

# Analiza wyników naskórkowych testów płatkowych przeprowadzonych u chorych hospitalizowanych w Klinice Dermatologii Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 2003–2005

Analysis of standard patch test results performed in patients hospitalized in the Department of Dermatology, University of Medical Science in Poznań from 2003-2005

Adriana Marciniak<sup>1</sup>, Marta Hasse-Cieślińska<sup>2,3</sup>, Dorota Jenerowicz<sup>2,3</sup>, Magdalena Czarnecka-Operacz<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Wojciech Silny

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Wojciech Silny

<sup>3</sup>Ośrodek Diagnostyki Chorób Alergicznych Katedry i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Ośrodka: prof. dr hab. n. med. Magdalena Czarnecka-Operacz

Post Dermatol Alergol 2008; XXV, 2: 49–54

## Streszczenie

**Wstęp:** Wyprysk kontaktowy jest jednym z najczęstszych schorzeń skóry. Pod względem etiopatologicznym wyróżnia się postać alergiczną oraz niealergiczną. W diagnostyce alergicznej postaci wyprysku wykorzystuje się naskórkowe testy płatkowe (NTP).

**Cel:** Celem pracy była retrospektywna ocena wyników NTP przeprowadzonych u chorych leczonych w Klinice Dermatologii Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 2003–2005.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 284 osoby z podejrzeniem udziału reakcji typu opóźnionego w patomechanizmie obserwowanych zmian skórnych. U wszystkich chorych wykonano NTP z zastosowaniem europejskiego standardowego zestawu alergenów.

**Wyniki:** W grupie badanych 71,5% osób prezentowało klinicznie objawy wyprysku, z czego u 35% na podstawie NTP potwierdzono alergiczną postać kontaktowego zapalenia skóry. U większości chorych prezentujących objawy kontaktowego zapalenia skóry stwierdzono alergię na jeden z grupy testowanych alergenów. Najczęstszymi uczulającymi alergenami były siarczan niklu i chlorek kobaltowy. Nie odnotowano natomiast dodatniej reakcji w odniesieniu do: neomycyny, terpentyny, wazeliny, N-fenylo-N-izopropyl-p-fenylendiaminy (IPPD) oraz parabenów.

**Wnioski:** Wyprysk alergiczny obserwuje się u pacjentów znacznie rzadziej niż niealergiczny typ schorzenia. Kobiety po 50. roku życia mogą stanowić potencjalnie najliczniejszą grupę pacjentów, u których rozpoznaje się wyprysk alergiczny. Alergenami najczęściej uczulającymi są związki tego typu, jak siarczan niklu i chlorek kobaltu. Zmienna w czasie częstość występowania alergii kontaktowej na poszczególne alergeny wymaga stałego monitorowania.

**Słowa kluczowe:** wyprysk kontaktowy alergiczny, wyprysk z podrażnienia, naskórkowe testy płatkowe.

## Abstract

**Introduction:** Contact eczema is one of the most frequent skin diseases. According to the aetiopathogenesis it can be divided into allergic and non-allergic type. Patch testing is a valuable diagnostic method in the investigation of patients with allergic contact dermatitis.

**Aim:** To evaluate patch test results of 284 patients referred to the Department of Dermatology University of Medical Science in Poznań between 2003 and 2005.

**Material and methods:** 284 subjects with suspected immunological type IV reaction in observed skin lesions were included in the study. Patients were tested with the same series of allergens by using the standardized patch testing method.

---

**Adres do korespondencji:** Adriana Marciniak, Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, e-mail: ada-marciniak@wp.pl

**Results:** Clinical symptoms of eczema were observed in 71.5% of patients and allergic contact dermatitis was confirmed in 35% of the analyzed group. A total of 38 patients (53.5%) suffering from contact dermatitis presented as one positive patch test reaction. The most frequent confirmed allergens were compounds such as nickel sulphate and cobalt chloride. Allergens which never produced positive results were neomycin, IPPD, turpentine, parabens and Vaseline.

**Conclusions:** Allergic contact eczema is observed more rarely than non-allergic type. Allergic eczema is mostly recognized in women after 50 years of age. The most frequently sensitizing allergens were nickel sulphate and cobalt chloride. The diversity of results presented in studies from different authors and the variability of patch test results over time suggest the need for constant monitoring.

**Key words:** contact dermatitis, patch tests, standardized allergens.

## Wprowadzenie

Wyprysk (eczema) jest powierzchownym stanem zapalnym skóry wywołanym różnymi czynnikami zewnątrzpochoodnymi i wewnątrzpochoodnymi. Charakteryzuje się obecnością wielopostaciowych, podlegających ewolucji wykwitów skórnych. W fazie ostrej obserwuje się wysiękowe grudki i pęcherzyki na tle rumieniowym. Chory może odczuwać świąd i pieczenie skóry w miejscach zmienionych chorobowo. Następnie dochodzi do rozwoju nadżerek, tzw. kroplistego sączenia (krople rosy), tworzenia strupów, a w końcu złuszczenia naskór-

ka. W fazie przewlekłej obrzęk i zaczerwienienie zmniejszają się, natomiast często, zwłaszcza w przypadkach nawrotów, przeważają objawy zliszajowacenia (łac. *lichenisatio*) [1].

Istnieje wiele odmian wyprysku, np. wyprysk kontaktowy, w tym zawodowy, oraz potnicowy, podudzia oraz związany z nadwrażliwością typu opóźnionego na bakterie (mikrobowy lub pieniążkowy). Do najczęściej rozpoznawanych (5–10% wszystkich postaci wyprysku) zalicza się wyprysk kontaktowy będący jednocześnie najczęstszą chorobą alergiczną stwierdzaną u ludzi dorosłych [1, 2]. Pod względem etiopatologicznym wyróżnia się dwie postacie wyprysku kontaktowego – alergiczną i niealergiczną (wyprysk z podrażnienia).

W wyprysku kontaktowym z podrażnienia zmiany skórne wiążą się z działaniem substancji drażniących na barierę naskórkową, jaką stanowią m.in. lipidy i kwasny odczyn skóry [3]. Z kolei wyprysk kontaktowy alergiczny powstaje w wyniku alergicznej reakcji typu komórkowego (IV typ nadwrażliwości wg Gella i Coombsa) mediowanej przez limfocyty. W reakcji tej uczestniczą alergeny o masie do 500 Da, zwane haptenami, a objawy pojawiają się najwcześniej po 24 godz. od chwili zetknięcia się skóry z alergenem [4, 5].

W diagnostyce alergii kontaktowej wykorzystuje się naskórkowe testy płatkowe (NTP) będące wystandaryzowaną próbą wywołania miejscowego odczynu skóry w wyniku reakcji między badanym alergenem kontaktowym a limfocytami swoicie uczulonymi na ten alergen. Po raz pierwszy NTP wprowadził Jadassohn w 1895 r., natomiast po publikacji Blocha w 1924 r. zostały powszechnie zaakceptowane i zaczęto ich używać w diagnostyce alergicznych kontaktowych zmian skórnych [6, 7]. W Europie powszechnie stosowany jest w diagnostyce alergologicznej europejski zestaw standardowych alergenów kontaktowych złożony z 23 alergenów. W prezentowanej pracy wykorzystano standardowy zestaw alergenów do NTP, którego skład przedstawiono w tab. 1.

## Cel pracy

Celem niniejszej pracy była analiza wyników NTP przeprowadzonych w Klinice Dermatologii Akademii Medycz-

**Tab. 1.** Standardowy zestaw alergenów stosowany do naskórkowych testów płatkowych

Nazwa alergenu
dwuchromian potasowy 0,5% w wazelinie
chlerek kobaltawy 1% w wazelinie
siarczan niklawy 5% w wazelinie
formalina 0,7% w wazelinie
merkaptobenzotiazol 1% w wazelinie
tiuram 1% w wazelinie
terpentyna 10% w oleju
parafenyldiamina 1% w wazelinie
wazelina
koktajl zapachowy A w wazelinie
koktajl zapachowy P w wazelinie
balsam peruwiański 25% w wazelinie
kalafonia 25% w wazelinie
nipaginy 9% w wazelinie
siarczan neomycyny 10% w wazelinie
IPPD 0,25% w wazelinie
anestezyna 1% w wazelinie
kwas salicylowy 5% w wazelinie
kwas salicylowy 5% w eucerynie
rękawiczka lateksowa

nej w Poznaniu w latach 2003–2005. Szczegółowej analizy dokonano w odniesieniu do wyników NTP u pacjentów z klinicznym rozpoznaniem wyprysku.

## Materiał i metody

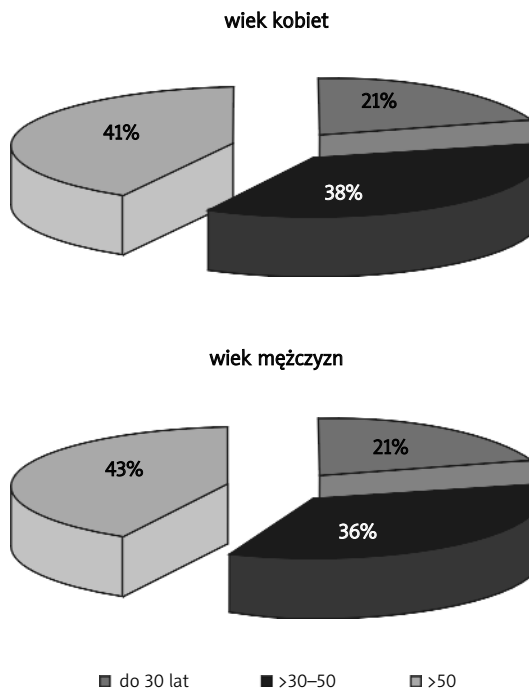
Grupę badaną stanowiło 284 chorych, których w latach 2003–2005 diagnozowano i leczono w Klinice Dermatologii Akademii Medycznej w Poznaniu. W badanej grupie było 39% mężczyzn (111 chorych) i 61% kobiet (173 osoby). Stosunek płci męskiej do żeńskiej wynosił 0,64, a średni wiek w badanej grupie chorych 46 lat. Rozkład płci i wieku w badanej grupie przedstawiono na ryc. 1.

U wszystkich osób wykonano NTP z zastosowaniem standardowego zestawu alergenów. Wskazaniem do przeprowadzenia NTP w badanej grupie było podejrzenie udziału reakcji typu opóźnionego w patomechanizmie obserwowanych zmian skórnych. U większości chorych pojawiały się zmiany skórne typowe dla wyprysku, natomiast u pozostałych podejrzewano współdziałanie reakcji typu opóźnionego w powstawaniu istniejących zmian skórnych. Testy wykonywano zgodnie z zaleceniami producenta oraz wytycznymi Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Odczytu dokonano zgodnie z zasadami Grupy Standaryzacyjnej Międzynarodowego Towarzystwa Kontaktowego Zapalenia Skóry (*International Contact Dermatitis Research Group* – ICDRG). Alergeny zastosowane do NTP zawieszono na stabilnych i wystandaryzowanych nośnikach – wazelinie białej bądź w roztworze wodnym, po czym umieszczono je w specjalnych komorach wtopionych w plastry (Finn Chambers). Plastry te następnie nakładano na skórę pleców, wolną od zmian chorobowych na 48 godz. Pierwszego odczytu dokonano po 30 min od zdjęcia plastrów, po uzyskaniu zblednięcia rumienia, który jest naturalną reakcją skóry na nałożone plastry. Kolejny odczyt wystąpił po 72 godz. Uzyskane wyniki NTP oceniono w skali plusowej od „0” do trzech plusów: brak reakcji – „0”, rumień – „+”, wynik wątpliwy, rumień, grudki – „++”, rumień, grudki, nacieczenie, pęcherzyki – „+++”. Zestaw zastosowanych alergenów do NTP przedstawiono w tab. 1.

## Wyniki

W badanej grupie 284 chorych dodatnie wyniki NTP stwierdzono u 93 (32,7%) z nich, z czego kobiety stanowiły 73,1%. W grupie 203 osób klinicznie prezentujących objawy wyprysku dodatnie wyniki NTP zaobserwowano u 71 z nich, co stanowi 35% chorych z wypryskiem. W tab. 2. przedstawiono szczegółowo występowanie dodatnich wyników NTP u osób z wypryskiem z uwzględnieniem płci i wieku badanych.

W grupie badanych, u których wynik NTP był dodatni (93 chorych), uczulenie na jeden alergen stwierdzo-



Ryc. 1. Wiek badanych pacjentów w grupie kobiet i mężczyzn

Tab. 2. Rozkład dodatnich wyników naskórkowych testów płatkowych w grupie badanych z uwzględnieniem płci oraz rozpoznaniem wypryskiem

Dodatni wynik NTP	Liczba kobiet	Odsetek [%]	Liczba mężczyzn	Odsetek [%]
ogólna liczba	68	39,3 (n=173)	25	22,5 (n=111)
wyprysk	51	75 (n=68)	20	80 (n=25)

no u 43 (46,2%) pacjentów, uczulenie na dwa lub trzy alergeny u 34 (36,6%) osób, natomiast uczulenie na więcej niż 3 alergeny u 16 (17,2%). W przypadku dodatnich wyników NTP w grupie chorych z wypryskiem (71 badanych) uczulenie na jeden alergen wystąpiło u 38 (53,5%) osób, uczulenie na dwa lub trzy alergeny prezentowało 18 (25,35%) pacjentów, uczulenie na więcej niż 3 alergeny zaobserwowano natomiast u 15 z nich (21,1%). Z kolei w grupie 22 chorych z dodatnim wynikiem NTP, jednak nieprezentujących objawów wyprysku (z rozpoznaniem pokrzywki, atopowego zapalenia skóry, łuszczycy czy z objawami świądu), uczulenie na jeden alergen wystąpiło u 5 (22,7%) osób, uczulenie na dwa lub trzy alergeny u 16 (72,7%) chorych, natomiast uczulenie na więcej niż 3 alergeny u 1 (4,6%) osoby. Powyższe wyniki przedstawiono w tab. 3. i 4. Częstość występowania uczulenia na jeden, 2–3 lub więcej niż 3 alergeny w grupie chorych z dodatnimi wynikami NTP w zależności od grup wiekowych w przypadku kobiet i mężczyzn przedstawiono w tab. 5.

**Tab. 3.** Analiza występowania alergii kontaktowej na 1, 2–3 lub powyżej 3 alergenów w zależności od płci chorych z dodatnimi wynikami naskórkowych testów płatkowych i rozpoznaniem wypryskiem

Liczba alergenów	Kobiety (N=51)		Mężczyźni (N=20)	
	n	[%]	n	[%]
1	28	55	10	50
2–3	15	29	3	15
powyżej 3	8	16	7	35

**Tab. 4.** Analiza występowania alergii kontaktowej na 1, 2–3 lub powyżej 3 alergenów w zależności od płci u chorych z dodatnimi wynikami naskórkowych testów płatkowych

Liczba alergenów	Kobiety (N=68)		Mężczyźni (N=25)	
	n	[%]	n	[%]
1	32	47	11	44
2–3	27	40	7	28
powyżej 3	9	13	7	28

**Tab. 5.** Rozkład występowania alergii na 1, 2–3 lub powyżej 3 alergenów w zależności od płci i wieku

Płeć	Wiek	Liczba alergenów					
		1		2–3		>3	
		n	%	n	%	n	%
kobiety	<30	5	16	10	37	0	–
	30–50	12	37	12	44	6	67
	>50	14	47	5	19	3	33
mężczyźni	<30	10	91	3	43	1	14
	30–50	0	–	3	43	3	43
	>50	1	9	1	14	3	43

W badanej grupie z dodatnimi wynikami NTP (93 chorych) zanotowano dodatni odczyn na: dwuchromian potasowy (9,6% badanych), chlorek kobaltowy (27,9%), siarczan niklawy (56%), formalinę (1%), merkaptobenzotiazol (3,2%), tiuram (9,6%), parafenylo-diaminę (6,4%), koktajl zapachowy A (20,4%), koktajl zapachowy P (7,5%), balsam peruwiański (11,8%), kałafonię (4,3%), anestetynę (7,5%), kwas salicylowy 5% w wazelinie (1%), rękawiczkę lateksową (4,3%). Nie zanotowano natomiast dodatniej reakcji w przypadku: terpentyny, wazeliny, parabenu, siarczanu neomycyny, N-fenilo-N-izopropyl-p-fenylendiaminy (IPPD) oraz kwasu salicylowego 5% w eucerynie.

## Omówienie

W materiale własnym stwierdzono dodatkowo wyniki NTP u 93 (32,7%) chorych spośród 284 pacjentów diagnozowanych w zakresie alergii kontaktowej w Klinice Dermatologii Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 2003–2005. W grupie badanej 203 osoby prezentowały kliniczne objawy wyprysku. U 71 (35%) z nich stwierdzono dodatkowo wyniki NTP. Powyższe dane wskazują, że wśród badanej populacji chorych z wypryskiem dominują jednak pacjenci prezentujący wyprysk niealergiczy. Istnieją doniesienia, w których częstość obu podtypów wyprysku kontaktowego jest porównywalna [8]. Z kolei inni badacze podają, iż wyprysk alergiczny występuje rzadziej niż wyprysk z podrażnienia, co jest zgodne z wynikami autorów niniejszej pracy [4]. Występowanie niealergicznego typu schorzenia u większości pacjentów z grupy badanej może świadczyć o częstszym kontakcie z substancjami drażniącymi.

W grupie osób z klinicznymi objawami wyprysku kobiety stanowiły 71%, co sugeruje częstsze występowanie wyprysku kontaktowego u płci żeńskiej. Dodatkowo wyniki NTP obserwowano również znacznie częściej w grupie kobiet (39,3% w porównaniu z 22,5% mężczyzn). Różnica ta była szczególnie widoczna w grupie chorych z wypryskiem (43% kobiet i 24% mężczyzn). Wśród badaczy opinie dotyczące występowania wyprysku w zależności od płci są podzielone. Z niektórych opracowań wynika, że wyprysk kontaktowy alergiczny występuje równie często u obu płci, z innych natomiast, iż rzadszy jest u mężczyzn [4, 9]. Wyniki zbieżne z uzyskanymi w niniejszej analizie prezentują badacze z Białegostoku, którzy uzyskali 67,5% dodatnich wyników NTP wśród kobiet [10]. Badania przeprowadzone w klinice autorów stanowią potwierdzenie częstszego występowania alergicznego tła wyprysku kontaktowego u kobiet.

Najliczniejszą grupę pod względem wieku stanowili pacjenci po 50. roku życia. Również wśród kobiet z rozpoznaniem wypryskiem najwięcej było pacjentek po 50. roku życia, przy czym dodatkowo wyniki NTP występowały najczęściej między 30. a 50. rokiem życia. Natomiast w grupie mężczyzn wyprysk zaobserwowano z jednakową częstością zarówno u pacjentów między 30. a 50., jak i po 50. roku życia. Z kolei dodatkowo wyniki NTP stwierdzano najczęściej w grupie 30–50 lat. W prezentowanym badaniu zaznacza się tendencja do częstszego występowania wyprysku w grupie osób po 50. roku życia zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, przy czym dodatkowo wyniki NTP notowano znacznie częściej w grupie osób młodszych (30–50 lat). Wiadome jest, że nieswoisty stan zapalny skóry ułatwia przenikanie przez skórę alergenów kontaktowych, co może ułatwiać w przyszłości rozwój wyprysku alergicznego m.in. na bazie dermatozy ze zużycia [6, 9]. Przedstawione wyniki nie stanowią potwierdzenia częstszego występowania alergii kontaktowej w grupie osób starszych, czyli osób z dłuższym wywiadem. Celowe by-

łoby zatem przebadanie tych samych pacjentów w późniejszym czasie, np. za 5 lat.

W grupie 93 chorych z dodatnimi wynikami NTP najczęściej stwierdzano występowanie alergii na jeden alergen (43 osoby – 32 kobiety i 11 mężczyzn). Podobnie w grupie osób leczonych na wyprysk alergiczny, większość, bo 54%, prezentowało dodatni odczyn w odniesieniu do jednego alergenu. Smętek i Placek badając pracowników ochrony zdrowia chorujących na alergiczny wyprysk kontaktowy, uzyskali odmienne wyniki – uczulenie na więcej niż jeden alergen zaobserwowano w 72% przypadków, co może wskazywać na częstszy zawodowy kontakt z wieloma alergenami [11]. Wśród pracowników ochrony zdrowia, poza uczuleniem na składniki gumy, stwierdza się częste dodatnie wyniki NTP w odniesieniu do stosowanych w lecznictwie antybiotyków, zwłaszcza wśród pielęgniarek wykonujących częste iniekcje [12].

Obecnie znanych jest ponad 3 tys. związków wywołujących reakcję kontaktowego alergicznego zapalenia skóry. Przyjmuje się, że związki, takie jak: siarczan niklu, dwuchromian potasu, alergeny zapachowe, składniki gumy, należą do najczęstszych alergenów kontaktowych [4–6]. Badania przeprowadzone w Klinice Dermatologii w Poznaniu potwierdzają silną pozycję niklu jako alergenu kontaktowego, głównie u kobiet. Uczulenie na nikiel zanotowano bowiem u 68% chorych w grupie kobiet z dodatnimi wynikami NTP. Natomiast w przypadku mężczyzn najczęstszym alergenem był chlorek kobaltawy – dodatni wynik u 36% chorych w grupie mężczyzn z dodatnimi wynikami NTP. Również wśród kobiet alergii na kobalt występowała często, ponieważ zanotowano ją u 25% kobiet z dodatnimi wynikami NTP. Podobne wyniki zaobserwowano w wielu badaniach, w tym także w Klinice Białostockiej, gdzie uczulenie na nikiel znacznie częściej występowało u kobiet, a na kobalt u mężczyzn [13–16].

W przypadku uczulenia na związki chromu nie zaobserwowano istotnych różnic w zakresie częstości występowania w zależności od płci. Wyjątek stanowi wyprysk zawodowy, ponieważ w środowisku pracy nadwrażliwość na chrom występuje zdecydowanie częściej u mężczyzn. W ostatnich latach maleje częstość występowania uczuleń na dwuchromian potasowy, który nie jest już uznawany za najczęstszy w Polsce alergen kontaktowy [12, 17, 18]. Warto w tym miejscu przywołać badanie z 2005 r., którego celem było porównanie wyników NTP przeprowadzanych w 9 krajach europejskich, również w Polsce. Na podstawie dokonanych zestawień zaobserwowano szczególnie częstsze występowanie uczulenia na dwuchromian potasowy w Polsce. Zjawisko to tłumaczono nasiloną ekspozycją zawodową na ten alergen w porównaniu z innymi krajami [19]. Chrom uczuła w wyniku obecności w wielu produktach, takich jak cement czy skóra garbowana. Materiały te są nadal powszechnie używane, zwłaszcza w zawodach, w których pracują mężczyźni.

Ważną grupę alergenów stanowią składniki gumy – tiuram, merkaptobenzotiazol i IPPD. Najczęściej obserwowano uczulenie na tiuram (u 5 kobiet i 4 mężczyzn – odpowiednio 7 i 16% w grupie osób z dodatnimi wynikami NTP) i merkaptobenzotiazol – jedynie u 3,2% badanych. Nie stwierdzono natomiast reakcji uczuleniowej na IPPD. Ostatnio jednak odnotowuje się wzrost częstości uczulenia na tiuram u pracowników służby zdrowia, co jest wynikiem powszechnego stosowania rękawic lateksowych [11]. Wiadomo, że za reakcję alergiczną w tym przypadku odpowiadają przede wszystkim przyspieszacze wulkanizacji i antyutleniające używane do produkcji gumy.

W przypadku terpentyny nie zanotowano występowania uczulenia kontaktowego u żadnego pacjenta, co może dowodzić istotnie mniejszej roli tego alergenu w wywoływaniu zmian o typie wyprysku w badanej populacji. W badaniach prowadzonych w Białymstoku wykazano, iż jedyną grupą zawodową, w której zaobserwowano uczulenie na ten alergen, stanowili metalowcy i to w niewielkim odsetku [10].

Zastanawiający jest fakt braku występowania kontaktowego typu uczulenia na siarczan neomycyny w badanej grupie. Różni się to od obserwacji innych autorów, którzy stwierdzili stosunkowo częste występowanie uczuleń na ten alergen, zwłaszcza w odniesieniu do chorych z owrzodzeniami podudzi [18]. Można to tłumaczyć coraz rzadszym stosowaniem neomycyny w lecznictwie dermatologicznym.

Wśród badanych chorych nie zarejestrowano także uczulenia na estry kwasu p-hydroksybenzoowego (znanych jako parabeny lub nipaginy). Związki te uznawane są za bardzo słabe alergeny kontaktowe, jednak uczulają wiele osób w wyniku szerokiego ich stosowania w celu konserwacji m.in. leków zewnętrznych, kosmetyków i niektórych produktów spożywczych. Według Rudzkiego dodatnie wyniki NTP z nipaginami obserwuje się głównie u pacjentów z owrzodzeniami podudzi o przewlekłym przebiegu [4, 20].

Badania przeprowadzone w klinice autorów wskazują na potrzebę stałej weryfikacji wyników NTP oraz systematycznego prowadzenia badań w tym zakresie. Rozbieżność wyników NTP z różnych rejonów Polski, a także poza jej granicami, obrazuje regionalne i narodowe różnice w odniesieniu do uczulających alergenów. W celu monitorowania i porównywania wyników NTP z różnych ośrodków europejskich została powołana organizacja o nazwie Europejski System Monitorowania Alergii Kontaktowej (*European Surveillance System of Contact Allergies – ESSCA*), do której należy również Klinika Dermatologii w Poznaniu. Analiza zmieniającej się w czasie częstości uczuleń na poszczególne alergeny sprzyja wczesnej identyfikacji substancji odpowiedzialnych za występowanie zmian skórnych i ma duże znaczenie w zapobieganiu rozwojowi objawów choroby alergicznej.

## Wnioski

Wyprysk alergiczny obserwuje się u pacjentów znacznie rzadziej niż niealergiczny typ schorzenia. Kobiety po 50. roku życia mogą stanowić potencjalnie najliczniejszą grupę osób, u których rozpoznaje się wyprysk alergiczny. Alergenami najczęściej uczulającymi są nadal związki niklu i kobaltu. Zmienna w czasie częstość występowania alergii kontaktowej na poszczególne alergeny wymaga stałego monitorowania.

## Piśmiennictwo

1. Błaszczak-Kostanecka M, Samochocki Z. Choroby alergiczne skóry. W: Dermatologia w praktyce. Błaszczak-Kostanecka M, Wolska H. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006; 72-6.
2. Rudzki E. Wyprysk: klinika częstości występowania w różnych grupach chorych. *Alergia* 2002; 3: 14.
3. Jabłońska S, Majewski S. Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005; 162, 169.
4. Gliński W, Rudzki E. *Alergologia dla lekarzy dermatologów*. Czelej, Lublin 2002.
5. Szczepaniak E, Prokop J. Wyprysk kontaktowy. *Post Dermatol Alergol* 2004; 4: 205-10.
6. Żmudzińska M, Czarnecka-Operacz M. Rozwój diagnostyki alergii kontaktowej. *Post Dermatol Alergol* 2005; 4: 179-82.
7. Silny W, Czarnecka-Operacz M. Testy skórne w diagnostyce chorób alergicznych. *Post Dermatol i Alergol* 2001; 13: 80-4.
8. Przystała K. Wyprysk kontaktowy. *Mag Med* 1995; 4: 41-2.
9. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH i wsp. *Dermatologia*. Czelej, Lublin 2002; 436-43.
10. Reduta T, Laudańska H, Chodynicka B. Alergia kontaktowa u chorych hospitalizowanych w Klinice Dermatologii i Wenerologii w ostatnim dziesięcioleciu. *Przeł Dermatol* 2002; 3: 193-7.
11. Smętek K, Placek W. Alergia kontaktowa na alergeny standardowe u chorych na kontaktowe zapalenie skóry pracowników ochrony zdrowia w makroregionie gdańskim. *Post Dermatol Alergol* 2004; 1: 14-23.
12. Rudzki E. Alergiczny wyprysk kontaktowy w Polsce. *Przeł Dermatol* 2004; 6: 491-5.
13. Akasaya-Hillebrand E, Ozkaya-Bayazit E. Patch test results in 542 patients with suspected contact dermatitis in Turkey. *Cont Dermatit* 2002; 46: 17-23.
14. Akyol A, Boyvat A, Peksari Y, et al. Contact sensitivity to standard series allergens in 1038 patients with contact dermatitis in Turkey. *Cont Dermatit* 2005; 52: 333-7.
15. Lazarov A. European standard series patch test results from a contact dermatitis clinic in Israel during the 7-year period from 1998 to 2004. *Cont Dermatit* 2006; 55: 73-6.
16. Machovcova A, Dastychowa E, Kostalova D, et al. Common contact sensitizers in the Czech Republic. Patch test results in 12,058 patients with suspected contact dermatitis. *Cont Dermatit* 2005; 53: 136-45.
17. Rudzki E, Rebandel P, Parapura K. Najczęstsze i najnowsze alergeny kontaktowe. *Przeł Dermatol* 2000; 87: 103-9.
18. Rudzki E. Ewolucja alergii kontaktowej w Polsce. *Alerg Ast Immunol* 2005; 10: 53-7.
19. Ulter W, Hegewald J, Aberer W. The European standard series in 9 European countries, 2002/2003. First results of the European Surveillance System on Contact Allergies. *Cont Dermatit* 2005; 53: 136-45.
20. Rudzki E. Interpretacja prób płatkowych z najczęściej uczulającymi lekami zewnętrznymi. *Alergia* 2001; 4.