

---

Volume 1, Number 1, 2010  
p. 1- 12

NASZA DERMATOLOGIA **Online**  
**OUR DERMATOLOGY** Online

[www.ndermatol.like.pl](http://www.ndermatol.like.pl)  
[www.odermatol.like.pl](http://www.odermatol.like.pl)

**1** / 2010

## Strona Redakcyjna / Editorial Pages

### Our Dermatology Online

e-ISSN: 2081-9390

Quarterly (kwartalnik)

published since 01/06/2010 years

---

**Editor in Chief** (Redaktor Naczelny): Piotr Brzezinski, MD

Adres:

ul. Andersa 5/8, 76200 Slupsk, Poland

tel. 48 692121516, fax.48 598151829

e-mail:brzezoo@wp.pl

---

**Editors:**

Brzezinski Piotr, MD (Poland)

Farquqr Terry, MD (USA)

Jagięło-Wieczorek Ewelina, MD (Poland)

---

**Publisher (Wydawca)**

Piotr Brzezinski

ul. Andersa 5/8, 76200 Slupsk, Poland

tel. 48 692121516, fax.48 598151829

e-mail:**brzezoo@wp.pl or brzezoo77@yahoo.com**

## SPIS TREŚCI / CONTENTS

---

*Strona Redakcyjna / Editorial Pages* 1

---

*Prace Oryginalne / Original Articles*

---

► Brzeziński Piotr

Corynebacterium triad u żołnierzy

*Corynebacterium triad in soldiers*

3

---

*Listy do Redakcji / Letters to the Editor*

---

► Brzeziński Piotr

Cooperation of the military medical services with the civilian sector as exemplified

10

by the 6<sup>th</sup> Military Support Unit in Ustka

*Organizacja współdziałania elementów Wojskowej Służby Zdrowia ze służbami  
cywilnymi na przykładzie 6 Wojskowego Oddziału Gospodarczego w Ustce*

► Brzeziński Piotr

Nowy przypadek wrodzonego pęcherzykowego i nadżerkowego zapalenia skóry z  
siateczkowatym bliznowaceniem (SCAR)

11

*New case of congenital vesicular erosive dermatosis supple reticulated scar (SCAR)*

# CORYNEBACTERIUM TRIAD U ŻOŁNIERZY

## CORYNEBACTERIUM TRIAD IN SOLDIERS

Brzeziński Piotr

6 Wojskowy Oddział Gospodarczy w Ustce, Polska

6th Military Support Unit in Ustka, Poland, brzezoo@wp.pl

Kierownik Ambulatorium: lek. Piotr Brzeziński

Chef Ambulatorium: Piotr. Brzeziński MD

---

N Dermatol Online. 2010; 1(1): 3-9

---

### Streszczenie

Skórne infekcje maczugowcami są częstym zjawiskiem u żołnierzy. Triada corynebacterium obejmuje (dziobatą keratolizę (PK), łupież rumieniowy oraz grzybicę włosów pach (TMA). Dziobata keratoliza jest infekcją ograniczoną do warstwy rogowej naskórka i jest nieprzyjemna oraz krępująca z powodu zapachu jaki jest wydzielany przez bakterie, określanego jako „rotten odor”. Występowanie PK u żołnierzy określa się między 2,5% a 77.1 %. Erythrasma jest powierzchowną infekcją spowodowana przez *Corynebacterium minutissimum* i oddziałuje głównie na okolice wyprzeniowe skóry (pachy, pachwiny) oraz przestrzenie międzypalcowe stóp. Są to brązowe, niekiedy łuszczące zmiany skórne dojące koralowoczerwoną fluorescencję w lampie Wooda. TMA jest wywołana przez *Corynebacterium tenuis*. Pacjent dotknięty tą chorobą skarży się nieprzyjemny zapach z pod pach, co ma związek z nadpotliwością i zaniedbaniem higienicznym. Włosy pokryte są biało-żółto-czarnymi grudkami.

**Cel:** Celem pracy jest zbadanie występowania u żołnierzy triady chorób skórnych (rogowiec pobrużdżony, łupież rumieniowaty, grzybica włosów pach) wywołanej przez maczugowce.

**Metody:** W okresie 5 miesięcy (08-12.2008) badaniem objęto 1694 mężczyzn w wieku 18-29 lat (średnio 23 lata), będących żołnierzami. Do badań zakwalifikowano 103 osoby, których zmiany skórne poddano analizie. Rozpoznanie stawiano na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych i badania w świetle lampy Wooda.

**Wyniki:** PK rozpoznano u 103 badanych (co stanowi 6,08% z 1694 żołnierzy). EA rozpoznano u 15 żołnierzy (14,56% ze 103 badanych), a TMA u 3 pacjentów (2,91% ze 103 badanych). Współistnienie zmian chorobowych zaobserwowano w następującym układzie: erythrasma i PK u 15 ze 103 pacjentów (14,56%), TMA i PK u 3 ze 103 pacjentów (2,91%). Koegzystencja EA, TMA i PK była przedstawiona u 1 pacjenta (0,97%).

**Wnioski:** Infekcja Corynebacterialna jest częstym zjawiskiem wśród żołnierzy. Najczęściej dochodzi do rozwoju dziobatej keratolizy. Nasze badania dowodzą, że albo łupież rumieniowy albo grzybica włosów pach mogą współistnieć z dziobatą keratolizą. Kiedy lekarz rozpozna dziobatą keratolizę powinien poszukać u tego pacjenta dwóch kolejnych schorzeń wywołanych przez maczugowce (erythrasma i trichomycosis axillaris).

---

### Abstract

**Background:** Corynebacterial infection is a common condition in soldiers. Pitted keratolysis (PK), a bacterial infection confined to the plantar stratum corneum, does not severely impede patient activity but can be unpleasant and embarrassing

because of its "rotten" odor. The incidence of PK in soldiers has been reported to be between 1,5% and 77.1%. Erythrasma is a superficial infection caused by *Corynebacterium minutissimum* and affects the major skin folds and the interdigital regions of the feet. It is characterized by erythematous, brown, scaly patches and maceration, and exhibits coral-red fluorescence under Wood light. Trichomycosis axillaris (TMA) is caused by the *Corynebacterium tenuis*. Patients affected by trichomycosis axillaris present with complaints of a disagreeable underarm odor and a history of hyperhidrosis and poor hygiene. Examination reveals the underarm hair to be coated with black, yellow-white or reddish deposits.

**Objective:** The aim of this study was to determine the frequency corynebacterium triad in soldiers (pitted keratolysis, erythrasma, trichomycosis axillaris)

**Methods:** The study involved 1694 men, soldiers in age about 23 years, (in period 5 months (-8-12.2008)). 103 persons, whose dermatologic symptoms/changes were analysed, were qualified for the research. Reconnaissance put on base of characteristic clinical sign and under Wood light.

**Results:** Incidence of PK observed at 103 patients (which make up 6,08% of 1694 soldiers). EA diagnosed at 15 soldiers (14,56% of 103 patients), and TMA was diagnosed of 3 patients (2,91% of 103 patients). The coexistence are summarized as follows: erythrasma and PK; 15 of 103 patients (14,56%), TMA and PK in 3 of 103 patients (2,91%). The coexistence of erythrasma, TMA, and PK was noted in 1 patients (0,97%).

**Conclusions:** Corynebacterial infection is a common condition in soldiers. In most cases/most often development of PK is observed. Our results demonstrate that either erythrasma or TMA can be associated with PK. We suggest that a closer, wider inspection is required to rule out the coexistence of the other. corynebacterial infections (Erythrasma, TMN) when a dermatologist encounters PK.

---

**Słowa kluczowe:** łupież rumieniowy, dziobata keratoliza, grzybica włosów pach, żołnierz, choroby skóry

**Key words:** erythrasma, pitted keratolysis, Trichomycosis axillaris, soldier, skin diseases

---

W 1982 Shelley i Shelley opisali dwóch pacjentów z równoczesną obecnością erythrasma, trichomycosis axillaris (TMA) i pitted keratolysis (PK) [1]. Badacze uświadomili sobie, że ta "triada corynebacterium" może występować częściej niż poprzednio uważano. Tą koegzystencję autorzy oceniali u żołnierzy z PK.

*Corynebacterium* odgrywa rolę w rozwoju 3 w/w skórnych jednostek chorobowych. Bakterie te zasiedlają warstwę rogową naskórka, włosy i okolice wyprzeniowe (pachy, pachwiny, przestrzenie międzypalcowe stóp) [2].

Do rodzaju *Corynebacterium* należą gatunki patogenne dla skóry i jej przydatków, takie jak *Corynebacterium minutissimum* wywołującą erythrasme, *Corynebacterium tenuis* wywołujący TMA, *Corynebacterium species* wywołujące PK oraz *Corynebacterium Diphteriae* (typ mitis) – czynnik etiologiczny błonicy skóry. Poza tym opisywano gatunki kolonizujące skórę i błony śluzowe: 1) nielipofilne: *C. jeikeium*, *C. urealyticum*; 2) ipofilne: *C. striatum*, *C. amycolatum*, *C. Pseudodiphtheriticum* i *C. propinquum*. Wymienione gatunki kolonizujące

mogą być przyczyną oportunistycznych zakażeń tkanek miękkich, układu moczowego, wsierdza, płuc, otrzewnej, opon mózgowo-rdzeniowych lub posocznicy [3]. Biologiczną właściwością *C. minutissimum* i *C. tenuis* jest wytwarzanie porfiryn, co stanowi podstawową cechę diagnostyczną (koralowoczerwona fluorescencja dla *C. minutissimum* i szaro-biała dla *C. tenuis*) i w świetle lampy Wooda [4].

Pitted keratolysis (rogowiec pobrużdżony, dziobata keratoliza, dołkowate oddzielanie się naskórka) [5], jest to bakteryjna infekcja ograniczona do stratum corneum (fot. 1,2). Może ograniczyć czynny udział żołnierza w ćwiczeniach wojskowych, ale częściej infekcja ta jest nieprzyjemna i krępująca z powodu zapachu jaki jest wydzielany przez bakterie, określanego jako "rotten odor" [6]. PK występuje często u osób aktywnych fizycznie, a rozwojowi bakterii sprzyja okluzyjne obuwie i spocona stopa. Nadmierne pocenie stóp doprowadza w konsekwencji do zmiękczenia warstwy rogowej naskórka, w ten sposób ułatwiając przeniknięcie Maczugowców.



Fot. 1 Pitted keratolysis



Fot. 1 Pitted keratolysis

*Corynebacterium* species są głównym czynnikiem etiologicznym dla PK [7]. Inne wymieniane patogeny to *kryptococcus sedentarius*, *dermatophilus congolensis*, *streptomices* [8,9]. Są to gram dodatnie bakterie, które w sprzyjających warunkach produkują enzymy keratolityczne, które z kolei niszczą warstwę rogową naskórka [7]. Te sprzyjające warunki to przede wszystkim wzmożona potliwość stóp [10], a co za tym idzie ciepło, wilgoć, okluzyjne obuwie, przeciążenie stopy, brak higieny [11,12].

Hariers i Lear sugerując nawet 96% związku występowania PK z nadpotliwością stóp [9].

Zmiany skórne umiejscowione są typowo na podszwach stóp [12], mogą być zajęte obie stopy lub tylko jedna. Enzymy keratolityczne *Corynebacterium* niszczą stratum corneum naskórka powodując w nim charakterystyczne, mniej lub bardziej widoczne, płytkie lub głębokie kraterowate ubytki [11]. Z tego powodu Wohlrab wyróżnił dwa histologiczne typy PK: powierzchniowy, z dyskretnymi zagłębieniami i głęboki z dużymi depresjami [13]. Głębokość depresji waha się z reguły od 0,5 – 1.0 mm [14], a nawet dochodzi do 2 mm [15].

Objawom podmiotowym towarzyszy nieprzyjemny zapach zjełczałych jabłek [15]. Niekiedy może występować ból, pieczenie podczas chodzenia, złuszczenie powierzchni zmian skórnych [16].

Cechą charakterystyczną erythrasmy i TMA jest świecenie w lampie Wooda, natomiast nie jest to pomocne narzędzie diagnostyczne w PK [7].

Erythrasma (łupież rumieniowy) jest powierzchowną infekcją wywołaną przez *Corynebacterium minutissimum* [17]. Nieszkodliwe w normalnych warunkach bakterie mogą penetrować do uszkodzonej skóry przez jej rozpułchnienie lub uraz warstwy rogowej, ale nie wnikają do żywej części naskórka. Typową lokalizacją zmian klinicznych w łupieżu rumieniowym są okolice wyprzeniowe, głównie pachwiny i doły pachowe, a w dalszej kolejności przestrzenie międzypalcowe stóp, bruzda międzypoślądkowa, okolica pępka i fałdy podstokowe u kobiet. Wymienia się również, chociaż w niewielkim stopniu, możliwość zajęcia różnych okolic skóry gładkiej [3,18]. Początkowo występują małe, czerwone plamki; mają one tendencję do zlewania się w większe plamy z ostro zaznaczoną granicą. Powierzchnia skóry jest gładka, niekiedy obserwuje się delikatne łuski. [17,19]

Trichomycosis axillaris (grzybica włosów pach). Schorzenie jest rezultatem niedostatecznej dbałości o higienę. Typową lokalizacją są włosy pach, w rzadkich przypadkach mogą być zajęte włosy łonowe lub inne włosy terminalne. Na włosach występują skupiska maczugowców z rodzaju *C. tenuis* [20]. Wzdłuż włosów rozmieszczone są 1-2 mm guzki w kształcie łańcuszka paciorków wzdłuż łodygi włosa w kolorach od żółtego przez czerwony do czarnego

[21]. Wyglądają one jakby były pokryte szronem. Rozpoznanie można ustalić na podstawie zapachu, zawsze obecny jest zjełczały, kwaśny zapach wydobywający się z pach.

W leczeniu zmian skórnych stosuje się miejscowo antybiotyki: erytromycynę [11], klindamycynę [16], antyseptyki: chlorchexydyne, alkohol isopropylowy 40-60' [8], 1% roztwór klindamycyny, 2% roztwór erytromycyny [7], a w towarzyszącej PK nadpotliwości stóp toksynę botulinową, celem leczenia choroby podstawowej [22,23]. W leczeniu erythrasmy i PK stosowano erytromycynę doustnie, kwas fusydowy [20]. W leczeniu TMA aplikuje się 20% chlorek aluminium [20].

Celem pracy jest zbadanie występowania u żołnierzy triady chorób skórnych (rogowiec pobrużdżony, łupież rumieniowaty, „grzybica” włosów pach) wywołanej przez maczugowce.

## **MATERIAŁ I METODY**

W okresie 5 miesięcy (08-12.2008) badaniem objęto 1694 mężczyzn w wieku 18-29 lat (średnio 23 lata), będących żołnierzami służby zasadniczej. Do badań zakwalifikowano 103 osoby, których zmiany skórne poddano analizie. Rozpoznanie stawiano na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych. U wszystkich pacjentów wykonywano badanie źródłem światła lampy Wooda w okolicy pach, pachwin i przestrzeni międzypalcowych stóp. Obecność koralowo-czerwonej fluorescencji sugerowało rozpoznanie łupieżu rumieniowatego. W celu wykluczenia infekcji grzybiczej, wykonywano badania mikologiczne (bezpośrednie i pośrednie).

## WYNIKI

PK rozpoznano u 103 badanych (co stanowi 6,08% z 1694 służących w tym okresie żołnierzy). Erythrasnę rozpoznano u 15 żołnierzy (14,56% ze 103 badanych), a TMA u 3 pacjentów (2,91% ze 103 badanych). Współistnienie zmian chorobowych zaobserwowano w następującym układzie: Erythrasmy i PK u 15 ze 103 pacjentów (14,56%), TMA i PK u 3 ze 103 pacjentów (2,91%). Koegzystencja EA, TMA i PK była przedstawiona u 1 pacjenta (0,97%).

## OMÓWIENIE

Występowanie PK w społeczeństwie określa się między 1,5%-20,4% [16]. Z kolei częstotliwość PK w przypadku żołnierzy została określona w przedziale od 2,5% do 77,1% [5,24]. W analizowanych przez nas wynikach badań PK oceniono na 6,08%.

Według Shah największe znaczenie w etiologii PK ma nadpotliwość stóp i onychomykosis [25]. Również urazy i mikrourazy u żołnierzy odgrywają w powstawaniu zmian typowych dla PK ogromną rolę [5].

Tak jak potliwość i ukrwienie może być czynnikiem usposabiającym do infekcji maczugowców w obrębie stóp, tak kształt stopy ma z jej urazami niewielki związek. Zależność tą wykazali Esterman i Pilotto badając urazy i mikrourazy stóp u żołnierzy armii australijskiej [26].

Danpiere opisuje PK u 30 żołnierzy biorących udział w misji w deszczowych lasach Guyany [27]. Schissel określa to schorzenie jako „road rash with a rotten odor” występujące wśród żołnierzy amerykańskich [28]. Gill i Buckels w 1968 roku stwierdzili 48,5% zachorowań na PK u 144

żołnierzy amerykańskich-ochotników z Vietnamu [29]. Jellif w 1952 roku przedstawił dane o sporej zachorowalności na PK wśród nigeryjskich żołnierzy [30].

W 4-letnich badaniach Brzezińskiego z powodu PK do lekarza zgłosiło się tylko 145 (34,78%) z 417 żołnierzy, u których rozpoznano PK, reszta chorób (65,23%) została rozpoznanych podczas okresowych przeglądów stóp [5]. Badania te świadczą, że pacjenci niezbyt często zgłaszają ten problem lekarzowi. Zdarza się, że nawet nieprzyjemna woń wydobywająca się ze skóry stóp czy pach nie skłania pacjenta do wizyty lekarskiej. Wśród 53 pacjentów z PK w średnim wieku 24,9 lat Blaise i wsp. obserwowali występowanie nieprzyjemnego zapachu stóp u 47% badanych [31]. Okluzyjne obuwie nosiło aż 96,2% badanych.

Szacuje się, że ok. 20% populacji jest zainfekowane *C. minutissimum*, jednak ta wielkość może ulegać wahaniom związanym z klimatem, szczególnie wilgotnością. Na częstość występowania łupieżu rumieniowego wpływają również nadmierna potliwość, choroby metaboliczne – cukrzyca i otyłość oraz niskie standardy higieniczne [3].

Duńscy badacze rozpoznali Erythrasnę u 51,3% badanych żołnierzy [24]. W naszym materiale odsetek ten był znacznie niższy.

Do tej pory występowanie TMA oraz istnienie pewnej koegzystencji u żołnierzy z PK lub/i erythrasną opisali w dwóch artykułach Sheley i Sheley [1] oraz Rho i Kim [20]. TMA nie jest często opisywana jednostką chorobową [2]. Jej występowanie w społeczeństwie szacuje się na nie więcej niż 5% przypadków [32], co potwierdzają nasze analizy.



W 2 letnich badaniach Rho i Kim wśród 108 żołnierzy armii koreańskiej (co stanowi 12,8% z 842 badanych), którzy zgłosili się do lekarza z powodu PK współistnienie TMA oceniono na 20,4%, a współistnienie erythrasmy na 41,7% [20]. Triada corynebacterium była rozpoznana u 13% badanych. Zarówno triada chorób jak poszczególne koegzystencje schorzeń w analizowanych przez nas przypadkach występują również jednakże odsetek tych zależności jest dużo niższy.

Conklin badając skórne schorzenia notuje przypadki infekcji stóp przez corynebacterium (pitted keratolysis i erythrasme) [33].

## WNIOSKI

1. Infekcja Corynebacterialna jest częstym zjawiskiem wśród żołnierzy.
2. Najczęściej dochodzi do rozwoju dziobatej keratolizy.
3. Badania dowodzą, że łupież rumieniowy i grzybica włosów pach mogą współistnieć z dziobatą keratolizą.
4. W sytuacji gdy lekarz rozpozna dziobatą keratolizę powinien poszukać u tego pacjenta dwóch kolejnych schorzeń wywołanych przez maczugowce (erythrasma i trichomycosis axillaris).

## PIŚMIENNICTWO:

1. Shelley WB, Shelley ED. Coexistent erythrasma, trichomycosis axillaris, and pitted keratolysis: an overlooked corynebacterial triad? *J Am Acad Dermatol* 1982; 7: 752-757.
2. Levit F. Trichomycosis axillaris. *J Am Acad Dermatol*. 1990; 22: 858-859
3. Sielska H. Łupież rumieniowy w materiale kliniczno-laboratoryjnym Wojewódzkiej Przychodni Skórno-Wenerologicznej w Kielcach w latach 1997–2004 *Post Dermatol Alergol* 2006; 2: 73–78

4. Coyle MB, Lipsky BA. Coryneform Bacteria in Infectious Diseases: Clinical and Laboratory Aspects. *Clin. Microbiol. Rev.* 1990; 3: 227-246
5. Brzeziński P. Dziobata keratoliza – schorzenie żołnierzy służby zasadniczej. *Lek Woj* 2008; 86: 96-98
6. Brzeziński P. Zachorowalność na różyczkę. Analiza na przykładzie żołnierzy służby zasadniczej. *Współczesna terapia dermatoz alergicznych*. pod red. Nowickiego R. *Ustka* 2008; 421-425
7. Stanton RL, Schwartz RA. Pitted keratolysis: a common foot problem. *Am Fam Physican* 1983; 27: 183-184.
8. Corral de la Calle M, Espana LP, Hidalgo MiD. et al. Qeratolisis plantar sulcatum. *Aten primaria* 2004; 33: 407-408.
9. Harries MJ, Lear JT. Occupational skin infections. *Occup Med* 2004; 54: 441-449.
10. Ratka P, Popik R, Saracyn. Badania czynników usposabiających do zapaleń skóry stóp. *Lek Woj*. 1980; 7-8: 359-362.
11. O'dell ML. Skin & wound infections: an overview. *Am Fam Physican* 1998; 57: 2424-2432.
12. Takama H, Tamada Y, Yano K, et al. Pitted keratolysis: clinical manifestation in 53 cases *Br J Dermatol* 1997; 137: 282-285.
13. Wohlrab L, Rohrbach, Marsch WC. Keratolysis sulcata: clinical symptoms with different histological correlates. *Br J Dermatol* 2000; 143: 1319-1359.
14. Naik CL, Singh G. Clinico epidemiological study of pitted keratolysis. *Indian J Dermatol* 2007; 52: 35-38.
15. Schissel DJ. Road rash with a rotten odor. *Mil Med* 1999; 164: 65-67.
16. Singh G, Naik CL. Pitted kleratolysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005; 71: 213-215.
17. Morales-Trujillo ML, Arenas R, Arroyo S. Interdigital erythrasma: clinical, epidemiologic, and microbiologic findings. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99: 469-473.

18. Dalal A, Likhi R. *Corynebacterium minutissimum* bacteremia and meningitis: a case report and review of literature. *J Infect.* 2008; 56: 77-79
19. López A, Victor O, Arenas R. Eritrasma. Revisión y actualización. *Med Int Mex.* 2006; 22: 107-112.
20. Rho NK, Kim BJ. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. *J Am Acad Dermatol* 2006; 58: 57-58
21. Levit F. Trichomycosis axillaris: a different view. *J Am Acad Dermatol.* 1988; 18: 778-9.
22. Boni R: Schwitzen und Hyperhidrose. *Schweiz Med Forum* 2001; 18: 464-467.
23. Tamura BM, Cuce LC, Souza RL, et al. Plantar hyperhidrosis and pitted keratolysis treated with botulinum toxin injection. *Dermatol Surg* 2004; 30: 1510-1514.
24. Svejgaard E, Christophersen J, Jelsdorf HM. Tinea pedis and erythrasma in Danish recruits: clinical signs, prevalence, incidence, and correlation to atopy. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14: 993-999.
25. Shah MK. Glutaraldehyde solution. *Indian J Dermatol Venerol Leprol* 2004; 70: 319-320
26. Esterman A, Pilotto L. Foot shape and its effect on functioning in Royal Australian Air Force recruits. Part 1: Prospective cohort study. *Mil Med.* 2005; 170: 623-628.
27. Dampierre H. Dermite plantaire-epidemique-durant une mission profunde en Guyane. *Med. Trop* 2003; 63: 179-182.
28. Schissel DJ. Road rash with a rotten odor. *Mil Med* 1999; 164: 65-67.
29. Gill KA Jr, Buckels LJ. Pitted keratolysis. *Arch Dermatol* 1968; 98: 7-11.
30. Jelliffe DB, Humphereys J. Lesion of the feet in African soldiers. *J Trop Med Hyg* 1952; 55: 1-5.
31. Bleise G, Nikkels AF, Hermannus-Le T, et al. *Corynebacterium*-associated skin infections. *Int J Dermatol* 2008; 47: 884-890
32. Wilson C, Dawber R. Trichomycosis axillaris: a different view. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 21: 325-326
33. Conklin RJ. Common cutaneous disorders in athletes. *Sports Med.* 1990; 2: 100-119.

**COOPERATION OF THE MILITARY MEDICAL SERVICES  
WITH THE CIVILIAN SECTOR AS EXEMPLIFIED BY THE 6<sup>TH</sup>  
MILITARY SUPPORT UNIT IN USTKA**  
ORGANIZACJA WSPÓŁDZIAŁANIA ELEMENTÓW WOJSKOWEJ SŁUŻBY  
ZDROWIA ZE SŁUŻBAMI CYWILNYMI NA PRZYKŁADZIE 6 WOJSKOWEGO  
ODDZIAŁU GOSPODARCZEGO W USTCE

Brzeziński Piotr  
6 Wojskowy Oddział Gospodarczy w Ustce, Polska  
6th Military Support Unit in Ustka, Poland, brzezoo@wp.pl

---

N Dermatol Online. 2010; 1(1): 10

---

In accordance with the decision of the Minister of National Defense, since 1st of January 2008, Inspectorate for Armed Forces Support has been conducting the guidance program of Military Support Units (Wojskowy Oddział Gospodarczy – WOG). Its aim is to test and adjust the concept of separation of financial and logistic tasks from the operational and training activities. Within the frame of this program four Military Supports Units (MSU) were established. They are located in: Dęblin, Gliwice, Ustka and Wrocław. They are the basic element within the stationary supply system and are responsible for the following tasks: logistic support, financial matters, medical support, force protection of military areas, mobilization process support, providing services for military units.

The Military Support Unit in Ustka (marked with number 6) supplies military units of the Navy, the Air Force and Air Defense and the Wicko Morskie Battle Camp, where the members of the North Atlantic Treaty Organization carry out their exercises.

Within the 6th Military Support Unit the Medical Services Department has been established, which aim is to secure medically the 6th Military Support

Unit and military units, which are supplied by it, as well as cooperation with civil services located within the area of activities of the Ustka and Wicko Morskie Garrison.

Structure of the Medical Service of the 6th Military Support Unit: 3 physicians, 3 nurses, 4 corpsmen, 1 petty officer – corpsman, 1 petty officer, 2 ambulances.

Ustka is a town of about twenty thousand population located in the middle-north Poland. During a high season (from May to September) its population increases up to 1000%

In case terrorist attack comes into, within the 6th Military Support Unit, the Medical Unit. The Crisis Group cooperates directly with the Crisis Headquarters in Ustka and with the Crisis Headquarters of District Authorities in Słupsk, as well as: the Military Police, the Police, Border Guard.

In case of threat within the area of activities of the 6th MSU the plans of evacuation and accesses to civil Health Care Service Institutions have been prepared. Spare points of hospitalization have been appointed.

**NOWY PRZYPADEK WRODZONEGO PEŁCZERZYKOWATEGO  
ZAPALENIA SKÓRY Z SIATECZKOWATYM  
BLIZNOWACENIEM**  
NEW CASE OF CONGENITAL VESICULAR EROSIVE DERMATOSIS SUPPLE  
RETICULATED SCARED (SCAR)

Brzeziński Piotr  
6 Wojskowy Oddział Gospodarczy w Ustce, Polska  
6th Military Support Unit in Ustka, Poland, brzezoo@wp.pl

N Dermatol Online. 2010; 1(1): 11-12

Do Ambulatorium w Ustce zgłosiła się pacjentka z czteroletnią córką, z problemami skórnymi. Z wywiadu dziecko było ogólnie zdrowe, urodzone w 34 tygodniu ciąży (piąta ciąża, trzecie dziecko), osiem punktów w skali Apgar, poród pośladowy, masa urodzeniowa 2100 g, długość 50 cm. Dotychczas nie diagnozowane w kierunku chorób skóry. Dziewczynka urodziła się z nadżerkami w prawym dole podkolanowym i na prawym przedramieniu. Z czasem zmiany skórne zaczęły stopniowo obejmować prawą część ciała (kończyna dolna, pośladek, okolice piersi). Okresowo matka dziecka podaje rumień okolicy twarzy. W badaniu przedmiotowym stwierdzono podłużnie przebiegające, o układzie siateczkowatym bliznowacenia i świeże zmiany rumieniowe (fot. 1). Zmiany skórne zlokalizowane po stronie prawej, dotyczyły dołu podkolanowego, okolicy stawu kolanowego, pośladka, przedramienia i okolicy podsutkowej. Zmiany skórne przebiegały wzdłuż linii Blaschko. Zmiany rumieniowe wykazują okresową tendencję do zmiany zabarwienia z jasnoczerwonej na ciemnoczerwoną. Poza tym paznokcie rąk i stóp z podłużnym „drzewkowatym” pęknięciem (unguium mediana canaliformis). Na

To ambulatory at Ustka (Poland) reported a patient with a four-year daughter with skin problems. The interview was generally healthy, baby born at 34 weeks gestation (fifth pregnancy, third child), eight points on the Apgar scale, labor buttock, birth weight 2100 g, length 50 cm. Not yet diagnosed in the direction of skin diseases. The girl was born with erosions in the right bottom of the popliteal and the right forearm. With time, skin lesions began to gradually cover the right side of the body (lower limb, buttock, breast area). Periodically facial erythema. Physical examination revealed longitudinally penetrations, arranged reticulated scarring and fresh erythematous change (Fig. 1). Skin lesions on the right side, covered the bottom of the popliteal, the area of the knee, buttock, forearm and inframammary region. Skin changes are carried out along the Blaschko lines. Erythematous changes tend to show a periodic change in color from light red to dark red. In addition median canaliformis unguium. Based on clinical interview and posed the initial diagnosis of congenital vesicular erosive dermatosis supple reticulated scared. SCAR is rare a genodermatozy, first described by Cohen et al in 1985.

podstawie wywiadu oraz obrazu klinicznego postawiono wstępne rozpoznanie wrodzonego pęcherzykowego i nadżerkowego zapalenia skóry z siateczkowatym bliznowacieniem.

Jednostka określana jako SCAR jest rzadką genodermatozą, po raz pierwszy opisaną przez Cohena i wsp. w 1985 roku. Charakteryzuje się nadżerkami i pęcherzami po urodzeniu, które goją się stosunkowo szybko, tworząc równomiernie, siateczkowate blizny. Dotychczas opisano 17 przypadków tego schorzenia (dane z bazy Pubmed). Ze względu na brak możliwości specjalistycznej diagnostyki pacjentkę przekazano do Kliniki Dermatologicznej.



Fot. 1. Zmiany rumieniowe i siateczkowate bliznowacenie na przedramieniu

Ryc. 1. Erythematous and reticulate scarring on the forearm

It is characterized by blisters and erosions at birth, which heal relatively quickly, creating evenly reticulate scars. To date, 17 cases of the disease (data from Pubmed database.) Due to the lack of specialized diagnostic patient was submitted to the Department of Dermatology.