

7. Akademia Dermatologii i Alergologii Słupsk – Ustka 2011

Program i streszczenia referatów

Redaktor Naukowy:

Roman Nowicki

Kraków 2011

DIASeries: Dermato-Immuno-Allergo Series, Volume 3
ISSN 2080-8224; www.diaseries.eu
Redaktor Serii: Radosław Śpiewak

ISBN: 978-83-929579-2-8
Instytut Dermatologii sp. z o. o.
www.InstytutDermatologii.pl
Kraków 2011

Projekt okładki: Robert Chmura, www.doutdes.com.pl
Redakcja techniczna: Radosław Śpiewak

Printed in Poland by Eikon Plus, Kraków

All rights reserved
Graphics and layout: © Instytut Dermatologii sp. z o. o.
Text: © The respective authors

Wykluczenie odpowiedzialności: Autorzy i redakcja niniejszego opracowania dołożyli wszelkich starań, aby opublikowane informacje były zgodne z najnowszym stanem wiedzy w chwili pisania. Jednak codziennie dokonywane są nowe odkrycia naukowe, a regulacje prawne ulegają zmianom. Dlatego autorzy i redaktorzy wykluczają jakąkolwiek roszczenia z tytułu szkód pośrednio lub bezpośrednio wynikających z zastosowania informacji zawartych w niniejszym wydawnictwie. Korzystając z informacji zawsze należy konfrontować je z innymi źródłami wiedzy.

Uwaga: Niniejsza publikacja przeznaczona jest dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r.



Szanowni Państwo, Drodzy Przyjaciele,

W imieniu Organizatorów **7. Akademii Dermatologii i Alergologii (7.ADA)**: Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Oddziału Pediatrycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku mam zaszczyt

i przyjemność powitać Państwa w Słupsku i Ustce na naszym dorocznym spotkaniu organizowanym z okazji XIX. Światowego Dnia Chorego, pod Honorowym Patronatem:

- J. E. Ks. Abp Zygmunta Zimowskiego - przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Ludzi Chorych,
- J. E. Ks. Bp Edwarda Dajczaka - biskupa Koszalińsko-Kołobrzeskiego,
- J. M. Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Janusza Morysia,
- J. M. Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi prof. dr hab. Pawła Górskiego,
- Prezydenta Miasta Słupska mgr Macieja Kobylińskiego,
- Burmistrza Miasta Ustki dr Jana Olecha,
- Starosty Słupskiego mgr Sławomira Ziemanowicza,
- Prezydenta Polskiego Towarzystwa Alergologicznego prof. dr hab. Barbary Rogali,
- Prezydenta Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich dr Konstantego Radziwiła,
- Krajowego Konsultanta ds. Dermatologii prof. dr hab. Andrzeja Kaszuby,
- Krajowego Konsultanta ds. Alergologii prof. dr hab. Jerzego Kruszeńskiego.

Jak na Światowy Dzień Chorego przystało, szczególnie gorąco witamy naszych Gości ze świata: Serdecznie witamy licznych przedstawicieli dermatologii i Ministerstwa Zdrowia Białorusi. Gościem specjalnym 7.ADA jest światowej sławy wybitny dermatolog i mikolog z Goeteborga, prof. Jan Faergemann.

7. ADA adresowana jest głównie do alergologów, dermatologów, pediatrów, lekarzy rodzinnych i wszystkich lekarzy, którzy w swojej praktyce spotykają się z problemami suchej skóry

oraz dermatozami alergicznymi i pragną uaktualnić swoją wiedzę na temat ich leczenia. Głównymi celami ustanowionego przez Jana Pawła II Światowego Dnia Chorego jest zapewnienie chorym najlepszej opieki, a także ich dowartościowanie w sferze ludzkiej i duchowej. Przygotowaliśmy dla Państwa 13 sesji tematycznych, podczas których najwybitniejsi eksperci z różnych dziedzin medycyny, farmakologii i psychologii klinicznej w sposób przystępny i zgodny z zasadami EBM zaprezentują najnowsze doniesienia dotyczące leczenia chorób alergicznych skóry i astmy. Uczestnicy 7. ADA otrzymują 27 punktów edukacyjnych.

Bardzo dziękuję Firmom: Astellas, AZ, Cerko, DermaSilk, Marinex, MSD, Nepentes, Oceanic, Stiefel-GSK, UCB, Ziaja i Zentiva za obecność i pomoc w organizacji tego spotkania. Dziękuję również naszym patronom medialnym: czasopismom: Alergia Astma Immunologia, Lekarz i Puls Medycyny, a także Portalowi Lekarzy Alergologów **alergologia.org**.

Życzę Państwu owocnych obrad
oraz miłego pobytu nad Bałtykiem.

Roman Nowicki
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego 7.ADA
Przewodniczący Sekcji Dermatologicznej PTA

Imprezy towarzyszące

7. Akademii Dermatologii i Alergologii

Czwartek 10. lutego 2011

19:00-20:30 Koncert inauguracyjny

20:30 Cocktail powitalny

Filharmonia Słupska, *dress code: smart casual*.

Piątek 11. lutego 2011

6:30-7:30 *Nordic walking*

Zapisy przyjmuje recepcja OWK JANTAR. *Nordic walking* to marsz wzbogacony o uruchomienie obręczy barkowej poprzez użycie kijków specjalnej konstrukcji, stanowi syntezę chodu sportowego z techniką jazdy na nartach biegowych. Wysiłek taki angażuje w sposób wszechstronny różne grupy mięśniowe. Z uwagi na swoją prostotę i łatwość w wykonaniu może być on wykonywany przez osoby w różnym wieku, będące w różnej kondycji fizycznej. Użycie specjalnych uchwytów kijków treningowych pozwala odciążać stawy kręgosłupa oraz kolanowe, co dla wielu osób może mieć duże znaczenie. Wszystko to razem sprawia, że *nordic walking* to atrakcyjna, coraz bardziej modna w świecie forma ruchu, której dodatkową zaletą jest potencjalna zdolność integracji całej rodziny wokół tak pożądanej działalności prozdrowotnej. Lekarze, poza dbaniem o własne zdrowie powinni świecić przykładem w tym zakresie.

10:00-18:00 Tawerna Rybna „Złota Podkowa”, Ustka Port, ul. Marynarki Polskiej 64D, tel. 601 829 979. Specjalne ryby dla Uczestników 7.ADA, dania gorące z ryb wędzonych.

20:30 Zapraszamy na Biesiadę Rybną i szanty w OWK Jantar.

Sobota 13. lutego 2011

6:30-7:30 *Nordic walking*.

10:00-18:00 Tawerna Rybna „Złota Podkowa”, Ustka Port, ul. Marynarki Polskiej 64D, tel. 601 829 979. Specjalne ryby dla Uczestników 7.ADA, dania gorące z ryb wędzonych.

20:30 Wieczór towarzyski w OWK Jantar.

Biuro i recepcja: rejestracja, noclegi, wyżywienie, wieczory towarzyskie (piątek, sobota), udział w *nordic walking*, przejazd autokarowy do Słupska na uroczystość inauguracji 7ADA, certyfikaty – zgłoszenia indywidualne w recepcji OWK JANTAR w Ustce ul. Wczasowa 14 www.jantar.ustka.pl kom. 603-18-28-28, tel. 59 814 40 93 fax 59 814 42 87

Prezentacje: przygotowaną i podpisaną prezentację należy oddać do stanowiska obsługi technicznej najpóźniej na godzinę przed rozpoczęciem sesji.

TAXI: NORD 606-649-755, 668-307-753; RONDO 504-851-011

Uwaga:

We wszystkich obiektach 7.ADA obowiązuje całkowity zakaz palenia!

Podczas obrad obowiązuje bezwzględny zakaz używania telefonów komórkowych!

Rada Naukowa
7. Akademii Dermatologii i Alergologii

prof. Roman Nowicki – Przewodniczący

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

doc. Elżbieta Adamkiewicz-Drożyńska

*Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii
i Endokrynologii, Gdański Uniwersytet Medyczny*

doc. Dimitrii Chvorik

Kierownik Kliniki Dermatologicznej w Grodnie

prof. Włodzimierz Daszkiewicz

Kierownik Kliniki Dermatologicznej w Witebsku

prof. Maria Dudziak

*Kierownik Zakładu Diagnostyki Chorób Serca,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

prof. Jan Faergemann

Kierownik Kliniki Dermatologicznej w Goeteborgu

prof. Andrzej M. Fal

*Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii CSK MSWiA,
Kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Zakładu Alergologii,
Akademia Medyczna we Wrocławiu*

prof. Paweł Górski

Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. Iwona Grzelewska-Rzymowska

Instytut Medycyny Wewnętrznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. Arkadiusz Jawień

*Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Collegium Medicum w Bydgoszczy*

prof. Roman Kaliszan

*Kierownik Katedry Biofarmacji i Farmakodynamiki,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

prof. Barbara Kamińska

*Prorektor ds. Studenckich,
Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii,
Hepatologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny*

doc. Wojciech Kamysz

*Kierownik Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

prof. Marta Kieć-Świerczyńska

*Ośrodek Alergii Zawodowej i Środowiskowej,
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi*

prof. Cezary Kowalewski

*Kierownik Pracowni Mikroskopii Konfokalnej Kliniki
Dermatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny*

prof. Jerzy Kruszewski

Krajowy Konsultant ds. Alergologii

prof. Aleksander Łukjanow

*Kierownik Katedry Dermatologii Uniwersytetu Medycznego
w Mińsku, Główny Specjalista Dermatowenerolog Ministerstwa
Ochrony Zdrowia Białorusi*

prof. Mikołaj Majkowicz

*Kierownik Zakładu Badań nad Jakością Życia,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

prof. Romuald Maleszka

*Kierownik Kliniki Dermatologicznej,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie*

prof. Romuald Olszański

*Kierownik Zakładu Medycyny Morskiej,
Wojskowy Instytut Medyczny w Gdyni*

prof. Bernard Panaszek

*Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Geriatrii
i Alergologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu*

prof. Rafał Pawliczak

*Kierownik Katedry Alergologii, Immunologii i Dermatologii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

prof. Ryszard Pawłowski

*Katedra i Zakład Medycyny Sądowej,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

prof. Barbara Rogala

Prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego

prof. Zenon Siergiejko

*Kierownik Pracowni Diagnostyki Układu Oddechowego
i Bronchoskopii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

prof. Małgorzata Sznitowska

*Prorektor ds. Nauki,
Kierownik Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

prof. Krzysztof Sworczak

*Kierownik Kliniki Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych,
Gdański Uniwersytet Medyczny*

doc. Andrzej Szpakow

*Kierownik Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji,
Dziekan ds. Nauki Uniwersytetu Państwowego im. Janki Kupały
w Grodnie*

doc. Radosław Śpiewak

*Kierownik Zakładu Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii,
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie*

doc. Katarzyna Woźniak

Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. Zbigniew Zdrojewski

*Prorektor ds. Klinicznych,
kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej
i Geriatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny*

doc. Michał Żmijewski

Katedra i Zakład Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

EAACI Summer School *Dermatitis&Eczema* w Krakowie

W dniach 20 i 21 stycznia odwiedziła Kraków **Siadjana Scepan** (na zdjęciu) - menedżer ds. edukacji i specjalizacji EAACI, która spotkała się z przedstawicielami Komitetu Organizacyjnego w celu ustalenia szczegółów letniej szkoły alergologii EAACI.



Z radością możemy już dziś Państwa poinformować, że decyzja zapadła: **w dniach 18-21 sierpnia 2011 roku odbędzie się w hotelu Chopin w Krakowie EAACI Summer Allergy School "Dermatitis&Eczema".**

Swój udział potwierdzili wybitni międzynarodowi eksperci z dziedziny alergicznych chorób skóry: **Peter Schmid-Grendelmeier** (Szwajcaria, sekretarz Sekcji Dermatologicznej EAACI, Komitet Organizacyjny), **Arnold Oranje** (Holandia, Komitet Organizacyjny), **Clive Grattan** (Wielka Brytania), **Antti Lauerman** (Finlandia), **Flora de Waard-van der Spek** (Holandia), **Vera Mahler** (Niemcy), **Jean-Francois Nicolas** (Francja). Polskie środowisko alergologiczne reprezentować będą: **Roman Nowicki** (Gdańsk, przewodniczący Sekcji Dermatologicznej PTA), **Anna Zalewska-Janowska** (Łódź), **Cezary Kowalewski** (Warszawa), **Radosław Śpiewak** (Kraków, Komitet Organizacyjny, na zdjęciu) oraz niżej podpisana.

Wszystkich zainteresowanych zachęcamy do udziału w tym wyjątkowym wydarzeniu. O programie i rekrutacji na *EAACI Summer School* w Krakowie będziemy informować Państwa z pierwszej ręki za pośrednictwem Portalu Lekarzy Alergologów **alergologia.org**

Agnieszka Doryńska

Komitet Organizacyjny (EAACI Junior Member Association representative)

*Sekretarz redakcji **alergologia.org***

Środa/Wednesday 9.02.2011, 14:00-19:30

Kurs „Choroby alergiczne skóry – podstawy diagnostyki i leczenia”, część 1

Miejsce: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

13:45-14:00	Rejestracja. Powitanie uczestników kursu	R. Nowicki
14:00-14:45	Bariera naskórkowa w alergicznych chorobach skóry	C. Kowalewski
14:45-15:30	Rola infekcji w chorobach alergicznych skóry	R. Nowicki
15:30-16:15	Diagnostyka alergicznych chorób skóry	R. Śpiewak
16:15-17:00	Atopowe zapalenie skóry – patogeneza i rozpoznawanie	A. Wilkowska
17:00-17:45	Leczenie atopowego zapalenia skóry	R. Nowicki
17:45-18:30	Pokrzywki ostre i przewlekłe. Obrzęk naczynioruchowy	E. Suchanek
18:30-19:15	Alergiczne zapalenie naczyń	M. Trzeciak

Czwartek/Thursday 10.02.2011, 8:00-13:00

Kurs „Choroby alergiczne skóry – podstawy diagnostyki i leczenia”, część 2

Miejsce: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

08:00-08:45	Niepożądane odczyny polekowe	E. Suchanek
08:45-10:15	Choroby zawodowe skóry	M. Kieć-Świerczyńska
10:15-11:00	Fotodermatozy alergiczne i niealergiczne – rozpoznawanie i różnicowanie	R. Śpiewak
11:00-12:30	Wyprysk kontaktowy alergiczny i niealergiczny	R. Śpiewak
12:30-13:00	Testowy sprawdzian nabytych wiadomości. Zakończenie kursu, wręczenie certyfikatów	R. Nowicki

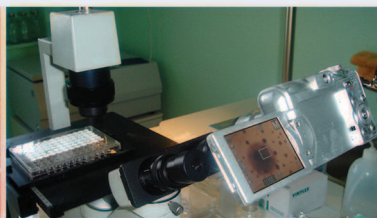
medukacja.biz

medyczna edukacja



Praktyczne kursy:
dermatologia
alergologia
immunologia
kosmetologia
i inne...

Ponad 200 zadowolonych uczestników rocznie!



Sprawdź naszą ofertę na

www.medukacja.biz

Czwartek/Thursday 10.02.2011, 16:30-21:45

Inauguracja 7. Akademii Dermatologii i Alergologii

Opening Ceremony of the 7th Academy of Dermatology and Allergology

Miejsce/Venue: Filharmonia Słupska, ul. Jana Pawła II 3, Słupsk

Uroczystość inauguracji 7. ADA

16:30-16:45 Powitanie R. Nowicki

16:45-17:30 Wystąpienia powitalne Patronów i Gości 7.ADA R. Nowicki

Sesja I Sesja inauguracyjna

17:30-18:00 Niewydolność krążenia żylnego jako problem interdyscyplinarny A. Jawień

18:00-18:30 Rzadkie, „dziwne” choroby, o których zawsze chciałeś wiedzieć, a nie miałeś czasu przeczytać... K. Sworczak 39

18:30-19:00 Dyskusja

19:00-20:30 Koncert inauguracyjny

Orkiestra Polskiej Filharmonii *Sinfonia Baltica* pod batutą Bohdana Jaromłowicza

20:30-21:45 **Cocktail powitalny**

Pierwsze
wodo-
odpor-
ne
testy
płat-
kowe



IQ Ultimate®

www.chemotechnique.pl

Piątek/*Friday* 11.02.2011, 6:30-9:45

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

6:30-7:30 *Nordic walking*

**Sesja II Ciekawe przypadki kliniczne
/ *Case presentations***

Prowadzący/*Chair*:

C. Kowalewski, K. Woźniak

7:50-8:00	<i>Acanthoma clarocellulare</i> (ACC)	P. Brzeziński	39
8:00-8:07	Akropigmentacja Dohiego	P. Brzeziński	40
8:07-8:15	Ciekawe przypadki z Koszalina	G. Mrożek-Melka	
8:15-8:25	Linijna IgA dermatoza pęcherzowa u 4- letniego chłopca	O. Komorowska	40
8:25-8:35	Świerzb u niemowlęcia z AZS	J. Zaryczański	40
8:35-8:45	<i>Dermatitis artefacta</i>	D. Kozicka	40
8:45-8:55	Choroby skóry związane z letnim wypoczynkiem nad wodą	A. Owczarczyk-Saczonek	41
8:55-9:05	<i>Pyoderma gangrenosum</i>	H. Ługowska-Umer	41
9:05-9:20	Histiocytoza – choroba nie tylko skóry o zróżnicowanym obrazie klinicznym	E. Adamkiewicz-Drożyńska	42
9:20-9:35	Uogólniona skórna mastocytoza – analiza kliniczna 8 przypadków własnych	M. Lange	42
9:35-9:45	Dyskusja		



CHEMOTECHNIQUE DIAGNOSTICS

Największy wybór substancji do diagnostyki alergii kontaktowej

Ponad 500 substancji testowych takich jak: metale, substancje zapachowe, leki, kosmetyki, konserwanty, tworzywa sztuczne, materiały dentystyczne i inne.



Ponad 30 serii diagnostycznych takich jak: fryzjerska, dentystyczne, kosmetyki, tworzywa sztuczne i inne.

chemotechnique.pl

Wyłączny przedstawiciel na terenie Polski:
Instytut Dermatologii Sp. z o.o.
ul.. Władysława Łokietka 294 A,
31-334 Kraków

Informacja i składanie zamówień
tel/fax: 12 416 62 62
email: biuro@chemotechnique.pl
www.chemotechnique.pl

Piątek/*Friday* 11.02.2011, 9:45-11:30

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

Sesja III **Co nowego w dermatologii?** / *What is new in dermatology?*

Prowadzący/*Chair:*

W. Adaszkiewicz, C. Kowalewski

9:45-10:10 ***Special Guest Lecture: The role of Malassezia in skin diseases*** J. Faergemann 43

Wykład Specjalny 7.ADA:

Rola grzybów *Malassezia* w etiologii chorób skóry

10:10-10:30 *Erythroderma: clinical forms, diagnosis and treatment* W. Adaszkiewicz 44

Erytrodermia - klinika, diagnostyka i terapia

10:30-10:45 Chłoniaki pierwotnie skórne – problem interdyscyplinarny M. Sokołowska–Wojdyło 45

10:45-11:00 Terapia proaktywna w leczeniu AZS M. Trzeciak 46

11:00-11:15 Leki biologiczne w leczeniu alergicznych chorób skóry A. Wilkowska

11:15-11:30 Dyskusja



CHEMOTECHNIQUE DIAGNOSTICS

NOWOŚĆ!

POLSKA SERIA PODSTAWOWA



Stanowi rozszerzenie Europejskiej Serii Podstawowej o dwie ważne z punktu widzenia epidemiologii alergii kontaktowej w Polsce substancje:

propolis i pallad.

Jest odpowiedzią na aktualną sytuację alergoepidemiologiczną w Polsce.

Liczba substancji w zestawie: 30 Symbol katalogowy: POL-1000

Przy prawidłowej aplikacji wystarcza na wykonanie testów u 250 osób.

chemotechnique.pl

Wyłączny przedstawiciel na terenie Polski:
Instytut Dermatologii Sp. z o.o.
ul.. Władysława Łokietka 294 A,
31-334 Kraków

Informacja i składanie zamówień
tel/fax: 12 416 62 62
email: biuro@chemotechnique.pl
www.chemotechnique.pl

Piątek/*Friday* 11.02.2011, 11:30-13:00

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

**Sesja IV Dermatologia we współczesnej
medycynie / *Dermatology in modern
medicine***

Prowadzący/*Chair*:

R. Olszański, Z. Zdrojewski

11:30-11:45	Choroby sercowo-naczyniowe i metaboliczne u pacjentów z łuszczycą	O. Komorowska	46
11:45-12:00	Wędrująca larwa skórna – problem nie tylko dermatologiczny	R. Olszański	47
12:00-12:20	Wtórna amyloidozą AA – nadal ważny problem interdyscyplinarny	Z. Zdrojewski	48
12:20-12:35	Piękno bez skalpela: nowoczesne techniki walki z oznakami starzenia	A. Wroński	48
12:35-12:50	Teledermatologia - przegląd zasobów internetowych	P. Brzeziński	49
12:50-13:00	Dyskusja		



CHEMOTECHNIQUE DIAGNOSTICS

Komory do testów płatkowych

Komory IQ Ultimate

Jedynie na rynku wodoszczelne komory do testów płatkowych!

Miękkie, wykonane z delikatnej pianki umieszczone na wodoszczelnej, przezroczystej i elastycznej taśmie.



Komory IQ Ultra

Miękkie i komfortowe dla pacjenta. Każda komora posiada wbudowaną bibułkę (co znacznie ułatwia nakładanie substancji płynnych).

Dzięki właściwościom komór wykonywanie testów płatkowych jest łatwe i wygodne dla lekarza i pacjenta.

chemotechnique.pl

Wyłączny przedstawiciel na terenie Polski:
Instytut Dermatologii Sp. z o.o.
ul.. Władysława Łokietka 294 A,
31-334 Kraków

Informacja i składanie zamówień
tel/fax: 12 416 62 62
email: biuro@chemotechnique.pl
www.chemotechnique.pl

Piątek/*Friday* 11.02.2011, 13:00-14:30

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

Sesja V

Standardy w alergologii
/ Standards in allergology

Grant edukacyjny firmy UCB

Prowadzący/*Chair*: J. Kruszewski,
I. Grzelewska–Rzymowska

13:00-13:20	Leki przeciwhistaminowe w terapii pokrzywki	I. Grzelewska– Rzymowska	49
13:20-13:40	Aktualne wytyczne leczenia pokrzywek	R. Nowicki	50
13:40-14:00	Ocena wielkości efektu placebo w leczeniu chorób alergicznych i astmy na podstawie metaanalizy badań skuteczności leków	K. Radziwiłł	50
14:00-14:20	Konsultant Krajowy przedstawia: Standardy w alergologii	J. Kruszewski	
14:20-14:30	Dyskusja		

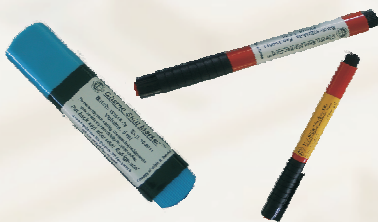
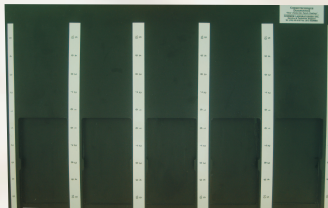


CHEMOTECHNIQUE DIAGNOSTICS

Wypożyczenie dodatkowe do wykonywania testów płytkowych

Taca montażowa

Pomocna przy napełnianiu komór. Ułatwia pracę i pozwala zaoszczędzić czas.

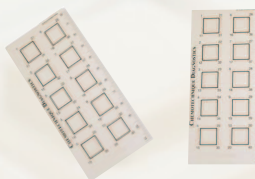


Markery do skóry

Specjalne markery długo utrzymujące się na skórze. Idealne do wykonywania oznaczeń na plecach pacjenta.

Płytki do odczytu testu

Umożliwia precyzyjne odczytanie wyniku testu.



Tacka

Plastikowa tacka z miejscem na 10 strzykawk/buteleczek z substancjami testowymi. Idealna do przechowywania substancji testowych.

chemotechnique.pl

Wyłączny przedstawiciel na terenie Polski:
Instytut Dermatologii Sp. z o.o.
ul.. Władysława Łokietka 294 A,
31-334 Kraków

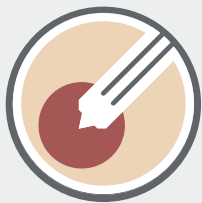
Informacja i składanie zamówień
tel/fax: 12 416 62 62
email: biuro@chemotechnique.pl
www.chemotechnique.pl

Piątek/*Friday* 11.02.2011, 15:00-16:50

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

Sesja VI	Wyprysk kontaktowy i choroby zawodowe skóry / <i>Contact eczema and occupational skin diseases</i>		
	Prowadzący/ <i>Chair</i> : M. Kieć–Świerczyńska, R. Śpiewak		
15:00-15:15	Choroby alergiczne skóry wywołane kontaktem z roślinami	D. Chomiczewska	51
15:15-15:30	Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry wywołane konserwantami obecnymi w kosmetykach	B. Kręcisz	51
15:30-15:45	Częstość występowania reakcji alergicznych wśród studentek kosmetologii w Województwie Podlaskim	M. Niczyporuk	52
15:30-15:45	Alergia kontaktowa na składniki gumy u płetwonurków	K. Gadomski	52
15:45-16:05	Testy płatkowe dla alergologów – zasady dobrego wykonywania i najczęstsze błędy	R. Śpiewak	52
16:05-16:20	Najczęstsze fitofotodermatozy	W. Niczyporuk	53
16:20-16:40	Choroby fotoalergiczne – diagnostyka i leczenie	R. Śpiewak	53
16:40-16:50	Dyskusja		

PORTAL LEKARZY ALERGOLOGÓW



alergologia.org

**ŹRÓDŁO RZETELNEJ
INFORMACJI**



Sprawdzona:

alergologia.org służy lekarzom nieprzerwanie od 2005 roku, zdobywając uznanie i zaufanie użytkowników.

Wiarygodna:

alergologia.org dostarcza rzetelnych oraz aktualnych informacji potrzebnych każdemu w jego codziennej praktyce i rozwoju naukowym.

Nowoczesna:

alergologia.org z okazji pięciolecia działalności debiutuje w nowej, funkcjonalnej formie... Bogatsza o nowe możliwości, interesująca i rzetelna jak zawsze!

Piątek/*Friday* 11.02.2011, 17:20-19:30

Miejsce/Venue: Hotel AZOTY, Ustka, ul. Wczasowa 25

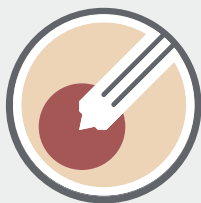
**Sesja VII Bariera naskórkowa i zagrożenia biologiczne
/ *Skin barrier and biological risks***

Prowadzący/*Chair*: R. Maleszka, A. Samet

17:20-17:50	Bariera naskórkowa (<i>skin barrier</i>) w świetle najnowszych doniesień	C. Kowalewski	
17:50-18:00	Zaostrzenie atopowego zapalenia skóry w przebiegu zakażenia wirusem <i>Herpes simplex</i>	J. Zaryczański	54
18:00-18:20	Wtórne zmiany infekcyjne paznokci	R. Maleszka	55
18:20-18:50	Jak przeciwdziałać zakażeniom w szpitalach	A. Samet	
18:50-19:10	Środki konserwujące w kosmetykach i miejscowych lekach dermatologicznych – współczesny stan wiedzy	W. Kamysz	55
19:10-19:30	Infekcje w AZS	R. Nowicki	56
19:30-19:45	Dyskusja		

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

20:30 Szanty z Kubrykiem!
Zapraszamy do udziału w biesiadzie rybnej.



alergologia.org

Wszechstronna:

alergologia.org oferuje:

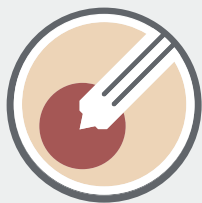
- * kalendarz konferencji i szkoleń
- * profile specjalistów alergologów
 - * autorskie blogi alergologów
 - * pytania do eksperta
- * recenzje nowości wydawniczych
- * omówienia ważnych publikacji
- * archiwum materiałów konferencyjnych
- * leksykon terminów alergologicznych
- * wykaz ośrodków alergologicznych
- * informacje o organizacjach alergologicznych
 - * i wiele więcej...

Sobota/Saturday 12.02.2011, 6:30-11:20

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

6:30-7:30	Nordic walking		
07:50-8:00	Powitanie. Program dnia	L. Dębicki	
Sesja VIII	Alergologia oparta na faktach / Evidence-based Allergology		
	Prowadzący/Chair: B. Rogala, P. Górski		
8:00-8:15	Kierunki profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego i skóry na podstawie badań przesiewowych dzieci i młodzieży (program BUPAS)	A. Szpakow	56
8:15-8:35	Diagnostyka i postępowanie w mniej typowych manifestacjach alergii na białko mleka krowiego u dzieci	B. Kamińska	57
8:35-9:00	Prezydent PTA przedstawia: Astma jako choroba alergiczna – <i>pro i contra</i>	B. Rogala	
9:00-9:20	Fenotypy astmy – potrzeba czy błąd?	A. Fal	58
9:20-9:40	Czy ujemny wynik testu prowokacyjnego z metacholiną wyklucza diagnozę astmy?	Z. Siergiejko	60
9:40-10:00	Rektor UM w Łodzi przedstawia: Leczenie astmy - uwagi do wytycznych	P. Górski	60
10:00-10:20	Zmiany w układzie krążenia u chorych z sarkoidozą	M. Dudziak	60
10:20-10:45	Neurohormonalna regulacja w komórkach skóry	M. Żmijewski	61
10:45-11:05	Rola swoistego IgE w ocenie aktywności pemfigoidu	K. Woźniak	61
11:05-11:20	Dyskusja		

PORTAL LEKARZY ALERGOLOGÓW



alergologia.org

BĄDŹ NA BIEŻĄCO

śledź to, co w naszym środowisku
jest naprawdę ważne...

PRZEDSTAW SIĘ

załóż profil specjalisty alergologa...

DAJ SIĘ POZNAĆ

dziel się doświadczeniem
na swoim autorskim blogu...
...po prostu

ZALOGUJ SIĘ!



Sobota/Saturday 12.02.2011, 11:30-14:30

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

Sesja IX Alergologia praktyczna / *Practical Allergology*

Grant edukacyjny firmy MSD

Prowadzący/*Chair*: R. Pawliczak, R. Nowicki

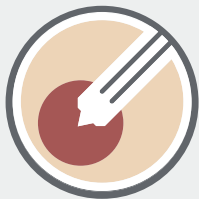
11:30-12:00	Blaski i cienie pokrzywek	R. Pawliczak	63
12:00-12:30	Dlaczego tak trudno leczyć AZS?	R. Nowicki	63
12:30-12:45	Dyskusja		

**Sesja X Forum Akademii Dermatologii i Alergologii
/ ADA forum**

Prowadzący/*Chair*: B. Panaszek, Z. Adamski

12:50-13:10	Zespół astma-prurigo	B. Panaszek	64
13:10-13:25	Stan antyoksydacyjny pacjentów z atopowym zapaleniem skóry	A. Lukyanov	64
13:25-13:40	Zastosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych w AZS	A. Zawirska	64
13:40-14:00	Trądzik różowaty	C. Kowalewski	65
14:00-14:20	Współczesna genetyka sądowa	R. Pawłowski	66
14:20-14:30	Dyskusja		

PORTAL LEKARZY ALERGOLOGÓW



alergologia.org

Dla organizatorów konferencji

Partnerska:

alergologia.org od początku swojej działalności informuje o kongresach, konferencjach, sympozjach i szkoleniach, gwarantując szeroki zasięg i odbiór informacji. Nasza oferta obejmuje:

- * bezpłatne ogłoszenia w kalendarzu konferencji
- * publikacja materiałów zjazdowych on-line
- * artykuły sponsorowane na temat konferencji i szkoleń
- * patronat medialny

Dla reklamodawców

Strategiczna:

alergologia.org dociera do ściśle określonego grona odbiorców – lekarzy alergologów, gwarantując maksymalną skuteczność przekazu. Nasze atuty to:

- * jasno zdefiniowana grupa odbiorców: lekarze alergolodzy
- * wysoka oglądalność (ponad 8 tysięcy odsłon miesięcznie)
- * osadzenie promocji w kontekście istotnych informacji
- * skuteczność pozycjonowania marki
- * możliwość zamieszczania monografii produktów i usług

Sobota/Saturday 12.02.2011, 15:00-16:45

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

Sesja XI Nowoczesna terapia / Modern therapy

Prowadzący/*Chair*: M. Sznitowska, R. Kaliszan

15:00-15:20	Różnice we wchłanianiu leku do skóry z różnych postaci farmaceutycznych	M. Sznitowska	66
15:20-15:40	Zastosowanie witaminy D i jej pochodnych w dermatologii	M. Żmijewski	67
15:40-15:55	Nowoczesne trendy leczenia łuszczycy	L. Barabanow	67
15:55-16:15	Zespół nadwrażliwości indukowanej lekami	B. Panaszek	68
16:15-16:35	Metabolomika – nowe horyzonty dla diagnostyki i farmakoterapii	R. Kaliszan	68
16:35-16:45	Dyskusja		



Edited subtitles

photoallergy & photopatch test course on DVD

More than 6 hours
of expert lectures

Cases of photoallergic contact dermatitis may outnumber those of phototoxic reactions to drugs, yet many health professionals seem unaware of this kind of allergic reactions. Therefore, there is a great need for education in the field of photoallergy.

The international Photoallergy Meeting and Photopatch Test Course, Krakow 2009, aroused a great interest from doctors around the world. World-acclaimed experts shared their knowledge and experience with over a hundred participants from 22 countries in 4 continents.

The Course was supported by the European Society of Contact Dermatitis.

The lectures have been recorded and are now available in form of this edited and subtitled educational DVD.

On the screen you will see both the speaker and cut-in slide presentations. This is a unique opportunity to learn from best experts about this important yet underdiagnosed form of allergy.

www.photopatch.eu

Sobota/Saturday 12.02.2011, 17:30-19:30

Miejsce/Venue: Hotel AZOTY, Ustka, ul. Wczasowa 25

Sesja XII Jakość życia i relacje terapeutyczne / *Quality of life*

Prowadzący/*Chair*: B. Borys, M. Majkowicz

17:30-17:45	Jakość życia u pacjentek z łuszczycą i chłamydiozą układu moczowo-płciowego	D. Chworyk	69
17:45-18:00	Jakość życia pacjentów z przewlekłymi chorobami skóry	R. Nowicki	69
18:00-18:15	Relacja terapeutyczna lekarz – pacjent w przewlekłych chorobach skóry	W. Rusiecka	69
18:15-19:00	Spotkanie z psychologiem klinicznym: Jak radzić sobie ze stresem?	B. Borys, M. Majkowicz	
19:00-19:30	Dyskusja		

Miejsce/Venue: JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14

20:30 Wieczór towarzyski



Ustka 2008 (fot. Radosław Śpiewak)

Niedziela/Sunday 13.02.2011, 9:00-14:00

Miejsce/Venue: Kościół pod wezwaniem Najświętszego Zbawiciela,
Ustka, ul. Marynarki Polskiej 81/1

9:00-10:00 Msza Święta z okazji 19. Światowego Dnia Chorego
/ *Catholic service on 19th World Day of the Sick*

Miejsce/Venue: Ratusz Miejski, Ustka, ul. Wyszyńskiego 3

Sesja XIV Wiara i medycyna / *Faith and medicine*

Prowadzący/*Chair:* P. Górski, B. Borys, J. Turkiel,
A. Jawień, M. Majkowicz, G. Raczak, R. Nowicki

10:10-10:15	Powitanie Burmistrza Ustki	J. Olech	
10:15-10:30	Kapelan w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym	A. Delik	70
10:30-10:50	Czy wiara czyni cuda w chirurgii?	A. Jawień	
10:50-11:10	Modlitwa o uzdrowienie	R. Kwiatkowski	70
11:10-11:30	Ból w nauczaniu mędrca	J. Turkiel	71
11:30-12:00	Szkoła opieki duszpasterskiej św. Jana Bożego. Raport z przygotowań studiów podyplomowych dla kapelanów i zespołów duszpasterskich w służbie zdrowia i opiece społecznej	P. Krakowiak	71
12:05-12:30	Medycyna w sztuce sakralnej	R. Kwiatkowski	
12:30-12:50	<i>Prezentacja książek:</i> <i>Opieka nad przewlekłe chorym</i> <i>w domu, Gdańsk 2010</i> <i>Pozamedyczne aspekty opieki u kresu</i> <i>życia, Gdańsk 2010</i> <i>Zespołowa opieka duszpasterska</i> <i>w służbie zdrowia i opiece społecznej,</i> <i>Kraków 2011</i>	P. Krakowiak	
12:50-13:45	Dyskusja z udziałem lekarzy, kapelanów, psychologów klinicznych		
13:45-14:00	Podsumowanie. Zakończenie 7.ADA	R. Nowicki	



STRONY INTERNETOWE

projektowanie, wykonanie i konfiguracja
stron internetowych praktyk lekarskich
oraz placówek medycznych

USŁUGI GRAFICZNE

projektowanie logotypów,
wizytówek, plakatów, broszur i ulotek;
przygotowanie prezentacji
oraz materiałów konferencyjnych i naukowych
w atrakcyjnej formie graficznej

TŁUMACZENIA

publikacji, wyników badań oraz innych tekstów
język polski / język angielski

www.doutdes.com.pl
info@doutdes.com.pl

**7. Akademia Dermatologii i Alergologii
Słupsk – Ustka 2011**

Streszczenia referatów

Playable on standard DVD players (no regional restrictions) and most PCs

Edited by Radoslaw Spiewak and Agnieszka Dorynska

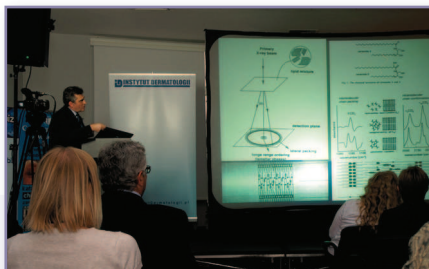
ISBN 978-83-929579-1-1

Special features:

- **Edited subtitles** to ensure better understanding
- Conference **book included** (PDF format)
- **A gallery** of still photographs from the meeting
- **Language versions:**
 - audio: EN
 - subtitles: EN, PL

Pre-order price: **only 35 Euro**

Please note: due to the copyright agreement with the speakers, the number of copies available will be **limited to only 300**. It is wise to secure your copy now!



More information on the publication and ordering:

www.photopatch.eu

In order to secure your copy, please go to the website where you can download the order form. After filling in the form, please follow the instructions that are posted on the website.

Course
supported
by the ESCD



only 35 Euro
only 300 copies
secure your copy now

Further enquires: DVD@photopatch.eu

Rzadkie, „dziwne” choroby, o których zawsze chciałeś wiedzieć, a nie miałeś czasu przeczytać...**K. Sworczak (Gdańsk)**

Codziennie w periodykach medycznych publikuje się kilkaset artykułów. Żaden lekarz nie jest w stanie przejrzeć nawet 1 promila z tych doniesień. Przeszukując bazy danych (Medline, Scopus i inne) autor znalazł szereg bardzo niecodziennych, interesujących schorzeń i tą wiedzą chciałby się podzielić. W prezentacji omówiona zostanie choroba rybich oczu, *argyria*, zespół Proteusza, *epidermodysplasia verruciformis*, zespoły: skaczących Francuzów z Maine, czerwonego człowieka, Alicji w Krainie Czarów, zespół chodzącego trupa i kilka innych rzadkich zespołów chorobowych.

Acanthoma clarocellulare* (ACC)*P. Brzeziński (Ustka)**

Acanthoma clarocellulare (ACC) występuje jako pojedynczy, różowo-brązowy guzek. Zwykle zlokalizowany jest na kończynie dolnej u osób starszych. ACC został po raz pierwszy opisany przez Degosa jako łagodny nowotwór pochodzenia nabłonkowego. Występuje również pod innymi nazwami: *Degos acanthoma*, guz Degosa czy *acanthome à cellules claires*. Niektórzy autorzy sugerują, że jest to forma zlokalizowanego łuszczycopodobnego zapalenia skóry. Diagnoza jest rzadko stawiana na podstawie biopsji skóry. W badaniu pod mikroskopem widać jasne komórki, które wykazują cechy kumulacji i zawierają glikogen. Charakterystyczną cechą w obrazie dermoskopowym jest obecność tzw. *pinpoint-like /dotted vessels*. Do Gabinetu Dermatologicznego zgłosiła się 45-letnia kobieta ze zmianą na kończynie dolnej lewej, po stronie wyprostnej, od czterech lat. Badanie dermatologiczne wykazało czerwono-brązową, unaczynioną zmianę z centralnie położoną łuską o średnicy 1,5 × 2 cm. Dermatoskopia ujawniła wiele czerwonych kropek ułożonych częściowo w sposób liniowy, a częściowo skupionych, o siatkowatym charakterze. Do charakterystycznych cech ACC można zaliczyć: bezobjawowy przebieg, powolny wzrost, pojedynczy różowo-brązowy guzek, małych rozmiarów, zwykle znajdujący się na kończynach dolnych u pacjentów w podeszłym wieku oraz obraz dermoskopowy. Charakterystyczne cechy ACC występowały również w analizowanym przypadku. Zmianę skórne należy jednak różnicować z brodawką łojotokową, rakiem podstawno-komórkowym, chorobą Bowena, rakiem

płasko-nabłonkowym, rogowiakiem kolczystokomórkowym oraz czerniakiem złośliwym lub amelanotycznym czerniakiem guzkowym.

Akropigmentacja Dohiego

P. Brzeziński (Ustka)

Akropigmentacja Dohiego jest genodermatozą zaliczaną do przebarwień siateczkowatych. Charakteryzuje się obecnością przebarwień i odbarwień, zlokalizowanych głównie na kończynach górnych i dolnych. Pierwsze objawy choroby pojawiają się zwykle w okresie wczesnego dzieciństwa. Mutacja została zidentyfikowana w dwuniciowym RNA na poziomie deaminazy adenozyiny (DSRAD). Choroba ta występuje rzadko i głównie wśród japońskiej populacji. Opisano tylko kilka przypadków w Europie i południowej Azji.

Linijna IgA dermatoza pęcherzowa u 4- letniego chłopca

O. Komorowska (Gdańsk)

Przedstawiamy przypadek 4-letniego chłopca z linijną IgA dermatozą pęcherzową, którego leczono jako chorobę infekcyjną: początkowo jako infekcję wirusem ospy wietrznej, a następnie bakteryjny liszajecz zakaźny.

Świerzb u niemowlęcia z AZS

J. Zaryczański (Opole)

Sześciotygodniowe niemowlę zostało przyjęte do Oddziału Pediatrycznego z podejrzeniem bakteryjnego zapalenia skóry. Od 3 tygodni na skórze całego tułowia, karku oraz pleców zmiany o charakterze pęcherzyków z ropną wydzieliną. Ambulatoryjne leczenie Baneocinem i Bactrobanem nie przyniosło efektu. Rozpoznano świerzb i zastosowano miejscowo 5% InfectoScab uzyskując całkowitą remisję zmian skórnych.

Dermatitis artefacta

D. Kozicka (Gdańsk)

Dermatitis artefacta (DA) jest jednostką chorobową z kręgu psychodermatologii, przysparzającą znacznych trudności diagnostycznych i terapeutycznych. Wynika to z faktu, iż pacjenci nie przyznają się do wywoływania zmian skórnych, a obraz kliniczny jest różnorodny. Wynik

badania histopatologicznego jest niecharakterystyczny, jednakże z reguły pozwala na wykluczenie organicznego tła choroby. Postawienie rozpoznania możliwe jest dopiero po wykluczeniu innych potencjalnych schorzeń dermatologicznych. Leczenie, wymagające współpracy dermatologa i psychiatry, jest trudne i obarczone wysokim wskaźnikiem niepowodzeń. Przedstawiono przypadek 62-letniego pacjenta z 10-letnim wywiadem chorobowym.

Choroby skóry związane z letnim wypoczynkiem nad wodą

A. Owczarczyk-Saczonek (Olsztyn)

Pacjent 53-letni został przyjęty do Oddziału Dermatologii z powodu ostrozapalnych, wysztancowanych grudek średnicy do 4 mm, bez tendencji do zlewania się, zlokalizowanych w obrębie skóry tułowia, pachwin, krocza i pośladków. Na dłoniach i stopach obecne były dobrze napięte pęcherze. Zmiany na skórze pojawiły się tydzień wcześniej, bez towarzyszących objawów ogólnych. Dziesięć dni wcześniej pacjent kąpał się i łowił ryby w jeziorze. W badaniach dodatkowych, z odchylen od normy stwierdzono niewielką leukocytozę (11,46 G/l). U pacjenta rozpoznano świąd pływaków. Zastosowano leczenie ogólne Encortonem (30 mg/d) i miejscowe Momedermem, uzyskując całkowitą remisję zmian po 2 tygodniach. Świąd pływaków (*cercarial dermatitis*) jest schorzeniem wywołanym przez cercarie *Schistosoma Trichobilharzia*, które pasożytują na ptactwie i ssakach żyjących w wodzie. Cercarie najczęściej wnikają przez uszkodzoną skórę i po 2-3 dniach obumierają, wywołując na skórze plamistą osutkę. Ponowny kontakt z cercariami u osób uczulonych prowokuje reakcję alergiczną w postaci rozsianych ostrozapalnych grudek, czasami z towarzyszącymi objawami ogólnymi.

Pyoderma gangrenosum

H. Ługowska-Umer (Gdańsk)

Piodermia zgorzelinowa to przewlekła, postępująca martwica skóry o nieustalonej etiologii, często związana z chorobą podstawową. Przedstawiamy przypadek 38-letniej pacjentki, która została przyjęta do Kliniki Dermatologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Przy przyjęciu obserwowano olbrzymie owrzodzenie kończyny dolnej prawej obejmujące całe podudzie oraz jedną trzecią uda. Dodatkowo w badaniu TK płuca lewego uwidoczniło przylegający do aorty zstępującej

fragment patologicznej masy o wymiarach $24 \times 14 \times 19$ mm. Pierwotnie zmiana budziła niepokój onkologiczny, ze względu na lokalizację odstąpiono od biopsji cienkoigłowej. Po zastosowanym leczeniu immunosupresyjnym zaobserwowano jednak zanikanie ogniska chorobowego. W piśmiennictwie opisano kilka podobnych przypadków współistnienia owrzodzeń skóry ze zmianami zapalnymi w płucach w przebiegu piodermii zgorzelinowej.

Histiocytoza – choroba nie tylko skóry o zróżnicowanym obrazie klinicznym

E. Adamkiewicz-Drożyńska (Gdańsk)

Histiocytoza komórek Langerhansa jest to choroba wieku dziecięcego i młodzieńczego o charakterze rozrostowo-odczynowym. W jej przebiegu dochodzi do tworzenia się nacieków z komórek wydających się z układu fagocytarnego w obrębie różnych narządów i tkanek. Ze względu na zróżnicowane objawy kliniczne, histiocytoza sprawia duże trudności diagnostyczne. Różna jest też odpowiedź na stosowane leczenie. Przedstawiamy przykłady historii choroby pacjentów z histiocytozą długo nierozpoznaną z powodu niecharakterystycznych objawów wstępnych.

Uogólniona skórna mastocytoza – analiza kliniczna 8 przypadków własnych

M. Lange (Gdańsk)

Wprowadzenie: Uogólniona skórna mastocytoza (*diffuse cutaneous mastocytosis*, DCM) jest najcięższą postacią kliniczną mastocytozy skóry (*cutaneous mastocytosis*, CM), charakteryzującą się erytrodermicznym zajęciem skóry. Rozległe i intensywne nacieczenie całej skóry przez mastocyty (*mast cells*, MC) jest przyczyną częstego występowania nasilonych objawów ogólnych zależnych od mediatorów uwalnianych przez MC. Niewiele wiadomo o częstości występowania zmian narządowych u pacjentów z DCM. Cel pracy: Charakterystyka objawów klinicznych DCM, ocena częstości występowania i nasilenia reakcji anafilaktycznych oraz ryzyka rozwoju zmian narządowych w przebiegu tej wyjątkowo rzadkiej postaci mastocytozy. Materiał i metody: Dokonano analizy cech klinicznych DCM u 8 chorych (7 dzieci i 1 dorosły). Diagnozę ustalono w oparciu o kryteria WHO. We wszystkich przypadkach zastosowano standardowy algorytm diagnostyczny

z uwzględnieniem poziomu tryptazy mastocytowej. Wyniki: U wszystkich pacjentów z DCM choroba dotyczyła jedynie skóry. U 2 dzieci z wysokim poziomem tryptazy mastocytowej i u jednego dorosłego wykonano badania histopatologiczne szpiku kostnego, które nie wykazały zajęcia szpiku przez proces chorobowy. Wstrząs anafilaktyczny wystąpił u 3 chorych z DCM. U wszystkich dzieci z DCM obserwowano stopniową poprawę stanu skóry oraz obniżanie się poziomu tryptazy mastocytowej. Wnioski: DCM jest bardzo ciężką chorobą skóry, przebiegającą często z rozległymi, krwotocznymi zmianami pęcherzowymi i nasilonymi objawami ogólnymi zależnymi od degranulacji MC. Poziom tryptazy mastocytowej w surowicy koreluje z ciężkością choroby. Jednak podwyższony poziom tego enzymu u niemowląt nie jest bezwzględnym wskazaniem do wykonania biopsji szpiku. Badanie to powinno być wykonane u dzieci, u których poziom tryptazy mastocytowej utrzymuje się stale powyżej 100 ng/ml, narasta lub też obserwuje się inne objawy kliniczne wskazujące na rozwój mastocytozy układowej. DCM cechuje się łagodnym przebiegiem klinicznym, jednak wskazana jest wielo-specjalistyczna ocena stanu chorych oraz monitorowanie poziomu tryptazy mastocytowej i funkcji narządów u chorych z tą postacią choroby.

Special Guest Lecture:

The role of *Malassezia* in skin diseases

Wykład Specjalny 7.ADA:

Rola grzybów *Malassezia* w etiologii chorób skóry

J. Faergemann (Goeteborg)

The *Malassezia* yeasts are members of the normal human cutaneous flora in adults but also associated with several diseases. In pityriasis versicolor, under the influence of predisposing factors, *Malassezia* changes from the round blastospore form to the mycelial form. A great problem in pityriasis versicolor is the high rate of recurrence and to avoid this prophylactic treatment is mandatory. *Malassezia* folliculitis is a chronic disease characterised by pruritic follicular papules and pustules located primarily on the upper trunk, neck and upper arms. In direct microscopy clusters of round budding yeast cells are found. The disease responds rapidly to antimycotic therapy. There are now many studies indicating that the *Malassezia* yeasts play an important role in seborrhoeic dermatitis. Many of these are treatment studies showing a good effect of antimycotics paralleled by a reduction in number of organisms. Severe seborrhoeic

dermatitis often difficult to treat is associated with AIDS. In skin biopsies from patients with seborrhoeic dermatitis we have found an increase in NK1+ and CD16+ cells in combination with complement activation indicating that an irritant non-immunogenic stimulation of the immune system is important. However, we also found an increase in the production of inflammatory interleukins as well as regulatory interleukins for both TH1 and TH2 cells indicating a complex activation of the immune system in the skin. The majority of adult patients with atopic dermatitis localised to the head, neck and scalp react with a positive reaction in skin prick test to a *Malassezia* extract as well as to recombinant *Malassezia* allergens. The majority also have specific IgE antibodies and react with a positive reaction in atopic patch test with a *Malassezia* extract. There are also treatment studies indicating that antifungal treatment may be beneficial in these patients.

Erythroderma: clinical forms, diagnosis and treatment

Erythrodermia - klinika, diagnostyka i terapia

W. Adaszkieicz (Witebsk)

Background: Erythroderma is an extreme skin condition under which 90% of the skin or even more is affected. Characteristic of erythroderma are erythema, desquamation, itching, lymphadenopathy and fever. To find out the cause of erythroderma, it is necessary to study the history of the preceding disease by means of biopsy and various instrumental methods. The aim of the study was to investigate clinical forms and morphological signs of erythroderma in various dermatoses. Material and methods: Over the last 10 years, we observed 253 patients with clinical manifestations of erythroderma. Clinical, paraclinical, histological, ultrasound and X-ray methods of investigation were used, alongside the lymph node biopsy and computer tomography (if indicated). Results: Clinical forms of erythroderma were studied in 253 patients (170 male and 83 female) aged from 16 till 88 years. Depending on the cause of their condition all the patients were subdivided into three groups. Group I consisted of 39 patients with primary erythroderma (21 with lymphoma, 14 with drug reaction, 4 with ichthyosis). Group II embraced 184 patients with secondary erythroderma resulting from pre-existent dermatosis (131 with psoriasis, 17 with atopic dermatitis, 29 with eczema and 7 with other dermatoses). Group III included 7 patients (2.77%) with paraneoplastic dermatoses. We failed to identify the cause of erythr oderma in 24 patients

(9.49%). The male/female ratio made up 2.05:1 and it points out at a worrying tendency for increase in erythroderma cases among women when compared with our previous studies. The duration of erythroderma varied from 1 month to 7 years, in 6 patients with psoriasis it exceeded 5 years. The average duration of the condition in all investigated patients constituted 14 months. Two episodes of erythroderma were registered in 28 patients (24 with psoriasis, 3 with eczema, 1 with lymphoma), 9 patients with psoriasis had three episodes of erythroderma. Erythroderma usually begins in patients over 40 years, except conditions provoked by atopic dermatitis, seborrhoeic dermatitis, scalded skin syndrome or inherited ichthyosis. The age of the disease onset depends mainly on its cause. Ichtyosiform and atopic diseases as well as scalded skin syndrome prevailed among erythrodermic conditions in children. Psoriatic erythroderma was the most frequent of all erythroderma forms (131 cases or 51.78%). The main causes of erythroderma in patients with psoriasis were inadequate topical therapy, alcohol abuse, aggravation of concomitant diseases. While investigating biopsy samples of 28 patients with various forms of erythroderma, it was stated that inflammatory and destructive changes were more pronounced in the skin of patients with eczematous erythroderma than of those with psoriatic erythroderma. Conclusions: Erythroderma occurs more often in men (2.05:1). The average age of patients amounts to 49 years. The mean duration of erythroderma is 14 months. Psoriatic erythroderma is the most frequent of all erythrodermic conditions (51.78%). The cause of erythroderma was not identified in 9.49% of cases.

Chłoniaki pierwotnie skórne - problem interdyscyplinarny

M. Sokołowska-Wojdyło (Gdańsk)

Pierwotne chłoniaki skóry to heterogenna grupa rozrostów limfoproliferacyjnych o różnym stopniu złośliwości, wśród których około 75% wywodzi się z komórek T, lub rzadziej z komórek B. Pierwotne chłoniaki skóry cechuje odmienny przebieg kliniczny i rokowanie w porównaniu z chłoniakami układowymi. Chłoniaki skóry mają najczęściej przebieg przewlekły, ale całkowite wyleczenie chorego rzadko jest możliwe. W związku z tym należy w każdej odmianie chłoniaków skóry oraz w każdym jego stadium leczenie mogące doprowadzić do remisji, a jednocześnie jak najmniej obciążające. Diagnostyka i leczenia pierwotnych chłoniaków skóry jest zagadnieniem, w które powinni być

zaangażowani nie tylko lekarze dermatolodzy, ale również onkolodzy, hematolodzy i patomorfolodzy. Powstała w 2009 roku interdyscyplinarna Sekcja Chłoniaków Skóry Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków, licząca około 50 lekarzy różnych specjalności, podjęła próbę przygotowania, opartych na dostępnych europejskich i światowych konsensusach zaleceń terapeutycznych dotyczących leczenia chłoniaków pierwotnie wywodzących się ze skóry. Efekt wspólnej pracy opublikowano – w Onkologii Praktycznej oraz w Przeglądzie Dermatologicznym w 2010 roku.

Terapia proaktywna w leczeniu AZS

M. Trzeciak (Gdańsk)

Terapia proaktywna (TP) polega na długoterminowym stosowaniu niskich dawek preparatów przeciwzapalnych na wcześniej zajęte rejony skóry, w których nie obserwuje się już zmian klinicznych ale toczy się subkliniczny proces zapalny. Przeprowadzone badania dowodzą, że w efekcie TP obserwuje się mniej zaostrzeń, poprawę jakości życia pacjentów oraz obniżenie kosztów leczenia AZS.

Choroby sercowo-naczyniowe i metaboliczne u pacjentów z łuszczycą

O. Komorowska (Gdańsk)

Łuszczyca jest przewlekłą zapalną chorobą skóry związaną z nadmierną proliferacją komórek naskórka. Choroby sercowo- naczyniowe i metaboliczne stanowią główną przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych. Zależność pomiędzy łuszczycą a tymi schorzeniami jest tłumaczona wspólną ścieżką patogenetyczną dla tych jednostek chorobowych. Przewlekły proces zapalny, charakterystyczna cecha łuszczycy, może odgrywać kluczową rolę w wielu, jeśli nie we wszystkich stadiach powstawania tych chorób. Do niedawna łuszczyca pojmowana była jako schorzenie wprawdzie upośledzające jakość życia, ale łagodne, dotyczące tylko skóry. Jednak wyniki najnowszych badań wskazują jednoznacznie, że dermatozę tę należy traktować jako schorzenie ogólnoustrojowe, niosące ryzyko poważnych, zagrażających życiu następstw. Niezwykle istotna jest więc identyfikacja czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo- naczyniowych oraz metabolicznych, a także podjęcie działań profilaktycznych u chorych na łuszczycę.

Wędrująca larwa skórna – problem nie tylko dermatologiczny

R. Olszański (Gdynia)

Zespół wędrującej larwy skórnej jest najczęściej wywołany przez larwy nicieni zwierzęcych. Jaja nicieni dostają się do gleby z kałem zakażonych zwierząt, następnie z jaj wylęgają się larwy. Najbardziej narażeni na zakażenia są rolnicy, ogrodnicy, hydraulicy. Choroba dotyczy także turystów spacerujących boso po plaży – na stopach, natomiast u opalających się na piasku – na kończynach i pośladkach. Często występuje u dzieci, które bawią się ze zwierzętami domowymi (kotami i psami). Larwa drąży w naskórku kilkucentymetrowy korytarz, co powoduje silny świąd. Po kilku dniach od miejsca wnikięcia larwy pojawiają się swędzące, kręte, powrózkowate zaczerwienienia długości do kilkunastu centymetrów. Są to ślady wędrówki larwy. Na końcu tej zmiany jest grudka – miejsce pobytu pasożyta. Larwy w skórze człowieka nie dojrzewają, po kilku tygodniach lub miesiącach „błądzenia” giną. Poważniejsze problemy zdrowotne występują po zarażeniu węgorzkiem jelitowym wywołującym zespół wędrującej larwy trzewnej. Larwy po wnikięciu przez skórę penetrują do naczyń krwionośnych i powodują zarażenie ogólnoustrojowe z zajęciem przewodu pokarmowego. Klinicznie początkowo objawy związane są z wnikaniem i wędrówką larw w skórę. W miejscu wnikięcia powstaje drobna, swędząca plamka, następnie zmiany jak w zespole larwy skórnej wędrującej. W czasie wędrówki pasożyta przez płuca dominują kaszel, krwioplucie, duszność, mogą występować zmiany spastyczne bądź objawy zapalenia płuc. W przypadku korzystnych dla węgorzka uwarunkowań i przy niskim poziomie higieny możliwe jest szerzenie się inwazji i powstawanie ognisk epidemicznych. W Polsce choroba występowała głównie na terenach południowo-wschodnich, a ostatnio coraz częściej na pozostałych obszarach kraju. Rozprzestrzenieniu zarażeń sprzyjają zdarzenia ekstremalne np. powodzie w okresie wiosenno-letnim. Bytowanie pasożyta w przewodzie pokarmowym często jest skapo- lub bezobjawowe, jednak ze względu na możliwość samozarażenia występują nawracające zmiany skórne, zlokalizowane głównie wokół odbytu, na pośladkach, plecach i udach. Przedstawiono kilka przypadków wędrującej larwy skórnej, które rozpoznawano najczęściej jako pokrzywkę i leczono nieskutecznie lekami antyhistaminowymi.

Wtórna amyloidoza AA – nadal ważny problem interdyscyplinarny.

Z. Zdrojewski (Gdańsk)

Amyloidozy są niejednorodną grupą chorób charakteryzującą się zewnątrzkomórkowym gromadzeniem włókien białkowych. Amyloidoza AA jest niebezpiecznym, zagrażającym życiu powikłaniem przewlekłych chorób zapalnych bakteryjnych i autoimmunologicznych. Choroba ta prowadzi do zwiększonej śmiertelności z powodu niewydolności różnych narządów i infekcji. Głównym składnikiem amyloidu jest osoczowe białko prekursorowe amyloidu (SAA), produkowane w wątrobie jako białko ostrej fazy. Włókna amyloidu powstałe z białka prekursorowego o identycznej strukturze drugorzędowej, tworzą przestrzenną prawoskrętną konfigurację beta warunkującą oporność na proteolizę (90% masy amyloidu). W skład amyloidu AA wchodzi również: glikozylowane białko osoczowe P (SAP), glikozaminoglikany (GAG, m.in. siarczan heparanu, dermatanu), składniki przestrzeni zewnątrzkomórkowej (perkelan, laminina, entaktyna, kolagen typu IV), apolipoproteiny E i J oraz składowe dopełniacza. Amyloidogenezie sprzyja nie tylko długa obecność białka prekursorowego, ale również predyspozycja genetyczna i czynniki zewnętrzne. Skuteczne, przeciwzapalne leczenie chorób bakteryjnych i autoimmunologicznych jest najlepszym sposobem zapobiegania rozwojowi amyloidozy AA. Wczesne wykrycie tego powikłania pozwala na wdrożenie leczenia zwalniającego postęp choroby, a wydaje się, że również regresję złogów amyloidu. Szczególną nadzieję wiąże się ze stosowaniem przeciwciał anti-TNF- α oraz eprodisate blokującego pro-amyloidogenną interakcję glikozaminoglikanów z SAA.

Piękno bez skalpela: nowoczesne techniki walki z oznakami starzenia

A. Wroński (Białystok)

Jeszcze kilkanaście lat temu, monopol na odmładzanie należał do chirurgii plastycznej, gdzie za pomocą skalpela likwidowano zmarszczki, ujędrniano piersi, modelowano podbródki i niwelowano rozstępy. Zabiegi te były bolesne, wymagające często długotrwałej rekonwalescencji i obarczone dużym ryzykiem powikłań. Z drugiej strony, kosmetyczki wykonywały proste zabiegi upiększające. Ponieważ nie mogą one przerwać ciągłości naskórka, efektywność ich starań była ze zrozumiałych względów niewielka. Dlatego jeszcze kilka lat temu osoby spragnione lepszego wyglądu musiały wybierać między nieefektywnymi maseczkami,

a drastycznym wycięciem kawałka skóry i naciągnięciem reszty. Dermatologia i medycyna estetyczna wypełniła lukę i umożliwia dbanie o dobry i zdrowy wygląd, praktycznie niezależnie od wieku. Procedury medyczne cały czas ewoluują i rozwijają się w szybkim tempie. Efekty uzyskujemy coraz szybciej, a czas rekonwalescencji staje się krótszy. W celu osiągnięcia odmłodzenia skóry wykorzystujemy wiele różnych sposobów, a dziś możemy powiedzieć, że nawet grup zabiegów takich jak: mikrodermabrazja – zabiegi w czasie których następuje ścieranie naskórka, plejada chemicznych peelingów będących chemicznym kontrolowanym oparzeniem skóry, różnego typu lasery i intensywne źródła światła, które działają w sposób nieinwazyjny, selektywny lub ablacyjny oraz tzw. wypełniacze i toksyna botulinowa. Metody te mają swoje wady i ograniczenia. Istnieje ryzyko powikłań, zdarzają się efekty uboczne, np. objawy alergii. W związku z tym wykonywane są one przez lekarzy z odpowiednim przeszkoleniem i doświadczeniem. Dzięki tym zabiegom możemy w znaczący sposób, w szybkim czasie, poprawić wygląd naszego ciała, a przez to i duszy.

Teledermatologia - przegląd zasobów internetowych

P. Brzeziński (Ustka)

Przedstawione zostaną darmowe dermatologiczne czasopisma w wersji online oraz wybrane fora i strony WWW dotyczące teledermatologii oraz quizów dermatologicznych.

Leki przeciwhistaminowe w terapii pokrzywki

I. Grzelewska-Rzymowska (Łódź)

W badaniach nad nowymi lekami przeciwhistaminowymi (LP) – feksofenadyną, dezloratadyną i lewocetyryzyną (lekami, które nie podlegają metabolizacji w wątrobie) ustalono, że najsilniej odczyn bąbel/rumień blokuje lewocetyryzyna. Działanie fekso-fenadyny jest podobne, ale znacznie krótsze. Dezloratadyna zdecydowanie słabiej blokuje pohistaminowy bąbel, rumień i świąd. Skórny model służy również do badania przeciw-alergicznego i przeciwhistaminowego działania LP. Ostatecznej oceny skuteczności leku dokonuje się w wieloośrodkowych badaniach klinicznych obejmujących duże grupy chorych. Ostatnio w badaniu o akronimie CUTE wykazano, że lewocetyryzyna i dezloratadyna są skuteczne i bezpieczne. Jednak

lewocetyryzyna już w pierwszym tygodniu leczenia znacząco lepiej niż dezloratadyna zmniejszała nasilenie świądu i inne kliniczne objawy choroby.

Aktualne wytyczne leczenia pokrzywek

R. Nowicki (Gdańsk)

Przedstawione zostaną wytyczne Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego zgodne z aktualnymi zaleceniami EAACI (*European Academy of Allergology and Clinical Immunology*), GA²LEN (*Global Allergy and Asthma European Network*), EDF (*European Dermatology Forum*) i WAO (*World Allergy Organization*).

Ocena wielkości efektu placebo w leczeniu chorób alergicznych i astmy na podstawie metaanalizy badań skuteczności leków

K. Radziwiłł, J. Kruszewski (Warszawa)

Wiele metod leczenia przynajmniej częściowo wykorzystuje nie tylko sam wpływ leków na mechanizm choroby, ale także ich nieswoiste działanie. Nieswoisty efekt terapii jest tym większy, im większy jest udział czynników psychogennych w danej chorobie. Można go mierzyć przy użyciu zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych wskaźników. Liczne szczególne cechy chorób alergicznych sugerują, że efekt placebo może stanowić istotny czynnik składający się na sumaryczny efekt ich leczenia. Wydaje się także, że efekt placebo jest silniejszy, gdy miary skuteczności leczenia są subiektywne. Po dokonaniu przeglądu systematycznego bazy Medline i metaanalizy opublikowanych badań skuteczności leków stosowanych w leczeniu chorób alergicznych i astmy (755 badań dotyczących 22457 chorych) oraz zbadaniu jego zależności od rodzaju choroby i użytych wskaźników skuteczności wykazano, że udział efektu placebo był w leczeniu tych chorób istotnie wyższy (nawet do 40%) niż w przypadku leczenia nadciśnienia tętniczego kaptoprylem (17%, 232 badania dotyczące 2732 chorych). Stwierdzono, że placebo miało najwyższy udział w efekcie leczniczym w alergicznych nieżytach nosa (57%), różniący się istotnie od tego w przypadku astmy (34%) i alergicznych chorób skóry (32%). Udział efektu placebo był też istotnie wyższy w badaniach, w których używano klinicznych (subiektywnych) wskaźników skuteczności leków (59%) w porównaniu z badaniami z użyciem wskaźników obiektywnych (29%).

Choroby alergiczne skóry wywołane kontaktem z roślinami

D. Chomiczewska (Łódź)

Do chorób alergicznych skóry wywołanych kontaktem z roślinami należy: alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, pokrzywka i białkowe zapalenie skóry. Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry jest wynikiem nadwrażliwości typu IV na hapteny wchodzące w skład roślin. Częstymi alergenami kontaktowymi pochodzenia roślinnego są seskwiterpeny laktonowe (alergeny roślin z rodziny astrowatych), primina (alergen pierwiosnka), urushiol (alergen sumaka jadowitego), kalafonia i chinony. IgE-zależna pokrzywka kontaktowa i białkowe zapalenie skóry związane są z uczuleniem typu natychmiastowego na białka roślin, na przykład warzyw, owoców, lateksu. Uczulenie na alergeny roślin może mieć charakter zawodowy. Zawodowa nadwrażliwość dotyczy przede wszystkim rolników, ogrodników, kwiaciarzy, leśników, botaników i osób zajmujących się zielarstwem. Reakcje skórne mogą być spowodowane kontaktem z różnymi częściami roślin (kwiaty, liście, łodygi). Diagnostyka w kierunku uczulenia na składowe roślin powinna uwzględniać wiele alergenów, między innymi substancje zapachowe. Zwykle potwierdzenie rozpoznania wymaga wykonania testów z elementami samych roślin. Prezentujemy pierwszy znany nam przypadek zawodowego alergicznego kontaktowego zapalenia skóry spowodowanego bazylią u pracownicy zatrudnionej przy pakowaniu ziół.

Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry wywołane konserwantami obecnymi w kosmetykach

B. Kręcisz (Łódź)

Konserwantami są substancje chemiczne dodawane do kosmetyków w celu zahamowania rozwoju drobnoustrojów. Zwykle wykorzystywane są estry kwasu paraaminobenzoesowego (parabeny, nipaginy, aseptyny), związki chemiczne uwalniające formaldehyd – donory formaldehydu (Bronopol, Quaternium 15, Germall 115, Germall II, DMDM hydantoina), izotiazolinony (Katon CG), organiczne połączenia rtęci (tiomersal) i inne. Uważa się, że substancje konserwujące stanowią coraz istotniejszy czynnik etiologiczny alergicznego kontaktowego zapalenia skóry. Celem naszej pracy była ocena częstości występowania uczulenia kontaktowego na konserwanty wśród kolejnych pacjentów Instytutu Medycyny Pracy

w Łodzi diagnozowanych w kierunku alergicznego kontaktowego zapalenia skóry.

Częstość występowania reakcji alergicznych wśród studentek kosmetologii w Województwie Podlaskim

M. Niczyporuk (Białystok)

Celem pracy była ocena częstości występowania reakcji alergicznych na biżuterię wśród studentek kosmetologii.

Alergia kontaktowa na składniki gumy u pletwonurków

K. Gadomski (Gdynia)

Składniki gumy cechują się znacznym potencjałem uczulającym. Jednak bardzo mało wiadomo na temat skali tego zjawiska wśród nurkujących. W literaturze światowej można znaleźć zaledwie kilka doniesień na temat uczuleń zawodowych wśród nurków.

Testy płatkowe dla alergologów – zasady dobrego wykonywania i najczęstsze błędy

R. Śpiewak (Kraków)

Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi testy płatkowe są nieodzownym elementem diagnostyki każdego przypadku przewlekłego nawracającego wyprysku. Dotyczy to również „dermatoz endogennych” (takich jak wyprysk atopowy), których częstym powikłaniem jest wtórna (nierzadko jatrogenna) alergia kontaktowa. Niekiedy dopiero wynik testu płatkowego uświadamia lekarzowi, że w danym przypadku ma faktycznie do czynienia z alergicznym kontaktowym zapaleniem skóry, a nie z domniemanym wypryskiem atopowym. Dlatego testy płatkowe są równie nieodzownym narzędziem diagnostycznym w gabinecie alergologa, jak testy punktowe, oznaczanie swoistych IgE, spirometria, czy alergenowe próby prowokacyjne. Niestety w programie specjalizacji z dziedziny alergologii diagnostykę alergii kontaktowej traktuje się po macoszemu, co znajduje odzwierciedlenie w kardynalnych błędach popełnianych przez niektórych alergologów podczas wykonywania testów. Znamienne jest już samo stosowanie nazwy „testy naskórkowe”, która jest niezręcznym tłumaczeniem przestarzałego terminu „epicutaneous test” (już bardziej adekwatnym tłumaczeniem byłoby „testy naskórne”). Brak

zrozumienia odrębności mechanizmów alergii kontaktowej odzwierciedla również nagminne nazywanie „alergenami” substancji wywołujących opóźnioną reakcję alergiczną, które w istocie są haptenami. Materialnym śladem niedostatków wiedzy są błędne, niekiedy kuriozalne wyniki testów płatkowych wydawane przez lekarzy. Celem wykładu będzie ugruntowanie i usystematyzowanie wiedzy, którą alergolog powinien posiadać na temat roli testów płatkowych w diagnostyce alergicznych chorób skóry. Zostaną przedstawione podstawowe pojęcia, zasady kwalifikacji pacjentów i doboru haptenów do testów, a także techniki wykonywania testów płatkowych. Szczególny nacisk zostanie położony na różnice między testami płatkowymi a innymi skórnymi testami alergologicznymi. Na przykładach z życia omówione zostaną błędy popełniane przez alergologów podczas wykonywania i interpretacji testów płatkowych, a także sposoby ich unikania.

Najczęstsze fitofotodermatozy

W. Niczyporuk (Białystok)

Rośliny i kwiaty są radością naszego życia, jednak niektóre w bezpośrednim kontakcie mogą w określonych warunkach atmosferycznych spowodować wystąpienie zmian skórnych. W referacie zostaną omówione rośliny oraz zmiany skórne wywoływane przez bezpośredni kontakt z nimi w słoneczny dzień.

Choroby fotoalergiczne – diagnostyka i leczenie

R. Spiewak (Kraków)

Termin “fotoalergia” jest potocznie rozumiany jako “alergia na słońce” lub “alergia na światło”. Skoro jednak trudno założyć istnienie przeciwciał IgE lub receptorów limfocytów swoistych wobec światła będącego formą energii elektromagnetycznej, to jaka jest jego rola? W istocie energia ta jest niezbędna dla zainicjowania reakcji fotochemicznej skutkującej wytworzeniem uczulających alergenów lub haptenów. W przebiegu reakcji fotochemicznej dochodzi do zmiany konformacji endogennych białek, zwykle (choć nie zawsze) na skutek sprzęgania z ksenobiotykami. Tak zmodyfikowane białka rozpoznawane są przez układ odpornościowy jako struktury obce, które mogą inicjować reakcje alergiczne według mechanizmów znanych z klasycznego podziału Gella i Coombsa. Aktualnie znamy dwie choroby fotoalergiczne: pokrzywkę słoneczną

(reakcja IgE-zależna, typ I wg Gella i Coombsa), oraz znacznie od niej częstszy wyprysk fotoalergiczny (opóźniona reakcja komórkowa, typ IV). Rozpoznanie pokrzywki słonecznej opiera się na charakterystycznym wywiadzie oraz fotoprowokacji. Wyróżniamy 3 typy pokrzywki: egzogenną, endogenną typu I i endogenną typu II. Tradycyjne różnicowanie między tymi typami opierało się na testach z naświetlaną surowicą autologiczną oraz obcą. W dobie AIDS testy z obcą surowicą zarzucono wobec ryzyka przeniesienia infekcji, co na długie lata uniemożliwiło pełne różnicowanie podtypów. W referacie zostanie przedstawiona autorska propozycja różnicowania podtypów pokrzywki słonecznej za pomocą testu aktywacji bazofilów (BAT). Wyprysk fotoalergiczny może mieć 2 odmiany – systemową i kontaktową. Podstawą diagnostyki tej choroby są fototesty płatkowe – modyfikacja klasycznych testów płatkowych polegająca na naświetlaniu części testowanego obszaru skóry niewielką dawką UVA (5 J/cm^2). Fotohapteny stosowane w fototestach płatkowych obejmują organiczne filtry słoneczne, niesterydowe leki przeciwzapalne, składniki kosmetyków i inne.

Pierwszą linią terapii chorób fotoalergiczných jest unikanie słońca (dość trudne i uciążliwe dla pacjentów) oraz odpowiedzialnego fotohaptenu (możliwe w przypadku wyprysku fotoalergicznego oraz egzogennej pokrzywki słonecznej). Stosowanie ochronnych kremów przeciwsłonecznych może być pomocne, jednak należy pamiętać, że organiczne filtry słoneczne są wymieniane wśród najczęstszych przyczyn fotoalergii. Farmakoterapia wyprysku fotoalergicznego, podobnie jak „zwykłego” wyprysku kontaktowego, opiera się na miejscowych glikokortykosteroidach, inhibitorach kalcyneuryny i kremach barierowych. Leki przeciwhistaminowe nie są tutaj skuteczne. Na leczenie wysokimi dawkami leków przeciwhistaminowych może natomiast zareagować znacznie rzadsza pokrzywka słoneczna (leczenie skuteczne w 2/3 przypadków). Donoszono ponadto o dobrych efektach stosowania anty-IgE w najcięższych przypadkach.

Zaostrzenie atopowego zapalenia skóry w przebiegu zakażenia wirusem *Herpes simplex*

J. Zaryczański (Opole)

Ośmioletnia dziewczynka została przekazana do Oddziału Pediatrii w Opolu ze szpitala w Kluczborku, gdzie od 2 dni była hospitalizowana z powodu zaostrzenia atopowego zapalenia skóry i zapalenia jamy ustnej.

Dziewczynka przy przyjęciu była w stanie średnio-ciężkim, wysoko gorączkująca, skarżyła się na bóle kończyn. Skóra była sucha, o cechach atopowych, na twarzy zmiany pęcherzykowe z surowiczą wydzieliną, na skórze tułowia, kończyn dolnych i górnych rozległa wysypka drobnoplamista z przyschniętymi pęcherzykami. Na śluzówkach jamy ustnej i języka rozpoznano liczne zmiany aftowe. W wykonanych badaniach laboratoryjnych wykazano podwyższone wskaźniki stanu zapalnego oraz obecność przeciwciał IgE przeciwko roztoczom w klasie 4.

Wtórne zmiany infekcyjne paznokci

R. Maleszka (Szczecin)

Wśród infekcyjnych chorób paznokci najbardziej rozpowszechnione są zakażenia grzybicze, które mogą stanowić nawet do 50% wszystkich schorzeń narządu paznokciowego i właśnie obawiając się głównie grzybicy chorzy ze zmianami paznokciowymi zgłaszają się do lekarza. Znacznie rzadziej w tej lokalizacji spotyka się natomiast infekcje bakteryjne i wirusowe. Zakażenia narządów paznokciowych mogą rozwijać się zarówno w niezmienionych dotąd płytkach paznokciowych, jak i w przebiegu innych, nieinfekcyjnych chorób paznokci. Najczęściej dotyczy to paznokci zmienionych przez łuszczycę, liszaj płaski oraz płytek paznokciowych zniekształconych pourazowo, zwłaszcza u osób z cukrzycą i zaburzeniami krążenia obwodowego kończyn. Ze względów kosmetycznych infekcyjne zmiany paznokciowe są często przez pacjentki ukrywane poprzez stosowanie lakierów i tipsów. Takie postępowanie zwykle sprzyja dalszemu rozwojowi infekcji w obrębie paznokci i jest istotnym zagrożeniem dla innych osób.

Środki konserwujące w kosmetykach i miejscowych lekach dermatologicznych – współczesny stan wiedzy

W. Kamysz (Gdańsk)

Powszechnie stosowane konserwanty mogą wywoływać szereg działań niepożądanych, takich jak alergiczny wyprysk kontaktowy, pokrzywka i reakcje fotoalergiczne. Parabeny (estry kwasu p-hydroksybenzoesowego) – najczęściej stosowane substancje konserwujące, od kilku lat znajdują się pod wnikliwą obserwacją. Stanowią częstą przyczynę alergii kontaktowej po zastosowaniu kosmetyków i leków do użytku zewnętrznego nimi konserwowanych. Fenoksyetanol również bywa przyczyną występowania

reakcji alergicznych, natomiast imidazolidynylo-mocznik może wywierać działanie drażniące. Mimo, że konserwanty jako substancje biologicznie czynne nie są obojętne dla organizmu człowieka, ich stosowanie w preparatach na skórę jest niezbędne. Zanieczyszczenie preparatu drobnoustrojami prowadzi do obniżenia jego jakości, a także może być przyczyną rozwoju infekcji u stosującego go pacjenta. Temat poszukiwania efektywnych i bezpiecznych konserwantów pozostaje zatem nadal aktualny. Klasyczne konserwanty zastępowane są substancjami pochodzenia naturalnego takimi jak kwasy organiczne i ich sole. Ciekawą alternatywą wydaje się być także stosowanie olejków eterycznych, na przykład goździkowego i tymiankowego, które poza działaniem antyseptycznym wykazują również walory zapachowe.

Infekcje w AZS

R. Nowicki (Gdańsk)

Pacjenci z atopowym zapaleniem skóry (AZS) wykazują zaburzenia odporności wrodzonej i nabytej, co sprawia, że są szczególnie narażeni na zakażenia bakteryjne (*S. aureus*), grzybicze (dermatofity, *Malassezia* spp., *Candida* spp.) i wirusowe (HSV, HPV). Wtórne infekcje stanowią integralną część obrazu klinicznego AZS. Niesprawna odporność w AZS zależy od: uszkodzenia bariery naskórkowej (genetyczny defekt filagryny i ceramidów), zmienionej funkcji receptorów CARD4/Nod1, CARD15/Nod2, TLR2 oraz TLR4 lub komórek biorących udział w reakcji odpornościowej (neutrofile, komórki NK, komórki Langerhansa) oraz zmniejszonego wytwarzania peptydów przeciwdrobnoustrojowych (AMP) przez keratynocyty (KC).

Kierunki profilaktyki chorób alergicznych układu oddechowego i skóry na podstawie badań przesiewowych dzieci i młodzieży (program BUPAS)

A. Szpakow (Grodno)

W ostatnich dziesięcioleciach wzrasta medyczne i społeczne znaczenie chorób alergicznych, co związane jest z wieloma czynnikami, między innymi ze znacznym zwiększeniem ich rozpowszechnienia, z wysokimi kosztami leczenia oraz ze znaczącym ich negatywnym wpływem na jakość życia pacjentów. Sytuacja epidemiologiczna chorób alergicznych (alergiczny nieżyt nosa, astma oskrzelowa, atopowe zapalenie skóry) na

terenie Grodzieńszczyzny wśród dzieci i nastolatków wykazuje także tendencje wzrostową. Ze względu na dane epidemiologiczne, nie pozostawia wątpliwości fakt, że oficjalne statystyki w oparciu o wykorzystanie instytucji terapeutycznych i prewencyjnych nie odpowiadają rzeczywistej częstości i występowania chorób alergicznych w ogóle, a zwłaszcza astmy. Cel pracy: przygotowanie i wdrożenie zwalidowanego programu badań przesiewowych dzieci w kierunku astmy oskrzelowej i innych chorób alergicznych układu oddechowego i skóry dla wyboru kierunków profilaktyki. Materiał i metody. W ramach Polsko-Ukraińsko-Białoruskiego Programu Profilaktyki Astmy u Dzieci (BUPAS) wdrożono zunifikowane, populacyjne badanie kwestionariuszowe 5028 respondentów w reprezentatywnych grupach dzieci miejskich i wiejskich w wieku 6–14 lat w rejonie Grodzieńskim. Najważniejsze cele BUPAS: organizacja aktywnej diagnostyki i wykrywania pacjentów z astmą; szkolenie pracowników służby zdrowia i edukacja pacjentów; wykorzystanie i propozycje nowoczesnych schematów leczenia; monitorowanie wyników leczenia.

Diagnostyka i postępowanie w mniej typowych manifestacjach alergii na białko mleka krowiego u dzieci

B. Kamińska (Gdańsk)

Program „Alerni” jest europejskim programem edukacyjnym dotyczącym alergii na białko mleka krowiego (ABMK) u dzieci. Obejmuje różne aspekty i postacie kliniczne alergii. Program jest skierowany do lekarzy pediatrów, dermatologów, alergologów, pielęgniarek, dietetyków. Celem programu jest edukacja w tym zakresie, która ułatwi prawidłową diagnozę i leczenie. Kolejna edycja tego programu wskazuje na pozaskórne objawy alergii na białko mleka krowiego u dzieci. Do mniej typowych, ale dość częstych manifestacji alergii na białko mleka krowiego należą:

1. Uporczywe ulewania,
2. Niepokój i ciągły płacz dziecka.

Zgłaszane przez matki uporczywe ulewania u niemowlęcia stanowią wyzwanie dla pediatry i stawiają pytania: co rozpoznać?; jak różnicować ABMK i refluks żołądkowo-przełykowy (RŻP)? Wzajemne powiązania czy wykluczenie związku tych jednostek należy zawsze uwzględniać w diagnostyce różnicowej, gdyż jest to niezwykle ważne dla podejmowania decyzji terapeutycznych. Podobieństwa pomiędzy tymi dwoma jednostkami chorobowymi to: pierwsze objawy u najmłodszych

niemowląt, wymioty i ulewania, rozdrażnienie, niepokój po posiłkach, problemy ze snem. U ulewającego niemowlęcia podejrzenie ABMK uzasadnia RŻP oporny na leczenie przeciwrefluksowe, historia rodzinna schorzeń atopowych, towarzyszące objawy kliniczne takie jak wyprysk niemowlęcy, biegunka, słabe przybieranie na wadze, objawy anafilaktyczne (pokrzywka, niewydolność oddechowa, obrzęk naczynioruchowy, alergiczny nieżyt nosa). Diagnozę ABMK u niemowlęcia z RŻP można potwierdzić przez wyłączenie i ponowne wprowadzenie białka mleka krowiego (BMK). Dodatni wynik próby prowokacji potwierdza ABMK. Ustąpienie objawów RŻP po wyłączeniu BMK nie wystarczy do rozpoznania ABMK. Zawsze należy potwierdzać ABMK poprzez ponowne wprowadzenie w szpitalu lub w warunkach ambulatoryjnych BMK do diety na 1 do 2 miesięcy po wyłączeniu, po negatywnym punktowym teście skórny, zgodnie z wiekiem.

Niepokój i ciągły płacz dziecka to czynniki, które mogą prowadzić do podejrzenia ABMK. Inne towarzyszące objawy kliniczne to najczęściej wyprysk niemowlęcy (świąd może również prowokować płacz), biegunka, słaby rozwój fizyczny, objawy układowe takie jak: pokrzywka, niewydolność oddechowa, obrzęk naczynioruchowy, alergiczny nieżyt nosa. ABMK stanowi dla pediatry-alergologa wyzwanie w zakresie wprowadzenia odpowiedniego leczenia żywieniowego. Chorym dzieciom należy zapewnić odpowiednią dawkę preparatu o wysokim stopniu hydrolizy białka i wysokiej zawartości wapnia. Dzieci z ABMK, u których zastosowano odpowiednie mleko (hydrolizat o wysokim stopniu hydrolizy) łatwiej pokrywają dzienne zalecane zapotrzebowanie na wapń, żelazo, witaminy D i E. U dziecka karmionego piersią, po czasowej ekspozycji na BMK należy zalecić preparat eliminacyjny zawierający hydrolizat o wysokim stopniu hydrolizy. Musi on być przepisywany noworodkom i niemowlętom wymagającym dodatkowego pokarmu, które później będą karmione tylko piersią.

Fenotypy astmy – potrzeba czy błąd?

A. Fal (Warszawa, Wrocław)

Różnorodność astmy i mechanizmów leżących u jej podłoża sugeruje istnienie odrębnych fenotypów, ich identyfikacja doprowadzi do bardziej zindywidualizowanych, bardziej skutecznych terapii. Najistotniejsze kryteria fenotypowania to obecnie: etiologia, wiek początku choroby, rodzaj zapalenia, przebieg kliniczny. Na skutek tzw. plastyczności

fenotypowej poszczególne fenotypy często nakładają się na siebie, tworząc w istocie szereg subkategorii. Etiologicznie należy odróżniać astmę alergiczną od niealergiczną; także ze względu na czynniki zaostrzenia astmę aspirynową (występującą u ponad 10% całej populacji chorych na astmę, częściej w postaci nieatopowej); astmę indukowaną wysiłkiem (u większości [70-90%] pacjentów chorych na astmę). Fenotypy związane z wiekiem początku choroby: astma o wczesnym *versus* o późnym początku. Wczesny początek (wg różnych źródeł 7-12 r.ż.) oznacza ciężki przebieg, częściej atopowy (95% *versus* 70% dla astmy o późnym początku). Wyróżnia się ponadto astmę wieku podeszłego. Rozpoznanie fenotypu astmy starczej stwarza duże trudności diagnostyczne w związku z częstym współwystępowaniem chorób układu sercowo-naczyniowego. Wyróżnia się następujące fenotypy komórkowego typu zapalenia: eozynofilowy, eozynofilowo-neutrofilowy, neutrofilowy, ubogogranulocytarny. Eozynofilowy typ cechuje gorsza kontrola astmy i zwiększone ryzyko ciężkich zaostrzeń. Typ mieszano-komórkowy skutkuje klinicznie bardzo ciężką astmą z częstymi zaostrzeniami i często względną opornością na glikokortykosteroidy (GKS). Z kolei fenotyp neutrofilowy charakteryzuje się przewagą płci żeńskiej z typem niealergicznym, późnym początkiem choroby oraz często współwystępującą nadwagą. Mimo wytycznych GINA, na podstawie parametrów klinicznych w dalszym ciągu mówi się o astmie ciężkiej (długi czas trwania choroby, gorsze parametry funkcji płuc itd.). Dodatkowymi fenotypami wyróżnianymi w klinice są: astma chwiejna przebiegająca z wysoką zmiennością PEF, nawet przy leczeniu wysokimi dawkami GKS. Występuje u około 0,05% pacjentów chorych na astmę. Pacjenci ci także gorzej reagują na leczenie agonistami receptora beta2 adrenergicznego i utrzymują wysoką nadreaktywność drzewa oskrzelowego. Wyodrębnia się dwa subfenotypy astmy chwiejnej. Reasumując, fenotypowanie astmy ma sens, gdy przekłada się to na różnicę przebiegu klinicznego lub skuteczność terapii. Fenotypy powinny być oparte na definiowaniu czynników istotnych dla parametrów obecnie diagnozowanych i kontrolowanych. Wskazywanie fenotypów opartych na przykład na różnych stężeniach cytokin, których działania nie jesteśmy w stanie wybiórczo hamować, jest w klinice nieistotne.

Czy ujemny wynik testu prowokacyjnego z metacholiną wyklucza diagnozę astmy?

Z. Siergiejko (Białystok)

Autor niejednokrotnie obserwował ujemne wyniki testu prowokacyjnego z metacholiną u pacjentów z rozpoznaną astmą i leczonych farmakologicznie z powodu tej choroby. Zatem czy może istnieć astma bez nadreaktywności oskrzeli, czy też zbyt często stawiana jest błędna diagnoza? W wykładzie zostaną omówione liczne sytuacje z życia wzięte dotyczące: negatywizacji wyniku testu z metacholiną po długim leczeniu przeciwzapalnym, astmy z faktycznie ujemnymi wynikami testu prowokacyjnego, ujemne wyniki testu prowokacyjnego na skutek błędów proceduralnych, nieprawidłowo postawionej diagnozy.

Leczenie astmy – uwagi do wytycznych

P. Górski (Łódź)

GINA 2010 rozwija program postępowania u chorych na astmę oparty o cel, jakim jest uzyskanie kontroli astmy. Wbrew doniesieniom sprzed 4-5 lat, cel ten udaje się uzyskać u większości chorych. Zasadniczym sposobem uzyskania kontroli pozostaje farmakoterapia za pomocą wziewnych kortykosteroidów. Wszystkie pozostałe metody postępowania muszą uwzględniać zasadę: uzyskaj, co możesz za pomocą wziewnych kortykosteroidów. LABA pozostają głównym elementem wspomagania podstawowej terapii, ale wyłącznie w toku postępowania przewlekłego. Lekami z wyboru do przerywania ostrego napadu są krótko działający beta agoniści. Dyskusji wymaga ustalenie dawki wziewnych kortykosteroidów oraz sposób postępowania po uzyskaniu kontroli.

Zmiany w układzie krążenia u chorych z sarkoidozą

M. Dudziak (Gdańsk)

Sarkoidoza serca (SaS) jest chorobą układową polegającą na tworzeniu nieserowaciejących ziarniniaków, o podłożu zapalnym, obejmującą również mięsień sercowy. Objawami są bloki układu przewodzącego serca, tachykardia oraz cechy niewydolności krążenia. W większości przebieg kliniczny jest bezobjawowy. Z drugiej strony główną przyczyną zgonu jest nagła śmierć sercowa. Jedynym pewnym potwierdzeniem diagnozy jest biopsja miokardialna.

Neurohormonalna regulacja w komórkach skóry

M. Żmijewski (Gdańsk)

Skóra ludzka jest nie tylko barierą zabezpieczającą organy wewnętrzne przed szkodliwym wpływem środowiska, lecz również miejscem wymiany bodźców oraz syntezy wielu aktywnych substancji, w tym neuropeptydów, hormonów i cytokin. Lokalna ekspresja tych związków zapewnia szybką miejscową reakcję na bodźce stresowe, takie jak infekcja, uszkodzenie mechaniczne, czy też promieniowanie ultra-fioletowe. Skóra wraz z przydatkami nie tylko są wrażliwe na hormony wytwarzane przez podwzgórze, przysadkę, tarczycę czy szyszynkę, lecz również aktywnie produkują CRF, ACTH, MSH, TSH, melatoninę czy też kortykoidy. Melanocyty pełnią nadrzędną funkcję w naskórku, regulując aktywność keratynocytów, natomiast mastocyty (komórki tuczne) uczestniczą w dwukierunkowym przekazywaniu bodźców pomiędzy komórkami skóry a układem nerwowym i dokrewnym. Wrażliwość komórek skóry oraz lokalna produkcja neuropeptydów, hormonów czy cytokin odgrywa istotną rolę w patogenezie wielu chorób skóry i jej przydatków, takich jak: trądzik, łuszczyca czy łysienie. Z drugiej strony szereg substancji aktywnych, naturalnie wytwarzanych przez komórki skóry powinno znaleźć i znajduje zastosowanie w leczeniu różnych schorzeń skóry, w tym nowotworów.

Rola swoistego IgE w ocenie aktywności pemfigoidu

K. Woźniak (Warszawa)

Pemfigoid (BP) jest autoimmunizacyjną podnaskórkową chorobą pęcherzową skóry. W zdecydowanej większości przypadków występuje u osób po 65 roku życia. Choroba rozpoczyna się zmianami skórnymi o charakterze rumieniowo-obrzękowym, przypominającymi pokrzywkę oraz pęcherzami o dobrze napiętej pokrywie, zlokalizowanymi najczęściej na tułowie i zgięciowych powierzchniach kończyn. Pod względem immunologicznym pemfigoid charakteryzuje się produkcją autoprzeciwciał klasy G skierowanych przeciwko fragmentowi NC16a antygeny błony podstawnej o masie 180kD (BP180). W ostatnich latach coraz częściej podnosi się udział również IgE w patogenezie BP. U około 70% pacjentów z pemfigoidem w aktywnym okresie choroby stwierdza się podwyższony poziom całkowitego IgE w surowicy. Wykazano, że przeciwciała IgE podobnie jak IgG, skierowane są przeciwko NC16a

antygeny BP180. Celem pracy było zbadanie zależności pomiędzy rozległością zmian skórnych i aktywnością pemfigoidu, a poziomem całkowitego IgE w surowicy, indeksem przeciwciał IgE oraz IgG skierowanych przeciwko NC16a antygeny BP180 metodą ELISA. Przebadano grupę 73 pacjentów z pemfigoidem (52 kobiety, 21 mężczyzn) w wieku od 55 do 97 lat (średni wiek 77,9 lat) rozpoznanym na podstawie obrazu klinicznego i badań immunologicznych: obecność związanych *in vivo* IgG i C3 w BMZ w bezpośredniej immunofluorescencji, krążących IgG skierowanych przeciwko BMZ w pośredniej immunofluorescencji oraz reakcji przeciwciał krążących IgG z epitopem NC16a antygeny BP180 metodą ELISA. Wybrano dwie grupy kontrolne: pierwszą stanowiło 22 pacjentów z udokumentowanym atopowym zapaleniem skóry, u których stwierdzono wysoki poziom całkowitego IgE w surowicy, drugą grupę stanowiło 35 osób w wieku typowym dla pemfigoidu (od 62 do 87 roku życia), którzy byli konsultowani lub leczeni w Klinice Dermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z innych powodów niż choroby autoimmunologiczne i alergiczne. Wykazano, że w grupie 73 pacjentów z BP w aktywnym okresie pemfigoidu indeks anty-NC16a IgG był pozytywny u wszystkich badanych, pozytywny indeks anty-NC16a IgE wykazano u 62% pacjentów, a poziom całkowitego IgE w surowicy był istotnie podwyższony u 75% badanych pacjentów. Ponadto wykazano, że poziom indeksu anty-NC16a IgG korelował z rozległością zmian skórnych w pemfigoidzie na początku choroby. Nie stwierdzono tej zależności dla indeksu anty-NC16a IgE i poziomu całkowitego IgE w surowicy. Porównując poziomy średnich indeksów anty-NC16a IgG, anty-NC16a IgE i wartości całkowitego IgE w surowicy wykazano, że ulegają one statystycznie istotnemu zmniejszeniu w remisji w porównaniu do okresu aktywnego. Natomiast odsetek pacjentów, u których nastąpiła negatywizacja badanych parametrów w remisji był największy dla anty-NC16a IgE. W przypadku indeksu anty-NC16a IgG, odsetek pacjentów, u których nastąpiła negatywizacja był wyraźnie mniejszy niż w przypadku indeksu anty-NC16a IgE, natomiast odsetek pacjentów, u których nastąpiła normalizacja poziomu całkowitego IgE w surowicy w remisji nie zmienił się istotnie w stosunku do okresu aktywnego. Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. rozległość zmian skórnych w pemfigoidzie najlepiej odzwierciedla indeks anty-NC16a IgG, natomiast indeks anty-NC16a IgE i poziom

- całkowitego IgE w surowicy nie korelują z rozległością zmian skórnych;
2. w okresie remisji pemfigoidu ulegają istotnemu zmniejszeniu lub negatywizacji wszystkie badane parametry: indeks anty-NC16a IgE, indeks anty-NC16a IgG oraz poziom całkowitego IgE w surowicy;
 3. w okresie remisji największy stopień negatywizacji dotyczy indeksu anty-NC16a IgE, co oznacza, że ten parametr może być najlepszym markerem aktywności pemfigoidu.

Blaski i cienie pokrzywek

R. Pawliczak (Łódź)

Pokrzywki są jednymi z najbardziej częstych chorób skóry. Ich etiologia jest zróżnicowana, leczenie bywa i bardzo łatwe i dramatycznie trudne i długotrwałe. Diagnostyka i leczenie pokrzywek sprawiają wiele kłopotów lekarzom różnych specjalności. O czym warto pamiętać gdy przychodzi do nas pacjent chorujący na pokrzywkę? Opowiem o tym. Przedstawię typowe problemy diagnostyczne i terapeutyczne z którym często spotykamy się u pacjentów chorujących na pokrzywki. Czy pamiętamy o chorobach, które często są związane z pokrzywkami? Odniosę się także krytycznie do aktualnych zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych w tym zakresie. Dużo praktyki, mało teorii.

Dlaczego tak trudno leczyć AZS?

R. Nowicki (Gdańsk)

Pomimo wielu konsensusów i wytycznych dotyczących leczenia AZS, choroba ta nadal stanowi poważne wyzwanie zarówno dla pediatrów i alergologów, jak i dermatologów. W pogoni za cudownymi testami, które pozwolą wyeliminować przyczynę zmian skórnych i nowymi, skutecznymi metodami leczenia, rodzice dzieci atopowych godzinami wertują strony internetowe a potem "dobrze wyedukowani" stawiają się w gabinecie lekarskim by sprawdzić swojego specjalistę. Lekarz powinien być do takiego "egzaminu" przygotowany. Dobry kontakt i współpraca z rodzicami są bowiem podstawą właściwego leczenia AZS. Odpowiednio prowadzone zabiegi pielęgnacyjne w większości przypadków pozwalają na przywrócenie prawidłowego funkcjonowania bariery skórnej i poprawę stanu klinicznego pacjenta.

Zespół astma-prurigo

B. Panaszek (Wrocław)

Wyprysk atopowy o ciężkim przebiegu, który rozwija się w okresie niemowlęcym jest udowodnionym czynnikiem ryzyka rozwoju astmy oskrzelowej. Zespołowi astma-prurigo często towarzyszą inne choroby alergiczne, w szczególności u osób dorosłych alergiczny nieżyty nosa. W wielu przypadkach stwierdza się wysokie stężenie IgE związane z kolonizacją skóry przez szczepy *S. aureus* wytwarzające enterotoksyny SEA, SEB, SEC. Toksyny te mogą penetrować skórę jako superantygeny pobudzające produkcję specyficznych przeciwciał IgE. W części przypadków z wysokim IgE zespół astma-prurigo wymaga różnicowania z zespołem hiper-IgE. Pomocne w takich przypadkach są badania subpopulacji limfocytów, stosunku liczbowego CD4/CD8 oraz funkcji neutrofilów.

Stan antyoksydacyjny pacjentów z atopowym zapaleniem skóry

A. Lukyanov (Mińsk)

Celem pracy było zbadanie procesów utleniania wolnych rodników i stanu enzymatycznego systemu antyoksydacyjnego krwi u pacjentów z AZS z oceną wpływu na przebieg choroby kompleksów przeciwutleniaczy, zawierających selen. Badania wykazały przydatność leków zawierających przeciwutleniacze z selenem w kompleksowym leczeniu AZS.

Zastosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych w AZS

A. Zawirska (Poznań)

Atopowe zapalenie skóry jest przewlekłą dermatozą charakteryzującą się suchością skóry z towarzyszącym świądem. Celem pracy było przedstawienie aktualnej wiedzy na temat roli fizjoterapeuty w leczeniu atopowego zapalenia skóry oraz analiza opinii pacjentów na temat metod fizjoterapeutycznych. Materiał i metody: Badaniem ankietowym objęto grupę 30 pacjentów chorych na atopowe zapalenie skóry hospitalizowanych na Oddziale Chorób Skóry oraz pacjentów Poradni Dermato-logicznej Wojewódzkiego Szpitala w Poznaniu w okresie VI 2009–IX 2009. Wyniki: 35% pacjentów korzystało z kąpieli solankowych. Analizując efekt naświetlań na objawy atopowego zapalenia skóry, tylko u 23% pacjentów stwierdzono korzystny efekt, natomiast aż 60%

pacjentów nie korzystało z takiej formy terapii. Wnioski: Dane literaturowe potwierdzają fakt, że zabiegi z zakresu fototerapii, balneoterapii i klimatoterapii mają istotne zastosowanie w leczeniu atopowego zapalenia skóry. Jednak zbyt mała ilość pacjentów chorujących na to schorzenie, korzysta z metod fizjoterapeutycznych.

Trądzik różowaty

C. Kowalewski (Warszawa)

Rosacea jest zapalną, przewlekłą chorobą dotyczącą 10% ludności w wieku 35–55 lat. Zmiany pojawiają się charakterystycznie w centralnej części twarzy i w początkowym okresie mają charakter rumieni i teleangiektazji, potem grudkowo-krostkowy, a w zaawansowanym stadium – przerosły. Tym trzem etapom choroby towarzyszą zmiany oczne, które mogą być przyczyną poważnych komplikacji. Patogeneza choroby przez długie lata pozostawała niejasna, ale badania ostatnich dwóch lat wykazały sprawczą rolę nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej na rozmaite bodźce zewnętrzne, związanej z zaburzeniem funkcji receptorów *Toll-like 2* na makrofagach, monocytach i keratynocytach, a prowadzącej do niekontrolowanej produkcji peptydu przeciwbakteryjnego – katelicidyny o silnym działaniu naczyniowo-rozkurczowym, a także chemotaktycznym dla komórek zapalnych. W badaniach eksperymentalnych wykazano, że podskórne wstrzyknięcie katelicidyny powoduje zmiany kliniczne i histologiczne odpowiadające *rosacea*. Produkcja katelicidyny w komórkach naskórka jest stymulowana witaminą D3 syntetyzowaną w skórze pod wpływem naświetlania UVR, co wyjaśnia dlaczego promieniowanie słoneczne jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na zaostrzenia w trądziku różowatym. Leczenie *rosacea*, zgodnie z międzynarodowym konsensem, jest uzależnione od stadium choroby i polega na stosowaniu ogólnym antybiotyków z grupy tetracyklin, makrolidów lub metronidazolu przez okres 6-12 tygodni w dawkach znacznie poniżej bakteriostatycznych, wykorzystując ich działanie chemotaktycznie ujemne w stosunku do komórek zapalenia, antyoksydacyjne oraz hamujące działanie pobudzonych w procesie zapalnym metaloproteinaz. W zaawansowanych postaciach grudkowo-krostkowych i przerosłych *rosacea* należy rozważać podawanie ogólne izotretinoiny. Leczenie ogólne uzupełnia miejscowe stosowanie kwasu azelainowego lub metronidazolu, a w przypadku ich nietolerancji innych leków. Najlepsze,

często spektakularne wyniki leczenia *rosacea*, uzyskuje się w przypadkach zmian grudkowo-krostkowych ze względu na mechanizm działania stosowanych preparatów. Za najtrudniejsze w terapii natomiast uznawane są zmiany naczyniowe ponieważ stosowane obecnie leki nie działają bezpośrednio na łożysko naczyniowe ograniczając nadmierny przepływ skórny. Pewne nadzieje pokłada się we wprowadzeniu w najbliższym czasie do miejscowego leczenia *rosacea* antagonistów witaminy D3, jako blokerów syntezy katelicyny.

Współczesna genetyka sądowa

R. Pawłowski (Gdańsk)

Jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin genetyki i współczesnej kryminalistyki jest genetyka sądowa. Genetyka sądowa zajmuje się określaniem pokrewieństwa pomiędzy osobami (najczęściej jest to ustalanie ojcostwa, czy identyfikacja nieznanych osób) oraz identyfikacją genetyczną śladów biologicznych pozostawianych na miejscach przestępstwa. W tym roku mija dokładnie 25 lat od momentu, kiedy po raz pierwszy do celów identyfikacyjnych wykorzystano ludzki DNA oraz technikę namnażania DNA za pomocą reakcji PCR.

Różnice we wchłanianiu leku do skóry z różnych postaci farmaceutycznych

M. Sznitowska (Gdańsk)

Do podania na skórę przeznaczone są leki w postaci płynnej (roztwory, emulsje, zawiesiny, aerozole, lakiery), stałej (plastry, proszki) i półstałej. Ze względu na rodzaj podłoża wyróżnia się wśród półstałych preparatów dermatologicznych: maści lipofilowe, maści absorpcyjne, kremy hydrofilowe i lipofilowe, hydrożele. Od rodzaju podłoża zależy skuteczność preparatów, lecz nie zawsze jest łatwo dokonać jego wyboru, tak by działanie leku było najlepsze: znaczenie ma stan skóry, miejsce i sposób aplikacji, głębokość, na której ma działać substancja czynna, właściwości chemiczne substancji czynnej i zdolność jej przenikania przez warstwę rogową skóry. Z powodu istnienia tak wielu zależnych czynników rzadko słuszną jest reguła wynikająca ze współczynnika podziału, mówiąca, że substancje lipofilowe powinny być aplikowane w podłożach hydrofilowych, a hydrofilowe – w podłożach lipofilowych. Zwiększanie wchłaniania leku przez skórę jest celem nowoczesnych

postaci leku dermatologicznego takich jak nanocząstki, ciekłe kryształy, roztwory przesyczone itp.

Zastosowanie witaminy D i jej pochodnych w dermatologii

M. Żmijewski (Gdańsk)

Skóra ludzka jest naturalnym źródłem witaminy D, która powstaje w reakcji fotochemicznej pod wpływem promieniowania ultrafioletowego. Oprócz klasycznej roli w regulacji gospodarką wapniem, witamina D wpływa również na wzrost i różnicowanie wielu typów komórek, w tym komórek skóry. Wykazano ponadto, że niedobór witaminy D jest związany z ryzykiem zachorowania na szereg schorzeń cywilizacyjnych, w tym nowotworów. Co więcej, aktywna forma witaminy D – kalcytriol posiada bardzo dobre właściwości przeciw-nowotworowe, jednak jej zastosowanie jest ograniczone z uwagi na ryzyko wywołania hiperkalcemii. Dlatego też w ostatnich latach zintensyfikowano badania nad pochodnymi witaminy D o dobrych własnościach przeciwnowotworowych, ale nie wpływających na gospodarkę wapniem. Szereg z tych związków znajduje się na różnym etapie badań laboratoryjnych i klinicznych. Pochodne witaminy D mają potencjalne zastosowanie w leczeniu nowotworów skóry, w tym SCC, BCC i czerniaka, a sam kalcytriol w postaci maści jest z powodzeniem stosowany w leczeniu łuszczycy.

Nowoczesne trendy leczenia łuszczycy

L. Barabanow (Mińsk)

Na Białorusi 1-3% populacji (do 250 tys.) cierpi z powodu łuszczycy. Rocznie w białoruskich szpitalach dermatologicznych hospitalizuje się 15-18 tysięcy pacjentów z łuszczycą.

Инфликсимаб – представляет собой химерное соединение на основе гибридных мышинных и человеческих IgG1 моноклональных антител. Препарат связывается с фактором некроза опухоли альфа (ФНОα) с высокой специфичностью, афинностью и авидностью, нейтрализует растворимый и трансмембранный ФНОα и быстро подавляет маркеры воспаления. Он также регулирует ФНО гомеостаз за счет быстрого уменьшения уровня ключевых воспалительных цитокинов и подавления уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6) в течение 8 часов после вливания. Показаниями для его применения являются:

leczenie больных псориазом тяжелой степени, подлежащих системной терапии, а также больных псориазом средней степени тяжести при неэффективности или наличии противопоказаний к PUVA-терапии; лечение больных, страдающих прогрессирующим псориатическим артритом ПсА в активной форме, у которых проводившееся ранее лечение антиревматическими лекарственными средствами было неэффективным. Лечение проводят в комбинации с метотрексатом.

Zespół nadwrażliwości indukowanej lekami

B. Panaszek (Wrocław)

Zespół nadwrażliwości indukowanej lekami (*drug-induced hypersensitivity syndrome; DIHS*) określony jest przez triadę objawów: gorączkę, wysypkę i zajęcie narządów wewnętrznych, najczęściej wątroby, mięśnia sercowego, nerek lub płuc, które mogą wystąpić w okresie od 1 do 8 tygodni po ekspozycji na lek. Wzrost ciepłoty ciała jest zazwyczaj pierwszym pojawiającym się objawem, do którego dołączają rumieniowe wykwity skórne, jednak nasilenie zmian związanych z powłokami skórnymi nie koreluje ze stopniem zajęcia narządów wewnętrznych. Uważa się, że leki przeciwdrgawkowe (szczególnie karbamazepina), antybiotyki, allopurinol są jednymi z najczęstszych czynników przyczynowych DIHS.

Metabolomika – nowe horyzonty dla diagnostyki i farmakoterapii

R. Kaliszan (Gdańsk)

W celu lepszego zrozumienia procesów chorobowych coraz powszechniej wykorzystuje się podejścia badawcze wywodzące się biologii systemowej (biomiki), tak zwane „omiki” szczegółowe, jak genomika, transkryptomika czy proteomika. W ostatnich latach szczególnie dynamicznie rozwijają się bioinformatyczne techniki określane mianem metabolomiki czy metabonomiki. Opisują one procesy metaboliczne na poziomie pojedynczej komórki czy typu komórek oraz badają systematycznie profile biochemiczne w całym organizmie.

Jakość życia u pacjentek z łuszczycą i chlamydiozą układu moczowo-płciowego

D. Chworyk (Grodno)

Połączenie łuszczycy i chlamydiozy układu moczowo-płciowego jest bardzo istotnym problemem klinicznym. Zmiany w układzie odpornościowym wskazują na kilka wspólnych mechanizmów patogenetycznych tych chorób. Badaniami objęto 88 pacjentek w wieku od 18 do 62 lat z różnymi postaciami klinicznymi łuszczycy, które były leczone w przychodni dermatologicznej w Grodnie. U pacjentek z chlamydiozą układu moczowo-płciowego obserwowano cięższy przebieg łuszczycy i znaczne obniżenie jakości życia.

Jakość życia pacjentów z przewlekłymi chorobami skóry

R. Nowicki (Gdańsk)

W rozważaniach na temat jakości życia w przewlekłych dermatozach należy uwzględnić znaczenie skóry w percepcji, ekspresji, komunikacji, funkcji estetycznej i seksualnej. Przewlekłe choroby skóry (np. AZS, łuszczycy) przebiegające z okresami remisji i nawrotów, związane są z uciążliwymi dolegliwościami somatycznymi, takimi jak świąd, suchość i pękanie naskórka oraz koniecznością przewlekłego stosowania terapii miejscowej. Codzienne czynności takie jak zakupy czy domowe porządki stają się trudniejsze do samodzielnego wykonania. Ograniczone może być życie towarzyskie, utrudnione uprawianie sportu, co wiąże się z objawami chorobowymi, z poczuciem zakłopotania, wstydu i napiętnowania. Oprócz znacznego obniżenia jakości życia u ponad 1/3 pacjentów dermatologicznych rozpoznaje się różnego typu zaburzenia psychiatryczne lub psychologiczne, które znacznie komplikują przebieg dermatozy i jej terapii.

Relacja terapeutyczna lekarz – pacjent w przewlekłych chorobach skóry

W. Rusiecka (Suwałki)

Relacja terapeutyczna lekarz- pacjent jest spotkaniem dwóch osób pozostających ze sobą w interakcji często nacechowanej emocjonalnie. Osoby te pełnią określone role społeczne. Pacjent zgłaszając się do lekarza przybiera postawę chorego i oczekuje wysokiego poziomu kompetencji

oraz poświęcenia w służbie cierpiącym. W związku z tym lekarz uzyskuje znaczną władzę i wysoki status społeczny. Czy potrafi ją właściwie wykorzystać?

Kapelan w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym

A. Delik (Gdańsk)

Kapelan dziś w szpitalu to ten, z którym chory wiąże określone nadzieje, dotyczące nie tylko spraw duchowych, lecz także podzielenia się swoimi obawami co do nowej rzeczywistości w jakiej się znalazł. To wymaga od kapelana dyspozycyjności, ciepła, empatii, naturalności i wielkiej wrażliwości na człowieka. Troska o chorego będzie się wyrażać w: sprawowaniu Eucharystii, sprawowaniu sakramentów (nie tylko pokuty i namaszczenia chorych, ale w szczególnych przypadkach także chrztu czy małżeństwa), indywidualnych spotkaniach z chorymi, codziennym obchodzeniem szpitala z Komunią św., spotkaniach z personelem medycznym.

Modlitwa o uzdrowienie

R. Kwiatkowski (Bygoszcz)

Czy wiara, a ściślej rzecz ujmując modlitwa, ma jakikolwiek wpływ na zdrowie i wyzdrowienie człowieka? Istnieje wiele rodzajów modlitwy, którym przypisuje się moc uzdrawiającą – modlitwa liturgiczna, rozmaite nabożeństwa, czy też modlitwa prywatna, która może przybierać różne formy. O ile łatwiej przychodzi nam zaakceptować wpływ modlitwy na zdrowie psychiczne, czy też prostu na dobre samopoczucie, o tyle trudniej zgodzić się, że modlitwa wpływa również na nasze zdrowie fizyczne i może prowadzić do jego poprawy. Niniejsza prezentacja pragnie zatrzymać się nad kwestią modlitwy o uzdrowienie, która jest czymś dobrym i głęboko ludzkim aktem, a która w ostatnich latach przeżywa ogromne ożywienie. Autor prezentacji pragnie dokonać przybliżenia fenomenu modlitwy o uzdrowienie, z którym nierozłącznie związany jest charyzmat uzdrawiania dany Apostołom i innym pierwszym ewangelizatorom, a który nie ogranicza się wyłącznie do pierwotnego Kościoła. Chodzi również o pokazanie, że wiara - modlitwa i medycyna nie muszą się wzajemnie wykluczać, lecz modlitwa może być dopełnieniem biomedycznych sposobów leczenia, zaś dziedziny te,

wzajemnie się uzupełniając, mogą podążać w tym samym kierunku szeroko pojętego dobra pacjenta.

Ból w nauczaniu mędrca

J. Turkiel (Ustka)

Czym jest "ból"? Nie ten fizyczny. Nie ten "filozoficzny". Syrach, żydowski mędrzec żyjący w zhellenizowanym świecie opisuje czym jest "ból". Jaka z niego korzyść, jakie zagrożenia niesie ze sobą. Jak człowiek objawia się przez "ból". Jak "ból" objawia się przez człowieka.

Szkoła opieki duszpasterskiej św. Jana Bożego. Raport z przygotowań studiów podyplomowych dla kapłanów i zespołów duszpasterskich w służbie zdrowia i opiece społecznej

P. Krakowiak (Gdańsk)

Konstytucja RP stanowi, że jednym z podstawowych praw chorych przebywających w zakładach opieki zdrowotnej i opieki społecznej jest prawo do opieki duszpasterskiej (Konstytucja RP, art. 53). Pacjenci znajdujący się w szpitalu oraz osoby wymagające całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych mają zagwarantowane prawo do opieki duszpasterskiej (K. Wroński, Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu, *Współczesna Onkologia* 2007 vol. 11, 7, s. 381–384). WHO wyznaczając standardy opieki zdrowotnej na świecie w Deklaracji Praw Pacjenta WHO z roku 1994 stanowi: *„Każdy ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz do poszanowania swoich przekonań religijnych i filozoficznych”* (Deklaracja Praw Pacjenta WHO: www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html wg stanu na styczeń 2010 r.). Od 1989 roku w Polsce, na mocy regulacji prawnych opieka duszpasterska jest obecna w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, ale nie ma dotychczas jednolitego systemu szkolenia duszpasterzy dla służby zdrowia i pomocy społecznej. Dobre doświadczenia z opieki paliatywno-hospicyjnej inspirują Kościół katolicki, jak również inne wspólnoty chrześcijańskie do jego utworzenia. Nowa inicjatywa studiów podyplomowych dla kapłanów i zespołów duszpasterskich w służbie zdrowia i opiece społecznej otwiera się nie tylko dla duchownych, ale także dla siostr zakonnych i odpowiednio wykształconych osób świeckich, nawiązując tym samym do praktyk

opieki duszpasterskiej na Zachodzie (P. Krakowiak, Współpraca kapelana z zespołem ochrony zdrowia [w]: Bonifratrzy w służbie chorym 2/2009, 10-12.). Tematem niniejszego wykładu będzie prezentacja planów działania szkoły podyplomowej św. Jana Bożego w Krakowie.

Rada Naukowa **7. Akademii Dermatologii i Alergologii (ciąg dalszy)**

prof. Zygmunt Adamski

*Kierownik Zakładu Mikologii lekarskiej i Dermatologii,
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu*

prof. Leonid G. Barabanov

*Kierownik Katedry Dermatologii i Wenerologii,
Białoruska Akademia Kształcenia Poddyplomowego Lekarzy w Mińsku*

prof. Waczesław Niczyporuk

Oddział Kosmetologii Instytutu Medycznego w Łomży

Streszczenia Referatów (ciąg dalszy)

Prezydent PTA przedstawia:

Astma jako choroba alergiczna – *pro* i *contra*

B. Rogala (Katowice)

Astma oskrzelowa jest zespołem wielu fenotypów, które odróżnia różnie ciężki przebieg choroby, zróżnicowana odpowiedź na leczenie, odmienna skłonność do zaostrzeń choroby. Astma może ujawnić się w każdym wieku, jakkolwiek najczęściej zaczyna się w dzieciństwie. Etiologia tej choroby jest wieloczynnikowa. Jakkolwiek atopia jest silnym czynnikiem ryzyka rozwoju astmy, to jednak nie każda astma jest chorobą alergiczną. Są chorzy na astmę oskrzelową, którzy nie wykazują zależnej od IgE nadwrażliwości na alergenzy zewnątrzpochothane mimo, że obraz kliniczny choroby i jej przebieg jest analogiczny do astmy alergicznej.

Suplement do książki:

Roman Nowicki (Red.): 7. Akademia Dermatologii i Alergologii Słupsk – Ustka 2011.
Program i streszczenia referatów. Instytut Dermatologii, Kraków 2011.

ISBN: 978-83-929579-2-8

DIA Series: Dermato-Immuno-Allergo Series, Volume 3

ISSN 2080-8224; www.diaseries.eu