



# EAST for SKIN

Klinika dermatovenerológie LF UPIŠ a UNLP Košice,  
Dermatovenerologické oddelenie FNŠP J. A. Reimana, Prešov  
v spolupráci so Slovenskou lekárskou komorou  
a so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek

## ZBORNÍK ABSTRAKTOV

z II. Konferencie dermatovenerológov  
s medzinárodnou účasťou

## EAST for SKIN

23. — 24. 9. 2022 Grandhotel Starý Smokovec

Klinika dermatovenerológie LF UPJŠ a UNLP Košice,  
Dermatovenerologické oddelenie FNsP J. A. Reimana, Prešov  
v spolupráci so Slovenskou lekárskou komorou  
a so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek

# ZBORNÍK ABSTRAKTOV

z II. Konferencie dermatovenerológov  
s medzinárodnou účasťou

## EAST for SKIN

23. — 24. september 2022  
Grandhotel Starý Smokovec

Recenzenti: MUDr. Janette Baloghová, PhD.  
MUDr. Petra Imlejšová, MPH  
MUDr. Tomáš Kampe, MPH

Za odbornú a jazykovú stránku abstraktu zodpovedajú autori.

ISBN 978-80-972343-8-6

# OBSAH

|                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Dedinská<br>Systémová imunosupresia v dermatológii z pohľadu nefrológa                                                                                                           | 5  |
| K. Drotárova, J. Baloghová, J. Bodnár<br>Gorlin-Goltzov syndróm- kazuistika                                                                                                         | 6  |
| V. Ďurkovičová, D. Hudáčková, G. Kissová<br>Komplikácie Covid-19 v detskom veku                                                                                                     | 7  |
| S. Farkašová Iannaccone, D. Farkaš<br>Forenzné posudzovanie nálezov pri CAN syndróme                                                                                                | 8  |
| Z. Fedáková<br>Scabies - diagnosticky dôležitý problém                                                                                                                              | 9  |
| J. Třešňák Hercogová<br>Nežádoucí účinky systémové léčby                                                                                                                            | 10 |
| M. Hisemová<br>Kožné zmeny pri onkologických a neonkologických ochoreniach v hematológii                                                                                            | 11 |
| D. Hudáčková<br>Exantémy v detskom veku z pohľadu infektológa                                                                                                                       | 12 |
| M. Husárová<br>Aktuality z magistraliter přípravy                                                                                                                                   | 13 |
| Z. Čižmáriková, P. Imlejšová<br>Dialógy Derma-Reuma                                                                                                                                 | 14 |
| P. Imlejšová<br>Pemfigus vulgaris (PV) známa neznáma                                                                                                                                | 15 |
| T. Kampe, M. Baran<br>Dermatológ & Chirurg: Dialóg o Hidradenitis suppurativa                                                                                                       | 16 |
| T. Kampe, J. Baloghová, K. Vorčáková<br>Výhody a nevýhody vybraných liečebných modalít závažnej atopickej dermatitídy                                                               | 17 |
| P. Kozub<br>Abrocitinib v liečbe atopickej dermatitídy: výsledky klinických štúdií                                                                                                  | 18 |
| P. Kozub<br>Duálna inhibícia IL-17 A a F pri liečbe psoriázy; Bimekizumab - New Kid on the Block                                                                                    | 19 |
| Ž. Macejšová<br>5-ročné skúsenosti s JAK inhibítormi v reumatológii                                                                                                                 | 20 |
| I. Margitics, M. Soľavová<br>Multidisciplinárna zdravotná starostlivosť v liečení chronických dermatóz                                                                              | 21 |
| Assoc. Prof. Dr. Mehmet MELİKOĞLU, Dr Büşra SOLAK ESEN,<br>Dr. Rabia YAMAK, Assoc.prof. Dr. Ali IŞLEK<br>Pleva case with enterobiasis, giardiasis and helicobacter pylori infection | 22 |
| K. Melníková<br>Hodnotenie závažnosti psoriázy (podme si to skúsiť)                                                                                                                 | 25 |
| K. Melníková<br>Tak alebo tak (kazuistiky pacientov s pemphigus vulgaris)                                                                                                           | 26 |
| J. Molčanová<br>IMID ochorenia v ambulancii dermatovenerológa                                                                                                                       | 27 |
| Z. Murárová<br>Diferenciálna diagnostika pigmentových prejavov v oblasti tváre                                                                                                      | 28 |

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| B. Nadzonová<br>Serologická diagnostika syfilis                                                         | 29 |
| Š. Nemilová<br>Chronická spontánna urtikária, odborná diskusia dermatológa<br>s pacientom s CSU         | 30 |
| A. Nestorová<br>Transplantácia vlasov FUE technikou pomocou prístroja Neograft 2.0                      | 31 |
| M. Part<br>Zlepšuje skorá liečba psoriázy prognózu pacienta?                                            | 32 |
| R. Paulinyová<br>Manažment liečby pacienta so psoriatickým ochorením<br>v ambulancii dermatovenerológa  | 33 |
| S. Petrová<br>Klinické výsledky a manažment liečby atopickej dermatitídy upadacitinibom                 | 34 |
| K. Popiková, H. Arganová<br>Syfilitická infekcia v okrese Trebišov                                      | 35 |
| prof. Dr. Mustafa Turhan Şahin<br>Interesting Dermoscopic Cases                                         | 36 |
| A. Šepitková, A. Podracká, J. Baloghová, K. Benhatchi<br>Sklerodermia s bulóznymi prejavmi              | 38 |
| P. Šimotová<br>Nové metódy, techniky a typy laserového ošetrovania                                      | 39 |
| B. Sližková<br>Komplexný pohľad na pacienta so psoriázou - kazuistiky                                   | 40 |
| J. Szilasiová.<br>Diferenciálna diagnostika demyelinizačných ochorení                                   | 41 |
| K. Trenčanská<br>Neskoro indikovaný switch u pacienta s ťažkou formou<br>ložiskovej psoriázy (PASI 40+) | 42 |
| T. Uhrin<br>HAY-WELLS syndróm                                                                           | 43 |
| K. Vorčáková<br>JAK inhibítory v liečbe atopickej dermatitídy                                           | 44 |
| H. Zelenková<br>Balanitídy, možnosti liečby a následnej regenerácie                                     | 45 |

# Systémová imunosupresia v dermatológii z pohľadu nefrológa

*I. Dedinská*

Transplantačné centrum UNM a I. Interná klinika JLF UK a UNM  
ivana.dedinska@uniba.sk

**Úvod:** Systémovú liečbu v dermatológii môžeme rozdeliť do viacerých podskupín. V rámci imunosupresie sú najčastejšie používané kortikoidy. Využívajú sa tak v parenterálnej, ako aj v per os forme. Z ďalších systémových imunosupresív sú často využívané inhibítory kalcineurínu (cyklosporín A, takrolimus), kde je nutné pravidelne sledovať ich hladiny v krvi. V prípade vaskulítid, ťažkých formií psoriázy a pri autoimunitných chorobách sa v liečbe uplatňujú napr. metotrexát, mykofenolát mofetil, azatioprin a cyklofosfamid. Perorálne retinoidy sú často využívané v prípade závažnejších foriem psoriázy. Systémová liečba je síce účinná, ale je potrebné dobre poznať aj jej riziká.

**Materiál a metódy:** V prednáške sa budeme venovať jednotlivým preparátom z pohľadu nefrológa.

**Výsledky:** U vybraných systémových liečiv používaných v dermatológii zhodnotíme ich vzťah k obličkovým parametrom. Taktiež sa budeme venovať ich používaniu u pacientov s už diagnostikovanou obličkovou chorobou.

**Záver:** Systémová liečba kožných ochorení je plne v kompetencii dermatológa. Avšak použitie systémových preparátov môže ovplyvniť viaceré systémy, vrátane obličkových funkcií. Medziodborová spolupráca a konzultácia nefrológa so skúsenosťou s imunosupresiou je veľkým benefitom pre pacienta s nefrologickou komorbiditou.

# Gorlin-Goltzov syndróm- kazuistika

*K. Drotárová, J. Baloghová, J. Bodnár*

Nemocnica Agel, Košice-Šaca

[katka.drotar@gmail.com](mailto:katka.drotar@gmail.com)

Bazalióm (BCC) je najbežnejším typom rakoviny kože na svete s rôznymi histologickými podtypmi. Hoci úmrtnosť súvisiaca s BCC je zanedbateľná, BCC môžu byť spojené s významnou morbiditou. Autori popisujú kazuistiku 50-ročnej ženy s mnohopočetnými bazaliómami. Prvé prejavy BCC sa začali objavovať pred 12 rokmi a boli postupne chirurgicky exstirpované, spolu asi 20 histologicky verifikovaných bazaliómov. V posledných dvoch rokoch došlo k progresii klinického nálezu so vznikom nových prejavov na celom tele, preto odoslaná na našu ambulanciu, kde po vyšetrení pacientky bol potvrdený Gorlinov-Goltzov syndróm.

Gorlin-Goltzov syndróm alebo syndróm nevoidných bazaliómov je pomerne vzácné autozomálne dominantne dedičné ochorenie, s variabilnou expresivitou, spôsobenou mutáciou PTCH génu, ktorý sa nachádza na dlhom ramienku 9. chromozómu. Klinické nálezy tohto syndrómu sú veľmi pestré, pričom mnohé symptómy sa začínajú prejavovať až v určitom období života. Je charakterizovaný výskytom mnohopočetných bazaliómov a ďalšími vývojovými odchýlkami ako sú: odontogénne cysty, palmoplantárne jamky, bilamelárna kalcifikácia falx cerebri, skeletálne abnormality, fibrómy vaječníkov, meduloblastom a iné, ktoré sú rozdelené na veľké a malé kritériá. Na potvrdenie tohto syndrómu sa vyžaduje prítomnosť dvoch veľkých alebo jedného veľkého a dvoch malých kritérií. Naša pacientka spĺňala kritéria tohto syndrómu vzhľadom na prítomnosť početných BCC, cyst v čelustnej dutine a detegovanú odchýlku na géne PTCH1. Pacientka bola následne nastavená na systémovú terapiu vismodegibom s veľmi dobrým klinickým efektom. Vismodegib je systémový inhibitor signálnej hedgehog dráhy, ktorá za fyziologických okolností reguluje delenie a diferenciáciu buniek a jej abnormálna aktivácia vedie k onkogenéze.

# Komplikácie Covid-19 v detskom veku

V. Ďurkovičová, D. Hudáčková, G. Kissová

Detské infekčné oddelenie Detská fakultná nemocnica Košice

veronika.durkovicova@dfnkosice.sk

Pediatrický multisystémový zápalový syndróm asociovaný s COVID-19 (PIMS-TS) predstavuje vzácnu komplikáciu infekcie SARS-CoV-2 so závažným priebehom. Jeho klinické príznaky sa čiastočne prekrývajú s príznakmi charakteristickými pre Kawasakiho chorobu, syndróm toxického šoku, septický šok a syndróm aktivovaných makrofágov. Tento syndróm je charakterizovaný perzistujúcimi febrilitami trvajúcimi 3 a viac dní, multiorgánovým postihnutím rôzneho stupňa, zvýšenou zápalovou aktivitou, dôkazom infekcie SARS-CoV-2 za súčasného vylúčenia inej mikrobiálnej príčiny zápalu.

Autori prezentujú kazuistiku 11-ročného dieťaťa, u ktorého bola po návrate zo zahraničia zistená pozitivita PCR SARS-CoV-2 a bolo prijaté na Detské infekčné oddelenie DFN Košice pre bolesti brucha, vracanie, febrilitu do 39 °C. Pre zvýšené zápalové parametre bola ordinovaná empirická antibiotická terapia. Počas hospitalizácie pretrvávali febrility TT do 40 °C, zároveň došlo k zhoršeniu celkového klinického stavu, zvýrazneniu bolestí brucha v pravom dolnom kvadrante. Na CT brucha dominoval nález postihnutia terminálneho ilea. V laboratórnych nálezoch bol prítomný vzostup zápalových markerov, kardiálnych enzýmov a hypoalbuminémia. V klinickom obraze sa pridružilo olupovanie kože na rukách a nohách, edémy rúk a nôh, riedka stolica a sklon k hypotenzii. Vzhľadom na podozrenie na PIMS-TS po konzultácii s imunológom boli podané IVIG a metylprednizolón.

V rámci diferenciálnej diagnostiky febrilit neznámej etiológie je u detí v súčasnej dobe nevyhnutné myslieť aj na PIMS-TS. Zvyčajný časový interval medzi akútnou infekciou SARS-CoV-2 a rozvojom PIMS-TS je dva až šesť týždňov, avšak pre častý asymptomatický priebeh COVID-19 u detí je mnohokrát neznámy. Vzhľadom na riziko rozvoja šoku, kardiálneho alebo multiorgánového zlyhania je včasná a správna diagnostika a liečba nevyhnutná.

**Kľúčové slová:** Covid-19, komplikácie, deti, PIMS

# Forenzné posudzovanie nálezov pri CAN syndróme

*S. Farkašová Iannaccone<sup>1,2</sup>, D. Farkaš<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Ústav súdneho lekárstva UPJŠ Lekárska fakulta, Košice

<sup>2</sup> Súdnolekárske a patologickoanatomické pracovisko ÚDZS, Košice  
silvia.iannaccone@gmail.com

Za týranie, zneužívanie a zanedbávanie dieťaťa (CAN syndróm) je považované akékoľvek nenáhodné, vedomé (prípadne i nevedomé) konanie rodiča alebo inej osoby voči dieťaťu, ktoré je v danej spoločnosti neprijateľné alebo odmietané a ktoré poškodzuje telesný, duševný i spoločenský stav a vývoj dieťaťa, prípadne spôsobí i jeho smrť. K formám CAN syndrómu patrí aj aktívne a pasívne telesné týranie, pri ktorom sú na tele dieťaťa prítomné rôzne stopy po násilí. V prípade forenzného posudzovania živého dieťaťa je dôležitá obhliadka tela dieťaťa a správna interpretácia zistených nálezov. Pri nejednoznačných nálezoch je dôležitá obozretnosť pri hodnotení prvotného nálezu, v týchto prípadoch je nevyhnutná opakovaná obhliadka tela s odstupom niekoľkých dní, pričom pri hodnotení zistených nálezov je nutné myslieť na početné chorobné stavy s kožnými prejavmi imitujúce CAN syndróm. Autori na podklade kazuistiky prezentujú postupy v rámci medziodborovej spolupráce a praktické skúsenosti pri posudzovaní CAN syndrómu.



# Scabies – diagnosticky dôležitý problém

Z. Fedáková

Klinika dermatovenerológie, Košice

zuzanafedakova89@gmail.com

Prezentujeme 80-ročného polymorbídneho pacienta so psoriázou v štádiu erythrodermie so súčasným onkologickým ochorením – karcinóm pľúc a postihnutím s MTS vnútrohrudných uzlín. Pacient subjektívne pociťoval úporný pruritus. Štandardná systémová aj lokálna antipsoriatická liečba nevedla k požadovanému efektu, preto bolo realizovaná biopsia kože za účelom histopatologickej diagnostiky. Jeho záver konštatoval ektoparazitárnu infekciu – scabies. Po antiskabiéznej liečbe došlo k rýchlemu zlepšeniu kožného nálezu s rýchlym ústupom pruritu.

V prednáške sa venujeme atypickým formám scabiesu: nodózny, krustózny, bulózny. Nodózny pruritus má typické noduly veľkosti až do 2 cm, ktoré pretrvávajú niekoľko mesiacov až rokov po úspešnej antiscabiéznej liečbe. Sú prejavom hlbšej penetrácie roztoča do kože s následnou imunitnou reakciou. Nórsky (krustózny) svrab je najinfekčnejší, pri ktorom je možná absencia pruritu. Postihuje jedincov s imunodeficientnými stavmi, chronickými ochoreniami, so senzorickými dysfunkciami kože a telesným postihnutím. Bulózny svrab pripomína bulózny pemphigoid, v niektorých prípadoch môže tomuto ochoreniu aj predchádzať.

Svrab, i keď je bežné parazitárne ochorenie a má typický klinický obraz, treba konštatovať, že vo väčšine prípadov sú diagnostické chyby nezriedkavé.

U starších, polymorbídnych pacientov s intenzívnymi pruritickými ťažkosťami by diferenciálna diagnóza mala zahŕňať aj atypické formy svrabu.

Svrab, alebo z lat. scabies je infekčné parazitárne kožné och. Spôsobené samičkou zákošky svrabovej (*Sarcoptes hominis*). Ochorenie sa prejavuje svrbením, vznikom papúl až pustúl na povrchu kože. Najčastejšie sa prenáša v kolektívoch, kde žijú ľudia v tesnom kontakte. Lézie sa skôr vyskytujú symetricky – na vnútorných stranách ramien, okolo podpazušia a pása a na vnútorných stranách stehien. Trvá až 6 týždňov, kým sa objaví imunologický proces – senzibilizácia. Senzibilizácia vysvetľuje, prečo sa u predtým infikovaného jedinca, ktorý bol vyliečený zo svrabu, objavia príznaky oveľa rýchlejšie pri ďalšej reinfekcii. Všetky svrbivé ochorenia by sa mali aspoň stručne považovať za možný svrab, či už je prítomná zjavná vyrážka alebo nie. Rozoznávame 3 klinické druhy scabies a to: papulovezikulózny, krustózny, nodózny. Krustózny je diseminovaný a je veľmi infekčný, môže sa vyskytnúť aj vypadávanie vlasov. Medzi rizikové faktory krustózneho svrabu patrí napr. imunosupresia, chronické och., senzorická dysfunkcia kože. Svrab je bežná parazitárna dermatóza a treba konštatovať, že napriek charakteristickému klinickému obrazu vo väčšine prípadov sú diagnostické chyby pomerne časté.

# Nežádoucí účinky systémové léčby

*J. Třešňák Hercogová*

Dermatologie prof. Hercogové, Praha

[jana.hercogova@gmail.com](mailto:jana.hercogova@gmail.com)

Kůže je jedním z nejčastějších míst nežádoucí lékové reakce. Nežádoucí kožní reakce (Adverse Cutaneous Drug Reactions (ACDR)) jsou příčinou 2-3 % hospitalizací, nejčastější příčinou morbidit a jsou zodpovědné za významnou část úmrtí. Postihují více seniory, ženy a pacienty s imunosupresí. Čím více léků pacient užívá, tím je riziko vyšší. ACDR jsou. Incidence ACDR přesně není známa, je udávána v 0 - 12 % a má stoupající tendenci. Závažné nežádoucí lékové reakce mají incidenci asi 2:1 mil., patří mezi vzácná onemocnění. Kromě ACDR jsou dalšími typy nežádoucích účinků kožní toxicita a paradoxní reakce. Ty se týkají i současně užívaných cílených /biologických léků.

Diagnostika ACDR spočívá v určení příčiny reakce pomocí anamnézy (čas vzniku, opakované vzplanutí, nový lék v posledních 3 měsících), typu kožní reakce a vlastního vyšetření. Terapie znamená optimálně ukončení systémové léčby (pokud je to možné) a symptomatickou léčbu. Nežádoucí reakce léků podléhají povinnému hlášení SÚKL.

# Kožné zmeny pri onkologických a neonkologických ochoreniach v hematológii

*M. Hisemová*

Ústav hematologie a kožní transfuze Praha

mhisemova@gmail.com

Dermatológ sa vo svojej praxi veľmi často stretáva s patologickými zmenami na koži, ktorých podkladom môže byť hematologická príčina. Či je privolaný ako konziliár k hematologickému pacientovi na oddelení, či má vo svojej ambulancii pacienta s atypickou zmenou na koži, ktorá má pôvod v kostnej dreni, je hematologický pacient vždy postrachom nielen pre dermatológov. Diagnostika hematologickej choroby, ktorá sa prejaví zmenou na koži môže byť skutočne obtiažna. Prednášková prezentácia približuje v kocke s akými najčastejšími kožnými zmenami u hematologických pacientov sa kožný lekár môže stretnúť. Prakticky rozdeľuje kožné zmeny v hematológii na: 1. nemalígne –neonkologické-benígne, 2. malígne, 3. sekundárne zmeny spojené s liečbou hematologického pacienta. Zameriava sa jak na bežné kožné zmeny, tak i na atypické diagnózy akými sú myelosarkóm, či neoplasma z blastických plasmocytoidných dendritických buniek. Obsahuje taktiež bohatú obrázkovú dokumentáciu z praxe hematológa s vysvetlením niektorých javov, ktorá pomôže kožnému lekárovi zorientovať sa v hematologických diagnózach a uceliť si myšlienkový postup s následným našitím liečebnej taktiky kožných zmien u hematologického pacienta. Celú sekciu obrázkov uzatvárajú praktické rady hematológa do praxe pre dermatológa.

# Exantémy v detskom veku z pohľadu infektológa

*D. Hudáčková*

Detské infekčné oddelenie, Detská fakultná nemocnica Košice  
dana.hudackova@dfnkosice.sk

Exantém je definovaný ako výskyt akútnych, náhlych zmien na koži. O exantémových ochoreniach hovoríme vtedy, ak je exantém pravidelným a najnápadnejším príznakom ochorenia (osýpky, rubeola, šarlach, piata choroba, šiesta choroba). Infekčné exantémové ochorenia sú zväčša sprevádzané horúčkou.

Podľa etiológie rozlišujeme exantémy: vírusové, bakteriálne, mykotické, parazitárne. V klinickej praxi je nám nápomocné delenie podľa charakteru vyrážky, na makulopapulózne (skarlatiniformné, rubeoliformné, morbiliformné), vezikulózne, hemoragické, papulózne. Treba však zdôrazniť, že toto delenie nie je striktné a rôzne ochorenia môžu mať viac charakterov vyrážky. Exantémy môže spôsobovať až viac ako 50 infekčných agens a môžu sa vyskytovať aj pri ochoreniach neinfekčného pôvodu. Pokiaľ má exantémové ochorenie typický priebeh, diagnostika ochorenia je jednoduchá a možná aj bez laboratórnych vyšetrení (napr. šiesta choroba). Avšak pri ochoreniach s atypickým, nešpecifickým exantémom, netypickým priebehom ochorenia, možných koincidenciách s inými ochoreniami, príp. s očkovaním to až také ľahké nie je. Všeobecne môžeme povedať, že pri väčšine exantémových ochorení ide o vírusové ochorenia s benígnym priebehom a so spontánnym ústupom. Prvou dôležitou úlohou pediatra je odlíšiť exantémy pri ochoreniach, ktoré môžu prebiehať fatálne (napr. meningokoková sepsa). Dôležité je aj posúdenie zo strany epidemiologického rizika - či ide o vysoko kontagiózne ochorenie s rýchlym šírením v populácii (napr. osýpky). Z neinfekčných príčin je predovšetkým nutné myslieť na ochorenia s možným závažným priebehom, príp. s nutnosťou špecifickej liečby, ako sú napr. alergické a liekové exantémy, Kawasakiho choroba, či erythema exsudativum multiforme.

Diagnostika exantémov môže byť veľkým diagnostickým problémom. Nenahraditeľná je preto dobrá multidisciplinárna spolupráca viacerých špecialistov, predovšetkým infektológov a dermatológov.

**Kľúčové slová:** exantém, infekcie, diagnostika

# Aktuality z magistraliter přípravy

*M. Husárová*

Lékárna Galenika, Praha, vedoucí lékárník

[info@lekarnagalenika.cz](mailto:info@lekarnagalenika.cz)

Přednáška je zaměřena na preskripci magistraliter z pohledu lékárníka.

V úvodu seznamuje a stručně vysvětluje základní pravidla předepisování receptů. Dále jsou pak zmíněny příklady jednotlivých receptur z oblasti perorálních, rektálních a topických léčivých přípravků. Přednáška je zaměřena na možné výpadky hromadně vyráběných léčivých přípravků a jejich možné náhrady za magistraliter.

V závěru přednášky je seznámení s receptářem magistraliter receptur.

# Dialógy Derma-Reuma

Z. Čižmáriková. P. Imlejšová

Reumatologická ambulancia, Poprad

[zuzana.cizmarikova@centrum.sk](mailto:zuzana.cizmarikova@centrum.sk)

Interdisciplinárna spolupráca medzi odborními v starostlivosti o pacienta je veľmi dôležitá a potrebná. Prednáška v dialógu dvoch odborností, z pohľadu dermatológa a reumatológa, sa zameriava na pacienta s psoriatickou chorobou. Psoriáza je chronické ochorenie a prejavuje sa nielen kožnými léziami ale aj komorbiditami. Jednou z najčastejších a najzávažnejších komorbidít takmer u 15-25 % pacientov s PSO je PsA. Psoriatická artritída, ktorá má svoje muskuloskeletálne prejavy vo viacerých doménach a to periférna artritída, axiálne postihnutie, entezitída, daktylitída, postihnutie kože a nechťov. Veľmi dôležité je odbremenenie pacienta od choroby, na čo sa zameriava výskum. V neposlednom rade oneskorenie diagnostiky má vplyv na kvalitu života. Komplikácie nastávajú pri rozhodovaní o začatí biologickej liečby a to buď u dermatológa alebo reumatológa, nezriedka podľa dominancie prejavov. V závere prednáška apeluje na správny manažment pacienta s psoriázou, čo uľahčí prácu lekárom len správnu a dostatočnou komunikáciou a pacientom poskytne správne fokusovanie a spokojnosť s liečbou, vrátane nutnosti zmien (switchu) liečby. Len správna a dostatočná spolupráca prinesie pacientovi požadovanú spokojnosť s nastavenou liečbou.

# Pemfigus vulgaris (PV) známa neznáma

*P. Imlejšová*

Klinika dermatovenerológie, J. A. Reimana, Prešov

petra.imlejova@gmail.com

Pemfigus vulgaris je autoimunitné intraepidermálne bulózne ochorenie, ktoré patrí k život ohrozujúcim dermatózam. Prednáška je rozdelená do troch častí. V prvej časti približuje klinické príznaky ochorenia. Pemfigus sa prejavuje typickou tvorbou ochabnutých pluzgierov na nezapálenej koži a slizniciach DÚ, genitálií, očí, nasopharyngu a laryngu. Pemfigus sa vyskytuje v rôznych formách. V druhej časti sa prednáška dotýka diagnostiky ochorenia. Diagnostika sa zakladá na štyroch pilieroch ktorými sú : klinika, histológia zlézie, priama a nepriama imunofluorescencia a serológia detekcie autoprotílátok proti epiteliálnym bunkám. Treťou časťou je liečba. Doposiaľ sme boli limitovaní liečebnými postupmi, kedy sme mali k dispozícii kortikoidy, pri neúspechu imunoglobulíny a posledným liekom boli biologiká - rituximab. Aktuálne nové poznatky a možnosti klinických štúdií pri exacerbácii ochorenia pri dlhodobej liečbe kortikoidmi a neúčinnosti predchádzajúcej adjuvantnej imunosupresívnej liečby(CyA, MTX...) umožňujú použiť rituximab v prvej línii liečby pemfigu s dobrou terapeutickou odpoveďou. I napriek tak závažnej diagnóze so zlou prognózou, majú pacienti s biologickou liečbou - rituximabom nádej.

# Dermatológ & Chirurg: Dialóg o Hidradenitis suppurativa

*T. Kampe, M. Baran*

Klinika dermatovenerológie UPJŠ Košice

tomaskampe@gmail.com

Zdá sa, že kombinácia protizápalovej systémovej terapie a chirurgických výkonov v prípadoch závažných alebo torpídnych foriem hidradenitis suppurativa (HS) sú spojené s najlepšou klinickou účinnosťou spolu s vysokou spokojnosťou pacientov a zlepšením kvality ich života. Nedávno publikované štúdie podporujú tento koncept špecializovaného manažmentu koordinovaného dermatológom. Protizápalová liečba môže ovplyvniť radikálnosť invazívneho chirurgického zákroku a znížiť riziko komplikácií u stredne závažných a závažných foriem HS. Iné štúdie preferujú biologickú liečbu po širokej excízii, čo je spojené so zníženou mierou recidív a predĺžením remisie.



# Výhody a nevýhody vybraných liečebných modalít závažnej atopickej dermatitídy

*T. Kampe, J. Baloghová, K. Vorčáková*  
Klinika dermatovenerológie UPJŠ Košice  
tomaskampe@gmail.com

Pacienti s atopickou dermatitídou (AD), ktorí nedostatočne reagujú na lokálnu liečbu a fototerapiu si vyžadujú systémovú imunomodulačnú liečbu. Konvenčné systémové imunosupresíva, ako napr. cyklosporín, azatioprin a metotrexát sa používajú už desaťročia, existujú však obavy o ich bezpečnostný profil. V súčasnosti vstupuje na európsky trh viacero nových liekov, ktoré môžu mať veľký potenciál v liečbe atopickej dermatitídy. Tieto ciele biologické a malé molekuly poskytujú čoraz širší rozsah terapeutických možností. Aj keď existujú určité klinické usmernenia o tom, kedy začať systémovú liečbu, zostáva dosť nejasností týkajúcich sa porovnávania účinnosti a bezpečnosti týchto liekov. Navyše konvenčná systémová liečba nie je zlatým štandardom, s ktorým by sa dala porovnávať výkonnosť nových liečiv. Viacero faktorov, ako účinnosť, bezpečnosť a náklady, zohrávajú komplexnú úlohu pri rozhodovaní o liečbe. Zatiaľ čo klinické údaje o účinnosti a bezpečnosti z placebom kontrolovaných RCT sú sľubné, dôležité sú dlhodobé údaje z predĺžených štúdií, registrov a nepriamych porovnaní z NMA analýz. V neposlednom rade je dôležitá vlastná klinická skúsenosť lekára s cieľnou liečbou AD, správna profilácia pacienta, ktorý môže významne profitovať z liečby šitej na mieru. Na to je potrebné, aby dermatovenerológovia čím skôr poznali charakteristické vlastnosti oboch nových terapeutických skupín, ale aj rozdiely medzi jednotlivými liečivami.

# Abrocitinib v liečbe atopickej dermatitídy: výsledky klinických štúdií

P. Kozub

FN Trnava, Kožné oddelenie

peter.kozub.derm@gmail.com

Abrocitinib je inhibítor Janusovej kinázy 1. Účinnosť a bezpečnosť v monoterapii a v kombinácii s topickými liekmi sa hodnotili v 3 randomizovaných, dvojito zaslepených, placebom kontrolovaných klinických skúšaniach MONO-1, MONO2 a COMPARE. Zaradení pacienti mali vek  $\geq 12$  rokov a stredne ťažkú až ťažkú AD (IGA  $\geq 3$ , EASI  $\geq 16$ , postihnutá BSA  $\geq 10$  %, PP-NRS  $\geq 4$ ). Po ukončení základného skúšania mohli pokračovať v dlhodobom predĺžení EXTEND. V MONO-1, MONO-2 a COMPARE signifikantne viac pacientov dosiahlo IGA 0/1 a EASI75 s abrocitinibom versus placebom po 12 a 16 týždňoch a zlepšenie PP-NRS o  $\geq 4$  body, pozorované už po 2 týždňoch. V COMPARE sa preukázala superiorita abrocitinibu 200 mg versus dupilumab po 2 týždňoch v PP-NRS4, rozdiely boli signifikantné po 4 dňoch. Väčšina pacientov s odpoveďou po 12 týždňoch zaradených do EXTEND si zachovávala odpoveď po 48 týždňoch. Z pacientov, ktorí neodpovedali na dupilumab v COMPARE a boli zaradení do EXTEND, dosiahol podstatný podiel EASI 75 po 12 týždňoch od zmeny na abrocitinib. V klinickom skúšaní DARE sa preukázala vyššia účinnosť abrocitinibu 200 mg raz denne s topickou liečbou v porovnaní s dupilumabom u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou AD v indukcii včasných redukcií pruritu a príznakov AD. Najčastejšie nežiaduce reakcie boli nevoľnosť, bolesť hlavy, akné, herpes simplex, zvýšená kreatín-fosfokináza v krvi, vracanie, závraty a bolesť v hornej časti brucha, závažné nežiaduce reakcie infekcie. Abrocitinib bol EMA registrovaný na liečbu stredne ťažkej až ťažkej AD u dospelých, ktorí sú kandidátmi na systémovú terapiu 9. decembra 2021.

**Kľúčové slová:** abrocitinib, Janusova kináza 1, stredne ťažká až ťažká atopická dermatitída

# Duálna inhibícia IL-17 A a F pri liečbe psoriázy; Bimekizumab – New Kid on the Block

*P. Kozub*

FN Trnava, Kožné oddelenie

[peter.kozub.derm@gmail.com](mailto:peter.kozub.derm@gmail.com)

Duálna inhibícia interleukínu IL-17 A a F vedie k lepšej odpovedi u pacientov trpiacich stredne závažnou až závažnou psoriázou než inhibícia samotného IL-17 A. Tento efekt sa vysvetľuje účasťou IL-17 F na patogenéze psoriázy, ich produkciou závislou aj nezávislou od IL-23 signálnej dráhy, a tiež mnohonásobne väčšou prítomnosťou IL-17 F v psoriatických léziách než IL-17 A. Bimekizumab, ktorý týmto spôsobom inhibuje IL-17 A aj F, preukázal superioritu v troch head-to-head porovnaniach a v súčasnosti dosahuje najvyššie hodnoty účinnosti aj v porovnaní s inými liečivami v najnovšej sieťovej meta analýze. Bezpečnostný profil bimekizumabu sa nelíši od iných inhibítorov IL-17.

## 5-ročné skúsenosti s JAK inhibítormi v reumatológii

Ž. Macejová

I. Interná klinika LF UPJŠ a UNLP Košice

macejova@hotmail.com

Inhibítory Janusových kináz sa v manažmente reumatoidnej artritídy uplatňujú od roku 2017. Mechanizmus účinku tejto liekovej skupiny je odlišný od mechanizmu účinku biologík. Na základe dlhodobých výsledkov účinnosti sú JAK inhibítory podľa aktuálnych odporúčaní EULAR RA rovnocennou alternatívou k biologickej liečbe. V prezentovanej kazuistike 71-ročnej pacientky s prítomnými kardiovaskulárnymi rizikovými faktormi a s vyťaženosťou liečbou cDMARDs preukázal baricitinib dlhodobé udržanie remisie RA a rýchlu redukciu bolesti, ktorá sa dokázala aj v klinických štúdiách.

**Kľúčové slová:** JAK inhibítory, reumatoidná artritída

# Multidisciplinárna zdravotná starostlivosť v liečení chronických dermatóz

*I. Margitics, M. Solňavová*

Kúpele Červený Kláštor Smerdžonka

[margitich.5@gmail.com](mailto:margitich.5@gmail.com)

Multidisciplinárny prístup v zdravotnej starostlivosti predstavuje úroveň odbornej praxe, ktorá umožňuje skoordinať spoluprácu medzi medicínskymi odborníkmi na základe ktorej pacient získa maximálny možný pozitívny výsledok terapie chronických ochorení. V e-posteri sme predstavili príklad dobrej multidisciplinárnej spolupráce dermatológa, psychiatra a psychológa u pacientky s diagnózou psoriasis vulgaris, ktorá opakovane absolvovala liečebný pobyt v Kúpeľoch Červený Kláštor Smerdžonka.

Kožný nález pacientky sa výrazne zlepšil, čo potvrdzuje pozitívna zmena indexu PASI a zároveň sa zlepšil aj psychický stav. Na začiatku kúpeľného pobytu psychiater nastavil pacientke odbornú medikáciu. Psychológ po sedeniach potvrdil zlepšenie psychického rozpoloženia a túto skutočnosť môžeme pozorovať aj na základe porovnania kresieb pacientky vytvorených na vizualizačnom tréningu na začiatku a ku koncu kúpeľnej liečby.

**Kľúčové slová:** multidisciplinárny prístup, kúpeľná starostlivosť, vizualizačný tréning, psoriáza

# Pleva case with enterobiasis, giardiasis and helicobacter pylori infection

Assoc. Prof. Dr. Mehmet MELİKOĞLU<sup>1</sup>, Dr Büşra SOLAK ESEN<sup>1</sup>, Dr. Rabia YAMAK<sup>1</sup>, Assoc.prof. Dr. Ali İŞLEK<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ATATÜRK University School of Medicine Dept. Of Dermatology and Venereology

<sup>2</sup> Çukurova University School of Medicine Pediatric Gastroenterology  
mmelikoglu@gmail.com

## INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Pityriasis lichenoides (PL) is a rare, self-limiting disease group of unknown etiology, consisting of pityriasis lichenoides chronica and pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) subtypes(1). PLEVA can be observed at any age, but is more common in children and young adults. Lesions can be seen anywhere except palms and soles(1). Lesions that start as two to three mm erythematous macules, transform into papules with central adherent scale, then a vesiculopustular punctum forms in the middle of the papules and turns into hemorrhagic necrotization(2). It heals with pigmentation anomalies, mostly with hypopigmentation, and rarely with varioliform scarring(2). Most of the studies indicate that PL is a benign lymphoproliferative disease initiated by antigenic stimuli specifically caused by viruses. Studies showing the relationship between Epstein barr virus, cytomegalovirus, toxoplasma, measles vaccine, group A beta hemolytic streptococcus and PLEVA are available in the literature(2). Here, a case of PLEVA accompanied by giardia intestinalis, enterobius vermicularis and helicobacter pylori infections in an 8-year-old male patient is presented because there is no case associated with intestinal pathogens in the literature.

## CASE REPORT

An 8-year-old male patient without any known additional disease was admitted to our outpatient clinic with a complaint of rash that started about 2 months ago. In the anamnesis, it was learned that the patient had previously applied to a different center with this complaint and received a four-week treatment, the lesions regressed almost completely, but the lesions started to increase again 1 week after the end of the treatment. The patient had no history of drug use or infection before the lesions started. Dermatological examination revealed erythematous papules accompanied by crusts and scales, atrophic scars and hypopigmented macules (image 1a, image 1 b). Lesions had been concentrated mostly on the trunk and proximal extremities. Systemic examination of the patient was normal. A 4.0-mm punch biopsy was taken from the erythematous papule with the early diagnosis of PLEVA and the diagnosis was confirmed histopathologically. The patient was

started on topical steroid and systemic clarithromycin treatment. Because of the minimal decrease in ferritin and hemoglobin values in the laboratory test results of the patient and the occasional description of abdominal pain, the patient consulted to the pediatrics department. It was recommended to study occult blood in stool and to send stool parasite tests. Hemoglobin and transferrin were found to be positive twice in stool occult blood test. *Giardia intestinalis* cysts were detected in the microscopic examination of stool, which was repeated for the third time. Endoscopy and colonoscopy were planned by the pediatrics department for the patient whose stool occult blood test was positive twice. Endoscopy revealed findings consistent with pangastritis and *helicobacter pylori* positivity. In colonoscopy, luminal pinworms (*enterobius vermicularis*) were observed in the cecum and one ulcerated polyp was excised from the rectum. *Helicobacter pylori* eradication treatment (clarithromycin, amoxicillin and lansoprazole combination), albendazole treatment for enterobiasis, metronidazole treatment for giardiasis was started by the pediatrics department. Long-term remission was observed after these treatments. Lesions other than atrophic scars and postinflammatory hypopigmentations completely regressed at the patient's 2nd month follow-up (image 2).

## DISCUSSION

Pityriasis lichenoides is a rare disease group whose etiopathogenesis has not been clearly elucidated. While previous studies advocated the role of immune complexes in the pathogenesis, current studies define PL as a lymphoproliferative disease triggered by a possible antigenic stimulus such as virus or other infectious agents(3). Findings suggestive of infectious agents in the etiology of PL are the autumn and winter onset of the disease, increment of the serum titers of specific pathogens, the disease remission with the treatment of the suspected pathogen and the antigenic structures of viral antigens detected in skin biopsies by polymerase chain reaction (PCR) method(2,3). Topical steroids, topical calcineurin inhibitors, systemic macrolide and tetracycline group antibiotics, phototherapy methods are used in the treatment for reducing the inflammation and successful results are obtained in most cases(4). In the literature, pyrimethamine or antiviral agents were also tried and successful results were obtained in PLEVA cases whose etiology was accused of viral agents such as toxoplasma and varicella zoster virus respectively(2). Studies conducted so far have mostly focused on viral agents and vaccines as precipitating factors in PLEVA. PLEVA has ultimately been interpreted as a reaction initiated by the body to antigenic stimuli. In this PLEVA case, whose diagnosis was clarified histopathologically, no previous infection or vaccination history could be obtained. In the examinations we performed on the basis of occult blood positivity in the stool and abdominal pain, *giardia intestinalis* and *enterobius vermicularis* pathogens in the intestine and *helicobacter pylori* positivity in the endoscopy were found. Long-

-term remission was achieved with the treatment of parasitic agents and helicobacter pylori infection in the patient who had relapsed in a short time with previous treatment.

## CONCLUSION

In recent years, studies have focused on the role of infectious agents and especially viral agents in the etiology of PLEVA cases. With this case, it is emphasized that intestinal parasites and helicobacter pylori infection may also play a triggering role in PLEVA cases, the importance of proper physical examination of the patient and the need to take a good anamnesis. At the same time, a shortening of the recovery period of patients can be achieved with treatments for etiology.

## REFERENCES

1. Van TN, Thi TN, Huu DL, Huu ND, Thi ML, Minh TN, Huyen ML, Gandolfi M, Satolli F, Feliciani C, Tirant M, Vojvodic A, Lotti T. *Clinical Aspects and Treatment of Pityriasis Lichenoides Et Varioliformis Acuta: A Retrospective Vietnamese Study*. Open Access Maced J Med Sci. 2019 Jan 23;7(2):198-199. doi: 10.3889/oamjms.2019.005. PMID: 30745957; PMCID: PMC6364730.
2. Bowers, S., & Warshaw, E. M. (2006). *Pityriasis lichenoides and its subtypes*. Journal of the American Academy of Dermatology, 55(4), 557-572
3. Ersoy-Evans S, Greco MF, Mancini AJ, Subaşı N, Paller AS. *Pityriasis lichenoides in childhood: a retrospective review of 124 patients*. J Am Acad Dermatol. 2007 Feb;56(2):205-10. doi: 10.1016/j.jaad.2006. 08. 023. Epub 2006 Oct 13. PMID: 17097385.
4. Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, Girolomoni G. *A systematic review of treatments for pityriasis lichenoides*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 Nov;33(11):2039-2049. doi: 10.1111/jdv.15813. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31318465.



Image 1a:  
lesions on the anterior  
surface of the trunk



Image 1b:  
lesions on the posterior  
surface of the trunk



Image 2:  
regression of the lesions  
in the 2nd month control



# Hodnotenie závažnosti psoriázy (podme si to skúsiť)

*K. Melníková*

Dermatovenerologické oddelenie FNsP J. A. Reimana, Prešov  
melnikova.k@gmail.com

Autor sa v predmetnej prednáške venuje otázke hodnotenia kožného nálezu a jeho zmien, keďže samotné hodnotenie patologických nálezov na koži a ich zmien pri liečbe bolo, je a bude akousi alfou dermatologickej výučby, a to už od antických čias. Jednou z možností ako hodnotiť kožný nález a jeho zmeny, konkrétne u psoriázy, je index PASI (Psoriasis Area Severity Index). Tento index vytvorili a publikovali v roku 1978 švédski autori Fredrikssen a Pettersson na vyhodnotenie výsledkov liečby ťažkej generalizovanej psoriázy novým preparátom kyseliny retinovej. Odvtedy sa PASI index stále používa na určenie účinnosti liečby v klinickej praxi a klinických štúdiách a podporuje rozhodnutia o liečbe. Je neoceniteľným nástrojom, ktorý pomáha výskumníkom vyvíjať a testovať nové lieky, ktoré znižujú príznaky psoriázy. Skóre koreluje aj s kvalitou života, ktorá je silným ukazovateľom výsledkov liečby.

PASI index spája v sebe posúdenie závažnosti lézií a plôch, ktoré sa potom vyjadruje v stupnici v rozsahu od 0 (žiadna choroba) do 72 (maximálna choroba), ale výsledkom nemusí byť celé číslo, pretože jednotlivé hodnoty sa zvyšujú o 0,1. Nedostatkami PASI skóre je časová náročnosť, nespoľahlivosť a nekonzistencia, ktorá pramení zo subjektivity spojennej s hodnotením symptómov a s odhadom percent, čo sa týka rozsahu postihnutej plochy (napr. jeden lekár môže považovať psoriázu za postihnutie 65 % oblasti tela, zatiaľ čo iný lekár môže hlásiť 80% pokrytí tela psoriázou). No aj napriek tejto nevýhode ide v súčasnosti o najlepší a najpoužívanejší hodnotiaci nástroj.

Autor vzhľadom na dôležitosť PASI indexu rozdelil prednášku na dve časti, pričom v prvej časti sa venuje otázkam teoretickým, historickú stránku nevynímajúc, zatiaľ čo v druhej časti sa venuje praktickej stránke používania PASI indexu. Len správne využívanie tohto hodnotiaceho nástroja zaručí validné výsledky vo forme správneho nastavenia liečby a efektívnej pomoci pacientovi s jeho kožným problémom.

EM-110579

# Tak alebo tak (kazuistiky pacientov s pemphigus vulgaris)

*K. Melníková*

Dermatovenerologické oddelenie FNsP J. A. Reimana, Prešov  
melnikova.k@gmail.com

Bulózne ochorenia predstavujú širokú škálu ochorení, ktorých charakteristickým znakom je tvorba vezikúl a búl na koži, ale aj na slizniciach. Pred dostupnosťou liečby kortikosteroidmi v 50. rokoch minulého storočia mali veľmi vysokú úmrtnosť. Doteraz boli systémové KS a imunosupresíva hlavnými liekmi bulózných autoimunitných ochorení.

Liečba pemfigovej skupiny ochorení je hlavnou výzvou v dermatologickej praxi. Rituximab je novým prírastkom do výzbroje proti tomuto ochoreniu a nedávno bol prijatý ako liečba prvej línie u dospelých pacientov so stredne ťažkým až ťažkým pemphigus vulgaris. Predstavuje chimerickú (humánno/myšaciu) monoklonálnu protilátku proti CD20 antigénu B lymfocytov, ktorý je neglykolyzovaným fosfoproteínom. Výhodou rituximabu je, že aj v dlhých časových intervaloch môže dostatočne kontrolovať aktivitu ochorenia a môže nahradiť predĺženú a dennú liečbu inými imunosupresívami. Po počiatočnom období kombinovanej liečby so systémovými steroidmi umožňuje rituximab rýchlejšie znižovanie a vysadenie KS, čo pomáha vyhnúť sa vedľajším účinkom dlhodobej KS liečby. Môže pomôcť vyhnúť sa iným liekom šetriacim steroidy, ktoré môžu byť potrebné denne na dlhodobom základe.

V závere prednášky autorka popisuje 4 kazuistiky pacientov so stredne závažnou až závažnou formou pemphigus vulgaris, u ktorých zlyhala predchádzajúca liečba systémovými kortikosteroidmi a adjuvantnými konvenčnými imunosupresívami. Nasadením rituximabu došlo k postupnej regresii prejavov pemphigus vulgaris, s možnosťou redukcie dávky až úplného vysadenia systémových kortikosteroidov a rovnako aj adjuvantných imunosupresív, pri dobrej znášanlivosti lieku a minimálnych sprievodných nežiaducich reakciách.

# IMiD ochorenia v ambulancii dermatovenerológa

*J. Molčanová*

Dermatovenerologická ambulancia MEDODERM, Vranov nad Topľou  
janamolcanova@seznam.cz

V prezentácii autorka porovnáva diagnózy dermatitis atopica a psoriasis vulgaris z pohľadu dermatovenerológa a jeho pacienta. V úvode sa zameriava na porovnanie počtu pacientov, prienikov v liečbe a zmien v prístupu k liečbe za obdobie posledných desiatich rokov praxe. Prezentuje dve kazuistiky pacientov zo svojej ambulancie. V prvom prípade ochorenie psoriázou u 64-ročnej pacientky na biologickej liečbe, u ktorej došlo k zlyhaniu liečby po 6 mesiacoch. V druhom prípade 36-ročného pacienta s ťažkou atopickou dermatitídou a jeho cestu k biologickej liečbe.

# Diferenciálna diagnostika pigmentových prejavov v oblasti tváre

*Z. Murárová*

Národný onkologický ústav, Bratislava

[murarova.zuzana@gmail.com](mailto:murarova.zuzana@gmail.com)

Diagnostika pigmentových prejavov v oblasti tváre, hlavne ak ide o ploché lézie, je pomerne náročná. Koža na tvári má odlišnú architektoniku oproti koži na tele – dermoepidermálna junkčná zóna je oploštená, vlasové folikuly ústia v pravidelných odstupoch, preto melanocytárne lézie netvoria klasickú pigmentovú sieť. Na toto treba myslieť pri dermatoskopickom vyšetrení a hodnotení hlavne plochých pigmentových lézií. Diagnostiku môžu tiež sťažovať aktinické zmeny na koži pacientov, hlavne vo vyššom veku.

Klinická a dermatoskopická diagnostika povrchovo sa šíriacich melanómov na tele, ktoré spĺňajú ABCDEF kritéria už väčšinou dermatológom nespôsobuje ťažkosti. Bohužiaľ pacienti s lentigo maligna a lentigo maligna melanoma sú často diagnostikovaní nesprávne, alebo neskoro, často až po opakovaných dermatoestetických ošetrovaniach – laser, kryoterapia, peeling. Okrem toho, ak jednotlivé kožné lézie nereagujú na liečbu normálnym a včasným spôsobom, pôvodná diagnóza by sa mala opätovne prehodnotiť. Pri akýchkoľvek nejasnostiach je nutné prejav biopsizovať s následným histopatologickým vyšetrením. Neskoro diagnostikovaný melanóm v akejkoľvek lokalite má mimoriadne zlú prognózu. Melanóm rozpoznaný a diagnostikovaný v počiatočnom štádiu môže výrazne zvýšiť šancu pacienta na kompletné vyliečenie bez rizika metastázovania.

Pri klinickej a dermatoskopickej diagnostike pigmentových prejavov na tvári je dôležité poznať charakteristický obraz lentigo maligna melanoma, lentigo solaris, pigmentovanej aktinickej keratózy, plochej seboroickej keratózy... Včasná a presná diagnostika je základ dobrej prognózy ochorenia a stanovenia správnej stratégie liečby.

# Serologická diagnostika syfilis

B. Nadzonová

Národné referenčné centrum pre syfilis, Odbor lekárskej mikrobiológie,  
Regionálny úrad verejného zdravotníctva, Košice  
nadzonova@ruvzke.sk

**Úvod:** Syfilis je staronové, vysoko chronické, infekčné, systémové ochorenie, známe na európskom kontinente viac ako 500 rokov. Ročne na celom svete pribudne 12 miliónov nových prípadov. Jeden milión tehotenstiev je ročne nepriaznivo ovplyvnených syfilisom, 460 tisíc končí potratom alebo pôrodom mŕtveho plodu, 270 tisíc detí sa rodí predčasne s nízkou pôrodnou hmotnosťou, 270 tisíc detí sa rodí s kongenitálnym syfilisom.

**Metódy:** Pôvodca ochorenia *Treponema pallidum* objavená Fritzom Schaudenom a Erichom Hoffmannom v roku 1905. Patrí do radu Spirochaetales, triedy Spirochaetaceae, rodu *Treponema*. Je tkanivovým parazitom, primárne patogénnym pre človeka, ktorý je jediným hostiteľom v prírode.

**Klasifikácia ochorenia:** získaný a vrodený.

**Štádiá syfilisu:** I.primárne, II.sekundárne, III.terciárne, IV.kvartérne

## Laboratórna diagnostika:

A. priamy dôkaz: tmavé pole, imunoflorescencia, striebrenie

B. nepriamy dôkaz:

1. nešpecifické (VDRL, RPR, RRR)
2. špecifické (MHA-TP test, FTA-ABS test, ELISA test IgM, IgG, total, WB IgM, IgG)

**Terapia:** PNC parenterálne, pri alergii na PNC makrolidy, doxycyklin, ceftriaxon. Liečbu začať čím skôr a pod vedením dermatovenerológa.

**Výsledky:** V rokoch 2017 – 2021 bolo v NRC vyšetrených 14 460 vzoriek, z toho 8 369 bolo pozitívnych vzoriek.

**Záver:** Syfilis je stále jednou z priorít ECDC a WHO. V oblasti diagnostiky významný pokrok, syfilis je ochorením, ktoré vyžaduje intenzívnu medziodborovú spoluprácu a nezanedbateľné množstvo „ars medici“ v odhade reakcií mikróba, imunitného systému človeka i samotného pacienta. Zvýšenú pozornosť je potrebné venovať zvlášť ženám, ktoré patria k rizikovým skupinám (Rómky, prostitútky, drogovo závislé). Je potrebné sa zamyslieť nad osudom syfilitických detí. Kontrola syfilisu závisí na kombinácii faktorov, ktoré zahŕňajú vysoký index podozrenia, klinický priebeh, laboratórne testy, diagnostika, liečenie, hlásenie prípadu a epidemiológia.

**Kľúčové slová:** *Treponema pallidum*, syfilis, laboratórna diagnostika,

# Chronická spontánnu urtikária, odborná diskusia dermatológa s pacientom s CSU

Š. Nemilová

Dermatovenerologická klinika JLF UK a UNM v Martine  
nemilovas@gmail.com

**Úvod:** Cesta pacienta s chronickou spontánnou urtikáriou (CSU) na Slovensku je komplikovaná a s prekážkami. Od nástupu symptómov, cez samodiagnostiku a samoliečbu, neprítomnosť odporúčaní k špecialistovi. Následne nastupuje diagnostika CSU u špecialistu (dôkladná anamnéza pacienta, fyzikálne vyšetrenie, základné laboratórne vyšetrenia, hodnotenie aktivity ochorenia, účinnosti liečby a kontroly ochorenia), nadmerné testovanie, nesprávna komunikácia s pacientom, následné pochopenie zo strany pacienta a začatie liečby kortikosteroidmi, nastavenie optimálnej liečby. V práci je uvedená prezentácia dvoch pacientov s CSU.

**Prípady:** Prvý pacient – CSU od r. 2006. Opakované ambulantné a pohotovostné vyšetrenia, opakované hospitalizácie, vyčerpávajúce vyšetrenia, liečba. Pacientovi bola podávaná liečba: kortikosteroidy – bolusy, p. o., prechodne, kontinuálne. Ďalej cetirizín, bisulepin, desloratadin, kombinácie antihistaminík, ketotifén, omalizumab.

Druhý pacient – prejavy CSU a tlakovej urtikárie od r. 2005. Opakované vyšetrenia, rôzne typy liečby – TE, hospitalizácia, nežiadúce účinky podávanej liečby, len čiastočný efekt liečby. Pacientovi bola podávaná liečba: Kortikosteroidy – bolusy, p. o., prechodne i dlhodobo. Ďalej cetirizín, Mníchovská schéma, desloratadin, cyklosporín, azatioprin + kortikosteroidy, omalizumab.

**Diskusia:** CSU nemá žiaden známy spúšťač. Medzinárodné smernice ukazujú, že pre používanie kortikosteroidov pri CSU existujú len dôkazy nízkej kvality. Pacienti s CSU navštívia v priemere dvoch alebo viacerých lekárov predtým, ako sú odoslaní k špecialistovi. Od nástupu symptómov po začatie liečby omalizumabom uplynie v priemere 4,8 roka. CSU ostáva nekontrolovaná u vysokého percenta pacientov, ktorí dostávajú pravidelnú dávku antihistaminík. Medzinárodné liečebné smernice odporúčajú zamerať sa na kompletnú kontrolu symptómov urtikárie, pričom bezpečnosť a kvalita života pacienta musia byť čo najviac zohľadnené.

**Kľúčové slová:** chronická spontánnu urtikária, antihistaminiká, kortikosteroidy

# Transplantácia vlasov FUE technikou pomocou prístroja Neograft 2.0

A.Nestorová <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> NESTORY medical centre, Košice

<sup>2</sup> Klinika dermatovenerológie UNLP, Košice

andrea.nestorova@gmail.com

Pokrok v oblasti medicíny zasiahol aj techniku transplantácie vlasov. Po stripových metódach (FUT, Follicular Unit Transplantation), kde sa vyrezával súvislý pruh kože, z ktorého sa následne preparovali folikulárne jednotky, dnes dominujú metódy FUE (pôvodne Follicular Unit Extraction, teraz Follicular Unit Excision), pri ktorých sa folikulárne jednotky odoberajú z darcovskej oblasti jednotlivo a nevznikajú lineárne jazvy. Okrem androgenetickej alopecie (muži aj ženy) je v dnešnej dobe transplantácia vlasov riešením aj pre jazviacu alopeciu (end-stage štádium), jazvu po úraze či pre lineárnu jazvu po stripových technikách. Je nutné podotknúť, že sa jedná o autotransplantáciu (implantujú sa vlastné vlasy). V súčasnosti je jednotkou na trhu robotická FUE technika prístrojom Neograft 2. 0. Transplantácia vlasov robotickou FUE metódou je ambulantný, minimálne invazívny chirurgický zákrok prebiehajúci v lokálnom znecitlivení. Nevyžaduje si hospitalizáciu ani dlhodobú PN. V porovnaní s ostatnými technikami je robotická metóda oveľa rýchlejšia a menej zaťažujúca pre pacienta. Kvalita odobratých štepov je štandardizovaná, štepy sú optimálnej kvality. Automatizovaná je aj implantácia folikulárnej jednotky do dierok presne rovnakej veľkosti, čím dochádza k eliminácii „popcorn“ a „ping pong“ efektu, t.j. efektu vznikajúceho pri ručnej implantácii. Finálne výsledky zaručujú maximálne prirodzený vzhľad.

# Zlepšuje skorá liečba psoriázy prognózu pacienta?

M. Part

Dermatovenerologická klinika LF UK a UNB

[martina.part@fmed.uniba.sk](mailto:martina.part@fmed.uniba.sk)

Najnovšie výskumy preukázali, že skorá liečba psoriázy zlepšuje prognózu pacienta nielen pre zabránenie rozširovaniu kožných lézií, ale slúži aj ako prevencia vzniku psoriatických komorbidít. Skorá a účinná intervencia pozitívne ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Pacienti sú schopní rýchlejšie dosiahnuť a aj udržať si terapeutickú odpoveď PASI 100.

Skorá terapia psoriázy ovplyvňuje imunitné mechanizmy a zabraňuje vytváraniu TRM buniek (tkanivových rezidentných pamäťových buniek). Štúdie etiopatogenézy psoriázy preukázali, že po vymiznutí psoriatických lézií môžeme aj v zdravej koži stále nájsť prítomnosť zápalu vo forme TRM buniek. Pri psoriatickom zápale sa TRM bunky vyznačujú heterogenitou v závislosti od ich pôvodu. CD8<sup>+</sup> TRM sú vo veľkom množstve prítomné v psoriatickej epidermis a CD4<sup>+</sup> TRM v dermis. Uvedené epidermálne bunky pretrvávajú aj v zahojenej koži psoriatika a sú zodpovedné za remisiu ochorenia. Táto teória vysvetľuje klinický fenomén relapsu psoriatických lézií v rovnakej lokalizácii.

Benefit skorej terapeutickej intervencie a možnosť dosiahnutia PASI 100 v bežnej klinickej praxi podporuje kazuistika pacienta liečeného inhibítorom IL-23.

**Kľúčové slová:** psoriáza, biologická liečba, TRM, pamäťové bunky, PASI 100

EM-110578



# Manažment liečby pacienta so psoriatickým ochorením v ambulancii dermatovenerológa

*R. Paulinyová*

BeneDerma, s. r. o., Dermatovenerologická ambulancia, Bratislava,  
benederma@gmail.com

Až u 30 % pacientov so psoriázou sa v priebehu ochorenia pridružia aj prejavy psoriatickej artritídy. Včasný nástup ochorenia v mladšom veku, psoriáza kapilícia, postihnutie nechtových platničiek, pozitívna rodinná anamnéza nám môžu naznačiť možnú progresiu ochorenia a tým potrebu včasnej terapeutickú intervencie. Cílená systémová terapia s využitím možností biologickej liečby výrazne znižuje riziko prechodu do závažných až generalizovaných foriem psoriázy, ťažkých foriem PsA, inverzných foriem, postihnutí nechtových platničiek či kapilícia.

Liečba psoriázy by mala byť komplexná a prísne individuálna. Cieľom je minimalizovať prejavy psoriatického ochorenia, zvýšiť kvalitu života pacienta, včas diagnostikovať začínajúce prejavy psoriatického ochorenia a pridružených komorbidít. Biologická liečba je v súčasnosti terapeutická voľba, ktorá dokáže dlhodobo minimalizovať prejavy závažnej psoriázy s veľmi dobrým bezpečnostným profilom.

Kazuistikou autorka prezentuje skorú diagnostiku prejavov psoriatického ochorenia a ako včasnou a účinnou liečbou psoriázy v ambulancii sme schopní dosiahnuť liečebnú odpoveď PASI 90/100 a minimalizovať prejavy psoriatického ochorenia.

**Kľúčové slová:** psoriatické ochorenie, biologická liečba, psoriatická artritída

EM-110362

# Klinické výsledky a manažment liečby atopickej dermatitídy upadacitinibom

S. Petrová

FNsP J. A. Reimana, Prešov

petrovasilvia11@gmail.com

**Úvod:** Upadacitinib je selektívny a reverzibilný inhibitor Janusovej kinázy. Atopická dermatitída je vyvolaná prozápalovými cytokínmi (vrátane IL-14, IL-13, IL-22, TSLP, IL-31 a IFN- $\gamma$ ), ktoré prenášajú signály cestou JAK1. Inhibícia JAK1 upadacitinibom znižuje signalizáciu mnohých mediátorov, ktoré vyvolávajú prejavy a príznaky atopickej dermatitídy, ako sú ekzematózne lézie kože a svrbenie. Upadacitinib je indikovaný na liečbu stredne ťažkej až ťažkej atopickej dermatitídy u dospelých a dospievajúcich vo veku od 12 rokov a starších, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu. Je schválený až v 5 terapeutických indikáciách.

**Metódy:** Účinnosť a bezpečnosť upadacitinibu 15 a 30 mg jedenkrát denne sa hodnotila v troch randomizovaných, dvojito zaslepených, multicentrických štúdiách fázy 3 (MEASURE UP 1, MEASURE UP 2 a AD UP) na celkovom počte 2584 pacientov vo veku 12 rokov a starších. Kritériá na zaradenie boli EASI viac alebo rovné 16, BSA viac alebo rovné 10%, vIGA viac alebo rovné 3, NRS viac alebo rovné 4. Vo všetkých 3 štúdiách dostávali pacienti UPA 15 alebo 30 mg 1x denne alebo placebo počas 16 týždňov. V štúdii AD UP dostávali pacienti súbežne aj lokálne kortikosteroidy.

**Výsledky:** Významne väčší podiel pacientov liečených UPA 15 alebo 30 mg dosiahol v 16 týždni skóre vIGA 0 alebo 1, EASI 75 alebo viac ako 4-bodové zlepšenie hojenia kože a svrbenia oproti pacientom, ktorí užívali placebo. Koprímárny koncový ukazovateľ EASI 75 dosiahol takmer 80% pacientov pri vyššom dávkovaní a 70% pacientov pri dávkovaní nižšom. EASI 90 dosiahol viac ako 65% pacientov a EASI 100 (úplne čistú kožu) takmer 30% pacientov pri dávke UPA 30 mg 1x denne. Výsledky v 16 týždni sa zachovali až do 52 týždňa u pacientov liečených UPA 15 mg alebo 30 mg. Účinnosť a bezpečnosť bola konzistentná medzi dospievajúcimi a dospelými.

**Záver:** Výsledky klinických štúdií do 52 týždňa demonštrujú dlhotrvajúcu udržateľnosť účinnosti a dobrý bezpečnostný profil upadacitinibu.

# Syfilitická infekcia v okrese Trebišov

*K. Popiková, H. Arganová*

Nemocnica Trebišov

k.lyciusova@gmail.com

Syfilis je systémové infekčné ochorenie, ktoré bez liečby prechádza do chronického štádia. Okres Trebišov je už niekoľko rokov spájaný s početnejším výskytom syfilitickej infekcie v populácii. Prvé prípady infekcie boli importované zo zahraničia a pravdepodobne súviseli s politicko-spoločenskými zmenami po roku 1989. Otváranie hraníc a následný voľný pohyb obyvateľov medzi jednotlivými krajinami prispel k zavlečenou infekcie do nášho regiónu a k ďalšiemu šíreniu v populácii. Doposiaľ boli v našom okrese zaznamenané dve významné epidémie syfilitickej infekcie. Napriek dostatočnej diagnostike a liečbe je táto choroba stále rozšírená aj celosvetovo.

**Kľúčové slová:** syfilis, Trebišov, epidémia syfilitickej infekcie

# Interesting Dermoscopic Cases

*prof. Dr. Mustafa Turhan Şahin*

Celal Bayar University Medical Faculty, Department of Dermatology

Manisa – Turkey

mturhans@yahoo.com

Dermoscopy is a noninvasive, in vivo technique primarily used for the examination of cutaneous lesions. Dermatoscopy, epiluminescence microscopy, incident light microscopy, and skin-surface microscopy are synonyms. Dermoscopy is performed with a handheld instrument called a dermatoscope. The procedure allows for the visualization of subsurface skin structures in the epidermis, at the dermoepidermal junction, and in the papillary dermis; these structures are usually not visible to the naked eye]. The dermoscopic images may be photographed or recorded digitally for storage or sequential monitoring for change. In experienced hands it can make it easier to diagnose melanoma. Dermoscopy requires a high quality magnifying lens and a powerful lighting system. This allows examination of skin structures and patterns. There are several different lightweight, battery-powered handheld devices. Convenient attachments allow video or still photography, including via smartphone. Computer software can be used to archive dermoscopy images and allow expert diagnosis and reporting. Using dermoscopy, the pigmentation of the lesion is evaluated in terms of colour and structure. Colours found in pigmented skin lesions include black, brown, red, blue, grey, yellow and white.

Characteristics of the dermoscopic structure of the skin lesions include: Symmetry or asymmetry, Homogeny/uniformity or heterogeny, Distribution of pigment: brown lines, dots, clods and structureless areas; Skin surface keratin: white cysts, crypts, fissures; Vascular morphology and pattern: regular or irregular; Border of the lesion: fading, sharply cut off or radial streaks; Presence of ulceration.

There are specific dermoscopic patterns that aid in the diagnosis of the following pigmented skin lesions: Melanoma; Moles (benign melanocytic naevus), Freckles (lentigos); Atypical naevi; Blue naevi; Seborrhoeic keratosis; Pigmented basal cell carcinoma;

Hemangioma.

Dermoscopy may also be used for detailed skin surface examination in some other circumstances, for example: Non-pigmented skin lesions, Finding a scabies mite within a burrow; Locating a splinter;

Examining nail fold capillaries in cutaneous lupus erythematosus or systemic sclerosis Distinguishing certain skin conditions such as lichen planus from others such as psoriasis or eczema; Evaluating hair loss (trichoscopy).

Some basic principles of dermoscopy will be discussed in this presentation by using interesting cases. The dermoscopic diagnosis of skin lesions, including those in special anatomic areas (eg, face, volar surfaces of palms and soles, mucosal surfaces, and glabrous skin in genital area), dermoscopy of nail pigmentation, and algorithms used for skin cancer triage will also be bediscussed.

## Sklerodermia s bulóznymi prejavmi

*A. Šepitková, A. Podracká, J. Baloghová, K. Benhatchi*

Klinika dermatovenerológie, UNLP Košice

Klinika dermatovenerológie, LF UPJŠ a UNLP Košice

I. interná klinika, UNLP Košice

[ankakohutova@centrum.sk](mailto:ankakohutova@centrum.sk)

Sklerodermia je heterogénna skupina ochorení so spoločnou patogenézou, ktorých spoločným znakom je vznik tuhej kože na podklade nadmerného ukladania kolagénu. Rozlišujeme 2 formy sklerodermie - lokalizovanú a systémovú. Lokalizovaná sklerodermia (LS, morphea) postihuje iba kožu a/alebo podkožie, v menšej miere môže postihovať svalové a kostné tkanivo a výnimočne môže byť sprevádzaná mimokožnými prejavmi. Systémová sklerodermia (SS) je charakterizovaná kožným, vaskulárnym a viscerálnym postihnutím. Sklerodermia s bulóznymi prejavmi je zriedkavé ochorenie, výskyt bulózných prejavov je raritný či už u lokalizovanej alebo systémovej formy tejto nozologickej jednotky. Patogenéza ochorenia je neznáma, uvažuje sa o úlohe hlavného tzv. basic proteínu z eozinofilov ako kľúčového faktora zápalu. Autori popisujú kazuistiku 60-ročnej pacientky s cca 2 mesačnou anamnézou trvania kožných prejavov, s extrémne rýchlou progresiou a pridružením pľúcneho postihnutia. Touto kazuistikou poukazujú na dôležitosť multidisciplinárneho prístupu ku pacientovi, ktorý je nevyhnutný pre správy manažment diagnostického a terapeutického postupu

# Nové metody, techniky a typy laserového ošetrenia

*P. Šimotová*

BTL zdravotnícká technika, a. s., Praha

simotova@btlnet.com

Laserová medicína sa vyvíja veľmi rýchlo a stále sa mení. Objavujú sa nové typy samotných svetelných zdrojov, nové metódy a techniky zákrokov v dermatovenerológii, estetickej a korektívnej dermatológii aj estetickej gynecológii.

Cieľom prednášky je predať účastníkom nielen základy laserovej fyziky a základný prehľad parametrov, ktoré je možné použiť v najrôznejších indikáciách, ale taktiež špecifikovať účinky laserovej energie v tkanive v kontexte nových poznatkov. Zároveň priblížia aktuálne trendy a novinky v laserovej medicíne, a to konštrukčnej, metodologickej aj klinickej. Súčasťou budú aj ukážky atypických a netradičných kazuistík a štúdií.

**Kľúčové slová:** laser, laserová medicína, vlnová dĺžka, biofotomodulácia

# Komplexný pohľad na pacienta so psoriázou – kazuistiky

*B. Sližková*

Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky  
barbor.slizkov@gmail.com

**Ciel:** Prezentácia pacientov so psoriázou a psoriatickou artritídou (PsA) úspešne liečených biologickou liečbou.

## Kazuistiky:

**Kazuistika č. 1:** Pojednáva o 58-ročnom, polymorbídnom pacientovi so psoriázou a PsA. Zahajujeme u neho liečbu metotrexátom s veľmi dobrým efektom na kožu aj kĺby, ktorú však vysádzame pre ochorenie COVID-19. Následne došlo k zhoršeniu kožného nálezu aj bolesti kĺbov. Pre rozvoj postcovidovej hepatopatie bola ďalšia konvenčná liečba kontraindikovaná, iniciujeme liečbu guselkumabom. Hneď v úvode liečby pozorujeme ústup kožných prejavov. Bolesti kĺbov len minimálne zlepšené, preto nasadený metylprednizolón, ten však mohol byť neskôr vysadený. Po roku liečby je koža bez prejavov psoriázy, opuchy nemá, bolesti len občas a mierne. Kvalita života zlepšená.

**Kazuistika č. 2:** 49-ročný pacient bez závažnejšieho interného predchorobia so psoriázou a periférnou PsA. Počas manažmentu bola nutná viacnásobná zmena liečby pre nedostatočný terapeutický efekt (**Adalimumab, Ixekizumab, Etanercept, Brodalumab**). Napriek uvedenej liečbe PASI 5,4, závažné kĺbne ťažkosti, výrazná bolestivosť drobných kĺbov, dokonca problémy s chôdzou. Liečba zmenená na guselkumab. Pri poslednej kontrole (28. týždeň) psoriatické lézie v postupnej regresii. Bolesti kĺbov DK takmer nemá, bolestivosť drobných kĺbov rúk výrazne zlepšená, opuchy sú miernejšie. Aj napriek tomu, že koža nie je úplne čistá, pacient je spokojný pre zmiernené kĺbne ťažkosti.

**Diskusia:** Z kazuistík z reálnej klinickej praxe vyplýva, že guselkumab môže byť vhodnou voľbou u pacienta s kombináciou ložiskovej psoriázy a PsA ako u bionaivného, ale aj u pacienta po predchádzajúcej zlyhanej biologickej liečbe. Pre jeho bezpečnostný profil je možné ho indikovať aj v liečbe polymorbídnych pacientov.

**Kľúčové slová:** psoriáza, psoriatická artritída, biologická liečba, guselkumab

EM-110249



# Diferenciálna diagnostika demyelinizačných ochorení

J. Szilasiová

Neurologická klinika UPJŠ LF a UN L. Pasteura Košice  
jarmila.szilasiova@upjs.sk

Demyelinizačné ochorenia postihujúce centrálny alebo periférny nervový systém sa delia na hereditárne a získané. Primárne demyelinizačné choroby CNS sú roztrúsená skleróza, ADEM (Akútna diseminovaná encefalomyelitída), NMOSD (Spektrum ochorení Neuromyelitis optica) a CLIPPERS (Chronický lymfocytárny zápal s pontínnym perivaskulárnym enhancemen-  
tom responzívny na steroidy). Demyelinácia CNS môže mať ďalšie príčiny, napríklad toxicko-metabolické choroby (centrálna pontínna a extrapontínna myelinolýza, alkoholová choroba pečene, cyklosporín), hypoxicko-ischemické syndrómy. Ischemické lézie bielej hmoty mozgu neaterosklerotick<sup>ej</sup> príčiny sú hyperkoagulačné stavy, migréna, embolizácia, pravo-lavý srdcový skrat, vaskulitídy CNS. Veľkú skupinu tvoria stavy nazývané zmeny bielej hmoty mozgu súvisiace so starnutím a ochorenia malých ciev „small vessels disease“ pri arterioskleróze ciev malého kalibru, artériovej hypertenzii, diabetes mellitus, fajčení, atď. Veľmi vzácné sú hereditárne choroby postihujúce myelín, CNS, skupina leukodystrofií so začiatkom v detstve alebo v dospelosti. Priebeh demyelinizačných ochorení je monofázický, relapsujúco-remitujúci, alebo od začiatku progresívny s trvalým ireverzibilným neurologickým deficitom. Pre správnu liečbu je nutná skorá a presná diagnostika. U mladých pacientov, so vznikom symptómov medzi 20.-40.rokom ide najčastejšie o roztrúsenú sklerózu -chronické, zápalové, demyelinizačné a sekundárne neurodegeneratívne ochorenie CNS, u ktorej skorá imunosupresívna liečba môže spomaliť nárast disability pacienta. V rámci diferenciálnej diagnostiky demyelinizačných chorôb sa vyžaduje vylúčenie ochorení, ktoré by mohli vysvetľovať klinické príznaky či nálezy pomocných vyšetrení, hlavne v súvislosti s roztrúsenou sklerózou, ktorá je najčastejšou demyelinizačnou chorobou CNS v Európe. Vykonáva sa vyšetrenie likvoru, zobrazenie mozgu a miechy magnetickou rezonanciou, laboratórne vyšetrenia krvi, hematologické, endokrinologické, interné a imunologické vyšetrenia, pri podozrení na hereditárne choroby histologické a genetické vyšetrenie.

**Kľúčové slová:** demyelinizačné ochorenia, roztrúsená skleróza, diferenciálna diagnostika.

# Neskoro indikovaný switch u pacienta s ťažkou formou ložiskovej psoriázy (PASI 40+)

*K. Trenčanská*

Fakultná nemocnica Trenčín, Kožná ambulancia FN TN, Trenčín,  
Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica, Kožné oddelenie NsP PB  
koznaambulancia@fntn.sk

Biologická liečba je liečbou pre pacientov so stredne ťažkou, alebo ťažkou formou ložiskovej psoriázy po zlyhaní konvenčnej systémovej liečby, v prípade že je táto liečba kontraindikovaná alebo netolerovaná. Cieľom je dosiahnutie PASI 90, resp. PASI 100. Pri nedosiahnutí uvedeného PASI v 16. týždni, alebo neskôr je liečba považovaná za neúčinnú.

V júli 2021 prichádza pacient na našu ambulanciu z dôvodu zástupu lekárky na predpis non-biologika. Pacient je polymorbídny, lieči sa na hypertenznú chorobu, paroxyzmálnu fibriláciu predsiení, DM 2 typu na PAD, na psychiatrické diagnózy, má obezitu-BMI 33,5. Histologicky verifikovanú psoriasis vulgaris má viac ako 15 rokov, opakovane absolvoval kúpeľnú liečbu bez efektu, cyklosporín A bol kontraindikovaný hematológom pre trombofilnú poruchu, metotrexát bol kontraindikovaný internistom pre nealkoholickú steatohepatitídu. Pacient bol nastavený od 6/2019 na apremilast + acitretín 10 mg denne. Po 2 rokoch liečby pri našom vyšetrení PASI 43,4, DLQI 16, PEST 2/5, pacient bol na plnom invalidnom dôchodku pre PsO.

Akákoľvek liečba pri PASI 43,4 sa považuje za zlyhanie liečby, nepredpokladáme efekt pridaním lokálnej/ fyzikálnej/ systémovej liečby, indikujeme switch. Vzhľadom na pacienta ako takého, na možnosti výberu biologickej liečby v 1. línii podľa slovenských, aj európskych odporúčaní, volíme liek s očakávanou vysokou a dlhodobou účinnosťou, skorým nástupom účinku, s jednoduchou aplikáciou a jednoduchým manažmentom kontrol pacienta - odporúčame guselkumab.

Pri kontrolách pozorujeme postupné výrazné zlepšenie, ktoré trvá doposiaľ - aktuálne PASI 3,9, DLQI 1, PEST 0/5. Pacient bez zhoršenia chronických nálezov, s redukciou hmotnosti-BMI 28,8. Kvalita života pacienta sa výrazne zlepšila, zredukoval denné ošetrovanie o 96 % pôvodného času. Momentálne si hľadá zamestnanie.

Switch na guselkumab bol účinný.

**Kľúčové slová:** ťažká forma psoriázy, switch, guselkumab, kvalita života.

EM-110252

# HAY-WELLS syndróm

*T. Uhrin*

FNSP Prešov

tomasuhrin404@gmail.com

Syndróm ektodermálnej dysplázie, alebo Hay-Wellsov syndróm je zriedkavé autozomálne dominantné ochorenie. Autor príspevku prezentuje prípad 26 ročného muža, ktorý bol opakovane hospitalizovaný na Dermatovenerologickom oddelení FNSP v Prešove v rokoch 2014, 2019 a 2022. U pacienta pretrváva tvorba chorobných kožných prejavov v oblasti kapilícia od detstva. V korelácii s charakteristikou tvárovou dysmorfiou Hay-Wellsovho syndrómu a asociovanými ochoreniami u pacienta je to vysoko pravdepodobná diagnóza. Pacient bol opakovane už v minulosti odoslaný na ambulanciu lekárskej genetiky za účelom molekulárneho vyšetrenia so zameraním na mutáciu v géne p63, ale odporúčané vyšetrenie absolvoval až v máji tohto roku. Postupná progresia ochorenia v priebehu rokov je súčasťou obrazovej prílohy, aj s histopatologickým obrazom.

# JAK inhibítory v liečbe atopickej dermatitídy

*K. Vorčáková*

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin  
karolina.vorcakova@uniba.sk

Inhibítory Janusových kináz sú modernou možnosťou liečby atopickej dermatitídy. Podľa aktuálnych odporúčaní EDF predstavujú rovnocennú alternatívu k biologickej liečbe u pacientov s ťažkou atopickou dermatitídou. Baricitinib (inhibitor JAK1 a JAK2) je prvým dostupným zástupcom tejto liekovej skupiny na Slovensku. V klinickej štúdii BREEZE-AD7 baricitinib preukázal rýchle zlepšenie objektívnych aj subjektívnych príznakov atopickej dermatitídy, vrátane svrbenia kože a porúch spánku. Baricitinib preukázal priaznivý bezpečnostný profil v liečbe atopickej dermatitídy. Výskyt nežiaducich účinkov osobitného záujmu je nižší pri atopickej dermatitíde a alopecii areata v porovnaní s reumatoidnou artritídou a neprekračuje rozpätie udávané pre populáciu s daným ochorením.

**Kľúčové slová:** JAK inhibítory, atopická dermatitída, baricitinib

# Balanitídy, možnosti liečby a následnej regenerácie

H. Zelenková

SANARE, spol. s r. o., pracovisko DOST –Súkromná dermatovenerologická klinika Svidník  
zelenkova@vl.sk

Pod heslom balanitis –balanitídy nájdete na internete približný počet výsledkov 8 410 (0,52 sekúnd). Penis je časť tela, ktorú muži pravdepodobne najviac oceňujú. Niekedy by si zaslúžil viac starostlivosti, aby bol vždy čistý, zdravý a vhodný na daný účel. Pokiaľ existujú problémy, je nevyhnutné sa im s plnou vážnosťou venovať. Balanitída (zápal predkožky) je definovaná ako zápalové poškodenie penisu a môže mať rôznu etiológiu. Dôležité je z hľadiska liečby zvážiť aj, a najmä, komorbidity pacienta (diabetes, znížená imunita, nesprávne hygienické návyky). Nevyhnutné sú stery so zameraním a bakteriálnu alebo mykotickú flóru, STD. Od adekvátnych vyšetrení sa následne volí účinná systémová a lokálna liečba. Niekedy ale aj po zvládnutí chorobného procesu pretrvávajú zmeny, ktoré muža stresujú. Často je nevyhnutné psychologické vedenie, dôkladná edukácia o preventívnych opatreniach. Tie začínajú už v detskom veku, kedy je nevyhnutné poučiť mladé mamičky o správnej starostlivosti o penis a často aj nevyhnutnosti obriezky pre pretrvávajúcu parafimozu. Pre lokálnu aplikáciu a regeneráciu tohto zraniteľného mužského pohlavného orgánu je v súčasnosti k dispozícii celý rad prípravkov s výbornou toleranciou, rýchlym nástupom účinku a uspokojujím finálnym efektom. Osvedčil sa nám napríklad gél s obsahom proteínov a glykoproteínov, ktorého účinok je daný interakciou zo špecifickými receptormi na bunkových membránach. Pôsobí chemotakticky na mezenchymálne kmeňové bunky. Parafráza nášho terapeutického postupu by mohla byť definovaná ako *...na ptáky už nie sme krátky...* (hudba a text Janek Ledecký)



ISBN 978-80-97234-38-6



9 788097 234386