadalność wzrosła do 12,1 przypadków, a w 2024 roku odnotowano 7,3 przypadków na 100000 mieszkańców.

Pomimo ogólnej tendencji spadkowej zapadalności na kiłę w latach 1996–2024, obserwuje się wyraźny spadek zachorowań na formy wczesne i wzrost – na formy późne. Odsetek wczesnych postaci kiły w 1996 r. wynosił 99,9%, a w ostatnich latach – zaledwie 16,3–21,4%. Kiła wczesna utajona była dominującą wczesną postacią kiły od 2003 r. do chwili obecnej. Odsetek późnych postaci kiły zwiększa się od 1996 roku i w latach 2023–2024 wynosił 78,6–83,7%.

Ogółem w szczytowym okresie zachorowań utajone postacie kiły wykryto u 24% chorych, a w latach 2023–2024 u 90,6–92,5% chorych.

W latach 1996–2024 obserwowano niewielkie wahania płci, z niewielką przewagą mężczyzn. W 1996 roku 49% chorych stanowili mężczyźni, a 51% kobiety; w 2024 roku wartości te wynosiły odpowiednio 57% i 43%. Warto jednak zauważyć, że w 2024 roku zaledwie 20% pacjentów z rozpoznaniem kiły o wczesnym początku stanowiły kobiety, a 80% mężczyźni (3,9-krotna przewaga). W 1996 roku wśród chorych na kiłę pacjenci w wieku 0–14 lat stanowili 0,7%, 15–17 lat – 4,2%, 18–19 lat – 8,2%, 20–29 lat – 47,1%, 30–39 lat – 24,7%, 40 lat i starsi – 15,1%. W latach 1996–2004 nie odnotowano gwałtownych wahań. Zapadalność na kiłę w grupach wiekowych 0–14 lat, 15–17 lat i 18–19 lat w latach 2004–2024 była dość niska, stabilna z ogólną tendencją spadkową, a ich udział nie przekraczał 6,8% (18–19 lat w 2005 r.). Do 2009 r. w strukturze zapadalności dominowali pacjenci w wieku 20–29 lat, ale do 2024 r. ich udział spadł do 8,8%. W latach 1996–2014 odsetek pacjentów z kiłą w wieku 30–39 lat wzrósł do 32,3% (1,3-krotnie), a następnie do 2024 r. spadł do 13,0%. Od 2010 r. dominującymi pacjentami w strukturze zapadalności są pacjenci w wieku 40 lat i starsi, stanowiąc w ostatnich latach 77,0–79,0%. W 1996 r. zarejestrowano 13 przypadków kiły wrodzonej. Od 2011 roku na Białorusi nie odnotowano żadnego przypadku kiły wrodzonej. Charakterystyka kiły na Białorusi na tle zmieniających się warunków epidemiologicznych w latach 1996–2024 przedstawia się następująco:

– przewaga postaci utajonych kiły nad postaciami jawnymi, co zmniejsza prawdopodobieństwo wczesnego poszukiwania pomocy medycznej i znacznie utrudnia diagnostykę;

– spadek odsetka postaci wczesnych kiły przy jednoczesnym wzroście odsetka postaci późnych i pozostałych;

– niska, stabilna zapadalność na kiłę z ogólną tendencją spadkową w grupach wiekowych 0–14, 15–17 i 18–19 lat; spadek odsetka pacjentów w wieku 20–29 lat (5,4-krotnie), 30–39 lat (1,9-krotnie) oraz znaczny wzrost w grupie wiekowej 40 lat i starszych (5,2-krotnie);

– problemy organizacji leczenia w sytuacji braku dostępności penicyliny benzatynowej.

Wyniki

Wnioski

Współautorzy



Wstęp

Trichoskopia to nieinwazyjna metoda obrazowania skóry owłosionej, która stanowi istotne narzędzie w diagnostyce zaburzeń dotyczących włosów oraz zmian w obrębie skalpu, monitorowaniu postępów leczenia oraz prognozowaniu odrostu włosów u pacjentów leczonych z powodu różnych rodzajów łysienia. Podczas prezentacji zostaną przedstawione trzy przypadki pacjentów diagnozowanych z powodu nieprawidłowości dotyczących włosów i skóry owłosionej głowy wraz z obrazami trichoskopowymi.

Materiały i Metodyka

Wyniki

Wnioski

Współautorzy

J. Żółkiewicz, M. Sławińska

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku



5 - 7 lutego 2026 • Gdańsk

**22. Multidyscyplinarna Akademia
Dermatologii i Alergologii**

Morze inspiracji śladami Jana Heweliusza

Refleksyjna mikroskopia konfokalna (ang. reflectance confocal microscopy; RCM) jest nowoczesną, nieinwazyjną techniką obrazowania, umożliwiającą dynamiczną wizualizację struktur skóry in vivo z rozdzielczością zbliżoną do badania histopatologicznego. Metoda ta pozwala na ocenę morfologii pojedynczych komórek oraz mikroarchitektury naskórka i powierzchniowych warstw skóry właściwej w czasie rzeczywistym.

Wypełniając istotną lukę pomiędzy dermoskopią a złotym standardem diagnostycznym - badaniem histopatologicznym, RCM bywa określana mianem „wirtualnej biopsji”. Potwierdzają to dane z badań, w których wykazano, że implementacja RCM pozwala na zwiększenie swoistości rozpoznania nowotworów melanocytarnych względem badania dermoskopowego o około 30%. Jednocześnie zastosowanie RCM nie ogranicza się wyłącznie do diagnostyki, lecz obejmuje również m. in. monitorowanie przebiegu choroby oraz ocenę skuteczności leczenia w różnych jednostkach dermatologicznych.

W trakcie prezentacji, na podstawie wybranych przypadków klinicznych, zostaną omówione praktyczne aspekty RCM w codziennej praktyce dermatologicznej. Przedstawione zostaną przykłady zastosowania RCM zarówno w procesie diagnostycznym, jak i w monitorowaniu odpowiedzi na leczenie, podkreślając jej rolę jako narzędzia wspomagającego podejmowanie decyzji klinicznych.