

RESPUBLIKINĖ KONFERENCIJA

Dermatologijos ir venerologijos aktualijos

Skirta Pasaulinei žvynelinės dienai paminėti

Konferencijos pranešimų santraukų knyga

Kaunas
2012 m. spalio 26 d.

Renginio organizatoriai

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Vilniaus universitetas

Lietuvos dermatovenerologų draugija

Lietuvos žvyneline sergančiųjų draugija

Organizacinis komitetas:

Prof. dr. Skaidra Valiukevičienė

Dr. Vesta Kučinskienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos
Odos ir venerinių ligų klinika

Doc. dr. Matilda Bylaitė

Dr. Rūta Gancevičienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
Infekcinių, krūtinės ligų, dermatovenerologijos ir mikrobiologijos klinika
Vilniaus universiteto ligojinės Santariškių klinikų
Dermatovenerologijos centras

Simanas Stašaitis

Lietuvos žvyneline sergančiųjų draugijos prezidentas,
Eivenių g. 2, LT-50009, Kaunas
Korespondencijai: Kauno 7-asis paštas Nr. 1013
El. paštas: vzsd@nkm.lt, LZSD@epastas.lt
www.zvyneline.tai.lt

Renginio pagrindiniai rėmėjai

Meda Pharma SIA

Renginio rėmėjai

Bayer

Berlin-Chemie

Bioderma

GlaxoSmithKline

H. Abbe Pharma

Johnson & Johnson

Litfas

Maxpharma Baltija

Miečys

MSD

Norameda

Noreva Laboratoires

Omega Pharma

Pfizer

Roche

Sanofi

Sirowa

Spirig

Uriage

Turinys

Konferencijos programa	6
I. 1. Žvynelinės aktualijos: nuo tradicinio gydymo iki biologinės terapijos <i>Skaidra Valiukevičienė</i>	8
I. 2. Kas naujo žvynelinės gydyme: vietinio poveikio vaistai <i>Aistė Beliauskienė</i>	10
I. 3. Žvynelinės diagnostikos sunkumai <i>Genovaitė Lapinskaitė, Rūta Juciūtė, Matilda Bylaitė</i>	12
I. 4. Development, methodology and quality of patient registries – guidance and practical examples <i>Prof. dr. Matthias Augustin</i>	14
II. 1. Biologinių vaistų keitimo patirtis gydant žvynelinę <i>Vesta Kučinskienė, Gintarė Linkevičiūtė</i>	16
II. 2. Termografinis tyrimas psoriatinės artropatijos diagnostikai <i>Indrė Domarkaitė-Jakovlevė, Vesta Kučinskienė, Vincentas Veikutis</i>	18
II. 3. Aknės aktualijos <i>Jurgita Karčiauskienė</i>	20
II. 4. Aktininių keratozių vietinio poveikio imunomoduliacinis gydymas <i>Evelina Buinauskaitė</i>	22
II. 5. Generalizuota plokščioji kerpligė <i>Tatjana Orlovskytė, Jonas Lauraitis, Raimundas Meškauskas, Jūratė Grigaitienė, Matilda Bylaitė</i>	23
III. 1. Intravaskulinė histiocitozė asocijuota su septiniu endokarditu <i>Gintarė Linkevičiūtė, Arūnas Petkevičius, Skaidra Valiukevičienė, Jurgita Makštienė</i>	25
III. 2. Odos tuberkuliozė <i>Milda Krivickaitė, Indrė Šaferienė, Jonas Lauraitis, Raimundas Meškauskas, Jūratė Grigaitienė, Matilda Bylaitė</i>	27
III. 3. Devergie liga <i>Vaiva Barštienė, Vesta Kučinskienė, Skaidra Valiukevičienė</i>	29

Konferencijos programa

12.00–13.00 val. Dalyvių registracija, farmacijos paroda

13.00–15.00 val. I dalis

Pirmininkauja: prof. dr. S. Valiukevičienė, doc. dr. M. Bylaitė

13.00–13.25 val. Renginio atidarymas. Sveikinimo žodis.

13.25–13.45 val. Žvynelinės aktualijos: nuo tradicinio gydymo iki biologinės terapijos. Prof. dr. S. Valiukevičienė, Odos ir venerinių ligų klinika, LSMU.

13.45–14.05 val. Kas naujo žvynelinės gydyme: vietinio poveikio vaistai? Dr. A. Beliauskienė, Odos ir venerinių ligų klinika, LSMU.

14.05–14.25 val. Žvynelinės diagnostikos sunkumai. Dr. G. Lapinskaitė, R. Juciūtė, doc. dr. M. Bylaitė, Dermatovenerologijos centras, VUL SK.

14.25–14.45 val. Žvynelinės registro aktualijos ir patirtis. Prof. dr. M. Augustin, Hamburgo universitetas.

Kavos pertrauka, farmacijos paroda.

15.00–17.00 val. II dalis

Pirmininkauja: doc. dr. D. Jasaitienė, dr. R. Gancevičienė

15.00–15.20 val. Biologinių vaistų keitimo patirtis gydant žvynelinę. Dr. V. Kučinskienė, G. Linkevičiūtė, Odos ir venerinių ligų klinika, LSMU.

15.20–15.40 val. Termografinis tyrimas psoriatinės artropatijos diagnostikai. I. Domarkaitė-Jakovlevė¹, dr. V. Kučinskienė¹, prof. dr. V. Veikutis². ¹Odos ir venerinių ligų klinika, ²Kardiologijos institutas, Elektrofiziologijos laboratorija, LSMU.

15.40–16.00 val. Aknės aktualijos. J. Karčiauskienė, Odos ir venerinių ligų klinika, LSMU.

16.00–16.20 val. *Aktinių keratozių vietinio poveikio imunomoduliacinis gydymas.* E. Buinauskaitė, Odos ir venerinių ligų klinika, LSMU.

16.20-16.40 val. *Generalizuota plokščioji kerpligė.* T. Orlovskytė, J. Lauraitis, R. Meškauskas, dr. J. Grigaitienė, doc. dr. M. Bylaitė, Dermatovenerologijos centras, VUL SK.

Kavos pertrauka, farmacijos paroda.

17.00–18.15 val. III dalis

Pirmininkauja: doc. dr. I. Marčiukaitienė, dr. V. Kučinskienė

17.00 –17.15 val. *Intravaskulinė histiocitozė asocijuota su septiniu endokarditu.* G. Linkevičiūtė¹, A. Petkevičius¹, prof. dr. S. Valiukevičienė¹, dr. J. Makštienė², ¹Odos ir venerinių ligų klinika, ²Patologinės anatomijos klinika, LSMU.

17.15–17.30 val. *Odos tuberkuliozė.* M. Krivickaitė, I. Šaferienė, J. Lauraitis, R. Meškauskas, dr. J. Grigaitienė, doc. dr. M. Bylaitė, Dermatovenerologijos centras, VUL SK.

17.30–17.45 val. *Devergie liga.* V. Barštienė, dr. V. Kučinskienė, prof. dr. S. Valiukevičienė, Odos ir venerinių ligų klinika, LSMU.

17.45–18.15 val. *Lietuvos dermatovenerologų draugijos susirinkimas.* Doc. dr. M. Bylaitė, Lietuvos dermatovenerologų draugijos prezidentė.

18.15–20.30 val. Konferencijos uždarymas, vakaronė ir renginio pabaiga.

I. 1. Žvynelinės aktualijos: nuo tradicinio gydymo iki biologinės terapijos

Skaidra Valiukevičienė

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos
Odos ir venerinių ligų klinika*

Biologiniai vaistai (BV) sukėlė žvynelinės tradicinio gydymo perversmą. Tarpusavyje jie skiriasi biologine struktūra, veikimo mechanizmu, dozavimu ir skyrimo būdu (1 lentelė). BV gydymo atsakas yra individualiai veiksmingas, nes žvynelinė – genetiškai polimorfinė liga.

Gydymas BV pradedamas, kai sunki žvynelinė užsitęsia ilgiau nei 6 mėnesius (PASI rodiklis daugiau nei 15 balų), fototerapija ar tradicinis sisteminis gydymas (metotreksatu ar acitretinu) neveiksmingi ar yra kontraindikacijų juos taikyti. Plokštelinės žvynelinės indukcinio gydymo klinikinis atsakas vertinamas pagal PASI rodiklio (proc.) sumažėjimą (PASI ↓) po 16–24 savaičių, tuomet tęsiamas palaikomasis (ilgalaikis) gydymas ir jei nepasiekiami PASI ↓ 50 proc.: didinama vaisto dozė, mažinamas intervalas tarp dozių, pridedamas metotreksatas, vietinis gydymas ar keičiama kitu tos pačios ar kitos klasės vaistu [U. Mrowietz, 2011].

Indukcinio gydymo etanerceptu (monoterapija) klinikinis atsakas (PASI ↓ 75 proc.) po 12–24 sav. – 49–60 proc., jei kombinuojama su metotreksatu (7,5–15 mg/sav.) – 77 proc. [K. A. Papp, 2005, A. B. Gottlieb, 2012], adalimumabo po 16 sav. – 71 proc. [A. Menter, 2008], ustekinumabo po 12 sav. – 68 proc. [K. A. Papp, 2008], infliksimabo po 10 sav. – 80 proc. [K. Reich, 2005]. Skiriant adalimumabą klinikinis atsakas (PASI ↓ 90 proc.) yra 4,5 karto aukštesnis palyginti su gydymu metotreksatu (15 mg/sav.) [J. H. Saurat, 2011].

Didelį susidomėjimą kelia **ilgalaikio gydymo** rezultatai. Plokštelinės žvynelinės klinikinis atsakas (PASI ↓ 75 proc.) skiriant adalimumabą 33 sav. ir 160 sav. esti atitinkamai 90 proc. ir 80 proc. (n=250) [K. Gordon, 2010], ustekinumabą 40 sav. ir po 3 gydymo metų – 100 proc. ir 81 proc. (n=324) [A. B. Kimball, 2102], etanerceptą 12 sav. ir 96 sav. – 49 proc. ir 52 proc. [S. Tyring, 2007]. Gydant infliksimabu plokštelinę žvynelinę PASI ↓ 75 proc. po 10 sav. ir 50 sav. esti atitinkamai 72 proc. ir 54 proc., psoriatinio artrito ACR 20 rodiklis ↓ po 14 sav. ir 46 sav. – 67 proc. ir 80 proc., gydant pustulinę ir eritroderminę formas esti atitinkamai 67 proc. ir 100 proc. bei 75 proc. ir 100 proc. [H. Torii, 2011].

BV ilgalaikio gydymo rezultatai geresni nei pertraukiamojo gydymo. Nutraukus indukcinį gydymą ir atnaujinus jį, stebimas panašus klinikinis atsakas, bet blogesnė pacientų gyvenimo kokybė, lyginant su nepertraukiamuoju gydymu [E. Dauden, 2009].

1 lentelė. Registruoti Lietuvoje sunkios plokštelinės žvynelinės biologiniai vaistai, jų dozės ir skyrimo būdas

Pavadinimas (patvirtinimo metai)	Dozė
TNF blokatoriai	
Adalimumabas (2007)	Pradinė dozė 80 mg , praėjus savaitei po pradinės dozės 40 mg, vėliau kas antrą savaitę po 40 mg (po oda)*.
Etanerceptas (2005)	Po 50 mg 2 kartus per savaitę 12 savaitių, vėliau po 25 mg 2 kartus per savaitę ar 50 mg kartą per savaitę (po oda)*.
Infliximabas (2005)	5 mg/kg svorio 1-ą, 2-ą ir 6-tą gydymo savaitę, vėliau kas 8 sav. (į veną, infuzijos trukmė >2 val.).
Interleukinų inhibitorius	
Ustekinumabas (2009)	Po 45 mg (sveriantiems daugiau nei 100 kg po 90 mg) pirmą savaitę, po 4-ių savaitių, toliau kas 12 savaitių (po oda)*.

* Apmokyti pacientai vaistą gali švirkštis patys namuose.

Apibendrinimas: remiantis tyrimų apžvalga ir mūsų 20 pacientų gydymo patirtimi, visų registruotų plokštelinei žvynelinei biologinių vaistų klinikinis atsakas indukcinio gydymo metu yra individualiai veiksmingas, o skiriant ilgalaikį gydymą stebimas nežymus klinikinio atsako sumažėjimas. Tai rodo pagrįstą poreikį vieno biologinio vaisto pakeitimo kitu ir tokios galimybės prieinamumą Lietuvoje.

I. 2. Kas naujo žvynelinės gydyme: vietinio poveikio vaistai

Aistė Beliauskienė

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos
Odos ir venerinių ligų klinika*

Vietinio poveikio vaistai yra žvynelinės gydymo pagrindas. Lengvos žvynelinės kontrolei, apie 80 proc. ligos atvejų, pakanka tik vietinio gydymo. Vidutinio sunkumo ir sunkiai žvynelinei kartu su vietiniais skiriami sisteminiai medikamentai ar biologinė terapija. Įvairių grupių medikamentai: kortikosteroidai, vitamino D analogai, kalcineurino inhibitoriai, keratolitikai, retinoidai, ditranolis, dervų preparatai, vieni ar kombinacijose, yra efektyvūs, tačiau moksliskai pagrįstų vietinio gydymo metodikų stokoja. Pateikiamos pastarųjų metų moksliniais tyrimais pagrįstos specialistų rekomendacijos. Vietiniai kortikosteroidai su ar be kalcipotriolio, skirtini ne didesniai nei 10 proc. kūno paviršiaus plotui. Keturias savaites (indukcinė gydymo fazė) jie tepami vieną kartą per dieną kasdien. Pagerėjus tepama du kartus per savaitę 6–12 savaičių (palaikomasis gydymas). Stipraus ar labai stipraus kortikosteroido preparato skiriama iki 30 g per savaitę. Silpni ar vidutinio stiprumo kortikosteroidai skiriami tik veido ar raukšlių žvynelinei gydyti. Didžiausia saugi kalcipotriolio preparato dozė yra 120 g per mėnesį. Indukcinėje fazėje monoterapija kalcipotrioliu taikoma tik veido ir raukšlių žvynelinei gydyti. Betametazono ir kalcipotriolio tepalas yra efektyvesnis ir saugesnis nei monoterapija šiais medikamentais. Tačiau tepalai daliai žvyneline sergančių pacientų yra per riebiūs ir teplūs, todėl nemėgstami, nesilaikoma nustatyto gydymo režimo ar jis nutraukiamas. Betametazono ir kalcipotriolio lipofilinio gelio preparatas gali būti puikia alternatyva. Retinoidai (tazarotenas) skiriami nedidelio ploto, nepasiduodančioms kitam gydymui žvynelinės plokštelėms, kombinuojant su vietiniais kortikosteroidais. Ditranolis ir dervos vis rečiau naudojami žvynelinės gydymui, trūksta duomenų apie šių vaistų efektyvumą ir saugumą. Gydymas efektyvesnis, jei vietinio gydymo planą gydytojas aptaria kartu su pacientu, pacientas gali pasirinkti jam patogesnę vaisto formą.

Literatūra:

1. Paul C et al. Evidence-based recommendations on topical treatment and phototherapy of psoriasis: systematic review and expert opinion of a panel of dermatologists. *JEADV*. 2012;26,Suppl 3:1-10.
2. Devaux S. Topical vitamin D analogues alone or in association with topical steroids for psoriasis: a systematic review. *JEADV*. 2012;26,Suppl 3:52-60.
3. Reich K, Bewley A. What is new in topical therapy of psoriasis? *JEADV*. 2011;25,Suppl 4: 15-20.
4. Queille-Roussel C et al. Comparison of the antipsoriatic effect and tolerability of calcipotriol-containing products in the treatment of psoriasis vulgaris using a modified psoriasis plaque test. *Clin Drug Investig*. 2012;32:613-9.

I. 3. Žvynelinės diagnostikos sunkumai

Genovaitė Lapinskaitė, Rūta Juciūtė, Matilda Bylaitė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Infekcinių, krūtinės ligų, dermatovenerologijos ir alergologijos klinika,

Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikos

Dermatovenerologijos centras

Žvynelinė yra dažna, lėtinė, recidyvuojanti, uždegiminė, hiperproliferacinė odos liga, pažeidžianti epidermį, dermą ir jos kraujagysles, lydima I tipo citokinų hipersekrecijos, sąlygojama genetinio polinkio, imunologinių nukrypimų bei dažnai gretutinių ligų. Ji pasižymi didele klinike įvairove, t.y. nuo lengvos, nevirginančios dermatozės iki sunkios sisteminės ligos.

Kai žvynelinės ligos bėrimai yra tipiški ir tipinėse vietose, didžiajai daliai pacientų diagnozė nustatoma be didesnių sunkumų. Tačiau visais atvejais svarbu įvertinti kiekvieno paciento ligą provokuojančius faktorius bei gretutines ligas.

Žvynelinės ligos diagnostikos sunkumai prasideda tuomet: kai bėrimai atsiranda pirmą kartą gyvenime, ligą provokuoja įvairūs dirgikliai, infekcijos (streptokokai, stafilokokai, HSV, sifilis, TB, ŽIV, PRP), vaistai, neįprastas bėrimų pobūdis ir lokalizacija (odos raukšlės, delnai ir padai), bėrimai įmituoja kitas dermatozes, sergama sunkiomis gretutinėmis sisteminėmis ligomis. Žvynelinės ligos pradžioje atsirandantys bėrimai gali priminti kitas odos ligas: parapsoriazė, lėtinė lichenoidinė pityriazė, poūmė raudonoji vilkligė, antrinis sifilis, seborėjinis dermatitas, odos T ląstelių limfoma, odos mikoze.

Žvynelinės sunkumą įvertinti padeda: BSA (pažeisto kūno paviršiaus plotas), PASI (psoriazės ploto ir sunkumo indeksas), DLQI (dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas), HR – QoL (bendras sveikatos kokybės indeksas). Lengva psoriazė – PASI ar BSA ≤ 10 , DLQI ≤ 10 . Vidutinio sunkumo ir sunki psoriazė – PASI ar BSA > 10 , DLQI > 10 . Žvynelinės sunkumą gali sąlygoti ir tam tikri klinikiniai aspektai: išbėrimai matomose vietose (veidas, ausys, plaštakų nugariniai paviršiai), galvos plaukuotosios dalies pažeisto ploto dydis, delnų ir/ar padų, genitalijų pažeidimas, rankų nagų plokštelių onicholizė ar onichodistrofija, varginantis niežėjimas. Tokiais atvejais, nors PASI ir BSA ≤ 10 , tačiau DLQI > 10 – ligos sunkumas bus vertinamas kaip vidutinio sunkumo ar sunki žvynelinė, ir tuomet

galima skirti sisteminį gydymą. Žvynelinė pažeidžianti iki 10 proc. kūno ploto dažniausiai gydoma tik lokaliai. Sisteminis gydymas taikomas esant išplitusioms, pustulinėms, sunkioms ir sąnarius pažeidžiančioms formoms. Kiekvienam pacientui skiriamas individualus gydymas.

Dažniausiai pasitaikančios klaidos:

- Neatidi pirminė paciento apžiūra (neįvertinama viso kūno odos būklė, bėrimų intensyvumas, išplitimas, lokalizacija)
- Neįvertinama bendra sveikatos būklė, dėl kitų priežasčių vartojami sisteminiai vaistai
- Per ilgai vartojami lokalūs KS, neįvertinamas jų sukeltas šalutinis poveikis
- Ne visada adekvatus psoriazės gydymas – per ilgai skiriamas vietinis gydymas, nekontroliuojamas gaunamos fototerapijos kiekis, delsiama skirti sisteminį gydymą (Mtx, biologinius vaistus)
- Retai skiriamas etiologinis gydymas esant gretutinėms infekcijoms (bakterinėms, virusinėms ar mikotinėms)
- Neperžiūrima diagnozė ar gydymo taktika nesėkmės atveju, nevertinamas gydymo efektyvumas praėjus 3 mėnesiams nuo jo paskyrimo

Išvados:

1. Žvynelinė yra lėtinė, visą gyvenimą trunkanti liga, todėl gydymo taktika kiekvienam pacientui turi būti individuali ir ilgalaikė.
2. Nepaisant žvynelinės ligos dažnumo ir įprastinės klinikos, mūsų praktikoje labai dažnos diagnostinės klaidos ir su tuo susijęs neadekvatus gydymas.
3. Žvynelinės būklei staiga pablogėjus ar prasidėjus ūmiai/sunkiai žvynelinei, būtina įvertinti vaistų šalutinį poveikį, atmesti plaučių TB bei ŽIV infekciją.
4. Nustačius diagnozę, gydytojas ir pacientas turi aptarti lūkesčius ir kartu siekti optimalaus gydymo rezultato bei nusistatyto individualaus tikslo.

I. 4. Development, methodology and quality of patient registries – guidance and practical examples

Prof. dr. Matthias Augustin

Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing, University Clinics of Hamburg, Germany

Patient registries are „organized systems that use observational study methods to collect uniform data, to evaluate specified outcomes for a population (defined by a particular disease, condition, or exposure), and that serve a predetermined scientific, clinical, or policy purpose“ (AHRQ 2007). Treatment registries in particular evaluate effects of interventions such as effectiveness, safety or economic outcomes. Unlike RCTs, there is no attribution of treatments by a study protocol. Thus, they reduce selection bias and reflect routine care. Being non-interventional studies, patient registries usually focus on a broad proportion of the disease population. Like clinical trials, registries should be planned and conducted according to scientific standards and quality. It is recommended to follow registry guidelines like the AHRQ recommendations (2007) and the German national guidance on registries (2010). Important issues are:

- Registries should be based on one or more well-defined research question(s).
- Registry methodology, operation and data handling should be planned in detail.
- For effectiveness analysis, a comparative approach is essential. The adjustment of inhomogeneity between groups needs to be defined.
- Even if not designed for confirmative statistical analysis, a realistic sample size calculation is crucial.
- It is highly recommended to define a standard data set harmonized with other registries. For better feasibility and compliance, only a limited set of data should be recorded.
- The registry, in particular the use of data, needs a clear set of rules, which can be defined in a specific Charter. For the sake of independency, the appraisal and publication of registry data should be supervised by an independent advisory board. Also the ownership of data needs to be clearly defined in advance.

- Patient registries need a high level of performance in order to provide valid data. The quality assurance includes a well-performed training for all participating centers and if possible a monitoring in the centers. This also helps to reduce the rate of queries, which are both an economic and logistic burden to any registry.
- The analysis and interpretation of data from registries is a great challenge since there can appear relevant confounders and effect modifiers. For this, specialists in statistics of great data sets and inhomogeneous data are needed. The statistical operations and adjustments need to be defined before the start of the registry.
- The aim of registries is to provide information about relevant health care questions. Thus, a good reporting system, e.g. on safety questions, is needed. Reporting to the public and feed-backing to the centers also helps to increase the participation rate.

Worldwide, a great number of patient registries on psoriasis have been founded. To date, they involve more than 30,000 patients in more than 25 countries. The largest single registry is Psolar, a company-driven registry first started in North America. The largest network of registries is the European Psonet initiative which includes more than 15 national registries. In Germany, all registry data on psoriasis care are documented in the national registry PsoBest which by now has included more than 2,500 patients with moderate to severe psoriasis. In the mean time, a great amount of data analyses has been performed with PsoBest and with the similar Swiss registry SDNNT which will be presented in the Kaunas meeting 2012.

Conclusion: Patient registries are valid and valuable sources of real world data. They need high excellence both in methodology and performance. The registry outcomes give additional clinical and scientific knowledge to randomized trials. Psoriasis is the field with the greatest number of patient registries in dermatology. National psoriasis registries now exist or are being started in all continents including many EU countries. Strong collaboration and the sharing of data are excellent opportunities of psoriasis registries in the future.

II. 1. Biologinių vaistų keitimo patirtis gydant žvynelinę

Vesta Kučinskienė, Gintarė Linkevičiūtė

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos
Odos ir venerinių ligų klinika*

Sunkiai plokštelinei žvynelinei gydyti, kai neveiksmingas vietinis gydymas ir fototerapija, skiriami sisteminiai vaistai. Tačiau jei ir šios gydymo priemonės būna neveiksmingos ar ligonis netoleruoja jų, tuomet rekomenduojami biologiniai vaistai. Jei gydymas tradiciniais sisteminiais vaistais neveiksmingas, galima skirti biologinį vaistą nenutraukus sisteminio vaisto ar tęsti kartu. Jei ligonis netoleravo metotreksato ar acitretino, išsivystė pašalinis šių vaistų poveikis, patartina biologinį vaistą skirti tik tuomet, kai laboratoriniai kepenų ar inkstų funkcijos, bendro kraujo rodikliai normalizuosis. Pradinio gydymo biologiniu vaistu veiksmingumas vertinamas po 16–24 savaičių pagal PASI (angl. *Psoriasis Area and Severity Index*) ir DLQI (angl. *Dermatology Life Quality Index*) rodiklius. Jei PASI rodiklis nepagerėjo 50 proc., gydymas keičiamas. Yra kelios pasirinkimo galimybės: papildomai skirti tradicinį sisteminį vaistą (metotreksatą ar acitretiną) ar padidinti jo dozę, jei jis jau skiriamas; padidinti biologinio vaisto dozę ar sutrumpinti intervalus tarp jo skyrimo, arba pakeisti biologinį vaistą kitu biologiniu vaistu.

Pristatomi du klinikiniai atvejai.

57 m. pacientas R. J., sergantis žvyneline apie 25 m. (nuo 32 m. amžiaus), prieš 20 m. diagnozuota psoriatinė artropatija, apie 10 m. vartoja metotreksatą 10–15 mg/sav.; PASI svyruoja nuo 21 iki 58,6 balų. Pradėjus biologinę terapiją Etanerceptu 25 mg 2 k/sav, metotreksato dozė sumažinta nuo 10 mg/sav. iki 7,5 mg/sav. Po 4 sav. paciento būklė pablogėjo (PASI 42 balai), atsirado pustulinis bėrimas, oda paraudo, ėmė šlapiuoti. Biologinė terapija Etanerceptu nutraukta, padidinta metotreksato dozė iki 15 mg/sav., pacientas stacionarizuotas ir gydytas oksacilinu, vietiniais vaistais. Išliekant sunkiai ligos formai, psoriatinės artropatijos komplikuotai eigai, siekiant greitesnio gydymo efektyvumo, pradėta biologinė terapija infliksimabu 5mg/kg, kartu skiriant metotreksatą 10 mg/sav. su foline rūgštimi. Po 3 mėn PASI 7,5 balai (pagerėjimas ≥ 75 proc.), DLQI 5 balai, DAS28 3,1 (vidutinis ligos aktyvumas). Gydymą ligonis toleruoja gerai, tęsiama biologinė terapija Infliksimabu 5 mg/kg ir metotreksatu 7,5 mg/sav.

48 m. pacientė R. V., serganti žvyneline apie 35 m. (nuo 13 m. amžiaus), prieš 7 m. diagnozuota psoriatinė artropatija, apie 10 m. žvynelinės eiga sunki; gydyta sistemiškai acitretinu, metotreksatu, taikyta UVB 311 nm ir vonios PUVA fototerapija. Tradicinis sisteminis gydymas ir fototerapija nebuvo efektyvūs, PASI išliko aukštas (iki 34 balų), todėl pradėta biologinė terapija Adalimumabu 80 mg → 40 mg/2 sav. Po 24 sav. gydymo PASI 9,6 balai (≥ 50 proc. pagerėjimas). Ilgiau tęsiant adalimumabą PASI padidėjo iki 17,4 balų, papildomai skirtas metotreksatas 7,5 mg/sav., tačiau PASI 75 nepasiektas, biologinė terapija Adalimumabu nutraukta ir tęstas gydymas metotreksatu 12,5–10 mg/sav. Po 6 mėn. skirta biologinė terapija Ustekinumabu 45 mg/3 mėn., metotreksatas palaipsniui mažintas ir nutrauktas. Po 16 sav. PASI 3,1 balas. Pacientei tęsiamas gydymas Ustekinumabu, po 2 m. gydymo PASI 2–3 balai.

Išvada. Abiem atvejais biologiniai vaistai pakeisti saugiai, t. y. su vaistų pasišalinimo iš organizmo periodu tarp jų skyrimo. Pakeitus biologinius vaistus pasiektas pažeistos odos būklės pagerėjimas ir išlaikytas pasiektas poveikio ilgalaikiškumas.

II. 2. Termografinis tyrimas psoriatinės artropatijos diagnostikai

**Indrė Domarkaitė-Jakovlevė¹, Vesta Kučinskienė¹,
Vincentas Veikutis²**

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos

¹Odos ir venerinių ligų klinika,

²Kardiologijos institutas, Elektrofiziologijos laboratorija

Psoriatinio artrito diagnozė nustatoma remiantis anamneze, objektyviais duomenimis, įvertinus laboratorinius uždegiminius rodiklius (ENG, CRB), radiologinius skaudamų ar patinusių sąnarių duomenis. Diagnostiniai psoriatinio artrito kriterijai vertinami pagal Moll ir Wright: tai artritas (periferinis artritas ir/ar sakroileitas), diagnozuota žvynelinė ir neigiamas reumatoidinis faktorius [1]. Klinikiniai psoriatinio artrito variantai yra šie: monoartritas (dažniausiai kelio sąnario, su patinimu, bet nežymiu skausmu ar funkcijos sutrikimu), rankų ir kojų proksimalinių ir distalinių interfalanginių sąnarių oligoartritas, daktilitas ir/ar entezitas, didžiųjų ir smulkiųjų sąnarių poliartritas [1]. Aktyvų psoriatinį artritą diagnozuoti yra sudėtinga, kadangi sąnariai ne visada būna patinę, uždegiminiai kraujyje rodikliai nėra specifiški, o radiologinė patikra gali rodyti senus pakitimus, ar pakitimų nerodyti. Todėl ieškoma tikslesnių papildomų būdų galinčių įvertinti uždegimą ir jo intensyvumą smulkiuose ir stambiuose sąnariuose. Puikiai alternatyva tam galėtų būti infraraudonosios (IR) termografijos metodo panaudojimas, kuris vis dažniau taikomas medicininėje diagnostikoje. Infraraudonoji termografija – kūno išspinduliuojamų IR spindulių fiksavimas per atstumą. Spinduliavimo intensyvumas proporcingas kūno paviršiaus temperatūrai: kuo paviršiaus temperatūra aukštesnė, tuo spinduliavimas intensyvesnis. Kadangi kiekvienas realus fizinis kūnas, taip pat ir žmogus, spinduliuoja IR spindulius, termovizorius gali fiksuoti IR spindulių intensyvumą, jį performuoti į termografinius vaizdus [2]. Prietaiso ekrane ar atmintyje išsaugotus vaizdus galima analizuoti – nustatyti charakteringų taškų, plotų ar linijų temperatūras. Šiuolaikinių termovizorių programinė įranga leidžia naudotojui pasirinkti nekintamą arba kintamą detektuojamos temperatūros diapazoną, matuoti temperatūros pokyčius ar ekstremalias reikšmes pasirinktuose taškuose ar plotuose, pasirinkti norimą spalvų atvaizdavimo variantą (paletę), kuris būtų informatyviausias konkretaus

tyrimo atveju. LSMU Odos ir venerinių ligų klinikoje suplanuotas ir atliekamas bandomasis tyrimas, kurio tikslas – įvertinti termografinio tyrimo reikšmę psoriatinio artrito diagnostikai.

Literatūra:

1. Helliwell Ph, Coates L, Burden D. Screening for Psoriatic Arthritis: A Guide for Dermatologists. Springer Healthcare. London. 2011, p 11.
2. V. Veikutis, A. Basevičius, R. Benetis ir kt. Termografijos reikšmė medicinos praktikoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2011;5:390-5.

II. 3. Aknės aktualijos

Jurgita Karčiauskienė

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos
Odos ir venerinių ligų klinika*

Aknė yra viena labiausiai paplitusių odos ligų, dažniausiai prasidedančių brendimo metu bėrimais veido, rečiau krūtinės bei nugaros viršutinės dalies odoje. Aknės sunkumas gali varijuoti nuo lengvos komedoninės iki sunkios mazginės ar susiliejančios formos su stipria uždegimine odos reakcija.

Komedoninei aknei gydyti skiriami vietiniai vaistai (retinoidai, benzoilperoksidas (BPO) ar azelaininė rūgštis). Lengvai ar vidutinio sunkumo papulopustulinei aknei gydyti tinkamiausi fiksuoti vietinių vaistų deriniai (adapalenas ar klindamicinas su BPO). Sunkios papulopustulinės, vidutinio sunkumo/sunkios mazginės ar susiliejančios aknės gydymui kaip pirmo pasirinkimo vaistas rekomenduojamas sisteminis isotretinoinas. Jei dėl tam tikrų priežasčių izotretinoino skirti negalima, o vietinis gydymas nėra pakankamai efektyvus, rekomenduojama skirti sisteminius antibiotikus kartu tęsiant vietinį aknės gydymą. Sunkiai papulopustulinei, vidutinio sunkumo/sunkiai mazginei ar susiliejančiai moterų aknei gydyti, ypač esant išreikštiems hiperandrogenizmo reiškiniams, papildomai gali būti skiriami sisteminiai antiandrogenai. Siekiant sumažinti ligos recidyvų dažnį, po pradinio aknės gydymo skiriamas palaikomasis gydymas. Aknės remisijos palaikymui šiai dienai tinkamiausi yra vietiniai retinoidai arba, jei pageidaujamas ir antimikrobinis poveikis, jų kombinacija su BPO. Kasdieninis medicininės kosmetikos naudojimas ir teisinga odos priežiūra taip pat yra labai svarbi siekiant išvengti ligos paūmėjimo. Fizinės priemonės (šviesos terapija, pilingai, manualinė aknės terapija) gali būti taikomos kaip papildomas ar alternatyvus aknės gydymas, kai vietinis gydymas nepakankamas, o sisteminis kol kas neskirtinas.

Teisingai parinktas kompleksinis aknės gydymas ir pacientų mokymas padeda išvengti ligos komplikacijų, psichosocialinės atskirties ir gyvenimo kokybės priribojimų.

Literatūra:

1. Cunliffe WJ, Gollnick H PM. Acne Pathophysiologie-Klinik-Diagnose & Therapie. 1 Ausgabe. Martin Dunitz. 2004: 2.
2. Nast A, Dréno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AY, Ganceviciene R, Haedersdal M, Layton A, López-Esteban JL, Ochsendorf F, Oprica C, Rosumeck S, Rzany B, Sammain A, T. Simonart, Veien NK, Živković MV, Zouboulis CC, Gollnick H. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. JEADV 2012;26 Suppl 1:1-29.
3. Nast A, Bayerl C, Borelli C, Degitz K, Dirschka T, Erdmann R, Fluhr J, Gieler U, Hartwig R, Meigel EM, Moller S, Ochsendorf F, Podda M, Rabe T, Rzany B, Sammain A, Schink S, Zouboulis CC, Gollnick H. et al. S2k-Leitlinie zur Therapie der Akne. JDDG 2010; 8 (Suppl.2): S19-S20.

II. 4. Aktininių keratozių vietinio poveikio imunomoduliacinis gydymas

Evelina Buinauskaitė

*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos
Odos ir venerinių ligų klinika*

Aktininė keratozė – ikinavikinė odos liga, pasireiškianti ilgalaikio saulės poveikio srityse, dažniau šviesios, saulei jautrios odos asmenims, vyresniems nei 45 metų. Aktinines keratozes (AK) rekomenduojama klasifikuoti kaip plokščiųjų ląstelių karcinomas *in situ*, nes navikams būdingi molekuliniai pokyčiai nustatomi tiek AK, tiek plokščiųjų ląstelių karcinomų atvejais. Paplitimas svyruoja nuo 6 iki 55 proc. priklausomai nuo įvairių veiksnių ir tai yra viena dažniausių priešasčių pacientų kreipimosi į dermatologus.

Vietiniai imunomodulatoriai – medžiagos, reguliuojančios vietinį imuninį odos atsaką. Šiuo metu tai sparčiai plėtojamas gydymas dėl lengvo naudojimo, gero veiksmingumo bei didesnio saugumo nei sisteminio poveikio analogų prie įvairių ligų, įskaitant ir aktinines keratozes. Užtepus vietinį imunomoduliatorių ant odos, jo molekulės vietiskai modifikuoja imuninį atsaką arba jį stimuliuodamos, arba slopindamos.

Šiuo metu patvirtintų ir naudojamų vietinių imunomoduliatorių skyrimas aktininių keratozių atvejais:

- fotodinaminis gydymas su 5-aminolevulinine rūgštimi ar jos metilo esteriu skiriama 1–2 procedūros;
- imikvimodo 2,5 proc. ir 3,75 proc. kremą rekomenduojama skirti 1 kartą per dieną, 2 savaites, gydymo kursą kartojant po 2 savaitių pertraukos;
- imikvimodo 5 proc. kremą rekomenduojama skirti 1 kartą per dieną, 3 kartus per savaitę, 4 savaites, o prireikus gydymo kursas kartojamas po 4 savaitių pertraukos;
- ingenolio mebutato 0,015 proc. gelį veido ir skalpo AK rekomenduojama skirti 1 kartą per dieną, 3 dienas iš eilės, o galūnių ir liemens AK – 0,05 proc. gelį 1 kartą per dieną, 2 dienas iš eilės.

Pavieniai ar prieštaringi tyrimų rezultatai yra susiję su aktininių keratozių gydymu interferonu, kalcipotrioliu, kolchicinu bei retinoidais.

Perspektyvos: resikvimodas, sotirimodas, T4 endonukleazė V – daug žadantys vaistai AK gydymui ir profilaktikai. Pastaruoju metu su jais vis dar atliekami klinikiniai tyrimai.

II. 5 Generalizuota plokščioji kerpligė

**Tatjana Orlovskytė^{1,2}, Jonas Lauraitis^{1,2},
Raimundas Meškauskas^{1,3}, Jūratė Grigaitienė^{1,2},
Matilda Bylaitė^{1,2}**

*¹Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Infekcinių, krūtinės ligų,
dermatovenerologijos ir alergologijos klinika,*

*²Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos
Dermatovenerologijos centras,*

³Valstybinis patologijos centras

Įvadas. Generalizuota plokščioji kerpligė (PK) – išplitusi poūmė ar lėtinė uždegiminė autoimuninė odos ir gleivinių liga. Dažniausiai liga yra idiopatinė, reikšmės turi genetinė predispozicija, HLA sistemos antigenai. Ligą gali provokuoti stresas, autoimuniniai, virusiniai susirgimai, kai kurie medikamentai.

Klinikinis atvejis: Pristatome 55 m. amžiaus vyrą, atvykusį dėl viso kūno odos skausmingų, niežtinčių bėrimų, burnos ir išorinių lytinių organų išopėjimų, akių perštėjimo, pūliavimo bei bendro silpnumo. Pirmieji bėrimai atsirado maždaug prieš 1,5 metų (2011 m. vasario mėn.) delnuose ir paduose, po kelių mėnesių išplito visame kūne, atsirado erozijos burnos ir akių gleivinėse. Ligonis kreipėsi į gydytoją dermatologą, histologiškai diagnozuota PK, įtarta delnų ir padų pustulinė psoriazė bei galima reakcija į vaistus. Kitose įstaigose taikytas gydymas vietiniais ir sisteminiais gliukokortikosteroidais (GKS), fototerapija (UVB 311 nm ir PUVA) bei sisteminiais retinoidais (Acitretinu 40 mg/d. 2 sav.). Kadangi skiriamo gydymo fototerapija ir retinoidais ligonis netoleravo, tolimesniam ištyrimui ir gydymui atsiųstas į VUL SK DVC Dermatovenerologijos skyrių (2011 m. gruodžio mėn.), kuriame taikytas gydymas sisteminiais ir vietiniais GKS bei vietiniais antibiotikais, išrašytas būklei pagerėjus. Tačiau 2012 m. kovo mėn., atsiradus gausiems bėrimo elementams ir erozijoms veide, visame kūne, ligonis pakartotinai hospitalizuotas į mūsų centrą. Tyrimuose stebėti padidėję uždegiminiai rodikliai (ENG – 73 mm/h, CRB – 44,2 mg/l), neaiškios kilmės Fe stokos anemija (Hgb – 73 g/l, Fe – 2,0 mkmol/l) ir hipokalemija (K – 3,0 mmol/l), pakartotinas histologinis tyrimas patvirtino PK. Stacionarinio gydymo eigoje būklė komplikavosi sepsiu (*S. aureus*), kairės rankos tromboflebitu (CRB – 109,8 mg/l, procalcitoninas – 0,25 mkg/l,

D-dimerai – 650 mkg/l). Prie kompleksinio simptominio gydymo pridėjus intraveninį Sol. Kloksacilini 2 g × 4 k/d. i/v. (iš viso 14 d.), ligonio būklė pagerėjo. Išrašant iš stacionaro rekomenduota tęsti sisteminį gydymą GKS (tab. Prednisoloni 40 mg/d.) ir antibiotikais, vietinį odos ir gleivinių gydymą GKS, antiseptikais bei keratolitikais. Atvykus kontrolei po 1 mėn. (2012 m. gegužės mėn.), ligonio būklė dinamikoje žymiai pagerėjusi: sumažėję bėrimų, epitalizavusios odos erozijos. Tačiau praėjus dar 2 mėn. (2012 m. liepos mėn.) liga progresavo, vėl komplikavosi sepsiu, ligonis neišgyveno.

Išvada: Generalizuotos sunkios formos plokščiosios kerpligės gydymas yra sudėtingas, o ligos eiga neprognozuojama ir dažnai komplikuoja. Nežiūrint detalaus mūsų ligonio ištyrimo, ligą provokuojančių faktorių nepavyko nustatyti, o skiriamo simptominio gydymo fone pasiektos tik trumpalaikės remisijos, liga per 1,5 m. sparčiai progresavo ir baigėsi letaliai.

III. 1. Intravaskulinė histiocitozė asocijuota su septiniu endokarditu

**Gintarė Linkevičiūtė¹, Arūnas Petkevičius¹,
prof. dr. Skaidra Valiukevičienė¹, dr. Jurgita Makštienė²,
Inga Gudiniavičienė²**

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos

¹Odos ir venerinių ligų klinika, ²Patologinės anatomijos klinika

Įvadas. Intravaskulinė histiocitozė retas, neaiškios patogenezės, gerbybinės eigos odos pažeidimas, kuriam būdinga reaktyvi histiocitų proliferacija dermos kraujagyslėse ar limfagyslėse [1]. Aprašyti ligos klinikiniai atvejai dažniausiai asocijuoti su reumatoidiniu artritu, rečiau su kitomis infekcinėmis ligomis: tonzilitu, tuberkulioze, septiniu endokarditu [2, 3]. Pažeistoje odoje stebimos rausvos ar melsvos infiltruotos dėmės, papulės, plokštelės ar livedo tipo eritema [1].

Klinikinis atvejis. 63 m. moteris skundėsi apie 6 mėnesius trunkančiu bendru silpnumu, epizodiškai febriliu karščiavimu, svorio netekimu, bėrimais ausų kaušelių, alkūnių, žastų, kelių odoje; 16 metų serga II tipo cukriniu diabetu, nustatyta skydliaukės disfunkcija.

Objektyviai: rausvai melsvos spalvos, infiltruotos dėmės ausų kaušelių, alkūnių, žastų tiesiamųjų paviršių, kelių odoje. Pagal būdingus klinikinius požymius negalint atmesti lėtinio atrofino akrodermatito diagnozės, esant teigiamam *B. burgdorferi* IgG tyrimo rezultatui, ligonė gydyta ceftriaksonu 2 g/d (5 d.) ir cefuroksimu 500 mg 2 k/d. (3 sav.), bėrimai sumažėjo, tačiau išliko epizodinis febrilus karščiavimas ir bendriniai simptomai.

Laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai: anemija, leukopenija, trombocitopenija; VPAE: kepenys padidėjusios, dismetabolinės, splenomegalija; remiantis odos bėrimų histologiniu ir imunohistocheminiu tyrimu (epidermis nepakitęs, dermoje gausi kraujagyslių proliferacija, kai kurių spindyje trombai bei gausios pailgą bazofilišką branduolį turinčios LCA (angl. *leukocyte common antigen*), CD68 teigiami histiocitai) nustatyta intravaskulinė histiocitozė.

Ligos eiga. Dėl hepatosplenomegalijos atlikta kepenų biopsija, rasti reaktyvūs pokyčiai, periportinė hepatocitų steatozė. Dėl pasikartojančio febrilaus karščiavimo ieškant infekcijos židinių atlikta transtorakalinė ir

transezofaginė širdies echoskopija, nustatyta mitralinio ir aortos vožtuvų vegetacijų, jų nesandarumas, septinis endokarditas. Ligonė gydyta penicilinu 3 mln VV 6 k/d (21 d.). Po gydymo būklė pagerėjo, išnyko karščiavimas ir bėrimai. Vožtuvai protezuoti 2012 m. vasario 1 d., histologinio tyrimo išvada: lėtinis aktyvus endokarditas; aortos vožtuvo fibrozė ir kalcinozė.

Apibendrinimas. Lėtinio atrofino akrodermatito ūmią uždegimo stadiją reikia diferencijuoti nuo reaktyvinės intravaskulinės histiocitozės. Kadangi po antibakterinio gydymo ligonei išnyko infiltruotos eritemos galūnių dorzalinuose paviršiuose, tai pagrindžia morfologiniais tyrimais verifikuotos reaktyvinės histiocitozės sąsają su septiniu endokarditu.

Literatūra:

1. Pouryazdanparast P, Yu L, Dalton VK et al. Intravascular histiocytosis presenting with extensive vulvar necrosis. *J Cutan Pathol* 2009;36:1-7.
2. Asagoe K, Torigoe R, Ofuji R, Iwatsuki K. Reactive intravascular histiocytosis associated with tonsillitis. *Br J Dermatol* 2006;154:560-3.
3. Rieger E, Soyer HP, Leboit PE et al. Reactive angioendotheliomatosis or intravascular histiocytosis? An immunohistochemical and ultrastructural study in two cases of intravascular histiocytic cell proliferation. *Br J Dermatol* 1999;140:497-504.

III. 2. Odos tuberkuliozė

**Milda Krivickaitė^{1,2}, Indrė Šaferienė^{1,2}, Jonas Lauraitis^{1,2},
Raimundas Meškauskas^{1,3}, Jūratė Grigaitienė^{1,2},
Matilda Bylaitė^{1,2}**

¹ *Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Infekcinių, krūtinės ligų,
dermatovenerologijos ir alergologijos klinika,*

² *Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos
Dermatovenerologijos centras,*

³ *Valstybinis patologijos centras*

Įvadas. Odos tuberkuliozė – viena iš sunkiausiai diagnozuojamų ligų dermatologų praktikoje, sudaro < 1–2 proc. visų tuberkuliozės atvejų. Dažniausias ligos sukėlėjas – *Mycobacterium tuberculosis* (TM), rečiau – *M. bovis*, *Bacillus Calmette-Guerin* (BCG). Užsikrečiama tiesiogiai, autoinokuliacijos, limfogeniniu ir hematogeniniu būdais. Tai reta, klinikinė įvairove pasižyminti odos liga, dažnai susijusi su kitomis tuberkuliozės formomis. Papulonekrotinė odos tuberkuliozės forma – pirminė odos tuberkuliozė, pasireiškianti išopėjančiomis papulėmis ar mazgeliais veido ir galūnių odoje. Būdinga regioninė limfadenopatija bei „obuolių košės“ fenomenas diaskopuojant. Opos gyja lėtai, iš jų gali išsivystyti kitos odos tuberkuliozės formos: skrofuloderma ar paprastoji vilkligė. Skrofuloderma dažniausiai sukelia tiesiogiai iš gilesnių audinių (pvz., infekuoto limfmazgio) į odą patekusios mikobakterijos. Kliniškai matomi kieti mazgai kaklo, kirkšnių, pažastų odoje, iš kurių vėliau atsiveria fistulės ar opos, būdinga gausi sekrecija. Gyja palikdami plačius įtrauktus randus. Pristatomi 2 papulonekrotinės odos tuberkuliozės ir skrofulodermos klinikiniai atvejai.

Klinikiniai atvejai

1 atvejis: 2 m. 7 mėn. amžiaus mergaitė atvyko dėl pavienių neniežtinčių hiperkeratotinių bėrimų viso kūno odoje. Pirmieji bėrimai prieš 11 mėn. atsirado veide, vėliau galūnėse, sunkiai nyko palikdami randus. Prieš 5 m. mergaitės mama sirgo plaučių tuberkulioze, gydyta dviem prieš-tuberkulioziniais medikamentais – pasveiko. Apžiūrint stebimi pavieniai kieti mazgeliai veido ir galūnių odoje, paraudusiais kraštais, padengti storais, sunkiai nukrapštomais nekrotiniais šašais. Periferiniai limfmazgiai nečiuopiami. Atliktame bendrame kraujo tyrime – nežymi limfocitozė

(72,7 proc.), trombocitozė ($471 \times 10^{12/l}$). Krūtinės ląstos rentgenogramoje patologijos nenustatyta. Odos histologiniame tyrime – granulominis odos pažeidimas, būdingas odos tuberkuliozei. Tolimesniam gydymui mergaitė nukreipta į VUL SK Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninę, kur taikytas kombinuotas gydymas izoniazidu, rifampicinu, pirazinamidu ir etambutoliu pagal standartinę schemą. Atvykus kontrolei po 8 mėn., naujų bėrimų nestebėta, regresavusių bėrimų vietoje – atrofiniai randeliai.

2 atvejis: 73 m. moteris skundėsi daugybiniais sekretuojančiais ir išopėjusiais mazgais kirkšnyse ir dešinėje kaklo pusėje, atsiradusiais prieš 12 mėn., bei susiformavusiais randais. Ambulatoriškai gydyta chirurgo, atliktos daugybinės pūlinių incizijos – be efekto. Atliktuose laboratoriniuose tyrimuose – mikrocitinė hipochrominė anemija (Hb – 85 g/l), CRB padidėjęs 24 kartus (122,5 mg/l). Mikrobiologinis pasėlis iš pūlių neigiamas. Histologiškai stebimi tipiniai skrofulodermos požymiai – amorfinė (kazeozinė) nekrozė, epitelioidinių ląstelių granulomos. Atlikus PGR iš bėrimų sekreto – nustatyta mikobakterijų DNR. Tolimesniam gydymui pacientė nukreipta į Infekcinių ligų ir tuberkuliozės ligoninę, kur šiuo metu taikomas kombinuotas sisteminis gydymas izoniazidu, rifampicinu, pirazinamidu ir streptomycinu. Paskirta dermatologo kontrolė po 6 mėn.

Išvada. Odos tuberkuliozė – retai dermatologų kasdieninėje praktikoje pasitaikanti liga, todėl dažnai maišoma su kitomis uždegiminėmis ar infekcinėmis dermatozėmis. Detali anamnezė ir pagalbinių tyrimai leidžia anksti įtarti odos tuberkuliozę ir skirti etiologinį gydymą bei išvengti greičiausių komplikacijų.

III. 3. Devergie liga

Vaiva Barštienė, Vesta Kučinskienė, Skaidra Valiukevičienė
*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos
Odos ir venerinių ligų klinika*

Įvadas. Devergie liga (raudonoji dedervinė) – tai reta lėtinė neaiškios etiologijos papuloskvamozinė dermatozė, galinti pasireikšti įvairiame amžiuje. Ligą aprašė 1858 m. prancūzų dermatologas A. Devergie. Sergamumas šia liga pasaulyje – 2,5 atvejai/mln. gyventojų, arba 1 atvejis/400 tūkst. gyventojų [1]. Devergie liga gali būti susijusi su autoimuniniais, piktybiniais navikais, infekcijomis bei vitamino A metabolizmo disfunkcija. Literatūros duomenimis, ligos gydymui rekomenduojama skirti sisteminius retinoidus, vienus ar kartu su PUVA (rePUVA), metotreksatą, sisteminius kortikosteroidus, vienus ar kartu su retinoidais [1]. Kai šie gydymo metodai neveiksmingi, aprašyta ligos remisijų skiriant biologinius vaistus [2, 3].

Klinikinis atvejis. 62 m. pacientė kreipėsi dėl 3 mėn. plintančių, niežtinčių bėrimų viso kūno odoje. Pirmieji bėrimai atsirado vasarą galvos plaukuotoje dalyje, veido, krūtinės odoje po gliukozamino glikanų vartojimo. Apžiūrint – galūnių tiesiamuosiuose paviršiuose neaiškių ribų difuzinis odos paraudimas, pleiskanojimas, veido, liemens odoje matomos pleiskanojančios raudonos papulės ir plokštelės. Atlikus tyrimus: saiki hipercholesterolemija iki 6,2 mmol/l, trigliceridemija iki 2,17 mmol/l. Odos histologinis tyrimas – paviršinis dermatitas su limfoplazmocitine infiltracija. Skirtas gydymas prednizolonu 40 mg/d., antihistamininiais vaistais, vietinio poveikio kortikosteroidais, keratolitikais, emolientais. Po 1 sav. bėrimų pobūdis pasikeitė, išryškėjo susiliejančios folikulinės papulės galūnių odoje, veido ir liemens odos difuzinis paraudimas, infiltracija, pleiskanojimas, gelsvai oranžinės spalvos delnų ir padų hiperkeratozė, distaliniai nagų plokštelių galai geltonai rudos spalvos su ponagine keratoze. Įvertinus būdingą kliniką ir pakartoto odos histologinio tyrimo duomenis (spongiozė, parakeratozė, perivaskulinis intersticinis, limfocitinis infiltratas, vakuolinė bazinės membranos degeneracija) nustatyta Devergie liga. Pradėtas gydymas acitretinu 40 mg/d. Po 3 sav. odos būklė pagerėjo, acitretino dozė sumažinta iki 30 mg/d. Po 2 mėn. gydymo išliko eritrodermija, atsirado difuzinis plaukų slinkimas, acitretino dozė pagal lipidogra-

mos dinamiką koreguota nuo 30 iki 10 mg/d., kartu taikyta vonios PUVA terapija 2 k./sav. Klinikinio atsako nestebėta, todėl prieš planuojamą gydymą TNF-alfa antagonistu infliksimabu, atliktas ir nustatytas teigiamas γ -interferono išskyrimo mėginys, skirtas 3 mėn. latentinės tuberkuliozės gydymas rifamizidu 300 mg 2 k./d.

Apibendrinimas. Devergie ligos etiopatogenezė nėra aiški. Aprašyta sėkmingų ligos remisijų skiriant TNF-alfa antagonistus. Klinikinis atvejis rodo, kad sergant Devergie liga turi būti atliekama lėtinių infekcijų patikra.

Literatūra:

1. Gemmeke A, Schönlebe J, Koch A, Wollina U. Pityriasis rubra pilaris- a retrospective single center analysis over eight years. JDDG 2010;8:439-45.
2. Garcovich S, Giampetruzzi Di AR, Antonelli G, Garcovich A, Didona B. Treatment of refractory adult- onset pityriasis rubra pilaris with TNF-alpha antagonists: a case series. JEADV 2010,24,881-4.
3. Zirbs M, Kigitsidou E, Seifert F, Ring J, Brockow K. Successful treatment with infliximab despite positive tuberculosis ELISpot results in a patient with pityriasis rubra pilaris taking prophylactic isoniazid. Clin Exp Dermatol 2011;36(7):808-9.

Užrašams

Užrašams

RESPUBLIKINĖ KONFERENCIJA
Dermatologijos ir venerologijos aktualijos
Konferencijos pranešimų santraukų knyga

Maketuotojas Saulius Medžionis
Korektorė Aida Jakimavičienė

2012 10 18. 2,0 spaudos l. Tiražas 240 egzempliorių. Užsakymas 428.
Išleido ir spausdino LSMU Leidybos namai, Spaustuvininkų g. 4, 44307 Kaunas.
© LSMU, 2012