

BFA

Várkonyi Viktória dr., Veres Gábor dr., Wikonkál Norbert dr.,  
Palikó Barna dr., Hársing Judit dr., Somogyi Tamás dr., Horváth István dr.,  
Horváth Attila dr.

## Syphilis recens eseteknél előforduló diagnosztikus problémák



3. ábra:  
Mindkét ajakzugban erodált,  
laposan előemelkedő papulák,  
a nyelv hegyén plaque  
muqueuse



6. ábra:  
A jobb láb III. ujjközben  
virágágyszerűen szétterülő, nedvező  
syphiliticus condyloma

# BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

## Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

## Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

## Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

## A szerkesztőbizottság tagjai:

Baló Mátyás dr.	Nagy Endre dr.
Daróczy Judit dr.	Nagy Károly dr.
Farkas Beatrix dr.	Nebenführer László dr.
Hrabovszky Tamás dr.	Podányi Beáta dr.
Horkay Irén dr.	Schneider Imre dr.
Horváth Attila dr.	Simon Miklós dr.
Hunyadi János dr.	Török Éva dr.
Husz Sándor dr.	Török Ibolya dr.
Kárpáti Sarolta dr.	Török László dr.
Kemény Lajos dr.	Várkonyi Viktória dr.
Korom Irma dr.	Zombai Erzsébet dr.

## TARTALOM

79. évf. 2003. 1. szám

*Iryni Beatrix dr., Aleksza Magdolna, Antal-Szalmás Péter dr., Sipka Sándor dr., Hunyadi János dr., Szegedi Andrea dr.:*  
Citokin szintek vizsgálata krónikus idiopáthiás urticariában szenvedő betegekben ..... 3

*Ketzán Eleonóra dr.:*  
Az acné a betegek szemszögéből életminőség vizsgálatok isotretinoin kezelés előtt és után  
Skindex-29 segítségével ..... 9

## KAZUISZTIKA

*Várkonyi Viktória dr., Veres Gábor dr., Wikonkál Norbert dr., Palikó Barna dr., Hársing Judit dr., Somogyi Tamás dr.,  
Horváth István dr., Horváth Attila dr.:*  
Syphilis recens eseteknél előforduló diagnosztikus problémák ..... 21

*Podányi Beáta dr., Simon Gyula dr., Horváth Attila dr.:*  
Felnőttkori mycosis capitis három esete ..... 29

Kongresszusi beszámoló ..... 35

Könyvismertetés ..... 37

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármely formában való másolásához, felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.

# BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

## President of editorial board:

A. Dobozy MD

## Editor – in – chief:

E. Temesvári MD

## Editor:

É. Ablonczy MD

## Editorial Board:

M. J. Baló MD	E. Nagy MD
J. Daróczy MD	K. Nagy MD
B. Farkas MD	L. Nebenführer MD
T. Hrabovszky MD	B. Podányi MD
I. Horkay MD	I. Schneider MD
A. Horváth MD	M. Simon MD
J. Hunyadi MD	É. Török MD
S. Husz MD	I. Török MD
S. Kárpáti MD	L. Török MD
L. Kemény MD	V. Várkonyi MD
I. Korom MD	E. Zombai MD

## CONTENTS

Vol. 79. N° 1. 2003.

*Beatrix Irinyi, Magdolna Aleksza, Péter Antal-Szalmás, Sándor Sipka, János Hunyadi, Andrea Szegedi:*  
Investigate cytokine pattern of patient with chronic idiopathic urticaria ..... 3

*Eleonóra Ketzán:*  
Acne from the patient's perspective quality of assessment using Skindex-29 before and after  
treatment with isotretinoin ..... 9

## CASE REPORTS

*Viktória Várkonyi, Gábor Veres, Norbert Wikonkál, Barna Palikó, Judit Hársing, Tamás Somogyi,  
István Horváth, Attila Horváth:*  
Diagnostic problem at syphilis recent cases ..... 21

*Beáta Podányi, Gyula Simon, Attila Horváth:*  
Three cases of tinea capitis in adult ..... 29

Reports ..... 35

Book reviews ..... 37

DEOEC Bőrgyógyászati Klinika (igazgató: Hunyadi János dr., egyetemi tanár)<sup>1</sup>,  
DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Bakó Gyula dr., egyetemi tanár)<sup>2</sup> és a Klinikai  
Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet (igazgató: Muszbek László dr., egyetemi tanár)<sup>3</sup>

## Citokin szintek vizsgálata krónikus idiopátiás urticariában szenvedő betegekben

### Investigation of the cytokine pattern of patients with chronic idiopathic urticaria

IRINYI BEATRIX DR.<sup>1</sup>, ALEKSZA MAGDOLNA.<sup>2</sup>, ANTAL-SZALMÁS PÉTER. DR.<sup>3</sup>,  
SIPKA SÁNDOR DR.<sup>2</sup>, HUNYADI JÁNOS DR.<sup>1</sup>, SZEGEDI ANDREA DR.

#### ÖSSZEFOGLALÁS

#### SUMMARY

Az urticaria egy nagyon gyakran előforduló bőrbetegség. Ennek egy speciális csoportját jelentik a krónikus idiopátiás urticariák (KIU), melyek etiológiája a részletes kivizsgálás ellenére ismeretlen maradt. Munkánk során célul tűztük ki a krónikus idiopátiás urticariás betegek jellemző citokin mintázatok vizsgálatát perifériás vér in vitro stimulált T limfocitáiban.

Vizsgálataink során nephelometria alkalmazásával határoztuk meg a szérum immunoglobulin szinteket. Immunfenotipizálás, valamint intracitoplazmatikus citokin festés és áramlási citometria segítségével detektáltuk a sejtfelszíni CD markereket és intracitoplazmatikus citokineket. ELISA technikával pedig a szolubilis citokinek szérumkoncentrációját határoztuk meg.

Eredményeink tükrében a krónikus idiopátiás urticariás betegek esetében az interleukin-10-t (IL-10) termelő CD4+ és CD8+ T sejtek gyakorisága szignifikánsan magasabb volt, míg az interferon-gammát (IFN- $\gamma$ ) termelő T helper (Th) és T citotoxikus (Tc) sejtek gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt a kontrollokéban mért értékekhez képest. Az IL-4-t termelő CD4+ T sejtek gyakorisága a krónikus idiopátiás urticariás betegeknél szignifikánsan alacsonyabb értéket mutatott, ellenben a CD8+ T sejtek IL-4 expressziója magasabb volt, mint az egészséges kontroll csoportnál. Az IL-13-t termelő CD4+ és CD8+ T sejtek aránya nem mutatott szignifikáns eltérést a kontroll csoporthoz képest.

Munkánk során elsőként számolunk be krónikus idiopátiás urticariás betegek perifériás vérében keringő limfocitáinak citokin termeléséről. Vizsgálataink során szignifikánsan emelkedett IL-10 expressziót tudtunk kimutatni, mely IL-10 túlsúly nagymértékben magyarázhatja a gátolt IFN- $\gamma$  termelést. Egyértelmű Th<sub>1</sub> vagy Th<sub>2</sub> irányú eltolódást nem tudtunk detektálni.

Chronic urticaria is a very common dermatologic disease. A special group of chronic urticaria is the idiopathic urticaria group, which has an unknown etiology in spite of detailed investigations. The aim of this study was to investigate the characteristic cytokine pattern of patients with chronic idiopathic urticaria (CIU) in the peripheral blood T lymphocytes. We measured the serum immunoglobulin levels by nephelometer. We detected the surface CD markers and intracytoplasmatic cytokines by cell staining and flow cytometry. We used commercial ELISA sets for the detection of soluble cytokine levels in the sera of patients. In patients with CIU the frequency of IL-10 producing CD4+ and CD8+ T cells was significantly higher, while the frequency of IFN- $\gamma$  producing helper and cytotoxic T cells was significantly lower than that from control subjects. The proportion of IL-4 producing CD8+ T cells was higher than that of the healthy control group. The ratio of IL-13 producing CD4+ and CD8+ T lymphocytes were higher in CIU patients than in the controls, but this difference was not significant.

Our study represents the first result on the cytokine production of peripheral blood T lymphocytes in CIU. We could observe neither a dominant Th<sub>1</sub> nor a dominant Th<sub>2</sub> type cytokine pattern. We measured a significant elevation in the intracellular IL-10 level and this may be cause of the downregulated IFN- $\gamma$  production.

**Kulcsszavak:**  
krónikus urticaria - citokinek - Th<sub>1</sub>, Th<sub>2</sub>

**Key words:**  
chronic urticaria - cytokines - Th<sub>1</sub> - Th<sub>2</sub>

Az urticaria egy igen gyakran előforduló betegség. A betegség kialakulásakor a bőrön számos, különböző nagyságú, éles szélű, a bőr szintjéből enyhén előemelkedő csalánbőrcse, vagyis urticaria jelenik meg erős viszketés kíséretében. A tünetek megjelenése és lefolyása alapján akut (egy alkalommal jelentkező és néhány napig fennálló), akut intermittáló (rövid csalánkiütéses epizódok hosszú tünetmentes periódusokkal) és krónikus formákat különböztünk el (1). A krónikus urticaria a 6 hétnél hosszabb időn keresztül fennálló, legfeljebb 1-2 napos tünetmentes időszakokkal tarkított megbetegedés. A tünetek kialakulásáért számos ok tehető felelőssé: fizikai vagy kémiai ingerek, infekciók, élelmiszer- és gyógyszerallergia, ill. pszeudoallergia, pszichés tényezők és immunológiai eltérések (2). Amennyiben a részletes kivizsgálás ellenére az etiológia ismeretlen marad krónikus idiopátiás urticariáról (KIU) beszélünk.

Az utóbbi évek kutatásai alapján ezen idiopátiás urticariák egy csoportjának hátterében autoimmun eredet valószínűsíthető, mivel autoantitestek mutathatók ki az Fc $\epsilon$  receptor I. típusának a lánc (Fc $\epsilon$ RI $\alpha$ ) vagy IgE molekula ellen (3). *Sabroe* és *Greaves* a krónikus idiopátiás urticariás betegek 3 csoportját azonosította: 1. akiknek az említett struktúrákkal szemben termelődő, funkcionálisan aktív keringő autoantitestjei vannak, 2. akik hőstabil, hízósejt specifikus hisztamin-felszabadító aktivitással rendelkeznek, 3. és akiknek negatív a saját szérum tesztjük és nincs keringő hisztamin-felszabadító faktoruk sem (4). Az autoimmun háttér megerősítésére szolgálnak azok a tények is, miszerint gyakran kimutatható a HLA-DR4 asszociáció, a női dominancia, más autoimmun betegségekkel való együttes előfordulás és az intravénás immunglobulin kezeléssel vagy plazmaferézissel szerzett meggyőző terápiás eredmények is ezt támasztják alá (5, 6, 7, 8).

A keringésben lévő T limfociták mintegy kétharmada CD4 sejtfelszíni markert hordozó T helper (Th) sejt. Eltérő citokin termelésük alapján további alcsoportokra (Th<sub>0</sub>, Th<sub>1</sub>, Th<sub>2</sub>) különíthetők el. Míg a Th<sub>1</sub> sejtek elsősorban IL-2-t, IFN- $\gamma$ -t, IL-12-t szekretálnak, addig a Th<sub>2</sub> sejtek IL-4, IL-5, IL-6, IL-10 és IL-13 citokineket termelnek. Egyes tanulmányok leírták, hogy Th<sub>1</sub> túlsúly figyelhető meg szerv-specifikus autoimmun betegségekben, míg Th<sub>2</sub> dominancia jellemző például a szisztémás sclerosos és az allergiás megbetegedések esetén (9, 10). A jelen munkánk célja az volt, hogy a krónikus idiopátiás urticariás betegek citokin mintázatát tanulmányozzuk.

## Anyagok és módszerek

A DEOEC Bőrgyógyászati Klinika Allergológiai szakrendelésén gondozott 22 krónikus idiopátiás urticariás beteget vizsgáltunk (4 férfi, 18 nő), akik átlagéletkora 40 év (11-76) volt, és akik bőrtünetei átlag 16 hónapja álltak fenn. A kivizsgálás során részletes anamnézis felvétel után fizikális és laboratóriumi vizsgálatokat végeztünk, ill. diétát alkalmaztunk, melyek segítségével az urticaria vasculitis, a fizikális urticariák, valamint az étel- és gyógyszerallergiák kizárhatók voltak. Egy betegnél sem találtunk gócfertőzést, illetve *Helicobacter pylori* asszociált gastritist. 14 betegnél (63%) pozitív autológ szérum tesztet tudtunk detektálni, 2 betegnél (9%) pedig anti-thyreoid

antitestet találtunk. Kontrollként 22 egészséges önkéntest vizsgáltunk (6 férfi, 16 nő), akik átlagéletkora 36 év (15-60) volt és semmilyen bőr-, ill. allergológiai betegségben nem szenvedtek.

A laboratóriumi vizsgálatok a DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika Regionális Immunológiai Laboratóriumában történtek.

### Immunglobulin szintek vizsgálata

A szérum IgG, IgA, IgM és totál IgE szinteket nephelométer segítségével határoztuk meg (Behring nephelométer).

### Allergén specifikus IgE meghatározása

Az inhalatív és étel allergének elleni specifikus IgE szintjét „Allergoset-IgE Food” és „Allergoset-IgE Inhalant” kitek segítségével mértük (INTEX Diagnostica, Basel).

### A limfocita szubpopulációk és aktivált T sejtek meghatározása

A sejtfelszíni CD markerek meghatározása heparinnal alvadástól véréből történt. A vizsgálatok során fluoreszcens festékekkel konjugált monoklonális ellenanyagokat használtunk: anti-human CD3-FITC (Fluorescein Isothiocyanate), anti-human CD4-PE (Phycoerythrin), anti-human CD8-FITC, anti-human CD19-PerCP; SIGMA, St. Louis. A festés és a fixálás után a mérés COULTER EPICS XL-4 áramlási citométeren történt. A fehérvérsejt szubpopulációkat nagyságuk és granuláltságuk alapján különítettük el. A fel-tüntetett százalékkértékek az adott markerre pozitív limfociták arányát mutatják a mintánként lemért 5000 limfocitán belül.

### Intracitoplazmatikus citokinek meghatározása

Az intracelluláris citokinek festését heparinnal alvadástól véréből végeztük a Becton Dickinson „Intracellular Staining Procedure” utasításai szerint. Mivel a nyugvó limfociták citokintartalma alig detektálható, ezért a sejteket négy órán keresztül stimuláltuk 25 ng/ml phorbol-myristate-acetate-tal (PMA) (SIGMA) és 1 ng/ml Ionomyccinnel (SIGMA) 37 °C-on 5%-os CO<sub>2</sub> koncentráció biztosítása mellett. A termelődött citokinek kiürülését Brefeldin-A-val (10  $\mu$ g/ml) (SIGMA) gátoltuk. A stimulálást követően először a sejtfelszíni CD4 és CD8 molekulákat jelöltük meg speciális monoklonális ellenanyagokkal (mEa). A sejteket 30 perc szobahőmérsékleten inkubáltuk 15  $\mu$ l quantum red-del (QR) konjugált anti-CD4, illetve CD8 mEa-gal (SIGMA). Ezt követően lizáltuk az eritrocitákat és fixáltuk a sejteket (Becton Dickinson FACS lizáló oldat, 10 perc szobahő, sötét), majd permeabilizáltuk a sejtmembránt (Becton Dickinson, FACS permeabilizáló oldat, 10 perc, szobahő, sötét). A sejtmembrán átjárhatósága teszi lehetővé azt, hogy az intracelluláris IFN- $\gamma$ -t, IL-4-t, IL-10-t és IL-13-t specifikus mEa-ok segítségével azonosítsuk (anti-IFN- $\gamma$ -FITC/anti-IL-4-PE mEa, Becton Dickinson, Mountain View, CA 20  $\mu$ l; anti-IL-10-PE mEa, Caltag, San Francisco CA, 10  $\mu$ l; anti-IL-13-PE mEa, 20  $\mu$ l; Becton Dickinson, 30 perc inkubálás szobahőn, sötétben). Végül a sejteket 1%-os paraformaldehid oldattal fixáltuk.

A mintákat COULTER EPICS XL-4 áramlási citométerrel mértük le és értékeltük. A T helper, illetve T citotoxikus limfocitákat fluoreszcens paraméterek és sejtfelszíni CD4, illetve CD8 pozitívításuk alapján azonosítottuk. Minden mintából legalább 5000 sejtet vizsgáltunk, és meghatározva a jelölt citokineket expresszáló CD4+ vagy CD8+ sejtek százalékos arányát, következtettünk a különböző limfocita szubpopulációk arányára.

### Szolubilis citokin szintek vizsgálata

ELISA technika segítségével határoztuk meg a szérumban keringő citokinek (IL-4, IL-10 és IFN- $\gamma$ ) koncentrációját (Pharmingen, anti-human OptEIA ELISA setek).

### Statistikai analízis

A szignifikancia szintek meghatározására kétmintás T-próbát alkalmaztunk.

## Eredmények

### Szérum immunglobulin szintek

A szérum immunglobulin szintjeit vizsgálva az IgM, IgA, IgG esetén nem tapasztaltunk eltérést a kontroll csoport

értékeihez képest. Az IgE szintje a krónikus idiopátiás urticariában szenvedő betegekben mérsékelten emelkedett volt, de ez az eltérés nem volt szignifikáns (1. táblázat).

#### Limfocita szubpopulációk meghatározása

A sejtfelszíni CD markerek vizsgálata során a CD3+, CD4+, CD8+, illetve CD19+ sejtek esetén jelentős eltérést nem tudtunk detektálni az egészséges és beteg populáció értékei között.

A CD3+ T limfocitákon belül az aktivált T sejtek százalékos arányát is vizsgáltuk. A HLA-DR-t (késői aktivációs marker) expresszáló T limfociták arányának szignifikáns emelkedését tapasztaltuk a krónikus urticariás betegcsoportban a kontroll csoporthoz képest, míg a korai aktivációs marker (CD69) esetén nem tapasztaltunk eltérést.

#### Intracitoplazmatikus citokinek

A limfociták intracelluláris citokineinek vizsgálata során elsőként az IFN- $\gamma$  expresszióját határoztuk meg. Mind CD4+, mind CD8+ T sejtek esetén szignifikánsan csökkent expressziót tapasztaltunk a KIU-s betegekben (1. ábra). Az IL-10 expresszióját tanulmányozva a krónikus idiopátiás urticariás betegekben a T helper és T citotoxikus sejtek szignifikánsan emelkedett IL-10 expresszióját detektáltuk a kontroll csoportban mért expressziókhöz képest (2. ábra). További vizsgálataink során a CD4+ T limfociták szignifikánsan csökkent IL-4 expressziót mértük, míg a CD8+ T sejtek emelkedett IL-4 expressziója volt kimutatható a betegcsoportban az egészséges kontrollokhoz képest, mely eltérés azonban nem volt szignifikáns (2. táblázat). Ugyanakkor a CD4+ T limfociták és CD8+ T limfociták IL-13 expressziója a betegcsoportban nem szignifikáns emelkedést mutatott a kontroll csoporthoz képest (2. táblázat).

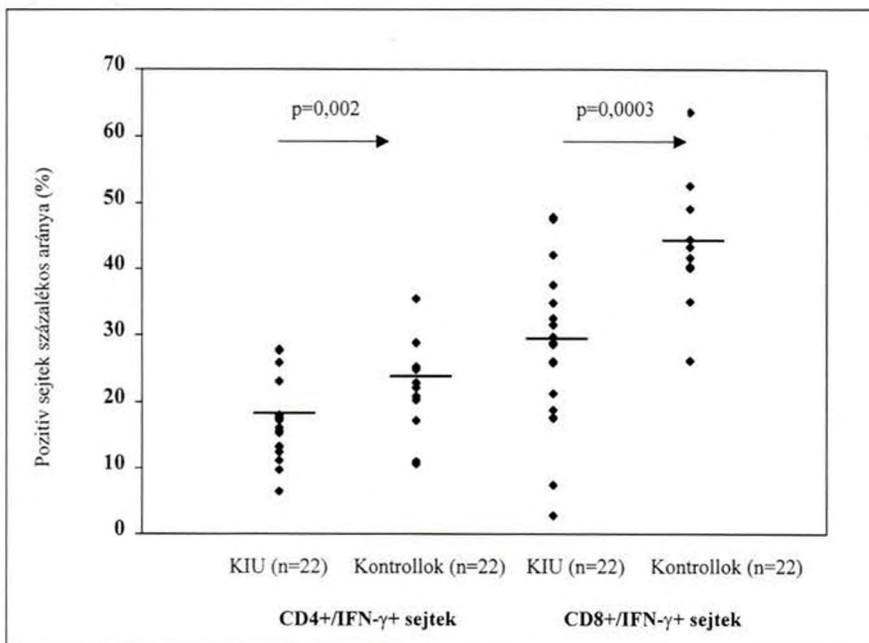
#### Szolubilis citokin szintek

A szérumban ELISA technika segítségével határoztuk meg a keringő IL-4, IL-10 és IFN- $\gamma$  koncentrációját. Valamennyi citokin esetén emelkedett szérumban koncentrációt mutattunk ki, de az eltérések nem voltak szignifikánsak az egészséges kontroll csoporthoz képest.

	IgG	IgA	IgM	IgE
Kontrollok (g/l) átlag $\pm$ szórás	11,2 $\pm$ 2,3	1,8 $\pm$ 0,7	0,9 $\pm$ 0,3	96,8 $\pm$ 21
KIU (g/l) átlag $\pm$ szórás	10,6 $\pm$ 2,4	2,0 $\pm$ 0,8	1,3 $\pm$ 0,6	146 $\pm$ 111

1. táblázat

Szérumban immunglobulin szintek a krónikus urticariás betegekben összehasonlítva az egészséges kontrollokéval



1. ábra

T helper és T citotoxikus sejtek IFN- $\gamma$  expressziója a krónikus idiopátiás urticariás és kontroll populációban. Minden egyes pont egy-egy beteg eredményét reprezentálja. A vízszintes vonal minden csoportban az eredmények átlagát mutatja

## Megbeszélés

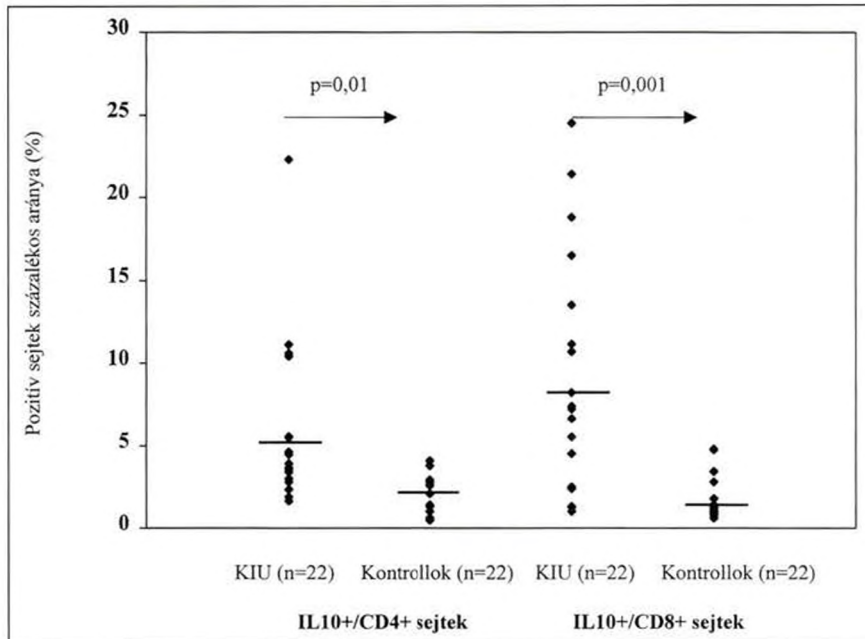
A krónikus urticariás betegek egy specifikus csoportját képezi az úgynevezett krónikus idiopátiás urticaria (KIU). Az utóbbi évek kutatásai alapján az idiopátiás urticaria egy részének hátterében autoimmun eredet mutatható ki, a betegek 27-50%-ának szérumban IgE receptor  $\alpha$  lánc (Fc $\epsilon$ RI $\alpha$ ) ellenes autoantitestek detektálhatók (11). Ezen antitestek jelenlétére az autológ szérumban teszt pozitívítása utal. Ma már az autoimmun KIU klinikai diagnosztikájának felállításához ez a teszt nélkülözhetetlen (12). Több megfigyelés is alátámasztja a Th<sub>1</sub> dominanciát bizonyos szervspecifikus autoimmun betegségeknél, míg Th<sub>2</sub> túlsúly jellemzi az allergiás megbetegedéseket. Jelen tanulmányunkban arra kerestünk választ, hogy kimutatható-e jellegzetes Th<sub>1</sub> vagy Th<sub>2</sub> túlsúly a krónikus idiopátiás urticariás betegekben.

A szérumban immunglobulin szinteket vizsgálva megállapítható, hogy az IgG, IgA és IgM szintek esetén nem találtunk különbséget a betegcsoport és az egészséges kontrollok kö-

	IL-4/CD4 (%)	IL-4/CD8 (%)	IL-13/CD4 (%)	IL-13/CD8 (%)
Kontrollok (n = 22)	1,1 ± 0,71%	0,59 ± 0,72	0,14 ± 0,09	0,17 ± 0,13
KIU (n = 22)	0,5 ± 0,86%	1,22 ± 4,04	0,21 ± 0,31	0,43 ± 0,48
Szignifikancia szint	0,03	n.s.	n.s.	n.s.

2. táblázat

A krónikus idiopátiás urticariás betegek CD4+ és CD8+ T limfocitáinak IL-4 és IL-13 expressziója. (n.s. = nem szignifikáns)



2. ábra

A betegek és egészséges kontrollok CD4+ és CD8+ T sejtjeinek IL-10 expressziója szignifikánsan különbözik egymástól. Minden egyes pont egy-egy beteg eredményét reprezentálja. A vízszintes vonal minden csoportban az eredmények átlagát mutatja

zött. Az összIgE szintje a krónikus idiopátiás betegeknél kissé magasabb volt, mint a kontroll populációban, de ez a különbség nem volt szignifikáns. Allergén specifikus IgE nem volt megfigyelhető a KIU-s betegeinkben. *Sarboe és munkatársai* saját eredményükhöz hasonlóan normál totál IgE szintet mutattak ki krónikus idiopátiás urticariás betegek szérumban. Alacsonyabb szérumban IgE szintet találtak azoknál a betegeknél, akiknek keringő anti-FcεRIα-juk vagy anti-IgE antitestjeik voltak, szemben azokkal a betegekkel, akik autoantitesttel nem rendelkeztek (13).

Sejtes vizsgálataink során először a limfocita szubpopulációk meghatározását végeztük el perifériás vérből. A beteg populációban nem volt különbség a CD3+, CD4+, CD8+ és CD19+ T és B sejtek eloszlásában a kontroll egyénekhez képest. *Malet és munkatársai* szignifikánsan csökkent CD8+ T limfocita számot detektáltak a KIU-s betegek perifériás vérében (14), valamint *Barlow és munkatársai* a KIU-s betegek szövettani mintáinak T sejtjeiben CD4+ dominanciát mutatott ki, a CD8+ sejtekkel szemben (15). Ezt követően a CD3+ T limfocitákon belül az aktivált T sejtek százalékos arányát vizsgáltuk. A HLA-

DR-t expresszáló T limfociták arányának szignifikáns emelkedését tapasztaltuk a beteg populációban az egészséges kontrollhoz képest, míg a korai aktivációs marker esetén nem találtunk eltérést.

A limfociták intracelluláris citokinjeinek vizsgálata során a CD4+ és CD8+ T sejtek szignifikánsan magasabb IL-10 expresszióját detektáltuk. Ezzel szemben a T helper és T citotoxikus sejtek IFN-γ expressziója a KIU-s betegeknél szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az egészséges alanyoknál. Megmértük a CD4+, illetve a CD8+ T sejtek intracelluláris IL-4 és IL-13 arányát is. Eredményeink azt mutatták, hogy az IL-4-t termelő CD4+ T limfociták száma szignifikánsan alacsonyabb volt a betegcsoportban, mint az egészséges kontrollokban. A CD8+ T limfociták IL-4 termelése, illetve a CD8+ és CD4+ T limfociták IL-13 termelése nem mutatott szignifikáns eltérést a betegek és a kontrollok között.

A citokin termelés alapján megállapítható, hogy a CD4+ T helper, mind a CD8+ T citotoxikus limfociták IL-10 termelése jelentősen emelkedett a krónikus idiopátiás urticariás betegeknél. Az IL-10 egy immunreguláló citokin, melyet a Th<sub>1</sub> és Th<sub>2</sub> sejtek egyaránt termelnek és elsősorban gátló hatást fejt ki ezen sejtek proliferációjára és cito-

kin termelésére. Eredményeink birtokában elképzelhető, hogy a fokozott IL-10 termelés következtében vált mind a T helper, mind a T citotoxikus limfociták IFN-γ termelése nagymértékben gátoltá. Az IL-10 gátló hatása a Th<sub>2</sub> sejtekben is csökken az intracelluláris IL-4 expresszió. A CD8+ sejtek IL-4 expressziójának emelkedése talán a csökkent IFN-γ szinttel magyarázható, hiszen az IFN-γ képes gátolni a Th<sub>2</sub> citokinek expresszióját, de egy csökkent IFN-γ szint ezt a gátló hatást nem képes kifejteni. Irodalmi adatok szerint az IL-10 gátló hatása az IL-13 termelésére nem jelentős, ez a tény lehet magyarázata az emelkedett IL-13 szintnek.

Az irodalomból ismert, hogy az IL-10 regulatorikus citokinnek gátló hatása mellett immunstimuláló hatása is megfigyelhető különösen a B sejtekre. Ezen stimuláló hatás hozzájárulhat a KIU-s betegeknél megfigyelt autoantitest termeléséhez. Vizsgált betegeink mindegyikében az autoantitestek jelenlétének igazolására az autológ szérumban tesztet végeztük el. A 22 betegből 14 betegnél tapasztaltunk pozitív és negatív autológ szérumban tesztelhető betegcsoportok adatait. Az így összevetett eredmények tanulmá-

nyozása során nem találtunk lényegi eltérést a két csoportban mért immunoglobulin szintek, CD marker értékek és citokin expresszió érték tekintetében, bár a két csoport betegszáma nem volt elég nagy szignifikancia számolásra.

Munkánk elsőként számol be a krónikus urticariás betegek perifériás limfocitáinak citokin mintázatáról. További kutatás szükséges még a KIU-s betegek bőr lézióiban megjelenő citokin mintázatok vizsgálatához. A kérdés megválaszolása, vajon van-e különbség a KIU-s betegek perifériás vérének, illetve bőrtüneteinek citokin mintázata között, még várat magára.

## IRODALOM

1. Dobozy A., Husz S.: Az urticaria és kezelése. *Házi orvos Továbbképző Szemle.* (1996) 1, 371-372.
2. Szegedi A., Irinyi B., Hunyadi J.: A krónikus urticaria. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2002) 78, 101-106.
3. Greaves M. W., O'Donnell B. F.: Not all chronic urticaria is „idiopathic“! *Exp. Dermatol.* (1998) 7, 11-13.
4. Sabroe R. A., Greaves M. W.: The pathogenesis of chronic idiopathic urticaria. *Arch. Dermatol.* (1997) 133, 1003-1008.
5. O'Donnell B. F., O'Neill C. M., Welsh K. I.: HLA associations in chronic urticaria. *J. Invest. Dermatol.* (1994) 103, 412.
6. Leznoff A., Sussman G. L.: Syndrome of idiopathic chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity: a study of 90 patients. *J. Allergy. Clin. Immunol.* (1989) 84, 66-71.
7. O'Donnell B. F., Barr R. M., Kobza Black A., Francis D. M., Kermani F., Niimi N., Barlow R. J., Winkelmann R. K., Greaves M. W.: Intravenous immunoglobulin in autoimmune chronic urticaria. *Br. J. Dermatol.* (1998) 138, 101-106.
8. Grattan C. E. H., Francis D. M., Slater N. G. P., Barlow R. J., Greaves M. W.: Plasmapheresis for severe, unremitting, chronic urticaria. *Lancet.* (1992) 339, 1078-1080.
9. Del Prete G.: The concept of type-1 and type-2 helper T cells and their cytokines in humans. *Int. Rev. Immunol.* (1998) 16, 427-455.
10. Singh V. K., Mehrotra S., Agarwal S. S.: The paradigm of the Th1 and Th2 cytokines: its relevance to autoimmunity and allergy. *Immunol. Res.* (1999) 20, 147-161.
11. Greaves M. W.: Chronic urticaria. *J. Allergy. Clin. Immunol.* (2000) 105, 664-672.
12. Bakos N., Mészáros Cs., Hunyadi J.: Immunológiai vizsgálatok chronicus urticariában. *Orvosi Hetilap.* 136 (48), 2603-2608.
13. Sabroe R. A., Seed P. T., Stat C., Francis D. M., Barr R. M., Kobza-Black A., Greaves M. W.: Chronic idiopathic urticaria: comparison of the clinical features of patients with and without anti-FcεRI or anti-IgE autoantibodies. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1999) 40, 443-450.
14. Malet A., Engel P., Huguet J., Garcia-Calderon P. A.: Immunologic parameters in chronic urticaria. *Allergol. Immunopathol. Madr.* (1986) 14 (5), 375-381.
15. Barlow R. J., Ross E. L., MacDonald D. M., Kobza-Black A., Greaves M. W.: Mast cells and T lymphocytes in chronic urticaria. *Clin. Exp. Allergy.* (1995) 25, 317-322.

Érkezett: 2002. X. 31.

Közlésre elfogadva: 2002. XI. 12.



*Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet, Balatonfüred (vezető főorvos: Ketzán Eleonóra dr.)  
közleménye*

## **Az acne a beteg szemszögéből: életminőség vizsgálatok isotretinoin kezelés előtt és után Skindex-29 segítségével**

### **Acne from the patient's perspective: quality of life assessment using Skindex-29 before and after treatment with isotretinoin**

KETZÁN ELEONÓRA DR.

#### **ÖSSZEFOGLALÁS**

A szerző Skindex-29 segítségével tanulmányozta 98 közepesúlyos és súlyos acneban szenvedő beteg életminőségének változását. Az acne a betegek életminőségét mind a tünetek, mind az emocionális status és a szociális funkciók tekintetében egyértelműen negatívan befolyásolta. Isotretinoin kezelés hatására a betegek 60,2%-nak bőre teljesen feltisztult, 37,3%-ban jelentős, míg 2,1%-ban mérsékelt volt a javulás. Az életminőség is szignifikánsan javult a nem, az életkor, a súlyossági fok viszonylataiban, a score értékek drasztikusan csökkentek átlag 31,8%-ról átlag 11,8%-ra. Érdekes módon a kezelés során jelentkező kettőnél több mellékhatás csak minimálisan befolyásolta az isotretinoin terápia életminőség javító hatását. A terápia után fennmaradó életminőség romlás feltételezhetően részben a már korábban kialakult objektív tünetekre (pigmentáció, hegek) részben a betegek szubjektív félelmeire, aggodalmaira, nem megfelelő tájékozottságára vezethető vissza. A Skindex-29, mint általános bőrgyógyászati életminőség vizsgáló eszköz, alkalmasnak tűnik a nagyobb odafigyelést igénylő esetek kiszűrésére. Annak ellenére, hogy a vizsgálatban résztvevő betegek acneja a kezelés előtt már átlag 3,9 éve fennállt, legtöbbször csak állapotuk rosszabbodásakor jelentkeztek kezelésre, csökkentve ezzel teljes gyógyulási esélyeiket. Gyakran nem volt összhangban a kezelő orvos és a beteg megítélése az acne súlyosságát és a terápia hatásosságát illetően. A legrosszabb életminőség jelzők (16,3%) mintegy harmadának (azaz az összes beteg 5,1%-nak) klinikai diagnózisa csak kevésbé súlyos acne betegség volt. Ezek az adatok felhívják a figyelmet arra, hogy a terápiára vonatkozó döntéseinket célszerű minden esetben a beteg egyéni adottságaihoz és igényeihez igazítani, hogy optimális kezelést nyújthassunk, maximális biztonsággal.

#### **Kulcsszavak:**

**acne - életminőség - Skindex-29 - isotretinoin  
kezelés**

#### **SUMMARY**

Author studied the changes in quality of life in 98 acne patients of moderate and advanced severity using Skindex-29. It was found that acne had a profoundly negative effect on the patient's quality of life, symptoms, emotional status, and social interactions. After treatment with isotretinoin, 60,2% of the patient's skin showed complete resolution; in 37,3% significant and in 2,1% moderate improvement was noted. At the same time, quality of life also improved significantly in all categories of age, gender, and severity, with the score values improving substantially from 31,8% to 11,8%. Interestingly, more than two side effects associated with isotretinoin treatment had minimal effect on the improvement of the quality of life. It is postulated that unresolved worsening in the quality of life after treatment may originate from preexisting objective abnormalities (e. g. pigmentation and scarring) and the associated apprehension, fearfulness, and lack of reliable information. Skindex-29 appears to be a valuable quality of life screening device in dermatology to identify those cases which need special attention. Although the patients enrolled in this study have had their acne preexisting on the average for 3,9 years, the majority of them only pursued initial treatment as their symptoms worsened, thus decreasing their chances for improvement. Patient assessment of severity and treatment effectiveness often showed low correlation with physician assessment. 16,3% of the patients reported the worst level of quality of life; one-third of them were classified to have a mild-moderate case severity of acne representing 5,1% of the total patient population of this study.

The above findings appear to indicate that therapeutic decisions require individual modifications to meet the patient's needs and expectations to provide optimal treatment with maximum level of safety.

#### **Key words:**

**acne - quality of life - Skindex-29 -  
isotretinoin treatment**

A népi gyógyítás hagyománya szerint „az ember személyiségét, lelkiségét és becsületét messze minden testtájék felett az arc és az arc bőre jelképezi” (5). Ez is lehet a magyarázata annak, hogy az elsősorban az arcot érintő egyik leggyakoribb bőrbetegség, a pleiomorph képet mutató acné (53) megjelenése – akár enyhe formában is – mély hatással lehet az egyén pszichoszomatikus fejlődésére (29). Súlyosabb esetben szignifikáns maradandó torzulást eredményezhet, amely kihat a pályaválasztásra és elhelyezkedésre, a mindennapi életvitelre (42), az életminőségre.

Életminőség alatt a beteg jólétének azon fizikai, szociális és emocionális aspektusait értjük, melyek az egyén számára fontosak vagy relevánsak (17). Mérése nem egyszerű feladat. Az utóbbi 15 évben számos kutatócsoport dolgozik újabb valid és megbízható eszközök kifejlesztésén (18, 20, 43, 46). A Skindex-29 egyike azoknak az adatlapoknak, mellyel mérhetővé válik a bőrbetegségeknek a páciensek életminőségére gyakorolt hatása. Mivel diszkriminatív és evaluatív vizsgálatok céljaira is használható, alkalmas különböző betegségcsoportok, ill. egyének longitudinálisan bekövetkezett állapotváltozásainak vizsgálatára (8).

Jelen tanulmány célja megvizsgálni:

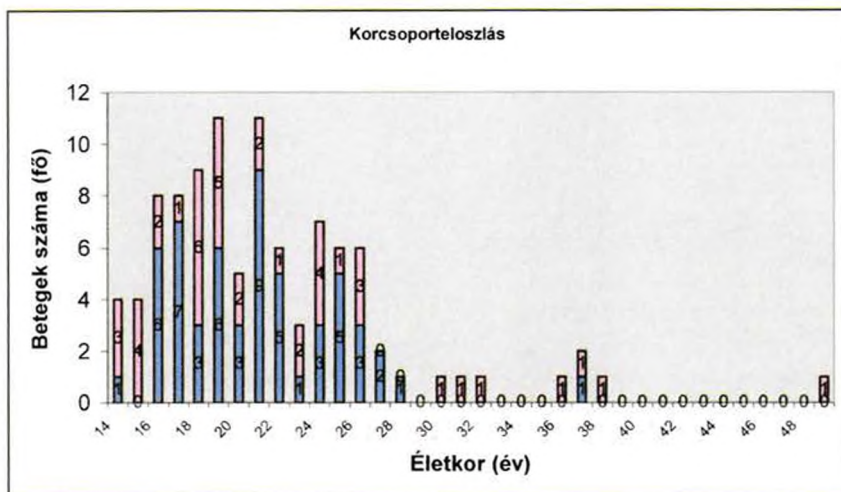
- hogyan vélekednek a betegek az acné kezelhetőségéről,
- hogyan befolyásolja az acné a betegek életminőségét,
- milyen összefüggések, ill. eltérések vannak a korcsoport, nem és súlyossági fok szerint isotretinoin kezelés előtt és után,
- a kezelés során jelentkező mellékhatások, ill. azok száma befolyásolja-e a betegek terápiáról alkotott megítélését, életminőségét,
- összhang van-e a kezelőorvos és a beteg véleménye között az acné súlyosságának és az isotretinoin kezelés hatékonyságának megítélésében.

## Betegek és módszer

Járóbeteg rendelésünkön 2000. január 1. és 2001. december 31. között acné tüneteivel jelentkezett betegek közül 130-t vontunk be random módszerrel a nyílt vizsgálatba. A 130-ból 98 beteg adatait dolgoztuk fel vizsgálati protokollunk szerint, melynek időtartama a javulástól, ill. gyógyulástól függően minimum 4 hónap volt. A betegek, 56 férfi és 42 nő, 14 és 49 év közöttiek, átlag életkoruk 21,3 év (1. ábra). Mivel az arc minden esetben érintett volt, a klinikai állapot változás megítélésekor az arcon bekövetkező változást vettük alapul. Eszerint osztályozva a betegek valamennyien közepes súlyos (Leeds pictorial grading system szerint 5-8), ill. súlyos (9-12 fokozatú) acné betegségben (39, 54) szenvedtek (2. ábra). A betegek 10 vagy 20 mg isotretinoin (Roaccutan, Roche) kapszulát kaptak 0,2-0,5 mg/kg/die dózisban. Kontroll vizsgálatok négyhetente, a gyógyszer újra felírásakor történtek, ekkor a mellékhatásokra is rákérdeztünk. Amennyiben a körkép szükségessé tette a betegek szisztémás antibiotikus, szteroid, ill. antiandrogen tartalmú orális anticoncipiens kezelést is kaptak, ill. lokális hidratáló és zsírozó terápiában részesültek a mellékhatások kialakulásának enyhítése céljából.

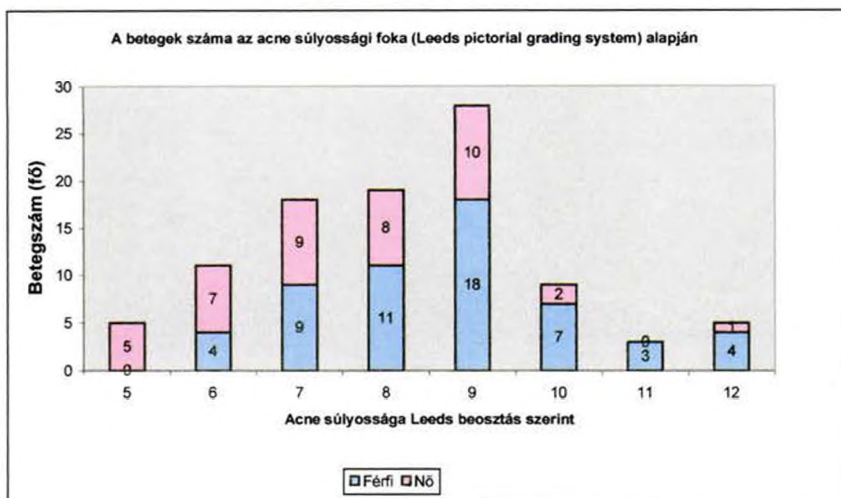
Nem kerültek feldolgozásra azoknak a betegeknek az adatai, akik a vizsgálat megkezdése előtt egy hónappal szisztémás antibiotikum, ill. szteroid kezelést kaptak, akik korábban bármikor részesültek Roaccutan kezelésben vagy folyamatosan antidepresszáns gyógyszert szedtek. 14 év alatti életkor is kizáró ok volt. Nem értékelhettük továbbá azon betegeknek az adatait sem, akik a kontroll vizsgálatokon nem (3 fő) vagy késedelmesen (7 fő) jelentek meg, a kiadott kérdőívet nem (5 fő) vagy csak hiányosan (8 fő) töltötték ki. 5 beteg mellékhatásokra hivatkozva (2 fejfájás, 1 alvászavar, 1 szájszárazság, 1 torokszárazság miatt) nem óhajtotta a gyógyszereszedést folytatni, további 4 beteg önkényesen szakította meg a kezelést.

A gyógyszer hatékonyságának megállapítására a következő vizuális kritériumok szolgáltak: feltisztulás = 100% hatékonyság, jelentős javulás = 75-99% hatékonyság, mérsékelt javulás = 50-74% hatékonyság, enyhe javulás = 50%-nál kisebb hatás, változatlan állapot = hatástalanság.



1. ábra

Korcsoporteloszlás, ahol férfi (kék, n = 56) és nő (rózsaszín n = 42), 14-20 éves (n = 49) és 20 év felett (n = 49)



2. ábra

A betegek száma az acné súlyossági foka alapján nemek szerinti felosztásban

Nem	Leeds pictorial grading system	Acne fennállási ideje (év)	Kezelési idő (hónap)	Kumulatív dózis (mg/kg)
Férfi n = 56	5-8 n=24	4,4	6,3	91,5
	9-12 n=32	3,7	8,8	122,5
Nő n = 42	5-8 n=29	3,5	7,1	102,9
	9-12 n = 13	4,9	8,3	123,0

1. táblázat

Acne fennállási ideje, kezelési idő, kumulatív dózis

A beteg egyéni adottságainak és szempontjainak figyelembe vétele céljából a kezelés megkezdésekor, ill. befejezésekor – mely a gyógyszerzedés abbahagyását jelentette – a betegek 29 kérdésből álló adatlapot (Skindex-29) töltöttek ki (3. táblázat). A 29 kérdés közül 7 a tünetekre (fizikai állapot), 10 az emocionális statusra és 12 a szociális funkciókra vonatkozik. A lehetséges válaszok: soha (0 pont), ritkán (1 pont), néha (2 pont), gyakran (3 pont) és állandóan (4 pont) voltak. A maximális pontszám tünetek (T) esetén 28, emóciók (Em) esetén 40, funkciók (F) esetén pedig 48 pont, összesen 116 pont, *magasabb pontérték nagyobb életminőség-romlást jelent* (9). A kérdőív kitöltéséhez a betegeknek 5-10 percre volt szükségük egyéniségüktől függően. A kezelés elején megkérdeztük még minden betegről, gondolta-e, hogy betegségének kezelését házilagosan, ill. kozmetikussal megoldhatja, és azt is, mikor gondolt arra, hogy pattanásos bőre miatt bőrgyógyász szakorvoshoz kellene fordulnia.

A kezelés befejezésekor kíváncsiak voltunk a betegeknek a gyógykezelés eredményére vonatkozó globális véleményére is. A lehetséges válaszokat a kiválótól a nem kielégítőig öt fokozatban adtuk meg.

A betegek a vizsgálatra és kezelésre vonatkozó részletes tájéko-

ztatás után valamennyien beleegyezésüket adták eredményeik felhasználásához.

A statisztikai analízist a Student-féle t-próba segítségével végeztük.

## Eredmények

A vizsgálatban résztvevő 98 betegnél a diagnózis 53 betegnél = 54,1% (24 férfi, 29 nő) középsúlyos; 45-nél = 45,9% (32 férfi, 13 nő) súlyos acne volt. Betegeink fele (49 fő) 14-20 éves korú volt, másik fele (49 fő) 20 feletti, így az életkor szerinti megosztás (az acne szempontjából fiatal, ill. idősebb) a 20 és a 21 év között húztuk meg. Kísérő betegségek kevés számban fordultak elő: egy nő coeliakiás, egy férfi Gilbert-kóros volt, két férfin tonsillitis chr. miatt tonsillectomiát végeztek a kezelés folyamán. Bőrgyógyászati kísérő betegségek hat betegnél atopiás dermatitis, kettőnél onychomycosis, egynél herpes simplex labialis recidivans, egynél pedig condy-

Diagnózis (Leeds)	Nem	Életkor szerinti bontás	Gyógyulás foka			Gyógyulás aránya		
			Feltisztulás	Jelentős javulás	Mérsékelt javulás	Feltisztulás	Jelentős javulás	Mérsékelt javulás
5-8 n = 53	Férfi n = 24	14-20 n=12	9	2	1	75%	16,6%	8,3%
		>20 n=12	7	5	–	58,3%	41,6%	–
	Nő n = 29	14-20 n=14	9	5	–	64,2%	35,7%	–
		>20 n=15	14	1	–	93,3%	6,6%	–
9-12 n = 45	Férfi n = 32	14-20 n = 14	6	8	–	42,8%	57,1%	–
		>20 n=18	6	12	–	33,3%	66,6%	–
	Nő n= 13	14-20 n=10	7	3	–	70,0%	30,0%	–
		>20 n=3	1	1	1	33,3%	33,3%	33,3%
Összesen	98	98	59	37	2	60,2%	37,7%	2,1

A betegek véleménye a kezeléssel: kiváló (n=52) 53,1%; igen jó (n=25) 25,5%; jó (n=11) 11,2%; megfelelő (n=8) 8,2% és nem kielégítő (n=2) 2%

2. táblázat

Klinikai értékelés és a betegek globális véleménye az isotretinoin kezelés eredményéről

Kérdés	típus	előtt	után
1 Bőrelváltozásokom fájdalommal jár	T	134	35
2 Bőröm állapota befolyásolja alvásomat	F	46	10
3 Nyugtalanít, hogy bőrproblémám súlyos lehet	Em	205	84
4 Bőrelváltozásokom megnehezíti munkavégzésemet és szabadidős tevékenységemet	F 122	34	
5 Bőrállapotom kihat társas kapcsolataimra	F	170	51
6 Bőrelváltozásokom miatt lehangoltnak (depressziós) érzem magam	Em	150	53
7 Bőrelváltozásokom égő-csípő érzést okoz	T	89	27
8 Bőrelváltozásokom miatt hajalamos vagyok az otthon ülésre	F	88	26
9 Aggódom, hogy maradandó hegek keletkeznek a bőrömön	Em	211	104
10 Bőröm viszket	T	137	58
11 Bőrállapotom befolyásolja, hogy milyen közeli kapcsolatba kerülök az általam kedvelt emberekkel	F	117	38
12 Szégyellem magam a bőröm miatt	Em	147	46
13 Nyugtalanít, hogy bőrelváltozásokom rosszabbodhat	Em	204	92
14 Szívesebben végzek mindent egyedül a bőrproblémám miatt	F	85	27
15 Bőrproblémám dühítenek	Em	223	103
16 A víztől rosszabbodnak a bőrelváltozásaim	T	45	23
17 Bőrállapotom megnehezíti számomra érzelmeim kinyilvánítását	F	118	45
18 Bőröm túlságosan érzékeny, gyulladt	T	178	94
19 Bőrelváltozásokom zavarólag hat az emberekkel való kapcsolataimra	F	126	38
20 Bőröm állapota zavar	Em	256	107
21 Bőrproblémám gondot jelent az általam kedvelt emberek számára	F	57	20
22 Bőrelváltozásokom miatt gátlásos (frusztrált) vagyok	Em	133	57
23 Bőröm érzékeny	T	177	96
24 Bőrállapotom akadályoz abban, hogy szívesen legyek emberek között	F	101	29
25 Kirekesztettnek érzem magam bőrproblémám miatt	Em	66	18
26 Bőröm vörösz	T	75	23
27 Bőrállapotom bosszúsággal tölt el	Em	213	83
28 Bőrelváltozásokom kihat szexuális életemre	F	66	14
29 Bőrproblémám fáradtságérzetet okoz	F	33	7

3. táblázat

A Skindex-29 magyar fordításban, valamint betegeink értékelése az acneről (kezelés előtt) és az isotretinoin kezelés hatásáról (kezelés után). T = tünetek, fizikai állapot (7); Em = emocionális állapot (10); F = funkciók, szociális kapcsolatok (12). Lehetséges válaszok: soha (0), ritkán (1), néha (2), gyakran (3), állandóan (4 pont).

loma acuminatum voltak. Négy beteg családi anamnézisében fordult elő súlyos conglobált vagy cysticus acne, egynek pedig anyja és fiútestvére M. Darier-ben szenved. Egyik kezelt betegnél édesanyja hirtelen halála miatt pszichológus segítségét kellett igénybe venni. Külső provokáló tényezőről egyetlen beteg sem számolt be.

Az isotretinoin terápia kapcsán a mucocutan mellékhatások előre kiszámíthatóan jelentkeztek: cheilitis, xerosis (két beteg kivételével mindenkin), továbbá orrvérzés (22 betegnél), dermatitis facialis (14 betegnél), dermatitis manus (8 betegnél), blepharoconjunctivitis (5 esetben), dermatitis solaris (1 esetben), angulus infectiosus oris (4 esetben), balanitis (2 betegnél), pyogen granuloma (1 betegnél) jelentkezett. Az egyéb mellékhatások: hányinger (1 betegnél), fejfájás (2 betegnél), fáradtságérzés (1 betegnél), myalgia (1 betegnél), arthralgia (4 betegnél) fordultak elő. A kezelés elején és végén történt laboratóriumi vizsgálatok alapján a kezelés végére 2 betegnél májenzim emelkedést észleltünk, egyik betegnél a kiindulási normális érték 50%-nál kisebb,

míg egy másik betegnél az alapérték 50%-t meghaladó mértékben. Vérlipoidok emelkedését 3 betegnél észleltük a kezelés során, közülük csak egy beteg lipoid értékei növekedtek közel 50%-kal. Ezek az eltérések nem indokolták a kezelés megszakítását. Laboratóriumi paraméterek a kezelés befejezése után minden esetben normalizálódtak.

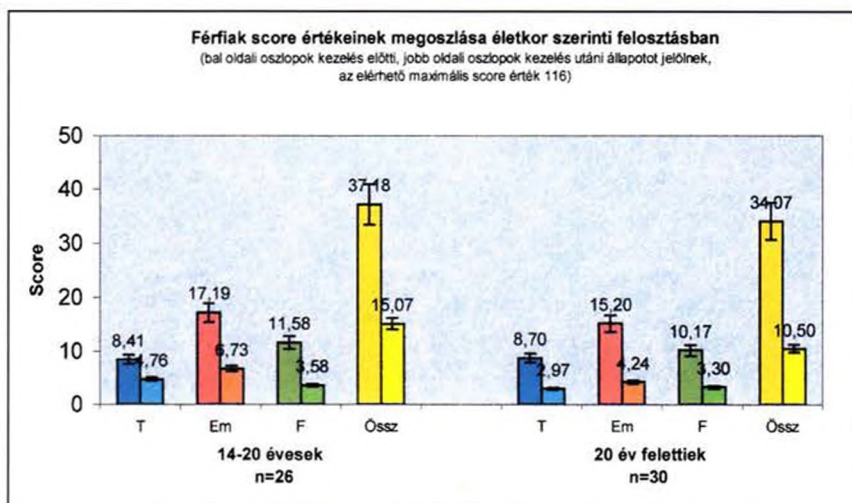
A vizsgálatban résztvevő 98 betegnél saját elmondásuk szerint az acne 1/2-12 év (átlag 3,9 év) óta állt fenn. Az isotretinoin kezelés során, mely átlag 7,6 hónapig tartott és a kumulatív dózis 109,2 mg/kg volt (1. táblázat) a betegek 60,2%-ának bőre teljesen feltisztult, 37,7%-ban jelentős javulás, még 2,1%-ban mérsékelt javulást tapasztaltunk. Enyhe javulás, ill. hatástalanság az értékelt betegcsoportban nem fordult elő. Külön választva a Leeds 5-8, ill. 9-12 fokozatú betegeket, a középsúlyos acne-csoportban (53 fő) a feltisztulás 73,6%, jelentős javulás 24,5%, mérsékelt javulás 1,9%, míg a súlyosnak ítélt csoportban (45 fő) a feltisztulás 44,5%, a jelentős javulás 53,3%, mérsékelt javulás 2,2% volt ez az arány (2. táblázat). A

középsúlyos acnes betegek esetében ez az eredmény átlag 6,7 hónapos kezeléssel 97,2 mg/kg kumulatív dózissal, míg a súlyosaknál átlag 8,5 hónap alatt 122,8 mg/kg kumulatív dózissal volt elérhető.

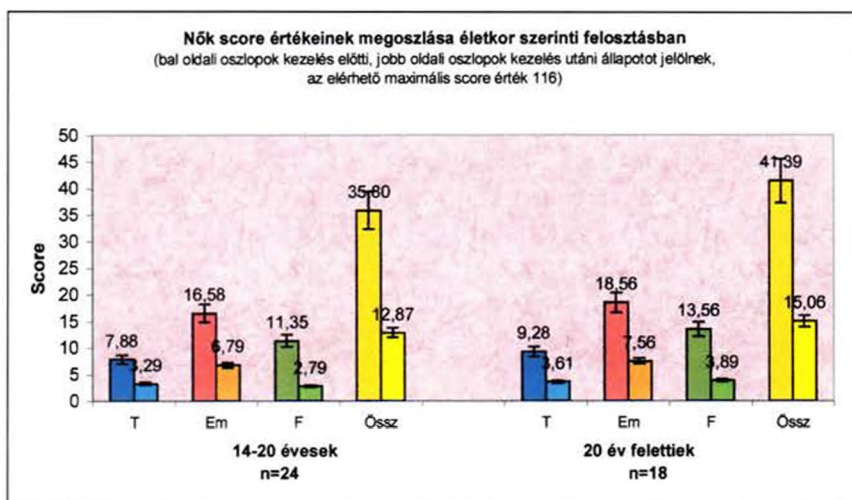
A betegeknek a kezeléssel alkotott globális véleménye nem mutatott teljes összhangot a klinikailag ítélt gyógyulási állapot megítélésével. Kiválónak ítélte a kezelést (52 fő) 53,1%, igen jónak (25 fő) 25,5%, jónak (11 fő) 11,2%, megfelelőnek (8 fő) 8,2%, nem kielégítőnek (2 fő) 2%.

A betegek életminőségének az acne következtében kialakult negatív változása a Skindex-29 adatlapon szereplő mindhárom kérdéscsoport esetében minden vonatkozásban (kor, nem, súlyossági fok) egyértelműen kimutatható volt. A kezelés előtti három legmagasabb score-értékű kérdés a „bőröm állapota zavar” = 256 pont, „bőrproblémáim dühítenek” = 223 pont, valamint „bőrállapotom bosszúsággal tölt el” = 213 pont, mindhárom az emóciókra vonatkozó csoportba tartozik. Legalacsonyabb pontértéke „a bőrproblémám fáradtságérzetet okoz” = 33 pont, „a víztől rosszabbodnak a bőrelváltozásaim” = 45 pont és a „bőröm állapota befolyásolja alvásomat” = 46 pont kérdéseknek volt. Az első és a harmadik funkcionális állapotra, míg a második a tünetekre utal. A depresszióra vonatkozó kérdésre a betegek 150 pontot adtak, mely a kezelés után 53-ra csökkent. A szexuális élet zavaraira utaló kérdés score-értéke viszonylag alacsony = 66 pont volt a kezelés előtt és 14 a kezelés után. Az egyes kérdésekre adott pontszámok kezelés előtti és utáni értékeit táblázatban (3. táblázat) adtuk meg.

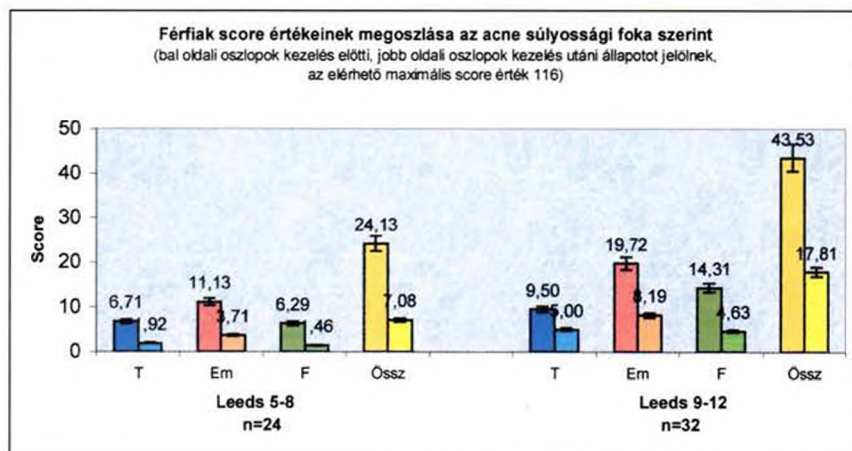
Összehasonlítást végeztünk 14-20 év közötti és 20 év felettek, közepesúlyos, ill. súlyos acnés férfi- és nőbetegek, valamint a kezelés során kettőnél kevesebb, ill. kettőnél több mellékhatásról beszámoló betegek életminőség változást jelző pontszámok között. Az isotretinoin kezelés minden esetben, minden vonatkozásban szignifikánsan javította a betegek életminőségét (átlag 31,8%-ról 11,8%-ra). Valamennyi esetben feltű-



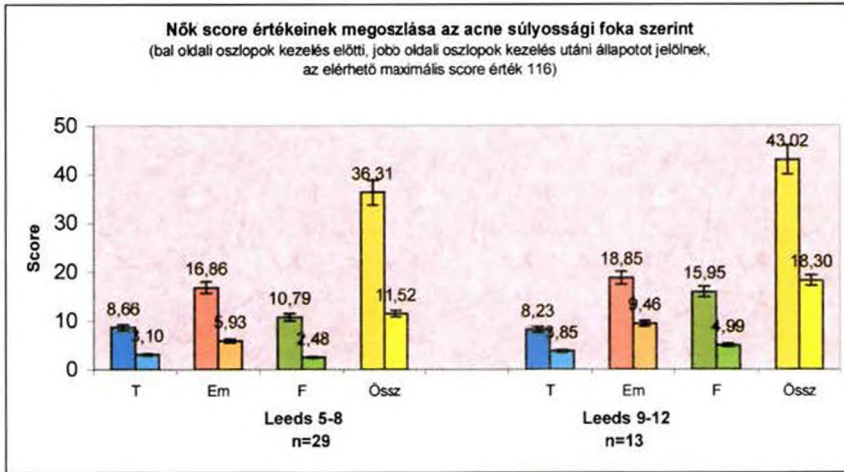
3. ábra  
Férfiak score értékeinek megoszlása életkor szerinti felosztásban.  
(A páronkénti, kezelés előtti és utáni  $p < 0,001$ )



4. ábra  
Nők score értékeinek megoszlása életkor szerinti felosztásban.  
(A páronkénti, kezelés előtti és utáni  $p < 0,001$ )

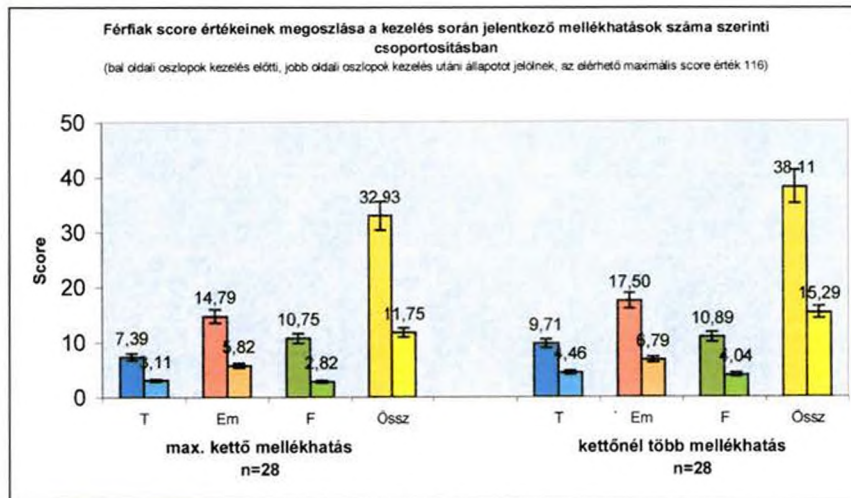


5. ábra  
Férfiak score értékeinek megoszlása acne súlyossági foka szerint



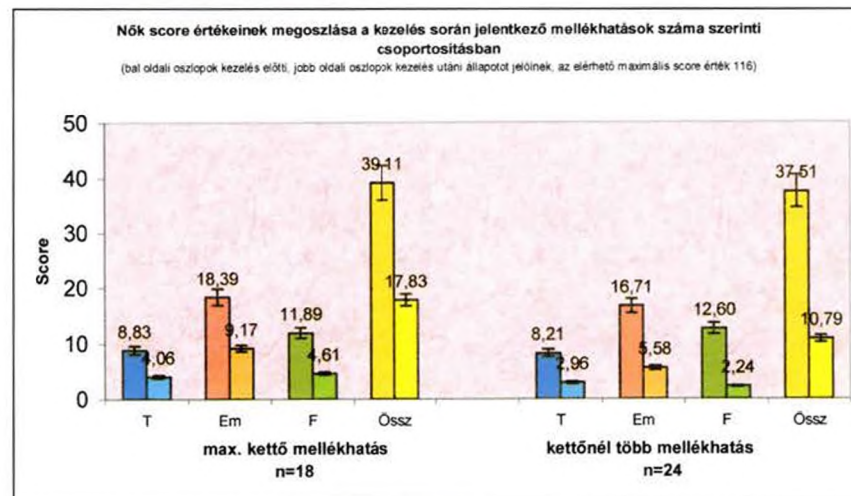
6. ábra

Nők score értékeinek megoszlása acne súlyossági foka szerint



7. ábra

Férfiak score értékeinek megoszlása mellékhatások szerint



8. ábra

Nők score értékeinek megoszlása mellékhatások szerint

nő volt az emocionális állapotra vonatkozó kérdések pontértékeinek magasabb száma a másik kettőhöz viszonyítva és ez az eltérés minden viszonyításban az isotretinoin kezelés előtti és utáni pontértékeknél is megfigyelhető volt.

Életkor szerinti felosztásban elemezve a Skindex-29 életminőséget jelző score értékeit megfigyelhető, hogy a fiatalabb férfiakat (14-20 év) jobban zavarja acnés elváltozásuk (score 37,2), mint a 20 év felettiek (score 34,1), sőt pontértékük meghaladja a hasonló korú (14-20 év) nők pontszámát is (score: 35,8). A 20 év feletti nőknél (score 41,4) az életminőség romlás lényegesen magasabb, mint a 20 év alatti nőknél (score 35,8) és mind a 20 év alatti, mind a 20 év feletti férfi csoportnál. Az arányok a kezelés végén is fennállnak. A férfiaknál 15,1 versus 10,5, nőknél 12,9 versus 15,1 a kezelés utáni pontérték a 14-20 éves, ill. 20 év feletti korcsoportban (3. és 4. ábra).

Az acne súlyossági fokához tartozó életminőség változásokat elemezve megállapítható, hogy a férfiaknál a súlyos acnés elváltozás csaknem kétszeres score értéket jelent (középsúlyos: 24,1 pont, súlyos: 43,5 pont), míg a nőknél egyáltalán nincs ekkora különbség (középsúlyos: 36,3 pont, súlyos: 43,0 pont). A súlyos acnés nők pontszáma (43,0) viszont csaknem teljesen egyezik a súlyos acnés férfiak pontszámával (43,5). Az isotretinoin kezelés befejezésekor 5-8 Leeds-fokozatú férfiak score értéke igen alacsony (7,1), jelezve az életminőség drasztikus javulását, nőknél a kezelés utáni pontszám a Leeds-5-8, középsúlyos csoportban valamivel magasabb (11,5). Súlyos acnés férfiak (score 17,8) és nők (18,3) pontértékei is nagymértékű javulást mutatnak, bár ezek az értékek relatíve magasabb szinten maradnak a kezelés után is, a páronkénti kezelés előtti és utáni  $p < 0,001$  (5. és 6. ábra).

Külön csoportban elemeztük azon betegek életminőség változásait, akiknél 2-nél kevesebb, ill. 2-nél több gyógyszer mellékhatást észlel-

Diagnózis (Leeds)	Nem	Életkor	Feltisztulás		Jelentős javulás		Mérsékelt javulás	
			n	Score	n	Score	n	Score
5-8	Férfi	14-20	9	7,77	2	30,5	1	2
		>20	7	3,28	5	8,80		
	Nő	14-20	9	7,55	5	13,80		
		>20	14	11,78	1	5		
9-12	Férfi	14-20	6	20,50	8	21,12		
		>20	6	20,16	12	15,08		
	Nő	14-20	7	16,14	3	29,23		
		>20	1	11,00	1	7	1	48

4. táblázat

Klinikai gyógyulás fokának és a kezelés végére kialakult pontértékeknek összehasonlítása

tünk az isotretinoin terápia során. Férfiaknál a 2-nél kevesebb mellékhatást mutató csoportban a score 32,9-ről 11,8-ra, nőknél 39,1-ről 17,8-ra, míg a 2-nél több mellékhatást jelző betegek csoportjában a férfiak score értéke 38,1-ről 15,3-ra, a nőknél pedig 37,5-ről 10,8-ra csökkent a kezelés végére. Tehát a több mellékhatás megléte a kezelés eredményességét a betegek életminőség változása szempontjából nem befolyásolta lényegesen, páronkénti, kezelés előtti és utáni  $p < 0,001$  (7. és 8. ábra).

A klinikai gyógyulás fokának megfelelő, a kezelés végére kialakult score értékeket táblázatban mutatjuk be, mely jelzi, hogy a páciensek véleménye nem egyezik teljes mértékben a gyógyulási eredménnyel (4. táblázat).

Vizsgáltuk azoknak a betegeknek az adatait is, akiknek a kezelés előtti összpontszáma 60 felett volt, jelezve életminőségük rossz voltát (az összes beteg közül 16 fő = 16,3%). Közülük 11-nek klinikai diagnózisa súlyos acne volt (Leeds-9 = 7 fő, Leeds-10 = 1 fő, Leeds-11 = 1 fő, Leeds-12 = 2 fő), míg 5-nél (5,1%) közepes súlyos (Leeds-5 = 1 fő, Leeds-6 = 3 fő, Leeds-7 = 1 fő) acne volt a klinikai minősítés. Ez utóbbi egyáltalán nem korrelált a súlyos életminőség-romlást jelző 60 feletti pontértékkel (9. ábra).

A kezelés elején feltett kérdésekre adott válaszok szerint szakorvosi vizsgálatra való jelentkezése előtt a betegek



9. ábra

Az életminőség és az acne súlyossági foka közötti összefüggés

42,9%-a gondolta azt, hogy házilagosan, és 37,8%-a, hogy kozmetikus segítségével meggyógyul bőrelváltozása. Csak 11,2% jelentkezett szakorvosnál az acne megjelenésekor, legtöbbször (43,9%) csak az elváltozás rosszabbodásakor, míg a többiek különböző külső tanácsra, ill. indok hatására keresték fel a szakrendelést (5. táblázat).

A betegek elképzelése az acne kezelhetőségéről	Igen	Nem
Házilag megoldás	n = 42 (42,9%)	n = 56 (57,1%)
Kozmetikus segítségével	n = 37 (37,8%)	n = 61 (62,2%)
Mikor fordult bőrgyógyász szakorvoshoz:		
Elváltozás megjelenésekor	n = 11 (11,2%)	
Állapota rosszabbodásakor	n = 43 (43,9%)	
Szülei, barátai tanácsára	n = 25 (25,5%)	
Kozmetikus tanácsára	n = 3 (3,1%)	
Háziorvosa tanácsára	n = 6 (6,1%)	
Amikor mások megjegyzést tettek	n = 3 (3,1%)	
Felvilágosító előadás után	n = 5 (5,1%)	
Ismeretterjesztő újságcikk, film hatására	n = 2 (2,0%)	

5. táblázat

A betegek elképzelése az acne kezelhetőségéről (n = 98)

## Megbeszélés

Az *acne vulgaris* a bőrgyógyászati rendeléseken előforduló egyik leggyakoribb diagnózis. A köztudatban gyakran a serdülőkör normális bőrelváltozásának tekintik. 1983-ban még a páciensek 86%-a azt gondolta, hogy a szappan és a víz megoldja a problémát. Német felmérés szerint 1998-ban a páciensek csak 20%-a kereste fel a szakrendelést (38). Más szerzők is (29) megerősítették azt a tényt, hogy *acne* kezelése céljából a betegek egy része későn jelentkezik. 2001-ben történt felmérés megállapította, hogy a páciensek 49%-a nem tudta biztosan, hogy az *acne* gyógyítható-e, és a betegek 74%-a csak 1 év eltelte után kereste fel a bőrgyógyászt (51). A feltett kérdéseink alapján mi is hasonló megállapításra jutottunk, a kezelést megelőzően az *acne* fennállási ideje átlagosan közel 4 év (3,9) volt, és a betegek közel fele (42,9%) házilagos, ill. több mint harmada (37,8%) kozmetikai kezeléstől remélte a gyógyulást, valamint nem rendelkezett megfelelő információval betegségére és annak kezelhetőségére vonatkozóan. A prospektív vizsgálatok kimutatták, hogy az *acne* korai (3 éven belüli) isotretinoin kezelése csökkenti a hegeseések gyakoriságát, a rendelésen későn jelentkező betegeknek csökken az esélye az „életre szóló” szövődmények elkerülésére (29).

Az *acne* klinikai képeinek egyértelmű, reprodukálható kvantitatív megítélése, objektív technikák kidolgozása több évtizede foglalkoztatja a szerzőket (7, 12, 30, 39, 57). Újabban Magyarországon a módosított Leeds-i klasszifikáció használata ajánlott (39, 54), mely különböző betegség stádiumú *acne* betegek fotóinak az aktuális beteg elváltozásához való hasonlításán alapszik (arc 12 fokozat, mellkas, hát 8 fokozat). Jelen közleményben ezt a módszert követtük.

A betegeknek gyakran a kezelőorvosától eltérő véleménye van saját betegségükről, ugyanakkor túlzott elvárásaik vannak a kezeléssel kapcsolatban (13, 37), ezért döntő fontosságú az orvos számára, hogy a klinikai képen felül tudomást szerezzen azokról a diszfunkciókról, melyeket az elváltozás a beteg fizikális, emocionális és szociális megnyilvánulásaiban, azaz életminőségében előidéz.

Az életminőség multidimenzionális fogalom, kulturális, szociális és környezeti hatásokba ágyazott szubjektív értékelést jelent (27). A szerzők egyre inkább egyetértenek abban, hogy az életminőséget mérni kell, mégpedig azért, mert az élet jóval több, mint csupán túlélés (1, 58), és az életminőség vizsgálatok térhódítása nem csupán a gyógyszerügyi marketing stratégia eszközei, hanem annak következménye, hogy a betegek és a laikus társadalom egyaránt részt kér az egészségével kapcsolatos döntésekből (43).

Az egészségfüggő életminőség (Health related quality of life = HRQOL) mérésére mintegy 15 év óta különböző eszközöket fejlesztettek ki, melyek megbízható, megismételhető módon mérni tudják változásait. Léteznek generikus (43, 50) és betegség specifikus (18, 50) kérdőívek, melyek alapos statisztikai elemzése értékes segítséget nyújthat bizonyos – elsősorban krónikus betegségek gyó-

gyításában. Nagy számban fejlesztettek ki speciális bőrgyógyászati mérőket (2, 3, 26, 34, 40), ezen felül egyes bőrbetegségekre specifikusakat is (19, 29, 45).

Mivel Magyarországon az életminőség vizsgálata még kevésbé terjedt el, érdemesnek tartottuk *acne* betegeinknél ilyen irányú felmérés végzését. Eszközként a Skindex-29-t választottuk, ugyanis ennek eredményei más bőrbetegségek vizsgálatára is alkalmasak (psoriasis, ekzema, jó és rosszindulatú daganatok stb.) (8, 9). Az életminőség vizsgálatával foglalkozók szerint fontos összevetni a generikus és specifikus vizsgáló eszközöket (9, 20, 59). A Skindex-29-nek megtörtént összevetése egy olyan generikus életminőség mérő eszközzel, az SF-36-al (19), melynek van adaptált magyar változata (17). Az adaptált változat mindig figyelembe veszi az egyes nyelvi és kulturális különbségeket (15, 43). Az SF-36-al történő összevetés során a Skindex-29 konvergens és diszkriminatív validitását bizonyították bőrbetegségeknél (9).

A hazai irodalomban Soós (50) foglalta össze a bőrgyógyászati életminőség vizsgálatokkal kapcsolatos információkat. Török (55, 56) életminőség vizsgálat előfutáraként foglalkozott az *acne* betegek és pszichológiai tényezők közötti kapcsolattal és Daróczy (16) alkalmazta a Skindexet krónikus urtikáriás betegek kezelése kapcsán. Elérhető információk szerint a Skindex-29 magyarországi adaptálása jelenleg még nem történt meg.

Az olyan bőrbetegséget, mint az *acne*, gyakran jelentéktelennek, triviálisnak tartják, különösen, ha más szervrendszerek betegségeivel hasonlítják össze. Meglepő módon az *acne* betegek szociális, pszichológiai és emocionális értékei megegyezők voltak a krónikus munkaképtelenséget okozó asztma, epilepszia, diabétesz, hátfájás vagy arthritises betegek életminőségére vonatkozó értékeivel (31). Bőrbetegségek életminőségére való hatását szerzők egymáshoz is hasonlították, legrosszabb életminőséget az urtikáriás betegeknek és az atopiás dermatitisben szenvedőknek mértek, majd sorrendben a psoriasis, az *acne* és a vitiligo következtek (40). A psoriasis és az *acne* életminőségére gyakorolt hatását mások is közel hasonlóan találták (48).

Vizsgálatunk során irodalmi adatokkal egyezően (3, 11, 21, 22, 28, 31, 38) megállapítható volt a Skindex-29 segítségével, hogy az *acne* nagymértékben befolyásolta a betegek életminőségét, átlag 31,8%-ban. Az életminőség romlást betegek leginkább az *acne* emocionális állapotot zavaró hatásaira vezették vissza, bőrelváltozásuk zavarta, dühítette őket. Az isotretinoin kezelés kapcsán gyakran vitatott téma a depresszió kérdése (4, 10, 41, 55, 56). Az erre vonatkozó válaszok nem túl magas összpontszáma és két különös válasz alapján (egyik beteg a depresszió szót áthúzta, másik beteg soha választ adott, azonban mellé írta „de zavar”) azt gondoljuk, hogy a köztudatban, a betegek körében a depresszió még mindig negatív megbélyegzést jelenthet, ezért titkolják. A kezelés során egyetlen betegnél sem tapasztaltunk az életminőség vizsgálat kapcsán depresszióra utaló állapot romlást. A szexuális életre vonatkozó kérdésre adott „soha” válaszok közül vizsgálatunk nem tudta kiválasztani azokat, akikre a kérdés nem



vonatkozott. A betegeket legkevésbé zavaró, kevés összpontszámú válaszok az acne betegség természetéből adódhattak – kevésbé okoz fáradtságérzetet, alvászavart, általában nem rosszabbodik a víztől.

Az isotretinoin kezelés jó eredménye (6, 24, 25, 33, 35, 36, 47, 53, 54) és az általa okozott jelentős életminőség javulás az irodalmi adatoknak megfelelően (28, 29, 37, 44, 56) súlyos és középsúlyos acneban nem volt meglepő. Elemzésünk kapcsán életkor, nem, súlyossági fok és mellékhatások száma szerinti összehasonlításban is megmutatkozott, hogy az irodalmi adatokkal egyezően, az effektív terápia nagymértékben csökkentette az acne által okozott fizikai, emocionális és funkcionális problémákat (28, 29, 37, 44).

Az életkor szerinti bontásban az életminőség romlás (Lasek adataival egybehangzóan) (28) a 20 év feletti nőknél volt a legkiemelkedőbb a kezelés előtt, és a legmagasabb a kezelés után is. Vizsgálatunk szerint a 14-20 éves fiúk rosszabb életminőségről számoltak be, mint a 20 év feletti társaik és a 14-20 éves lányokat is meglehetősen zavarta bőrelváltozásuk. A 14-20 év közöttiek score-értékei a kezelés után is viszonylag nagyobb életminőség romlást jeleztek, melynek oka feltehetően a serdülőkori érzelmi élet labilitása (14, 22, 49).

Az acne súlyossága mutatott ugyan párhuzamot minden csoportban az életminőség romlásával – de azzal nem vágtott teljesen egybe. Különösen megfigyelhető volt ez középsúlyos acneban szenvedő nők esetében. Irodalmi adatok megerősítik, hogy a nők magasabb pszichoszociális pontszámokat produkálnak, és nemcsak acneban, hanem egyéb bőrbetegségek esetében is (29, 38). Layton ezt a médiáknak a nőkre nagyobb nyomást gyakorló hatásával magyarázza (29).

Az isotretinoin a rendelkezésre álló leghatásosabb terápia a súlyos acne összes formájában, viszont az előre megjósolható mellékhatások (33) egyes betegek esetében zavaróak lehetnek. Ezért betegeink körében összehasonlítottuk a 2 vagy kevesebb, ill. a 2-nél több mellékhatást jelző betegek életminőség változásait, feltételezve, hogy a több mellékhatást mutatók életminősége a kezelés végén rosszabb lehet. A férfiak csoportjában valóban mutatkozott némi párhuzam, kevesebb mellékhatás mellett jobb életminőség javulás volt elérhető, több mellékhatás esetén kissé rosszabb volt a betegek saját állapotukról alkotott véleménye. Nők esetében viszont ezek az életminőség változásra vonatkozó értékek éppen fordítottak voltak: kevesebb mellékhatás jelentkezése mellett rosszabb életminőséget produkáltak, és több mellékhatás esetén életminőségük jobban javult a kezelés végére. Fentiekből arra a következtetésre jutottunk, hogy a mellékhatások jelenléte és száma a betegek szerint nem befolyásolta lényegesen a kezelés eredményességét.

Az isotretinoin kezelés hatására az acnés betegeink életminősége a Skindex-29 alapján átlag 31,8%-ról 11,8%-ra javult. A kezelés után is fennmaradó életminőség romlást részben a már korábban kialakult objektív tüneteknek, ill. szövödményeknek (pigmentáció, hegek), részben a betegek szubjektív félelmeiből, aggodalmaiból, nem megfelelő tájékozottságából adódónak tartjuk.

Az életminőség vizsgálatok egyik célja, hogy segítséget nyújtson a terápia megválasztását szolgáló döntéseinkben (22, 23, 37) és abban, hogy betegeink részére egyénre szabott, igényeiket és lehetőségeiket figyelembe vevő, tényeken alapuló (evidence based) kezelést biztosíthassunk. A kizárólag klinikai vizsgálatokra alapozott döntés nem mindig korrekt, nincs mindig összhang a klinikus és a beteg megítélésében, hiszen pl. az acnes beteg számára az elváltozás többlet jelent, mint göbcsék összességét (32). Betegeink véleményéből kiderült, hogy a 60 feletti score-értéket, azaz a legrosszabb életminőséget jelzők csoportjában 5,1%-ban a magas pontszámokhoz klinikailag enyhébb, csak középsúlyos acne társult. Ezért különös figyelmet kell fordítani pszichés vezetésükre és compliance-ük megnyerésére, elsősorban betegségükre vonatkozó hosszabb beszélgetés formájában (13). A betegeknek a kezelésre vonatkozó globális kérdéseinkre adott válasza jól mutatta, hogy a klinikailag 100%-nak ítélt terápiai eredmény a betegek megélése szerint nem mindig ilyen tökéletes, mely állítást az életminősége vonatkozó, a kezelés végére kialakult score értékek is alátámasztják.

Mi lehet a teendő? Több felvilágosítás (51), írott és szóbeli kommunikáció, akár a média, internet segítségével, nővérek bevonása a betegek edukációjának javítására (13), orvos-beteg kapcsolat javítása (52). Csak ily módon várható, hogy a betegek idejében jelentkeznek a szakrendeléseken és a súlyos szövödmények megelőzhetőek lesznek. Egységes, egyszerű életminőség vizsgáló módszerek adaptálása, ill. kidolgozása Magyarországon is elengedhetetlen. Nem lenne meglepő, ha valamikor a nem túl messze jövőben az életminőség vizsgálata a bőrgyógyászati szakorvosi vizsgálat szerves részét képezné.

## IRODALOM

1. Addington-Hall, J. and Kalra, L.: Ki tudja mérni az életminőséget? Brit. Med. J. (2001) 322, 1417. Referátum, Orvosi Hetilap 143. évf., 97-98.
2. Anderson, R. T. and Rajagopalan, R.: Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. J. Amer. Acad. Dermatol. (1997) 37, 41-50.
3. Anderson, R. T. and Rajagopalan, R.: Responsiveness of the Dermatology-specific Quality of Life (DSQL) instrument to treatment for acne vulgaris in a placebo-controlled clinical trial. Quality of life research (1998) 7, 723-734.
4. Bense, M., Zacharovics, J. és Török, L.: Aknés betegek depressziós magatartásának tesztelése. Szóbeli közlés (1999).
5. Berde, Károly: A magyar nép dermatológiája. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása, Budapest, 1940., p. 14.
6. Braun-Falco, O., Plewig, G., Wolff, H. H., und Burgdorf, W. H. C.: Dermatologie und Venerologie. 2nd Edition Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 2000. Pp 1053-1066.
7. Burke, B. M. and Cunliffe, W. J.: The assessment of acne vulgaris – the Leeds technique. Br. J. Dermatol. (1984) 111, 83-92.
8. Chren, M-M., Lasek, R. J., Flocke, S. A. and Zyzanski, S. J.: Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. Arch. Dermatol. (1997) 133, 1433-1440.
9. Chren, M-M., Lasek, R. J., Quinn, L. M. and Covinsky, K. E.: Convergent and discriminant validity of a generic and a disease-specific instrument to measure quality of life in patients with skin disease. J. Invest. Dermatol. (1997) 108, 103-107.
10. Chu, T. and Cunliffe, W. J.: Roaccutane and adverse reactions. Retinoids (1998) 14, 150.

11. *Cribier, B.*: Acne et qualite de vie. *Ann. Dermatol. Venereol.* (2000) 127, Suppl 2, 513-14.
12. *Cunliffe, W. J.*: Acne retinoids and proposed clinical trials. *Retinoids* (2002) 18, 1.
13. *Cunliffe, W. J.*: Compliance in dermatological practice. *Retinoids* (1999) 15, 124.
14. *Csanády K., Bense M., Török É., Szalai Zs.*: Akne betegség – korszerű kezelés, gondozás. *Háziorvos Továbbképző Szle.* (2002) 7, 150-153.
15. *Csépe P.*: Bőrgyógyászati betegek életminősége. *Szöbeli közlés* (2000).
16. *Daróczi J.*: Életminőség vizsgálata krónikus urtikáriás betegek-nél. *Skindex a Claritine-terápia szolgálatában. Szöbeli közlés* (1998).
17. *Egészségügyi Közlöny LII. évf. II. sz.*: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez. *Eü. Közl.*, 2002. május 23., 1314-1334.
18. *Finlay, A. Y.*: Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br. J. Dermatol.* (1997) 136, 305-314.
19. *Finlay, A. Y.*: Quality of life assessments in dermatology. *Seminars in cutaneous medicine and surgery (US)* (1998) 17, 291-296.
20. *Gill, T. M. and Felstein, A. R.*: A critical appraisal of the quality of quality-of life measurements. *JAMA* (1994) 272, 619-626.
21. *Girman, C. J., Harmaier, S., Thibout, D., Johnson, J., Barber, B., DeMuro-Mercon, C. and Waldstreicher, J.*: Evaluating health-related quality of life in patients with facial acne: development of a self-administered questionnaire for clinical trials. *Qual. Life Res.* (1996) 5, 481-490.
22. *Gupta, M., A., Johnson, A. M. and Gupta, A. K.*: The development of an Acne Quality of Life scale: reliability, validity, and relation to subjective acne severity in mild to moderate acne vulgaris. *Acta dermatovener.* (1998) 78, 451-456.
23. *Haynes, B., and Sox, H. C.*: A klinikai döntéshozatal kvantitatív szempontjai. 8. Klinikai alapkérdések VIII. pp. 1-11. *OrvosTudomány (Szerk.: Rubenstein, E. and Federman, D. D.) Tudomány Kiadó BT, Budapest, 1998.*
24. *Hirsch, R. J. and Shalita, A. R.*: Az isotretinoin adagolása: múlt, jelen és a jövő irányzatai. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* (2001) 20, 162-165. Magyar fordítás.
25. *Husz, S. és ifj. Regdon, G.*: Helyi kezelés a bőrgyógyászatban. *Scriptum Rt., Szeged, 2001.* Pp. 181-186.
26. *Klassen, A. F., Newton, J. N. and Mallon, E.*: Measuring quality of life in people referred for specialist care of acne: imparing generic and disease-specific measures. *J. Amer. Acad. Dermat.* (2000) 43, 229-233.
27. *Kullmann, L. és Harangozó, J.*: Az Egészségügyi Világszervezet életminőség vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap* (1999) 140, 1947-1952.
28. *Lasek, R. J., and Chren, M. M.*: Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch. Dermatol.* (1998) 134, 454-458.
29. *Layton, A. M., Seukeran, D., Cunliffe, W. J.*: Scarred for life? *Dermatology* (1997) 195, Suppl. 1., 15-21.
30. *Marks, R.*: How bad is my acne? *Retinoids* (2000) 16, 38-40.
31. *Mallon, E., Newton, J. N., Klassen, A., Stewart-Brown, S. L., Ryan, T. J. and Finlay, A. Y.*: The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Brit. J. Dermat.* (1999) 140, 672-676.
32. *Martin, A. R., Lookingbill, D. P., Botek, A., Light, J., Thiboutot, D., and Girman, C. J.*: Health-related quality of life among patients with facial acne – assessment of a new acne-specific questionnaire. *Clin. Exp. Dermatol.* (2001) 26, 380-385.
33. *Meigel, W. N.*: Biztonságos az orális isotretinoin? *Dermatology* (1997) 195, Suppl. 1., 22-28. Magyar fordítás.
34. *Morgan, M., McCreedy, R., Simpson, J. and Hay, R. J.*: Dermatology quality of life scales – a measure of the impact of skin diseases. *Br. J. Dermat.* (1997) 136, 202-206.
35. *Molnár, L.*: Bőrgyógyászat. Pp 195-205. *Springer Hungarica, 1997. Budapest.*
36. *Nebenführer, L.*: Az acne vulgaris és modern kezelése. *Hippocrates* (2001) 3, 79-84.
37. *Newton, J. N., Mallon, E., Klassen, A., Ryan, T. J. and Finlay, A. Y.*: The effectiveness of acne treatment: an assessment by patients of the outcome of therapy. *Br. J. Dermatol.* (1997) 137, 563-567.
38. *Niemeier, V., Kupfer, J., Demmelbauer-Ebner, M., Stangier, U., Effendy, I. and Gieler, U.*: Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatol.* (1998) 196, 108-115.
39. *Brien, S. C., Lewis, J. B. and Cunliffe, W. J.*: The Leeds revised acne grading system. *J. Dermatol. Treatment.* (1998) 9, 215-220.
40. *Poon, E., Seed, P. T., Greaves, M. W. and Kobza-Black, A.*: The extent and nature of disability in different urtical conditions. *Brit. J. Dermatol.* (1999) 140, 667-671.
41. *Presbury, D.*: A „Ki mit tud az acne klinikumáról?” felmérés eredményei. *Reflektorfényben, Roaccutan – a súlyos acne hatékony gyógyszere. Az EADV 9. kongresszusa alkalmával megrendezett szatellit-szimpozium összefoglalója, Genf 2000. október 11-15. Roche (Magyarország) Kft. kiadása.*
42. *Raugi, G. J.*: Acne vulgaris és acneiform kiütések. XIII. pp. 1-11. *OrvosTudomány (Szerk.: Rubenstein, E. and Federman, D. D.). Tudományos Kiadó BT, Budapest 1997.*
43. *Renczes, G. és Gachályi, B.*: Életminőség-vizsgálatok a klinikai gyakorlatban.
44. *Rubinow, D. R., Peck, G. L., Squillace, K. M. et al.*: Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1987) 17, 25-32.
45. *Salek, M. S., Khan, G. K. and Finlay, A. Y.*: Questionnaire techniques in assessing acne handicap: reliability and validity study. *Qual. Life Res.* (1996) 5, 131-138.
46. *Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D. and Frankel, S.*: Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *Brit. Med. J.* (1998) 317, 1191-1194.
47. *Saurat, J. H.*: Orális isotretinoin. Hol tartunk és mi várható? *Dermatol.* (1997) 195 Suppl. 1., 1-3 Magyar fordítás.
48. *Schafer, T., Staudt, A. und Ring, J.*: Deutsches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Hauterkrankungen (DIELH). Interne Konsistenz, Reliabilität, konvergente und diskriminante Validität und Verenderungssensitivität. *Hautarzt* (2001) 52, 624-628.
49. *Smith, J. A.*: The impact of skin disease on the quality of life of adolescents. *Adolescent medicine (US)* (2001) 12, 343-353.
50. *Sóos Gy.*: Életminőség vizsgálatok dermatológiai betegek körében. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (1999) 75, 225-227.
51. *Tan, J. K. L., Vasey, K. and Fung, K. Y.*: Beliefs and perceptions of patients with acne. *J. Amer. Acad. Dermatol.* (2001) 44, 439-445.
52. *Török É.*: Korszerű acne kezelés. *Med. Anonym.* (1998) 6, 19-21.
53. *Török L.*: Kérdések és válaszok az acne Roaccutan kezeléséről. *Pharma Press Kft. Budapest, 1998.*
54. *Török L.*: Újabb kérdések és válaszok az acne betegségről és annak Roaccutan kezeléséről. *Roche (Magyarország) Kft. Budapest, 2001.*
55. *Török L.*: Az acne és kezelésének néhány érdekesebb és újabb aspektusa. *Szöbeli közlés* (1999).
56. *Török L.*: Az acne és kezelésének aktuális kérdései. *Szöbeli közlés* (2000).
57. *White, G. M.*: Recent findings in the epidemiologic evidence, classification, and subtypes of acne vulgaris. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1998) 39, S34-37.
58. *Williams, A.*: Életminőség-mérés: miért és hogyan? *Eü. Gazd. Szle.* (2000) 38, 239-248.
59. *Ziebland, S., Fitzpatrick R. and Jenkinson, C.*: Tacit models of disability underlying health status instruments. *Soc. Sci. Med.* (1993) 37, 69-75.

Érkezett: 2002. X. 1.  
Közlésre elfogadva: 2002. X. 25.

*Országos Bőr-Nemikórtani Intézet<sup>1</sup>, és Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Kar  
Bőr- és Nemikórtani Klinika (igazgató: Horváth Attila dr., egyetemi tanár)<sup>2</sup>*

## Syphilis recens eseteknél előforduló diagnosztikus problémák Diagnostic problem at syphilis recent cases

VÁRKONYI VIKTÓRIA DR.<sup>1</sup>, VERES GÁBOR DR.<sup>2</sup>, WIKONKÁL NORBERT DR.<sup>2</sup>,  
PALIKÓ BARNA DR.<sup>1</sup>, HÁRSING JUDIT DR.<sup>2</sup>, SOMOGYI TAMÁS DR.<sup>1</sup>,  
HORVÁTH ISTVÁN DR.<sup>1</sup>, HORVÁTH ATTILA DR.<sup>1,2</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők két beteg esetét ismertetik. Az első férfibetegnél a syphilitikus phimosisból kialakult paraphimosis miatt urológiai osztályon circumcizio, valamint a sulcus coronariusban elhelyezkedő primér fekély eltávolítása történt meg. A betegnél a pozitív lues szerológia, a kétoldali lymphadenopathia és a típusos kórelőzmény alapján már a műtét előtt diagnosztizálni kellett volna a nemibetegséget. A második eset az előző eset szexuális kontaktusa és mint fertőzőforrás került vizsgálatra syphilis második stádium klinikai tüneteivel. A tünetek erodáltak, ajakzugokban, genitoanalisban és a jobb láb III. ujjközben elhelyezkedő syphilitikus condylomáknak feleltek meg. Az esetekkel a szerzők a figyelmet kívánták felhívni arra, hogy a diagnosztikus tévedések elkerülhetők, ha az orvosok gondolnak syphilis lehetőségére nemcsak a típusos megjelenés, hanem az atípusos lokalizáció esetén is.

#### Kulcsszavak:

**syphilitikus paraphimosis - circumcizio -  
interdigitalis condyloma latum**

### SUMMARY

The authors present two cases of syphilis recent. In the first case, circumcision was performed on a male patient in order to cure his primary chancre and phimosis at a urology department. Upon relying on the positive serology, bilateral lymphadenopathy, and classic history this operation could have been avoided.

The sexual partner of the previous patient was also seen with clinical manifestations of secondary syphilis after the first diagnosis was established. Her symptoms included erosive syphilitic condylomas at each corner of her mouth, at the genito-anal region, and interdigitally on the right foot.

The authors wish to remind all practicing physicians that syphilis needs to be considered and excluded when classic signs of the disease are seen in both typical and unusual localizations.

#### Keywords:

**syphilitic paraphimosis - circumcission -  
interdigital condyloma latum**

Az emberiséget a történelmi újkor kezdete óta kísérő betegség a syphilis, mely évszázadokkal ezelőtt akut lefolyású, gyorsan halálhoz vezető megbetegedés volt. Az idők folyamán a kórokozó emberre történő adaptálódása következtében azonban krónikus, stádiumokban zajló betegséggé szelődött.

Az 50-es, 60-as évek különböző járványügyi intézkedései, a kötelező penicillin kezelés bevezetése, továbbá a térségre jellemző szocio-társadalmi-politikai helyzet következtében az átmeneti fellángolások ellenére a megbetegedések száma a 80-as évek végére olyan mértékben csökkent, hogy egy-egy tünetes lueses eset észlelése igazi szakmai csemegének számított. Ez a syphilis szempontjából paradicsominak tekinthető epidemiológiai helyzet a 90-es évek elején jelentősen megváltozott. Az alvó oroszán felébredt, és bár gyógyítható megbetegedés, újult erővel söpör végig a világon.

A syphilis napjaink egyik legégetőbb járványügyi problémája. Az újkori syphilitikus járvány az 1990-es évek ele-

jén indult Kelet-Európából, s az ezredforduló előtt Magyarország keleti feléből jól követhető góccokból kiindulva napjainkra gyakorlatilag az egész országban jelen van (1, 3, 13).

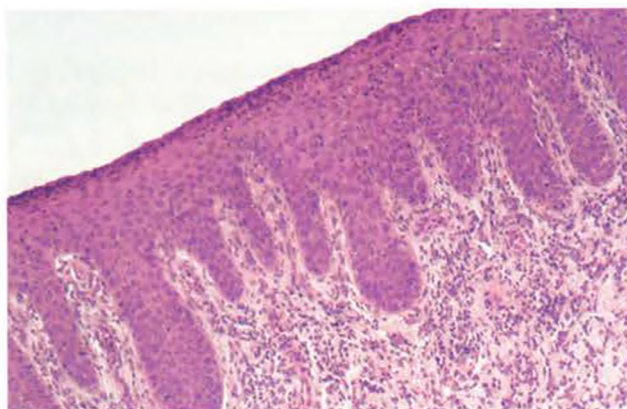
A betegség kezelés nélküli stádiumokban zajlik, tünetmentes és tünetes szakaszok váltogatják egymást. A fertőzőképesség szempontjából korai fertőző (*Syphilis recens symptomatica*, *Syphilis latens recens*) és késői, szexuális átvitel szempontjából nem fertőző syphilitis (*Syphilis latens tarda*, *Tercier syphilis*, *Cardiovascularis* és *Neurosyphilis*) különböztetünk meg. A természetes lefolyást akcidentális antibiotikum szedése nagymértékben befolyásolja.

A *Treponema pallidum* által előidézett tünetek ugyanolyan változatosak, mint évtizedekkel ezelőtt (6, 7, 10, 11, 12, 13, 14). Tulajdonképpen nem a betegség természete változott meg, hanem az orvosi éberség csökkent, ugyanis gyakran kézenfekvő klinikai tünetek esetén sem gondolnak lueses infekció lehetőségére. Jelen közlemény-



1. ábra

A glansot és a sulcus coronariust tapadós, száraz pörk fedti, a penis oedemas



2. ábra

Akanthoticus hám alatt lymphocytákból és plasmasejtekből álló infiltrátum (HE festés)



3. ábra

Mindkét ajkzugban erodált, laposan előemelkedő papulák, a nyelv hegyén plaque muqueuse

ben ismertetett esetekkel a célunk, hogy ismételten felhívjuk a figyelmet a „nagy imitator” klinikai sokszínűségére.

### Esetismertetés

1. eset. Az 56 éves férfi 2002. március elején vette észre a sulcus coronariusban kialakult fájdalommentlen sebet, melyhez rövidesen a fityma oedemas duzzanata, kétoldali inguinalis nyirokcsomó megnagyobbodás társult. A beteg orvoshoz akkor fordult, amikor a phimosis paraphimosissá alakult. Ekkor – március 22-én felvételt nyert egy urológiai osztályra, ahol a státusz rögzítés után circumcisiót végeztek. A műtét kapcsán az operáló orvos észlelte a sulcus coronariusban elhelyezkedő 2 db ujjbegynyi fekélyt, melyeket szőlő-

vettani vizsgálat céljából eltávolítottak. A felvételt követő 5. napon, a VDRL pozitivitás alapján merült fel lues lehetősége, melynek tisztázására a beteget zárójelentés szerint intéztük STD centrumába irányították. A beteg 3 hét múlva már meg is jelent a vizsgálaton.

Státusz: a penis oedema mellett a glans felszínét száraz pörk fedte (1. ábra), a sulcusban 1-1 varratot észleltünk, inguinalis nyirokcsomói mindkét oldalon duzzadtak voltak, a törzsön és a végtagokon elszórta barnásvörös papulákat láttunk, helyenként Biet-féle hám-gallérral.

Klinikai diagnózis: Syphilis II.

A kezelés előtt és a kontroll vizsgálatoknál elvégzett szerológiai vizsgálatok eredményeit az 1. táblázat mutatja.

Beteg	Dátum	RPR	TPHA	HIV 1-2
1. sz. férfi	2002. 04. 17.	1:128 (++)	5120 E	negatív
	2002. 05. 23.	1:32 (++)	1280 E	negatív
	2002. 08.	1:8 (+)	>320 E	negatív
	2002. 12.	1:4	1280 E	negatív
2. sz. nő	2002. 04. 17.	1:256 (++)	320 E	negatív
	2002. 05. 23.	1:64 (++)	40.960 E	negatív
	2002. 08.	1:64 (+/-)	10.240 E	negatív
	2002. 12.	1:32	10.240 E	negatív

1. sz. táblázat

A syphilis szerológia alakulása a betegeknél



4. ábra

Genitoanalisan erősív syphilises condylomák



5. ábra

Köldökben barnásvörös papulák

Az urológiai osztályon végzett szövettani metszetet megkértük (2. ábra) vélemény: syphilises primer affectiora gyanút keltő szöveti kép (Hársing Judit sk).

*Kontaktus kutatás eredménye:* 1 éve élettársi viszony az alábbiakban ismertetendő nőbeteggel. Egyéb kapcsolatot negált.

2. eset. 49 éves nőbeteg klinikai tünetei 2002. március közepén kezdődtek diffúz hajhullással, majd 2-3 héten belül észlelte elváltozásait genitálisan, ajakzugokban. Orvoshoz nem fordult.

Státusz: mindkét ajakzugban (3. ábra) laposan előemelkedő, jól körülhatárolt, nedvező barnásvörös papulák. Genitoanalisan (4. ábra) igen sok, nedvező, syphilises condyloma kifejezett odorral, a köldökben (5. ábra) egy nagyobb syphilises plakk, a jobb láb III. ujjközben (6. ábra) virággyáásszerűen szétterülő, bűzös, nedvező syphilises condyloma.

*Sötéltatóteres vizsgálat:* ajakzugból, vulváról és a jobb láb előb-  
biekben leírt elváltozásából pozitív eredményt mutatott.

Szerológiai vizsgálatok eredményeit az 1. táblázat mutatja.

*Diagnózis: Syphilis II. Condyloma latum.*

*Kontaktus kutatás:* a nőbeteg 2001. december végén alkalmi kapcsolatot létesített, a fertőzőforrás nevét, címét megadni nem tudta.

*Terápia:* mind a két beteget rövid időre hospitalizáltuk. A Herxheimer reakció elkerülése céljából doxycyclin előkezelés után heti 1x2,4 E benzathin-penicillin (Inj. Retarpen®) intramuscularis kezelést kezdtünk, összadózis 7,2 E. Gondozásukat a szakmai előírásnak megfelelően folytatjuk.

## Megbeszélés

A syphilises primer affectio típusos esetben a fertőzést eredményező aktust követő 3. héten, a szekunder syphilis

bőr- és nyálkahártya tünetei a 9. héten jelentkeznek. Az ulcus durumot, ha a fitymazsákon belül helyezkedik el, és a beteg nem fordul időben orvoshoz, a preputium oedemája következtében kialakult phimosis kíséri.

A szekunder stádium szokatlan lokalizációjú bőrtüneteit főleg a penicillin kezelés előtti erában észlelték az orvosok. Jóllehet a condyloma latum genitoanalisan megszokott szimptóma, az interdigitalis manifesztáció extrém ritka, és elsősorban elhanyagolt, tisztátalan syphilitikus betegeknél számíthatunk megjelenésére (2, 4, 8, 9).

Az első eset általános tanulsága:

- A műtét előtti státusz korrekt leírása („tapintható, tömött terime az oedemás penisen, a kétoldali inguinális lymphadenomegalia”) a luesre tulajdonképpen típusos kórelőzmény, melyet a pozitív nonspecifikus szerológiai (VDRL) eredmény is alátámasztott, fel kellett volna, hogy vesse a syphilises kóreredetet. A paraphimosis attól függően, hogy mennyi ideje áll fenn, sürgős műtéti beavatkozást tehet szükségessé, syphilises eredetűnél azonban a konzervatív megoldás, a repozíció az indokolt.
- A beteget a kezelő orvosnak a hatályos járványügyi rendelet értelmében át kellett volna jelenteni a lakóhely szerinti bőr- és nemibeteg gondozónak. Az sem



6. ábra

A jobb láb III. ujjközben virágágszerűen szétterülő, nedvező syphiliticus condyloma

lett volna probléma, ha az OBNI STD centrum orvosával konzultálnak a teendőkről, mint ahogy ez az elmúlt több, mint 10 évben számtalan esetben megtörtént. Ezek az adminisztratív lépések lehetővé tették volna, hogy a beteg időben hamarabb kerüljön nemgyógyászati vizsgálatra és korábban kapja meg az antilueses terápiát. Természetesen az esetről és hasonló esetben a teendőkről az urológus kezelő orvost tájékoztattuk.

A második eset tanulsága tulajdonképpen a nedvező syphiliticus papulák, a „papulae hypertrophicae madidantes” (2) szokatlan lokalizációban való megjelenése. Interdigitalisan és az ajakzugokban ritkán lehet látni lueses papulát. A tüneteket illetően találó Guszmán megállapítása: „A syphiliticus infectio lehetőségét semmiféle ritkább localisatio nem teheti egymagában valószínűtlenné” (5). Ha munkánk során gyakran gondolunk erre a megállapításra, akkor a diagnosztikus tévedések valószínűségét jelentősen csökkenteni tudjuk.

#### Összefoglalva

- Egyébként egészséges férfinél, látszólag különösebb ok nélkül hirtelen kialakuló phimosis esetén rendkí-

vül fontos a kórelőzmény (fájdalmatlan sebképződés!), a syphiliticus szerológiai vizsgálatok elvégzése. Jóllehet az első stádium (Sy I) kezdetén a vérvizsgálat még negatív, a tünetek fennállásának függvényében a reaktív szerológia megíjósolható. A syphiliticus phimosis antibiotikum kezelésre gyógyul. Ha paraphimosis lép fel, meg kell kísérelni a repozíciót. Annak a megítélése, hogy az ismertetett esetben a konzervatív megoldásra volt-e lehetőség, nem a mi feladatunk.

- A nemi betegségek jellegzetesen magatartási betegségek, s így a fertőző betegségek között kitüntetett helyet foglalnak el. Ezért rendkívül fontos, hogy az orvostársadalom tudatában legyen és fokozottan figyeljen oda a létező problémára (postgraduális képzés), annál is inkább, mivel orvosok tömege került ki az egyetemről anélkül, hogy syphiliticus fertőzöttet látott volna.
- A jelenlegi syphiliticus epidemiában várható a lues sokszínű klinikai megjelenése és fel kell készülni nemcsak Közép- és Kelet-Európában, hanem Nyugat-Európában is a prognosztizálható HIV pozitív esetszám emelkedéssel együtt a két fertőzésből adódó klinikai diagnosztikus és terápiás nehézségek megoldására (17).

#### IRODALOM

1. Bercz M., Várkonyi V., Horváth A.: A syphiliticus epidemiológiai trendjei Magyarországon az 1999. évi megbetegedések tükrében. Magyar Venerológiai Archívum (2000) IV (1), 7-14.
2. Berde K.: A bőr- és nemibetegségek. A „STUDIUM” kiadása Budapest 1934.
3. Borisenko K. K., Tichonova L. I., Renton A. M.: Syphilis an other sexually transmitted infections in the Russian Federation. Int J. STD an AIDS (1999) 10, 665-668.
4. Brown T. J., Yer-More A., Tyring S. K.: An overview of sexually transmitted diseases Part I. J. Am. Acad. Dermatol. (1999) 41, 511-529.
5. Guszmán J., Engel K.: A syphiliticus. Franklin Társulat Budapest (1928), 259.
6. Lohinai Gy., Horváth A.: Carcinoma spinocellularis oris és tabes dorsalis. Magyar Venerológiai Archívum (1998), II (2), 115-118.
7. Preisz K., Vámos R., Kárpáti S. és mtsai: Uveitissal társult korai syphiliticus. Magyar Venerológiai Archívum (2002) V (3), 13-138.
8. Shrivastava S. N., Singh G.: Extensive condyloma lata. Br. J. Vener Dis (1977) 53, 23-25.
9. Stratigos J. D., Katoulis A. C., Hasapi V. et al: An Epidemiological Study of Syphilis Incognito, an Emerging Public health Problem in Greece. Arch. Dermatol. (2001) 137, 157-160.
10. Templeton S. F.: Condyloma latum of the Toe Webs: An unusual Manifestation of Secondary Syphilis. A Report of Two Cases. Cutis (1996) 57, 38-40.
11. Veres G., Várkonyi V., Kovács J., és mtsai: Korai syphiliticus társult meningitis a nervus vestibulocochlearis kétoldali bénulásával (Abstr.). Magyar Venerológiai Archívum (2002) V (4), 198.
12. Várkonyi V., Tisza T., Podányi B., és mtsai: A syphiliticus szokatlan megjelenési formái. Magyar Venerológiai Archívum (1997) III, 35-41.
13. Várkonyi V., Tisza T., Hársing J. és mtsai: Transitionalis syphiliticus HIV fertőzötteknél. Magyar Venerológiai Archívum (1998) II (1), 43-50.
14. Várkonyi V., Tisza T., Podányi B. és mtsai: A syphiliticus sokszínűsége. Bőrgyógy. Vener. Szle. (1999) 75, 61-67.

15. Várkonyi V., Hársing J., Horváth I., Horváth A.: Tuberoserpiginosus syphilis. Magyar Venereológiai Archívum (2000) IV (4), 163-165.
16. Várkonyi V., Tisza T., Horváth et al: Epidemiology of syphilis in Hungary between 1952 and 1996. Int J. STD and AIDS (2000) II, 327-333.
17. Várkonyi V.: Syphilis napjainkban Infektológia és klinika mikrobiológia (2001) VIII (4), 148-155.
18. Várkonyi V., Nagy K., Horváth I., Horváth A.: Secondary syphilis with HIV infection (Abstr.) 18th Congress on Sexually Transmitted Infections – IUSTI Europe 2002 Vienna 12-14 September. Int J. STD and AIDS (2002) 13 (Suppl 1), 13-14.

Érkezett: 2003. I. 2.

Közlésre elfogadva: 2003. I. 21.

Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet (igazgató: dr. Horváth Attila egyetemi tanár)

## Felnőttkori mycosis capitis három esete Three cases of tinea capitis in adult

PODÁNYI BEÁTA DR., SIMON GYULA DR. ÉS HORVÁTH ATTILA DR.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A hajás fejbőr gombás fertőzése mind Európában, mind szerte a világon gyakori betegség. A folyamat rendszerint pubertás kor alatti iskolás gyermekeket érint, a felnőttkori esetek ritkák és ezekben a klinikai kép erősen különbözik a gyermekeknél megszokott megjelenési formáktól. Gyakran seborrhoeas, vagy kontakt dermatitis, psoriasis, vagy pyoderma képét utánozzák. Ez a tény vezet a gyakori téves diagnózishoz és a megfelelő kezelés késői bevezetéséhez. Jelen közleményünkben három különböző klinikai formában jelentkező felnőttkori mycosis capitis esetet mutatunk be. Eseteinkben a kimutatott kórokozó is három különböző dermatophyton volt.

**Kulcsszavak:**  
mycosis capitis - felnőtt kor - zoophil és antropophil gombák - eltérő klinikai megjelenés

### SUMMARY

*Tinea capitis is a common infection of the scalp at worldwide and in European countries. The disease usually affects school-aged children before puberty. Infrequent cases of tinea capitis have been observed in adults. The clinical features are often completely different from those of the children, may lead to erroneous diagnosis, such as seborrhoic or contact dermatitis, psoriasis, or pyoderma. Here we are presenting three clinically different types of the adult cases with three different infective fungus.*

**Key words:**  
tinea capitis - adults - zoophil and antropophil fungus - atypical clinical feature

A hajás fejbőr gombás fertőzése világszerte előfordul, elsősorban a gyermekkorú népességben, leggyakoribb 6-7 éves korban. Saját adataink alapján az esetek 98%-a a 14 év alatti korosztályt érinti (11), azonban a ritkább felnőttkori esetek sem ismeretlenek az irodalom számára (8, 9, 10). Olasz szerzők elsősorban menopausa utáni nőbetegeken írtak le *Microsporum (M.) canis* okozta, családon belüli fertőzéseket és a kialakulását a fejbőr faggyú összetételének hormonális okokra visszavezethető megváltozásával magyarázták (3). A klinikai kép felnőtt korban gyakran teljesen eltér a gyermekkori mycosis capitis megszokott megjelenési formáitól és ez a körülmény gyakran vezet téves diagnózishoz, melyek közül a leggyakoribb a seborrhoeas, vagy kontakt dermatitis, illetve a psoriasis, pseudopelade Brocq és a pyoderma (2, 3).

Az alábbiakban három, különböző klinikai formában jelentkező felnőttkori mycosis capitis esetünkről számolunk be.

### Esetismertetés

#### Első eset:

Egy egyébként egészséges, 67 éves nőbeteget észleltünk a hajás fejbőrön, a fejtetőre lokalizált enyhén hámló, erythemas bőrelváltozással, melynek területén a haj megritkult (1. ábra). Az elváltozás seborrhoeas dermatitis klinikai képét mutatta, azonban nem felelt meg annak a beteg által panaszolt szokatlanul erős viszketés és a kevés letört hajszál jelenlété.

Az elvégzett natív mikroszkópos gombavizsgálat pozitív eredményt adott és a tenyésztés (actidion és chloramphenicol tartalmú Sabouraud glükóz táptalajon) *M. canis* fertőzést igazolt. A fertőzés forrását keresve kiderült, hogy a beteg kedveli a macskákat, a fertőzés felismerésének idején öt macskát tartott, melyek között több beteg állat is akadt. A kórisme felállítását követően heti 150 mg fluconazol és helyi terbinafin kezelés mellett 6 hét alatt gyógyult, kedvenceit állatorvos vette kezelésbe és 3 hónappal a kezelés vége után végzett kontroll vizsgálat során recidívát nem találtunk.



1. ábra

69 éves nő seborrhoeas dermatitisre emlékeztető, hyperaemias, hámló fejbőre, diffúz alopeciával, kevés letört hajszállal





2. ábra

T. rubrum okozta, psoriasiform hajás fejbőr mikózis, 31 éves férfinál



5. ábra

6 hetes fluconazol kezeléssel a T. mentagrophytes fertőzés teljes (mikológiai és klinikai) gyógyulását értük el



3. ábra

A 31 éves férfi fejbőre, terbinafin kezelés után



4. ábra

T. mentagrophytes var. mentagro. fertőzés okozta, hámló, pörkös, pustulosus, kerek plakk a homlok és hajás fejbőr területén, 31 éves nőnél

#### Második eset:

31 éves férfi betegünk ichthyosis congenita tarda diagnózissal állt kezelés alatt. Belső kezelésben nem részesült, de rendszeresen használt zsíros bőrápoló készítmények mellett szteroid externákat. A fej-tetőkön kialakuló hámló, pörkös, erythemas, letört hajszájakat tartalmazó alopecias terület miatt került vizsgálatra (2. ábra). A fő klini-

kai tünete a viszketés volt. Az elvégzett gombavizsgálat és tenyésztés *Trichophyton (T.) rubrum* fertőzést mutatott ki a hajás fejbőrön és a beteg dystrophias lábkörméből is. A hajás fejbőr mikózis mikológiaiilag 4 hét alatt gyógyult a bevezetett napi 250 mg terbinafin kezelésre. A klinikai gyógyulás 6 hét után következett be. Tekintettel a fertőző forrásként értékelt onychomycosisára, a kezelést a 3. hónap végéig folytattuk. Ekkor készült a kontroll fotó, mely a fejbőr teljes gyógyulását mutatja (3. ábra).

#### Harmadik eset:

A fiatal nő betegsége jelentkezését megelőzően 2 hónappal, hajfészt követően kezdődött. Az első észlelő a kórtörténet hatására kontakt dermatitist állapított meg és corticosteroid tartalmú helyi kezelést rendelt. A folyamat azonban nem javult, a gyulladt plakk a szék felé terjedt, pustulózussá vált. Vizsgálatakor a homlokot és a hajás fejbőrt egyaránt érintő, 4 cm átmérőjű, gyulladt, erythemas, hámló, pörkös beszűrődés széli részén, elsősorban a haj folliculusok körül pustulákat mutató plakkot láttunk (4. ábra). Szubjektív tünetei a fájdalom és a viszketés voltak. A natív mikroszkópos gombavizsgálat dermatophyton spórákat mutatott, ectothrix elrendezésben. Sabouraud glükóz-actidion, chloramphenicol tartalmú táptalajon *Trichophyton mentagrophytes var. mentagrophytes* gomba tenyésztett. A fertőzést a beteg foglalkozása körében szerezte, nyúltenyészetébe fertőzött állat került. Heti 1x150 mg adagban fluconazol kezelést kezdtünk, melyet lokális antimikotikumokkal egészítettünk ki. A beteg mikológiaiilag 4 hét, klinikailag 6 hét alatt gyógyult (5. ábra).

## Megbeszélés

A felnőttkori mycosis capitis ritka kórkép, bár több szerző szerint előfordulási arányát alábecsüljük (2, 3, 10). A gyermekeknél megszokott klinikai képtől eltérő, kevésbé jellegzetes megjelenése miatt a helyes diagnózis sokszor késik és a nem megfelelő kezelés tovább nehezíti felismerését. A kórkép rendszerint superficialis megjelenésű, de mély forma is ismert az irodalomban (2, 12). Nők sokkal gyakrabban betegednek meg, mint férfiak (1), de a betegség kialakulását nemcsak a postmenopauzális változások, de más, a szervezet általános állapotának romlása, diabetes, helyi, vagy általános corticosteroid kezelés, immun-suppresszió is elősegítik (2, 13). A dermatophytonok számos képviselője szerepelhet hajás fejbőr megbetegedés kórokaiként, de míg a zoophil eredetű kórokozók világszerte előfordulnak ebben a betegségben, addig az antropophil eredetűek földrajzi megoszlása eltérő (4, 5, 6, 7, 11).

Európában a felnőttkori esetekben is a zoophil kórokozók, elsősorban a *M. canis* dominál (3, 12, 14), de a geophil eredetű *M. gypseum* által okozott eset is ismert az irodalomban (10). Első betegünkénél a fertőzés létrejöttében a kórokozó gombát hordozó és vele tartós kontaktusban élő házimacsák mellett az idős nő kora és hormonális állapota is szerepet játszhatott a *M. canis* infekcióban. Az ő esetében a klinikai kép seborrhoeas dermatitist mímelt. Fiatal nőbetegünkénél a félreismert folyamat corticosteroid kezelése segíthette elő a szintén zoophil, *T. mentagro. var. mentagro.* fertőzés kiterjedését. Nála a klinikai kép pustula koszorúval övezett superficialis mycosisként jelentkezett. Férfi betegünk ritka, antropophil, *T. rubrum* fertőzése autoinokuláció útján alakult ki, melyet minden bizonnyal alapbetegsége és annak kezelése segített elő. A folyamat klinikailag psoriasiform jelleggel bírt.

Eseteinket ritkaságuk és a diagnosztikus buktatók miatt tartottuk közlésre érdemesnek.

#### IRODALOM

1. Aly R., Hay R. J., Del Palacio A., et al.: Epidemiology of tinea capitis. *Medical Mycology* (2000) 38 (Suppl. 1), 183-188.
2. Bettoli V., Virgili A., Corazza M.: Considerations on tinea capitis in adults. *Micologia Dermatologica* (1991) 5/2, 83-85.
3. Difonzo E. M., Vannini P., Poli M. et al.: Tinea capitis in adults. *Micologia Dermatologica* (1989) 3/2, 19-26.
4. Difonzo E. M., Palleschi G. M., Guadagni R., et al.: Epidemiology of the dermatophytes in the Florence area: 1982-84. *Microsporum canis* infections. *Mycoses* (1986) 26, 519-525.
5. Elewski B. E.: Tinea capitis: a current perspective. *J. Am. Acad. Dermatol* (2000) 42, 1-20.
6. Hay R. J., Clayton Y. M., De Silva N., et al.: Tinea capitis in south-east London: a new pattern of infection with public health implication. *Br. J. Dermatol.* (1996) 135, 955-958.
7. Nzenze-Afene S., Martz Nicolas M., Comez De Diaz M., et al.: Les teignes de l'adulte á Libreville (Gabon). A propos de 115 cas. *J. Mycol Med* (2001) 11, 199-204.
8. Marakis S. and Tselentis Y.: Survey on the epidemiology of *Microsporum canis* infections in Crete, Greece over a 5-year period. *Int J. Dermatol* (2000) 39, 21-24.
9. Mercantini R., Moretto D., Palmara G., et al.: Epidemiology of dermatophytoses observed in Rome, Italy between 1985-1993. *Mycoses* (1995) 38, 415-419.
10. Offidani A., Simoncini C., Arzeni D., et al.: Tinea capitis due to *Microsporum gypseum* in an adult. *Mycoses* (1998) 41, 239-241.
11. Podányi B., Simon Gy., Török I., és mtsa: A mycosis capitis epidemiológiája. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2002) 78/2, 53-56.
12. Relai D.: Adult follicular dermatophytoses caused by *Microsporum canis*. *Micologia Dermatologica* (1992) 6/3, 162-166.
13. Stiller M. J., Rosenthal S. A., Weinstein A. S.: Tinea capitis caused by *Trichophyton rubrum* in a 67-year-old woman with systemic lupus erythematosus. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1993) 29, 257-258.
14. Van Hecke E., Meysman L.: Tinea capitis in an adult (*Microsporum canis*). *Mycosen* (1980) 23, 607-608.

Érkezett: 2003. I. 20.

Közlésre elfogadva: 2003. I. 30.

## Dr. Melczer Miklós emléklakett

Schneider Imre professzor kezdeményezésére a Pécsi Tudományegyetem ÁOK Bőrgyógyászati klinikáján működő „Festékes anyajegy és bőrrák centrum” Alapítvány támogatásával dr. Melczer Miklós professzorról egy 114 mm átmérőjű emlékérem készült.

Az érem előlapján a szegedi M. kir. Ferenc József Tudományegyetem Bőrgyógyászati klinikája (1936–1940) –, a pécsi M. kir. Erzsébet Tudományegyetem, ill. a Pécsi Orvostudományi Egyetem, ill. a Pécsi Orvostudományi Egyetem Bőrgyógyászati klinikája korábbi igazgatójának (1940–1962) fél-profil arcmása látható a névvel, a születési és elhalálozási évszámokkal. A hátlapon *Lymphogranuloma inguinale*, ill. *Präcancerosen und primäre Krebse der Haut* (két legjelentősebb és kitűnő könyve) felirat alatt stilizált pathológiás hámszerkezet van, valamint azon városok neve olvasható, ahol működött, ill. vezetőként tevékenykedett: Budapest – Kaposvár; Szeged – Pécs.

Melczer Miklós professzor igazgatói működése alatt és azt követően is jelentős és nemzetközileg is elismert munkásságot fejtett ki a bőrtumorok pathogenezeise vonatkozásában.

A bronz emlékérem Füz Veronika szobrászművész (6723 Szeged, Tölgy utca 4.) alkotása.

(Kárpáti Sarolta dr.)



# BESZÁMOLÓ AZ EURÓPAI ORVOSI MIKOLÓGIAI SZÖVETSÉG (EUROPEAN CONFEDERATION OF MEDICAL MYCOLOGY, ECMM) 8. KONGRESSZUSÁRÓL

(PESTI VIGADÓ, BUDAPEST, 2002. AUGUSZTUS 25-27.)

A Magyar Dermatológiai Társulatot, ill. annak Mikológiai Szekcióját 1999-ben érte az a megtiszteltetés, hogy jelentkezését elfogadva, Budapest rendezhette 2002-ben az ECMM 8. kongresszusát. Az ECMM természetesen nem csak a dermatomikológiával foglalkozik, hanem – a mikológia interdiszciplinális jellegéből adódóan – a humán és állatorvosi mikológia minden területével. Az ECMM-nek az MDT Mikológiai Szekciója a kizárólagos magyarországi reprezentánsa, miután 1996-ban, a Brüsszelben tartott 2. ECMM kongresszuson *Török Ibolya* professzornak, az MDT Mikológiai Szekciója akkori elnökének az ECMM vezetősége javasolta, hogy forduljon felvételi kérelemmel a nemzetközi szervezet felé. Ez elismerése volt a magyar mikológia múltjának, *Gruby Dávid* szellemiségének, de egyúttal a magyar orvosi mikológia nemzetközi rangjának is. Az ECMM-nek ugyanis egyéni tagsága nincs, csak nemzeti tudományos társaság – országonként egy – lehet tagja. Az 1999-ben Drezdában tartott 5. ECMM kongresszuson Magyarország kongresszusszervezési szándékát egyhangúlag fogadták el a 2002. évre.

Az MDT vezetősége 2000-ben döntött úgy, hogy az orvosi mikológia nemzetközi elismertségű hazai művelői és olyan külföldi mikológusok számára, akik sokat tettek a magyar mikológia, ill. mikológusok érdekében, megalapítja a *Gruby Dávid Ezüst Emlékéremet*. Egyúttal úgy határozott, hogy azt – első ízben – *Török Ibolya* professzor asszony, a nemzetközi szinten legismertebb és legnagyobb elismertségnek örvendő mikológus, valamint Johannes Müller professzor, a freiburgi mikrobiológiai és higiéniai intézet vezetője, a Nemzetközi Humán és Állatorvosi Mikológiai Társaság (ISHAM) volt elnöke, a *Mycoses* c. folyóirat főszerkesztője, a magyar mikológusok legnagyobb nemzetközi patrónusa kapja, mégpedig a budapesti ECMM kongresszuson.

Három évig tartó szervező munka után, 2002. augusztus 25-én került sor az ünnepélyes megnyitóra. *Dobozy* professzor úr a Magyar Tudományos Akadémia, Dr. Dima Magdolna az Egészségügyi és Szociális Minisztérium képviselőjében, az ECMM elnöke, *Roderick Hay* professzor a nemzetközi társaság nevében köszöntötte a hallgatóságot, majd Horváth professzor úr az MDT elnökéként megnyitotta a kongresszust. A díszelőadások sorát *Bertrand Dupont* professzor, az ECMM alapítója és első elnöke, az Edouard Drouhet érem díjazottja nyitotta. *Török Ibolya* professzor asszony és *Johannes Müller* professzor a *Gruby Dávid Emlékérem* átvétele (2-5. ábra) után tartották meg előadásait, *Gruby Dávid* életéről és tudományos munkásságáról, ill. a gazdaszervezet – gomba interakció elektronmikroszkópos vizsgálatairól.

Az első plenáris előadás, majd az azt követő szimpózium a diagnosztikai módszerek fejlődésének új eredményeiről számolt be, majd a délutáni plenáris előadás és szimpózium rendkívül érdekes témákat taglalt. Külön aktualitása volt a manapság oly divatos „candidiasis”-előadásnak, melyet *Frank Odds* professzor, az ECMM 2002-ben megválasztott új elnöke tartott. A dermatomikológiai blokkban a gazdaszervezet – gomba interakciókról superficiális mycosisokban, a dermatomycosisok kombinációs kezeléséről, a microsporia aktuális helyzetéről, valamint a gyermekkori onychomycosisokról volt szó. A délutáni szponzorált szimpózium házigazdája a Pfizer Kft. volt, témája pedig a magas rizikójú betegek belszervi gombás fertőzéseinek új terápiás lehetőségei. A záró blokkban a laboratóriumi minőségbiztosítás és minőség-ellenőrzés hazai és nemzetközi tapasztalatairól volt szó.

A kongresszus második napja rendkívül érdekes esetismertetésekkel indult, majd a dermatológiai előadások következtek: egy teória az antropofil karakter evolúciójáról, majd néhány gyakorlati kérdés az atopiás dermatitissről, az orális antimycoticumok cutan mellékha-

tásairól, ill. a körömbetegségek, differenciáldiagnosztikájáról. A kísérletes előadások elektronmikroszkópos, immunológiai, ill. molekuláris vizsgálatok eredményeiről számoltak be. A délutáni szimpózium a csökkent immunitású betegek gombás fertőzései tárgyalta, majd ehhez kapcsolódóan a szponzorált szimpózium (házigazda: MSD) témája is az e betegségekben alkalmazható gyógyszeres kezelés volt. A záró blokkot a rekuráló krónikus vulvovaginalis candidosis, ill. az STD-ben a gombás fertőzésekhez társuló mikroorganizmusok tárgyalása képezték.

A záró napot is esetismertetések nyitották, majd diabeteses betegek onychomycosisának kezelési lehetőségeit tárgyalták. Ezt követően molekuláris epidemiológiai vizsgálatok eredményeit ismertették. A dermatomycosisok epidemiológiája, ökológiája, hajlamosító tényezőinek megvitatása képezte a következő szimpózium témáját. A délutáni programban az alulbecsült jelentőségű gombás jelenségek (gombás szemfertőzések, gombatoxicosisok, gombák okozta allergia) szerepeltek, majd a Pliva szponzorált szimpóziómán egy teljesen új antimycoticummal szerzett tapasztalatokról számoltak be. Az alaputatási eredményeket ismertető előadások után került sor *Michael R. McGinnis*nek, az ISHAM elnökének plenáris előadására, melynek témája a dimorf gombák evolúciója volt. Ezt követte a kongresszus záróünnepélye, melynek keretén belül a legjobb fiatal előadó, ill. posztszerző kapott elismerést (Young Investigators' Award).

A rendezvény rangját tovább növelte, hogy az ISHAM a kongresszushoz kapcsolódóan, Budapesten rendezte éves vezetőségi ülését és a testület elnöke, valamint több más vezetőségi tag kongresszusun is előadást tartott. Az ECMM vezetőségi ülésének is a Pesti Vigadó adott otthont. Összességében 62 előadás hangzott el, a díjazottak előadásait, a plenáris üléseket, az 5 szimpóziómat, 3 szponzorált szimpóziómat, betegbemutatókat is beleértve. A 158 elfogadott poszterből 122 került kifüggesztésre, néhány szerző különböző okokból nem tudott Budapestre utazni. A hazai mikológusok számára képest (mindössze 38 tagja van az MDT Mikológiai Szekciójának!) örvendetesen sok magyar előadást, posztert lehetett hallani-látni, és ezek színvonala kivétel nélkül magas volt, tovább öregbítve a magyar mikológia jó hírét. Az előadások, poszterek összefoglalói a *Mycoses* c. nemzetközi lap supplementumában jelentek meg. Sajnálatos azonban, hogy a magyar regisztráltak száma viszonylag alacsony volt, annak ellenére, hogy az MDT tagok végeredményben ingyen vehettek részt a rendezvényen. Noha a kongresszust az európai orvosi mikológiai társaságai tekintették elsősorban magukénak, az Egyesült Államokból, Kanadából, Japánból, a Koreai Köztársaságból, Thaiföldről, Brazíliából, Argentínából, Ausztráliából, az Egyesült Arab Emírátsokból, tehát valamennyi földrészről volt regisztrált vendégünk. A kongresszus összes regisztrált résztvevőjének száma meghaladta a 300-at, és – köszönhetően a szponzoroknak (Pfizer Inc. és Pfizer Kft., Gilead Sciences Inc., Merck & Co. Inc., Novartis Hungária Kft., Janssen-Cilag, Pliva, Galderma, Richter Gedeon Rt., BioRad Rt., MDT, ISHAM, Kaposi Mór Alapítvány) – a rendezvényt sikerült pozitív anyagi mérleggel zárni, annak ellenére, hogy a járulékos költségek magasak voltak. Ezúton mondunk köszönetet ismételt hazai és nemzetközi támogatóinknak.

Természetesen a kongresszust társasági programok tették színebbé és ezek kivétel nélkül nagy sikert arattak. A 24-en érkezett vendégek esti fogadáson vehettek részt a Hyatt Regency Budapest Hotelben, A 25-i esti dunai hajókirándulás is rendkívül népszerű volt. A gálaestre a Vasúttörténeti Emlékparkban került sor, ahova nosztalgia gőzös vitte a társaságot. A szokatlan helyszín és atmoszféra osztatlan sikert aratott.

A kongresszus a magyar mikológia és az MDT nagy sikereként értékelhető, hiszen hazánk nem rendelkezik olyan kongresszusszervező tradíciókkal (és infrastruktúrával), mint számos európai ország. Ennek ellenére már önmagában a rendezés jogának elnyerése, majd a kongresszus után kapott rengeteg köszönő levél, lap, elektronikus üzenet azt igazolja, hogy mind az ECMM, mind az ISHAM vezetősége maximálisan elégedett volt a szakmai-társasági programmal. A szervezők vendégszeretét, a Pesti Vigadó atraktív kongresszusi helyszínt nyújtó épületét, Budapest felejthetetlen panorámáját felidézve, el kell fogadnunk a résztvevők általános elismerését, hogy Magyarország rendezte az eddigi legsikeresebb ECMM kongresszust. A szervező bizottság köszönetet mond minden résztvevő-

nek, aktív szereplőnek, szervezőnek, támogatónak, hogy közreműködött ebben a sikerben. Egyúttal kívánja, hogy a következő, 2003. szeptember 28.–október 1. között Amszterdamban rendezendő 9. kongresszuson is minél nagyobb számban tudjanak az MDT tagjai részt venni.

Végezetül pedig Müller professzor szavait idézve reméljük, hogy a hasonló sikerű kongresszusok motiválják a magyar kollégákat a mikológia (és a hasonlóképp kissé másodrangúnak tekintett egyéb tudományágak) művelésére.

*Dr. Simon Gyula*  
Az MDT Mikológiai Szekciójának elnöke

**BŐRGYÓGYÁSZAI**  
**ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT  
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.  
Internet: [www.derma.hu](http://www.derma.hu)  
E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu)

**BŐRGYÓGYÁSZAI**  
**ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN  
DERMATOLOGICAL SOCIETY  
Adress of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.  
Internet: [www.derma.hu](http://www.derma.hu)  
E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu)

## KÖNYVISMERTETÉS

Walter de Gruyter:

**PSCHYREMBEL KLINISCHES WÖRTERBUCH**

259. átdolgozott kiadása.

Berlin-New York 2002.

1842 oldalt, 1524 ábrát, 28 táblázatot tartalmaz.

A szerzők kijelentették, hogy munkájuk minden részletében jogvédelem alatt áll. A kiadó engedélye nélkül a szerzői jog megsértése büntetendő. Vonatkozik ez a könyv sokszorosítására, fordítására, filmezésére stb.

A szerzők a könyv 259. kiadásával Prof. Willibald Pschyrembel születésének 100. évét ünneplik. Ez a dátum alkalmas arra, hogy megemlékezzenek egy olyan személyről, aki több mint 50 éven át az általa alapított „Klinische Wörterbuch”-al az orvostudomány legismertebb kézikönyvét teremtették meg.

Életrajzi adatai közül érdemes kiemelni, hogy 1901. január 1-én született Berlinben. 1924-ben fizikából, 1931-ben filozófiából vizsgázott. Még ebben az évben átvette azt a klinikai szótár anyagot, melyet már 1894-ben Otto Dornblut a „klinikai művész kifejezések” címén kiadott. A gyakorló orvosi teendőket a berlini híres sebész professzornál August Bier-nél kezdte. A klinikai munkát Pschyrembel a laboratórium, a könyvtár, a beteganyag szempontjai szerint állította össze. 1935-ben, Prof. Sauerbruch-nál, a városi klinikán doktorált, 1937-ben a Neu-Kölni városi szülészeti osztályán főorvos lett. A háború után főorvos a Friedrichshaini női klinikán. 1952 óta a berlini Humboldt klinika professzora.

Prof. Pschyrembel az 60 évig tartó szerzői és kiadói munkássága alatt klinikai kézikönyvének színvonalát minden időben a tudomány aktuális szintjén tartotta. Munkájának két pillérét tartotta szem előtt.

1. Csupán azokra a fogalmakra hivatkozott, melyek a klinikán vagy a praxisban tevékenykedők munkásságában szerepeltek.

2. Csak olyan adatokat említett munkáiban, melyek feltétlenül megbízhatóak voltak. Pschyrembel a 254. kiadás után 1982-ben a mű szerkesztésének folytatását javasolta. 1987. november 26-án, 87 éves korában, meghalt.

A kézikönyv szerkesztésének rövidítési munkálatait 18 éven át felelősséggel a szerzőtől kijelölt bizottság végezte. Így történt, hogy a 259. kiadásban ez a bizottság döntötte el, melyik fogalmat vegyék be újra a könyvbe, melyek szorulnak átdolgozásra, végül melyeket kell törölni. A 3000 új szakkifejezés híven tükrözi újból az orvostudományban bekövetkezett óriási fejlődést, hogy csak a molekuláris tudományt vagy a legújabb ismereteket a prion betegségről említsük. A kiadó köszönetet mond a társkiadóknak, akik tudományos eredményeiket közlésre átengedték és akik panasz nélkül túrték a kiadónak kéziratok rövidítését. Jól emlékeznek a szerzők Pschyrembel egyik mondására, aki egyik korrektúrájánál tradicionálisan megjegyezte: „még Goethe is jobb lesz ha rövidít”.

A szerkesztőség köszönetet mond a kiadók nagy számának, azoknak, akik saját szakterületüket időszerű formába öntötték a fejezetek szerzőjének is, akik több helyen tudomásul vették a rövidítések szükségességét.

A munkatársak kb. 100 körül valamennyien neves professzorok, klinikai főorvosok, akiknek német orvosi körökben már kitűnő nevük van. Hasznos tanácsot ad a szerkesztőbizottság a szöveg írásmódja, nyelvi sajátosságai, rövidítései tekintetében. Mondanivalóikat több táblázatban foglalják össze, igen demonstratív fényképek kíséretében.

Német nyelvű kiadásában is sok az angol rövidítés, a nem német nyelvű szavak görög írásmódját és jelentését is közlik. Sajnos a rövidítés nem szolgált a könyv javára, itt-ott néhány fontos fejezet alapos lerövidítésével is számolhattunk.

Dr. Simon Miklós  
ny. egyetemi tanár

Stolz W., Braun-Falco O., Bilek P., Burgdorf W. H. C., Landthaler M.:

**FARBATLAS DER DERMATOSKOPIE**

2., neubearbeitete und erweiterte Auflage

Blakwell Verlag Berlin 2002

ISBN 3-89412-357-5

A postgradualis tankönyvi igényességgel összeállított kötet a kiadó 1993-as kiadványának bővített változata. A kötet első kiadásának mottója Goethe-től kölcsönözve: „Man sieht nur, man weiss” e kiadványra is érvényes, hisz a rendszerbe épített szöveghez igen demonstratív, jól differenciálható jelekkel ellátott, kellő nagyságú fotók kapcsolódnak.

A bevezető fejezetek a dermatoszkopos diagnosztika metodikai problémáit, a színhatások értelmezéseit, a strukturális összetevők, többek között a pigment rögök, pontok, elágazó csíkok, szalagok, pseudoszarucystak, valamint a típusos mintájú érrajzolatok segítségével demonstrálja és rögzíti a tanulni vágyó olvasóban. A leírások memorizálását a dermatoskopos kép előtt látható típusos klinikai fotók segítik.

A lokalizáció szerinti jellemzők miatt az arc, a végtagok és a körömök pigment eltérései önálló fejezetben találhatóak.

A pigmentált bőrelváltozások differenciáldiagnosztikája a klinikai kép mellett a dermatoszkopos diagnózis felállításának algoritmusát is megadja. E témakörhöz kapcsolódóan a könyv szerzői a melanocyter és a nem melanocyter bőrelváltozások eltérő jellemzőit önálló fejezetben részletezik. További differenciáldiagnosztikus szempontokat a benignus és malignus melanocyter bőrelváltozások, többek között a dysplasiás-, a kongenitális-, az orsósejtes na-



Wilhelm Stolz · Otto Braun-Falco  
Peter Bilek · Walter H. C. Burgdorf  
Michael Landthaler

**Farbatlas der  
Dermatosekopie**

2., neubearbeitete  
und erweiterte Auflage

 Blackwell  
Verlag

evusok típusos diagnosztikus adatait a következő fejezetekben találhatjuk. A melenoma malignum klinikai megjelenései a dermatoszkopos kép alapján felállított újabb felosztás szerint részletezettek, különleges hangsúlyt adva az amelanotikus melanoma és a melenoma metasztázis eseteinek.

A pigmentált bőrelváltozások dermatoszkopos diagnosztikáját az arc, a végtagok, a nyálkahártyák és a subungvalis megjelenési formák ismertetése segíti.

További fejezetek a nem pigmentált bőrelváltozások közül kiemelten a seborrhoeas keratosisok, haemangiomák, basaliomák dermatoszkopos diagnosztikáját demonstrálják. Az utolsó oldalakon a komputerizált dermatoszkopos technika részletkérdéseivel ismerkedhetünk meg.

A könyvet a dermatoszkopos differenciáldiagnosztikára összeállított synopsis és az irodalomjegyzék zárja.

A kiadvány igen demonstratív kiállítása és a téma didaktikus felépítése egyaránt szolgálja a graduális és a postgraduális bőrgyógyászati képzést, gyakorló bőrgyógyászok számára napi alkalmazása feltétlenül javasolt.

*Temesvári Erzsébet dr.*

*R. H. Guy, J. Hadgraft:*

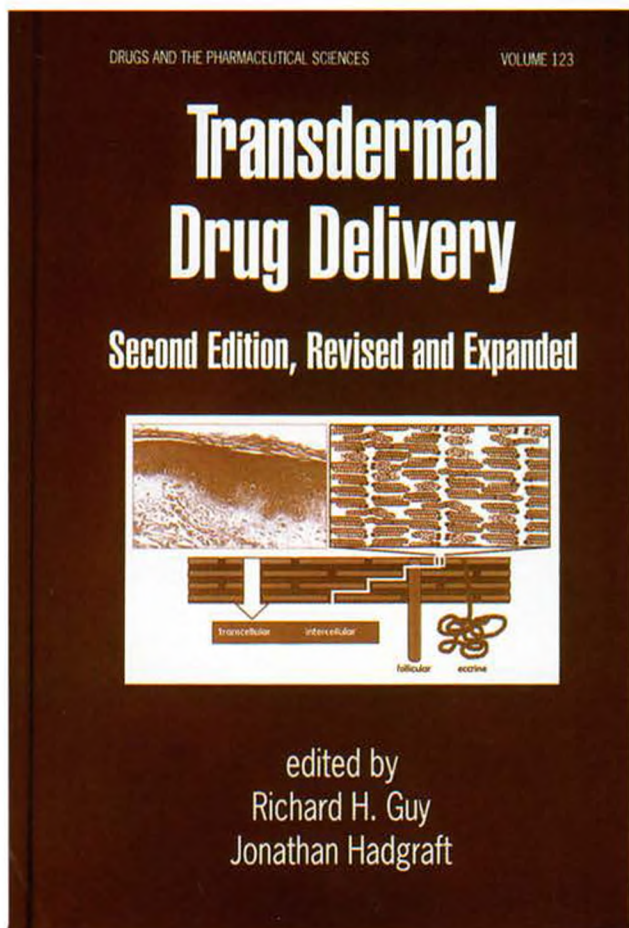
**TRANSDERMAL DRUG DELIVERY**

Second Edition, Revised and Expanded.

Marcel Dekker, INC 2003

ISBN: 0-8247-0861-X

A könyv a kiadó „Drugs and the pharmaceutical sciences” sorozatának 123. köteteként 2003-ban jelenik meg. A témakör 1980-as évek történet feldolgozásának átdolgozott változata a gyógyszeripar jelenlegi felkészültségében jelentős érdeklődésre számíthat úgy a gyógyszer-technológusok, mint a bőrgyógyászati terápiával foglalkozó kutatók részéről.



A második kiadás az új kutatási adatokat hasznosítja az abszorpciós mechanizmusok, és a több fejezetben részletezett dermalis és transdermalis beviteli lehetőségek részletezése és ismertetése során.

A bőr barrier élettani működését a biofizikai mérési lehetőségek megközelítésével jellemezhetővé, kiszámíthatóvá teszi, melynek pontosítását a bevitelre szánt gyógyszerkészítmény fizikokémiai tulajdonságának ismerete biztosíthatja.

Az a tény, hogy a bőr anyagcsere szempontjából aktív szerv, azt jelenti, hogy barrier tulajdonságait modulálni lehet a lipid szintézissel való interferencia lehetőségével, mely a fokozott transdermalis bevitel új lehetőségét adja. A könyv szerzőinek kettős célja, részben pillanatképet adni az adott kutatási terület eredményeiről, valamint összefoglalja a transdermalis gyógyszerelési lehetőségek irodalmát, felfedve a technikai és metodikai kihívásokat is.

*Temesvári Erzsébet dr.*

*Burg G.:*

**TELEMEDICINA AND TELEDERMATOLOGY**

Current Problems in Dermatology, Vol. 32.

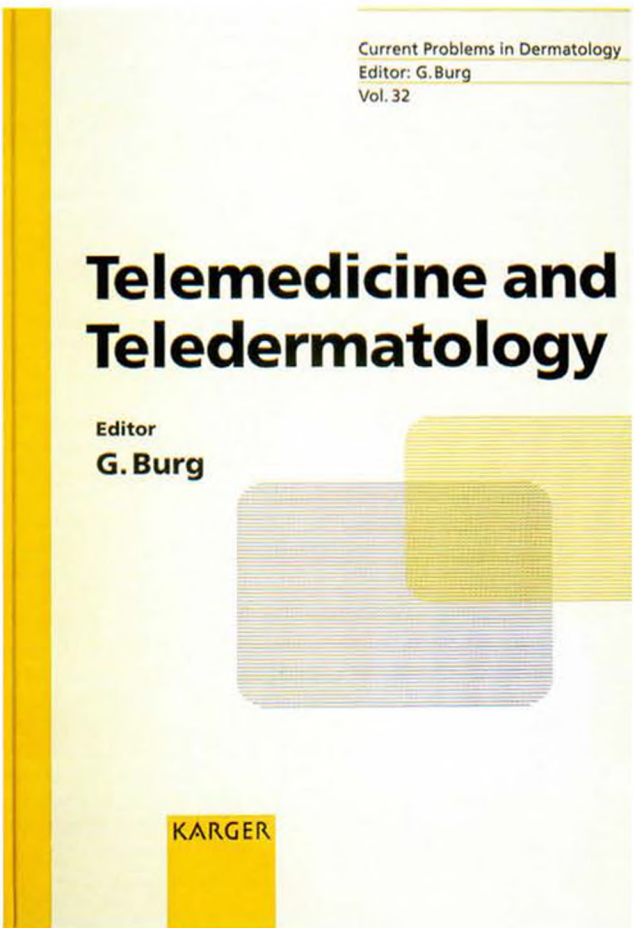
KARGER 2003

ISBN 3-8055-7463-0

A 269 oldal terjedelmű 36 ábrát és 19 táblázatot tartalmazó könyv a medicina új lehetőségeként a „telegyógyászat” rohamosan bővülő és változó területeit tekinti át, különös figyelemmel a „teledermatológia” lehetőségeire. A telegyógyászat igen nagy tartalékokkal rendelkezik, hogy az audio-vizuális és adatkommunikációs rendszerek segítségével forradalmasítsa a betegellátást alap és szakorvosi szinten, de új lehetőségeket nyújt az egyetemi és a postgraduális képzés területén is.

A kötet szerzői áttekintik a telegyógyászat történeti vonatkozásait és technológiai fejlődését.

Az alkalmazás számos szakterületét részletezve többek között a



családorvos, a radiológia, pathológia, cardiológia, onkológia, szemészet, pszichia és természetesen a dermatológia területén kiaknázható lehetőségeket ismertetik a fejezetek. Kitérnek a telekonzultáció lehetőségeire, valamint a metodus jogi és etikai aspektusaira is.

A szerzők megítélése szerint az egészségügyben dolgozó szakemberek, a praktizáló orvostól a gyógyszerészig és az egészségügyi irányítókig, a nővéreket és a technikusokat is beleértve a könyvet igen értékes olvasmányként forgathatják. Számolva a telegyógyászattal szembeni bizonyos fenntartásokkal, nem tartják kétségesnek, hogy 3-5 éven belül ez a lehetőség a modern gyógyászat, az egészségügyi gondozás elfogadott gyakorlataként a mindennapi betegellátás részévé válik.

*Temesvári Erzsébet dr.*

*Cseplák György, Marosi Irén:*

### **BŐRBETEGSÉGEK KÓRISMÉZÉSE NAGYÍTÓVAL**

**EKLEKTIKON** Kiadó, Budapest, 2002.

ISBN 963 85937 3 3

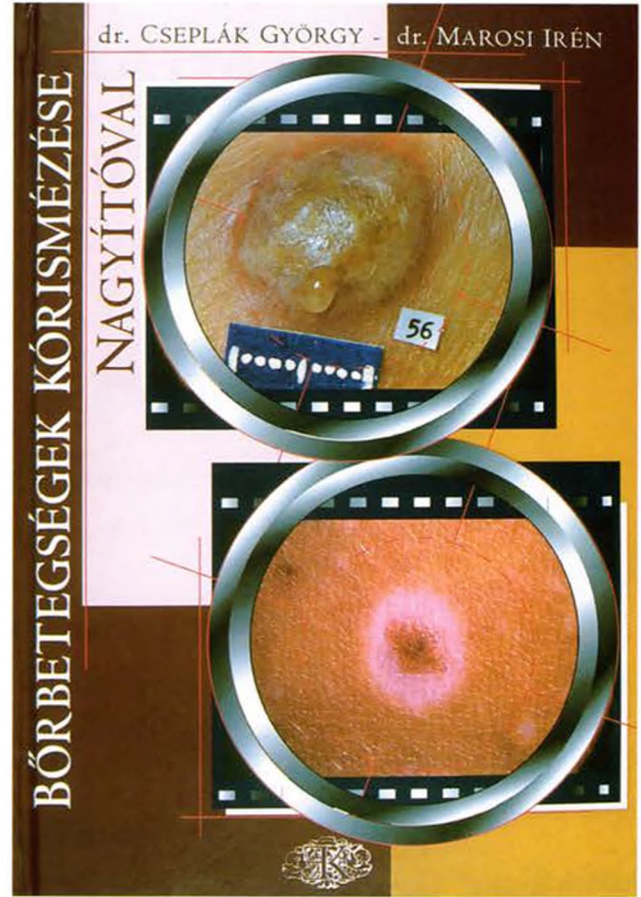
A szerzők 33 fejezetben az elemi elváltozásoktól a paraneopláziás szindrómákig mutatják be a különböző kórképeket makroszkópos és lupedermatoszkópos felvételeken.

Ismertetik a bőrelváltozások finomabb megfigyelésére és dokumentálására jól használható lupedermatoszkópos módszert. A képek kiválasztásánál olyan sajátságokra hívják fel a figyelmet, ahol ez a módszer segíti a kórismézést és fokozhatja a bőrgyógyász további érdeklődését. Külön jelölik azokat a képeket, ahol a finomabb részletek különösen érdekesek.

A kórképek tömör leírása mellett feltüntetik az első leíró nevét és ahol lehetséges a leírás évét is. Az olvasó ismereteit bővíti, hogy a betegségek régebben használt elnevezéseit is felsorolják. A kötet végén az irodalomjegyzékben számos magyar nyelvű kazuisztikára hivatkoznak.

A közel 500 jó minőségű, színes felvétel gyönyörködtető és bizonyosan sok olvasó forgatja örömmel a kötetet. Néhány fotó kihagyása – a képen zavaró nagyméretű, néhol a beteg nevének kezdőbetűit is mutató jelölés miatt – növelte volna a munka értékét.

A könyv minden bőrgyógyász és a bőrgyógyászatot jelenleg tanu-



ló kolléga érdeklődésére joggal tart számot. Emellett egyéb klinikai szakterületen dolgozó orvosok részére is nyújt újdonságot.

*Ablonczy Éva dr.*



# PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

A Dr. August Wolff GmbH és a Medimprove Bt. pályázatot hirdet

Pályázni az alábbi témákban lehet:

*Alpicort F oldattal szerzett terápiás tapasztalatok androgen függő hajhullások lokális kezelésében*

*Aknefug-El oldat és Aknefug-oxid mild gél szerepe az akne lokális terápiájában.  
Kombinált kezeléssel szerzett tapasztalatok*

Pályázni saját tapasztalatot bemutató munkával lehet, melynek terjedelme maximum 5 gépelt oldal (beleértve az ábrákat és fotókat is).

A pályázatokat közlésre kész formában kell benyújtani

A pályázó bőrgyógyászati területen dolgozó szakorvos legyen.

A pályamunka benyújtási határideje: 2003. április 30.

A pályázatokat az alábbi címre kérjük küldeni:

**Dr. August Wolff GmbH magyarországi képviselője  
Medimprove Bt.**

**1182 Budapest, Dalmady Győző u. 12.**

A pályamunkákat a Dr. Wolff GmbH által felkért Szakértői Bizottság bírálja el.

**Az első három helyezett pályamunka díjazása:**

**1. helyezett:**

12<sup>th</sup> Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology kongresszusán való részvétel teljes költsége

**2. helyezett:**

12<sup>th</sup> Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology kongresszusán való részvétel támogatása 300 000 Ft értékben

**3. helyezett:**

12<sup>th</sup> Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology kongresszusán való részvétel támogatása 150 000 Ft értékben.

## Hazai Hírek

Az érvényben lévő 33/1998. (VI. 14.) NM rendelet értelmében a munkaköri alkalmasság vizsgálatának és véleményezését első fokon – külön jogszabályban meghatározott kivételekkel – a foglalkozás -egészségügyi alapszolgáltatást nyújtására jogosult orvos végzi. Bőrbetegség esetén az alapszolgálat orvosa a területileg illetékes bőrgyógyászati szakellátástól szakvéleményt kérhet, ilyenkor a bőrgyógyász szakorvos – más szakmákhoz hasonlóan – mint konziliárus működik.

A bőrgyógyászati szakvéleményben közölni kell a diagnózist, ill. a munkavállaló alkalmasságát alapvetően befolyásoló tényezőket pl. Dg.: Ekzema man. Nikkel érzékenység. Nikkel tartalmú anyagokkal a kontaktus kerülése javasolt.

Ezen konziliáriusi tevékenység jelenleg külön díjazás nélküli.

*Dr. Kohánka Valéria főorvos*

Fodor József Országos Közegészségügyi Központ  
Országos Munkahigiénés és  
Foglalkoztatás-Egészségügyi Intézet

\*\*\*

A Magyar Dermatológiai Társulat Kontakt Dermatitis Munkacsoportja a 2002. évi ülését 2002. november 29-én megtartotta.

Az ülés programjában az Európai Kontakt Dermatitis Társaság VI. kongresszusán elhangzott előadások, elsősorban az új, valamint a jövőbeli kontakt allergének ismertetése, valamint a szteroid kontakt szenzibilizáció klinikai megjelenéseinek, tesztelési kérdéseinek problémaköre hangzott el. Továbbiakban az irritatív dermatitis tünetcsoport felosztásaival diagnosztikus lehetőségeinek kérdéseivel foglalkozó előadás, majd az Európai Közösség „Foglalkozási betegségekkel foglalkozó munkacsoport” munkájának, dekrétumainak ismertetése hangzott el. Ezen utóbbi témakörrel kapcsolatban a „közösségi” epidemiológiai adatoktól lényegesen eltérő, igen alacsony bejelentett foglalkozási bőrbeteg szám szakmai, gazdasági és szociális okait vitatták meg.

*Dr. Temesvári Erzsébet*  
munkacsoport elnök

\*\*\*

2002. november 16-án a Semmelweis Egyetem Rectora az Egyetemi Tanács javaslata alapján a klinikai orvostudományban egyetemi magántanári címet adományozta a következő kollégáknak:

Dr. Baló Banga Mátyás, MH Központi Kórháza,  
Bőrgyógyászat, Budapest

Dr. Nagy Károly, Országos Bőr-Nemikórtani Intézet,  
Budapest

Dr. Temesvári Erzsébet, Országos Bőr-Nemikórtani  
Intézet, Budapest

*Szerkesztőség*

## Jegyzőkönyv

Vezetőségi ülés 2002. szeptember 20.

### Jelenlévők:

Prof. Dr. Horváth Attila (elnök), Dr. Juhász István (főtitkár), Dr. Kovács János (pénztáros), Prof. Dr. Hunyadi János (korábbi elnök), Dr. Nebenführer László (felügyelőbizottság elnöke), valamint Dr. Baló J. Mátyás, Dr. Battyáni Zita, Dr. Dénes Márta, Prof. Dr. Farkas Beatrix, Prof. Dr. Horváth Irén, Dr. Károlyi Zsuzsanna, Dr. Marschalkó Márta, Dr. Oláh Judit, Dr. Somlai Beáta, Dr. Temesvári Erzsébet, Prof. Dr. Török Éva, Prof. Dr. Török László vezetőségi tagok.

### Az ülésről kimentette magát:

Prof. Dr. Husz Sándor (alelnök), Prof. Dr. Kemény Lajos (korábbi főtitkár), Dr. Simon Gyula (korábbi pénztáros), Prof. Dr. Schneider Imre, Prof. Dr. Simon Miklós (a vezetőség örökös tagja), Prof. Dr. Daróczy Judit, Prof. Dr. Dobozy Attila, Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, Dr. Korom Irma, Dr. Morvay Márta, Dr. Várkonyi Viktória vezetőségi tagok.

### Meghívott vendég:

Dr. Szalma Béla, a MOTESZ főigazgatója  
Dr. Kiséri Zoltán ügyvédjelölt (Dr. Szabó Ügyvédi Iroda)

### 1. napirendi pont: MDT decemberi Nagygyűlése

**Horváth Attila elnök úr** köszönti a vezetőségi ülésen megjelenteket. Elmondja, hogy a társulat 75 éves lesz, ezt az évfordulót a decemberi Nagygyűlésen kellene megünnepelni. Javasolja, hogy azokat a személyeket, akiknek a tiszteletbeli tagságát a Vándorgyűlésen megszavazta a vezetőség erre az évfordulóra kapjanak meghívást. Bár a decemberi Nagygyűlésen még lesz két-három hónap a 75 éves évfordulóig, azonban feltételezhető, hogy a Társulat ez alatt az idő alatt nem fog feloszlani és kisebb költséggel járna, ha ekkor ünnepelne a Társulat. Nem látja értelmét annak, hogy a Nagygyűlés után két-három hónappal egy újabb nagy rendezvényt szervezzen a társulat. Kérdezi, hogy a vezetőség hozzájárul-e ehhez.

**Török László professzor úr** véleménye szerint meg kellene várni, hogy formálisan is betöltse a társulat a 75. évet.

**Farkas Beatrix professzor asszony** jogosnak tartja a felvetést, de pénzügyi okok miatt a decemberi ünnepséget támogatja.

**Hunyadi János professzor úr** elmondja, hogy a Nagygyűlés nem lehet eltolni tavaszra, ezért szerinte is decemberben kellene ünnepelni.

**Juhász István főtitkár úr** tájékoztatja a vezetőséget, hogy a következő Vándorgyűlés Szegeden lesz szeptemberben, és ha külön jubileumi ünnepséget tartana a Társulat, nem biztos, hogy a látogatottsága megfelelné az elvárásoknak.

**Horváth Attila elnök úr** szerint ez egy olyan jeles évforduló a Társulat életében, melyet méltó módon érdemes megünnepelni. Kérdezi a vezetőséget, hogy ki ért egyet azzal, hogy a Nagygyűlésről szóló kiadványokon szerepeljen, hogy a Magyar Dermatológiai Társulat 75. jubileumát ünnepli.

*A vezetőség 1. tartózkodással elfogadta az indítványt.*

Ezek után **Horváth Attila elnök úr** ismerteti a Nagygyűlés tervezett napirendi pontjait. Elmondja, hogy a decemberi Nagygyűlésen össze kell hívni a közgyűlést, melynek szavaznia kell az addigra elkészülő új alapszabályról, a tagsági díjak emeléséről. Felkéri dr. Kovács János pénztáros urat, hogy számoljon be a vezetőségnek az MDT jelenlegi pénzügyi helyzetéről.

**Kovács János pénztáros úr:** Az MDT számláján jelenleg 4 979 000,- Ft van, a hirdetésekkel még 647 000,- Ft kintlévősége van a Társulatnak. Kötelezettségek: 896 000,- Ft nyomdai költség és 4 125 USD az ILDS tagsági díj 5 évre.

**Horváth Attila elnök úr** elmondja, hogy a Nagygyűlés a Nagyvárad téri Elméleti Tömbben kerül megrendezésre. Ha 400 magyar bőrgyógyász regisztrál, akkor az előzetes számítások alapján, nullszaldós lesz a rendezvény.

**Török László professzor úr** azt kérdezi, nincs-e lehetőség arra, hogy egy elegánsabb helyen kerüljön megrendezésre a nagygyűlés, különösen a 75 éves évfordulóra való tekintettel.

**Juhász István főtitkár úr** áthidaló megoldásként azt javasolja, hogy a szociális program keretében eltérő helyen történjen a megemlékezés. Kérdezi a jelen lévő MOTESZ képviselőt, hogy lehetséges-e ennek a kivitelezése.

**Horváth Attila elnök úr** támogatja a javaslatot, ehhez viszont egy új szponzort kellene keresni.

**Török László professzor úr** jó megoldásnak tartja.

**Horváth Attila elnök úr** kérdezi, hogy a nagygyűlésen párhuzamos, vagy poszter szekciók legyenek-e.

**Hunyadi János professzor úr** személyes véleménye, hogy nem szereti a párhuzamos szekciókat, mert ilyenkor az ember egyszerre két helyen szeretne lenni, ezért előfordulhat, hogy nem megy inkább sehova. E helyett javasolja inkább a poszter vitát. Úgy képzei el, hogy az időt két percben korlátozzák, ugyanakkor korlátozzák a diákok számát is. A poszter előadást pedig két perc vita követné.

**Horváth Attila elnök úr** osztja Hunyadi professzor úr véleményét, de ugyanakkor vannak ellenérvei is. Ezek a következők: Az intézetek egy részében, itt elsősorban a vidéki gondozóintézetekre gondol, nehézségbe ütközik a poszter elkészítése. Másrészt úgy érzi, hogy Magyarországon nem alakult ki igazi vitakultúra.

**Oláh Judit docens asszony** elmondja, hogy azok a fiatal orvosok, akik poszter előadáson vesznek részt, sokszor bizonyos értelemben, diszkrimináltak érezték magukat. Akit az intézetekben poszterre jelölnek ki, az sokszor ezt rossz néven veszi, ugyanis drága, nehézkes az elkészítése, amely Szegeden például komoly problémát okoz.

**Dr. Károlyi Zsuzsanna** elmondja, hogy Miskolcon egy színvonalas poszter elkészítése 30 000,- Ft-ba kerül.

**Dr. Somlai Beáta** véleménye szerint nincs szükség drága poszterekre.

**Török Éva professzor asszony** szerint viszont igenis színvonalas poszterekre van szükség. Külföldön azok nyernek, akik extra klasszikus kivitelezéssel dolgoznak.

**Farkas Beatrix professzor asszony** szerint sem lehet a színvonalból nagyon visszavenni. Javasolja, hogy ugyanennyi idő alatt (2-3 percben) vitát kellene tartani blokkokban.

**Hunyadi János professzor úr** szerint nem kell annyira szépen lennie a poszternek, a lényeg a tartalom, színvonalas előadás megoldható néhány képpel és táblázattal is.

**Baló J. Mátyás főorvos úr** azt javasolja, hogy inkább néhány perces, rövid előadásokat kellene tartani.

**Horváth Attila elnök úr** kérdezi a jelenlévőktől, hogy szerintük a nagygyűlés előadói tábora hogyan szokott alakulni. Milyen arányban szokott lenni előadás és poszter? Mi legyen a téma a Nagygyűlésen? Szabadon választott téma legyen, vagy legyen egy konkrét, kézzel fogható témakör? Tudnia kell a vezetőségnek, hogy poszter esetén csökkenni fog az előadások száma. Ugyanakkor egy jó poszterrel informatívabb tud lenni, mint egy 50 perces előadás. Az, hogy poszter, előadás, vagy párhuzamos szekciók legyenek, függjön attól, hogy a Nagygyűlésre jelentkezők első visszajelzései milyenek. Az eddigi információk alapján minimum 70 előadás várható.

**Török László professzor úr** szerint reálisan csak két lehetőség van, vagy párhuzamos szekciók, vagy poszter előadások legyenek.

**Horváth Attila elnök úr** szavazásra bocsátja a kérdést. Ki szeretne posztert: 5 igen, 9 tartózkodás. Ki szeretne párhuzamos szekciókat: 11 igen. Az eredmények alapján elnök úr megállapítja a vezetőség döntését: párhuzamos szekciók lesznek.

**Farkas Beatrix professzor asszony** kérdezi, hogy aki posztert szeretne beadni, az beadhat-e. Horváth elnök úr: természetesen beadhat, lehetne egy poszter szekciót is létrehozni. Elnök úr folytatja a nagygyűlés előzetes programjának ismertetését. Csütörtök délután lehetnének a továbbképző előadások.

**Battyáni Zita tanárnő és Török László professzor úr** jelzi, hogy Ők eddig erről nem tudtak, számukra ez új információ.

**Horváth Attila elnök úr** elmondja, hogy ezzel az a célja, hogy a fiatal kollégák kerüljenek előtérbe. Ezekre az előadásokra pontot számolnának. Kéri, hogy az előadás összefoglalókat mindenki küldje el. Kb. 15-18 perces előadásokra lesz idő. A témák kiválasztásában fontos szempont, hogy érdekes legyen. Kifejezetten általános és továbbképző előadásokat képzel el. Professzor úr ígéri, hogy akik azonos témában jelentkeznek előadás tartására, azoknak jelezni fogja ezt, és kéri majd, hogy valamilyen másik témát találjanak.

**Farkas Beatrix asszony** azt javasolja, hogy egységes formája legyen a továbbképző előadásoknak. Másik javaslata az lenne, hogy a második, ill. harmadik vonalban dolgozó kollégák jöjjenek előadást tartani, az idősebbek számára vannak más külföldi és hazai lehetőségek is.

**Horváth professzor úr** elmondja, hogy véglegesíteni szeretné a Nagygyűlés szervezéséről szóló megállapodás-tervezetet.

**Dr. Szalma Béla, a MOTESZ főigazgatója:** elmondja, hogy nyár elején megkezdtek az előkészületeket. Szeptember 20-áig 130–135 m<sup>2</sup> kiállítási hely már lefoglalásra került. A MOTESZ komplexen, mindenre kiterjedően vállalja a Nagygyűlés szervezését. Két fontos részre osztja a feladatokat: tudományos részre és szervezési feladatokra. Megemlíti, hogy 27 éve foglalkoznak kongresszusok szervezésével. Véleménye szerint a cégek felé történő kapcsolatfelvétel a hatékonyság érdekében közösen történjen. Ez különösen fontos lenne azokban az esetekben, amikor plusz igények merülnek fel. Elmondja, hogy ma Magyarországon nincsenek olyan igazán jó kongresszusi helyszínek, ahol egy igényes rendezvényt meg lehet tartani. Lehetőségként felmerült a Hotel Royal, de nem biztos, hogy a határidőre el fog készülni. Abban az esetben, ha 400 fő beregisztrál és 150 m<sup>2</sup> kiállítási helyet sikerül eladni, a rendezvény nullszaldós lesz. Az e fölötti regisztráció és kiállítási hely eladás már nyereséget fog jelenteni. A MOTESZ arra gondolt, hogy a nyereségen 50–50%-ban osztoznának, és ugyanez lenne az osztozkodási arány abban az esetben, ha veszteséges lenne a rendezvény. Az eddigi adatok ismeretében azonban optimista. A MOTESZ a kongresszus szervezésével felmerülő minden előzetes költséget állni fog.

**Horváth Attila elnök úr** a megállapodás-tervezet ismeretében kéri a vezetőséget, hogy szavazzon arról, a MOTESZ szervezze-e a Nagygyűlést.

A vezetőség egyhangúlag igennel szavazott.

**Horváth Attila elnök úr** kérdezi a vezetőség megjelent tagjait, hogy véleményük szerint kell-e meghatározni egy témát a Nagygyűlésnek?

**Török László professzor úr** azt javasolja, hogy elegánsabb lenne, ha egy szlogenje lenne a kongresszusnak.

**Horváth Attila elnök úr** a jelenlévőtől javaslatokat vár és kéri a szlogen elfaxolását.

## 2. napirendi pont: Alapszabály kérdése

**Juhász István főtítkárr** bemutatja a jelenlévőknek Kiséri Zoltánt, a Szabó és Társa Ügyvédi Iroda képviselőjét. Elmondja, hogy az előző, hivatalosan el nem fogadott alapszabály lényegét a készülő új alapszabály is megtartja. A vezetőség megkapta az alapszabály-tervezetet, melyben az új részek vastagon kiemelve szedve láthatóak. Szeretné, ha a vezetőség a mai napon eldöntené, hogy a Társulat közhasznúvá váljon-e, vagy sem. Felkéri az ügyvéd urat, hogy ismeresse az eddigi változtatások lényegét.

**Dr. Kiséri Zoltán** elmondja, hogy az alapszabály nagy vonalakban nem módosult, az eltérések vastagon szedve olvashatóak. A feladat az lenne, hogy egy irányvonalat kellene meghatározni. A jelenlévők az alapszabály mellé megkapták a kiegészítő részt is, mely akkor kerülne bele az alapszabályba, ha a vezetőség megszavazza azt, hogy a Társulat közhasznú legyen. A közhasznúság nagyon jó lehetőség a Társulatnak a támogatók szempontjából, ugyanis a támogató leírhatja adójából a támogatást. Ezzel nagyobb az esély támogatásokra. Ugyanakkor a könyvelésnél némi nehézséget okozhat az, hogy külön nyilván kell tartani mindent, viszont nyíltabbá válik a Társulat könyvelése, melybe bárki beletekinthet, emellett könyvvizsgálót is kell tartani. A TEÁOR számok a Társulat tevékenységi köreit határozzák meg.

**Baló tanár úr** kérdezi, hogy ha ez a Társulat jogutód szervezet, akkor is ki kell-e várni a 3 évet ahhoz, hogy a Társulatot közhasznúvá nyilvánítsák.

**Dr. Kiséri Zoltán:** igen, ki kell.

**Juhász István főtítkárr** jelzi, hogy az alapszabály-tervezet szerint 3 helyett (elnök, főtítkárr, pénztáros), csak két képviselője lesz az MDT-nek, ketten lesznek hivatalosan aláírásra jogosultak.

**Dr. Kiséri Zoltán:** Ez csak akkortól lesz érvényes, ha az új alapszabály már el lett fogadva, jelenleg csak az elnök úrnak van hivatalosan aláírási joga, első körben csak ezt lehetett módosítani.

**Horváth Attila elnök úr** szerint is ez problémát okozhat, ugyanis nem tudnak pénzt felvenni és átutalni, ha nincs aláíró csak egy fő.

**Dr. Kiséri Zoltán:** Ez meg fog oldódni az új alapszabály elfogadásával. Másik fontos kérdés az új alapszabály létrejöttékor az, hogy a szekciók önálló jogi személyekké váljanak-e, vagy továbbra is az MDT szerves részei maradjanak, mely szabályozza működésüket. Ha a szekciók az MDT szerves részei maradnak, a továbbiakban is megvan a Társulatnak a lehetősége arra, hogy szabályozza a szekciók létrejöttét. Például meghatározhatja, hogy minimum 10 ember, vagy pl. minimálisan 2 professzor kell egy szekció létrehozásához.

**Juhász István főtítkárr** azt kérdezi, hogy ezeket a kikötéseket az alapszabályba be kell-e írni.

**Dr. Kiséri Zoltán:** Jogilag nem kötelező ezt írásban, az alapszabályban rögzíteni, de így szokták. Másik lehetőség, hogy az MDT működési szabályzatába kerüljön ez a kitétel bele.

**Horváth Attila elnök úr** véleménye szerint ezt a kérdést az MDT keretein belül, a vezetőség jóváhagyásával, kérésével kell kezelni. Ezért ez nem indokolja, hogy a szekciók önálló jogi személyekké váljanak. A kb. 700 fős magyar bőrgyógyász társadalmat tovább szabdalni nem érdemes.

**Hunyadi János professzor úr** véleménye szerint a szekciók ne legyenek önálló jogi személyek, ez az MDT széttagozódásához vezetne.

**Horváth Attila elnök úr** elmondja, hogy a társulat tagjai az alapszabály-tervezet végleges formáját egy főtítkári levélben fogják megkapni.

**Dr. Kiséri Zoltán:** Javasolja, hogy a vezetőség döntsön három kérdésben:

– Kell-e közhasznúság a Társulatnak?

– A szekciók külön jogi személyek legyenek-e?

– Elfogadja az egyéb változtatásokat?

**Juhász István főtítkárr** felkéri a vezetőség jelenlévő tagjait, hogy szavazzák meg az első kérdést, miszerint támogatja-e a vezetőség, hogy az MDT közhasznú szervezettel váljon.

A vezetőség egyhangúlag igennel szavazott.

A szekciók váljanak-e jogi személyekké?

A vezetőség 1 tartózkodás mellett nemmel szavazott.

Elfogadja-e az alapszabály-tervezetbe bevezetett egyéb változtatásokat?

A vezetőség egyhangúlag igennel szavazott.

## 3. napirendi pont: EADV Spring Symposium

**Horváth Attila elnök úr** elmondja, hogy október 2-án az EADV vezetősége egy poszter tervezetet vár Prágában, mely a Spring Symposium logóját mutatja be. Megmutatja a vezetőségnek a négy tervezetet, melyek közül a 4. számút javasolja. Körbeadja a vezetőség tagjainak, hogy mindenki megnézhesse és dönthessen.

**Hunyadi János professzor úr** azt javasolja, hogy a logót az elnök úr és a főtítkárr úr döntse el. A vezetőség megnézte a terveket, a döntést az elnök úrra és a főtítkárr úrra bízta.

**Farkas Beatrix asszony** kérdezi, hogy mi a Spring Symposium pontos időpontja. Horváth Attila elnök úr: 2004. április 29.–május 1. Elmondja még, hogy több szervező céggel folytak a tárgyalások, az előzetes munkát a Spring Symposiummal kapcsolatban a MOTESZ végzi. A Spring Symposiumnak kell egy új, önálló honlapot létrehozni, ezzel kapcsolatosan is folyamatosan a munkák. Amint konkrétumok lesznek tudatja a vezetőségnek.

## 4. napirendi pont: Egyebek

**Horváth Attila elnök úr** elmondja, hogy szeretné, ha az MDT 75 éves történetét összefoglalná valaki, kiemelve az 1935-ös kong-

resszust, és összeírásra kerülne az eddigi elnökök, főtítkárok, tiszteletbeli tagok, Kaposi Emlékérem kitüntetettjei listája, és az egyes bősztályok története. Szeretné, ha ez az összefoglaló már a Nagygyűlésre elkészülne magyarul, majd a Spring Symposiumra angolul is. Javasolja, hogy mindenki maga gondoskodjon a saját területéről. Ha megoldható, szeretné, ha Simpon professzor úr lenne ennek a főszerkesztője. Októberre kérné az anyagot.

**Hunyadi János professzor úr** szeretné Simon Miklós jr.-t Kaposi Emlékérem kitüntetésre felterjeszteni. Elmondja, hogy professzor úr már 1996 óta tiszteletbeli tag.

**Horváth Attila elnök úr** kéri a vezetőséget, hogy szavazzon Hunyadi professzor úr felterjesztéséről.

A vezetőség egyhangúlag igennel szavazott.

**Horváth Attila elnök úr** kérdezi, hogy mikor kerüljön átadásra a kitüntetés, jó lesz-e a szegedi vándorgyűlésen? Elnök úr és főtítkárok megegyezik abban, hogy megkérdezzék Simon professzor urat, hogy mikor lenne számára megfelelő.

**Baló J. Mátyas tanár úr** elmondja, hogy szeretnék volna bejegyeztetni a Német-Magyar Társaságot, de jogilag ez lehetetlen.

**Farkas Beatrix professzor asszony** elmondja, hogy kisebb vita keletkezett a német-magyar ülés időpontjáról. A németek azt szeret-

nék, ha maradna augusztus utolsó hétféjéje, nekünk azonban más javaslatunk lenne.

**Horváth Attila elnök úr** a német-magyar ülés időpontjára két lehetőség is adódik. Lehetne a Spring Symposium satelitje, vagy lehetne a szokásos időpontban.

**Hunyadi János professzor úr** szerint magyar részről mindkét választás elfogadható lenne. A németek viszont inkább az augusztust választanák.

**Farkas Beatrix professzor asszony** szerint a németek szeretnék lefoglalni az augusztus végét a német-magyar ülésre. Azt azért meg kell jegyezni, hogy a németek több szponzort szoktak hozni.

**Hunyadi János professzor úr:** Lillafüredre is hoztak szponzorpénzt. Az is egy drága konferencia volt, de mégis volt mindenre fedezet, és nagyon sikeresnek bizonyult.

**Farkas Beatrix professzor asszony:** az a helyzet, hogy már most hoztak szponzorokat.

**Horváth Attila elnök úr:** A vezetőség megbízta professzor asszonyt, hogy ezt tárgyalja le a németekkel. Amennyiben nincs senkinek egyéb hozzászólása, úgy az ülést berekesztem.

*Dr. Juhász István*  
főtítkárok

## Jegyzőkönyv

### 2002. december 12. 18.00-tól Magyar Dermatológiai Társulat közgyűlése Budapest, Nagyváradi téri Elméleti Tömb

Jelenlévők száma: 105

#### **Napirendi pontok:**

- I. A Magyar Dermatológiai Társulat éves munkájáról szóló beszámoló**
- II. A társulat évi zárszámadásának elfogadása**
- III. A társulat közhasznú szervezetként történő nyilvántartásba vételével kapcsolatos kérdésben döntés.**
- IV. Az MDT alapszabályának módosítása, a módosítás alapján az új egységes alapszabály elfogadása**
  1. Határozat a szervezet közhasznú szervezetként történő nyilvántartásba vétele tárgyában.
  2. A társulat céljai megvalósítása érdekében az 1-27. pontban megjelölt tevékenység végzésére jogosult. Ezek tárgyában határozathozatal.
  3. A társadalmi szervezet jogi jellegének meghatározása kérdéskörben határozathozatal.
  4. A társadalmi szervezet, mint közhasznú szervezet tevékenységét nyilvánosan végzi, e vonatkozásban határozat hozatala.
  5. A már működő szekciók deklarálása és a szekciók létrehozásával kapcsolatos határozat meghozatala.
  6. A vezetőség tagjainak megbízása 3 évi időtartamra szól, e tárgykörben határozat hozatala.
  7. A közgyűlés kizárólagos hatáskörébe tartozó kérdések elfogadása, rögzítése.

8. A vezetőség üléseinek nyilvánosságáról szóló határozat.
9. A vezető tisztségviselők összeférhetetlenségi szabályainak meghatározása.
10. A felügyelő bizottság létrehozása, feladatainak meghatározása.
11. A társadalmi szervezet elhatározta, hogy gazdasági tevékenységet végez céljának megvalósításához, így a társadalmi szervezet e körben megvalósuló tevékenységi köreinek elfogadása.
12. A közhasznú szervezetekre vonatkozó hatályos törvényi rendelkezéseinek beépítése az alapszabályba.
13. Ezen módosító rendelkezések elfogadását követően az egységes szerkezetű Magyar Dermatológiai Társulat alapszabályának elfogadása.

#### **V. EADV affiliatio kérdése.**

#### **VI. Tagsági díjjal kapcsolatos kérdések megtárgyalása.**

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Üdvözlöm a megjelenteket. Szeretném elmondani, hogy Társulatunknak jelenleg 710 tagja van. Ahhoz, hogy a mai közgyűlés határozatképes legyen, a tagok 50%-ának + 1 főnek, azaz 356 főnek kellene most megjelenni. A jelenléti ívek alapján 105 fő jelent meg a mai közgyűlésen. Megállapítom, hogy a közgyűlés összehívására nem kerül sor, mert nem határozatképes. Köszönöm a most megjelenteknek a részvételt, várom Önöket a holnapi közgyűlésen is.

## Jegyzőkönyv

### Magyar Dermatológiai Társulat közgyűlése 2002. december 13., 18.40-től Budapest, Nagyváradi téri Elméleti Tömb

Jelenlévők száma: 68 fő

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Szeretném elmondani, hogy a tegnapi, 2002. december 12-i közgyűlés határozatképtelen volt, ezért ma, változatlan napirendi pontokkal megismételjük a közgyűlést, mely a megjelentek számától függetlenül határozatképes.

#### **Napirendi pontok:**

- I. A Magyar Dermatológiai Társulat éves munkájáról szóló beszámoló**
- II. A társulat évi zárszámadásának elfogadása**
- III. A társulat közhasznú szervezetként történő nyilvántartásba vételével kapcsolatos kérdésben döntés.**

#### IV. Az MDT alapszabályának módosítása, a módosítás alapján az új egységes alapszabály elfogadása

1. Határozat a szervezet közhasznú szervezetként történő nyilvántartásba vétele tárgyában.
2. A társulat céljai megvalósítása érdekében az 1-27. pontban megjelölt tevékenység végzésére jogosult. Ezek tárgyában határozathozatal.
3. A társadalmi szervezet jogi jellegének meghatározása kérdéskörben határozathozatal.
4. A társadalmi szervezet, mint közhasznú szervezet tevékenységét nyilvánosan végzi, e vonatkozásban határozat hozatala.
5. A már működő szekciók deklarálása és a szekciók létrehozásával kapcsolatos határozat meghozatala.
6. A vezetőség tagjainak megbízása 3 évi időtartamra szól, e tárgykörben határozat hozatala.
7. A közgyűlés kizárólagos hatáskörébe tartozó kérdések elfogadása, rögzítése.
8. A vezetőség üléseinek nyilvánosságáról szóló határozat.
9. A vezető tisztségviselők összeférhetetlenségi szabályainak meghatározása.
10. A felügyelő bizottság létrehozása, feladatainak meghatározása.
11. A társadalmi szervezet elhatározta, hogy gazdasági tevékenységet végez céljának megvalósításához, így a társadalmi szervezet e körben megvalósuló tevékenységi köreinek elfogadása.
12. A közhasznú szervezetekre vonatkozó hatályos törvényi rendelkezéseinek beépítése az alapszabályba.
13. Ezen módosító rendelkezések elfogadását követően az egységes szerkezetű Magyar Dermatológiai Társulat alapszabályának elfogadása.

#### V. EADV affilatio kérdése.

#### VI. Tagsági díjjal kapcsolatos kérdések megtárgyalása.

I. napirendi pont:

##### A Magyar Dermatológiai Társulat éves munkájáról szóló beszámoló

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Köszöntöm a közgyűlésen megjelent kolégákat. Egy évvel ezelőtt kaptuk meg Önöktől a nagyon megtisztelő megbízást, azóta a következő dolgok történtek a Társulat életében, amelyekről úgy gondolom, hogy mozaikszerűen el kell, hogy mondjak. Az egyik, hogy a társaságnak jelenleg nincs érvényes alapszabálya, az előző változtatások nem kerültek bejegyzésre, így hosszú ideig nem volt aláírási joggal rendelkező tisztségviselő. Ezt mára sikerült rendezni.

A következő fontos dolog a Társulat életében, az a várható tiszteletteljes megbízás, hogy az EADV-nek a 2004-es Spring Symposiumát itt Budapesten szervezhetjük meg. Ez ügyben éppen vasárnap fog az első komolyabb egyeztető tárgyalás megtörténni. Az EADV Tudományos Bizottságának küldöttsége fog velünk tanácskozni a tervezett programról. Miután ezek ebben a pillanatban nem kész dolgok, kérem, hogy ezeket információ szintjén vegyék tudomásul. Ígérem, amint az egész dolog a megvalósulás stádiumába kerül, abban a pillanatban ezt természetesen közölni fogjuk Önökkel.

Pénztárosi beszámoló: Rosszul állunk.

II. napirendi pont:

##### A társulat évi zárszámadásának elfogadása

**Dr. Kovács János:** Köszönöm professzor úr a szót. A társulat számáján jelenleg 1 000 000,- Ft feletti készpénz van, a pénztárban kb. 150 000,- Ft va. Már jelen pillanatban is több kötelezettségünk lenne a rendelkezésünkre álló összegeknél. Röviden, tömören ez a jelenlegi állás. Kérem, fogadják el a beszámolómat.

III. és IV. napirendi pont:

##### A társulat közhasznú szervezetként történő nyilvántartásba vételével kapcsolatos kérdésben döntés.

Az MDT alapszabályának módosítása, a módosítás alapján az új egységes alapszabály elfogadása.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** A napirendi pontok közül a legfontosabb, amelyet most abszolválni kellene, az Alapszabály módosítás. Ha ezt nem tárgyaljuk meg, nehezen tudunk továbblépni, például az tartozásaink behajtását illetően is rosszabb pozícióba leszünk. Az alapszabály módosításnak a bevezetését és az egyes pontoknak a változtatására tett javaslatainkat fogjuk ismertetni. Felkérem főtítkár urat, hogy ismertesse a főbb pontokat.

**Dr. Juhász István:** A jegyzőkönyv vezetésére javasolnám az MDT titkárság vezetőjét, Tóth Andreát. A szavazás egyszerű kézfeltartással történne. Kérem a beleegyezésüket, hogy a jegyzőkönyv vezető Tóth Andrea legyen. A szavazás eredménye: látható többség.

A jegyzőkönyv hitelesítésére felkérem Dr. Nebenführer László főorvos urat, aki az MDT felügyelő bizottságának elnöke, és Dr. Szegedi Andrea adjunktusnőt. Kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzük, amennyiben egyetértünk a javaslattal. Javaslát elfogadva, szemmel látható többség.

Mindezek után az alapszabály módosításának a pontjait vennék sorra. Mindannyian megkapták az új alapszabály-tervezetet, amely az 1999-ben már részlegesen átvett alapszabály szellemében, annak felhasználásával készült, és csak a jogi elfogadhatóság kedvéért kerültek bele bizonyos módosítások.

##### 1. Határozat a szervezet közhasznú szervezetként történő nyilvántartásba vétele tárgyában.

**Dr. Juhász István:** Az egyik ilyen kérdésünk a mai napon, melyet a vezetőségi üléseken több körben megtárgyaltunk, a Magyar Dermatológiai Társulat közhasznú társulatként történő további működésére vonatkozik. A mellékelt levélben minden pontot megindokoltam. Az élet azt kívánja, hogy a különféle támogatások megszerzésére és hathatósabb felhasználására ebben a formában működjön tovább a társaságunk.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Ha szabad javasolnom, akkor az egyes pontoknál adjuk meg a tagságnak azt a lehetőséget, hogy szóban az ellenvetését elmondhassa. Ha valakinek ismerete birtokában kérdése, vagy javaslata van, kérem, hogy az tegye szóvá. Tetszenek-e tudni, hogy ez a változás mit jelent. Tehát kérdezem hogy az első ponthoz van-e hozzászólás és kérdés.

**Dr. Juhász István:** Láthatóan nincs hozzászólás. Ezért megkérdem, hogy elfogadja-e a jelenlévő tagság azt, hogy a Magyar Dermatológiai Társulat közhasznú szervezetté váljon. Kérem, hogy aki ezzel egyetért, tartsa fel a kezét. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a javaslatot egyhangúlag elfogadta a közgyűlés.

##### 2. A társulat céljai megvalósítása érdekében az 1-27. pontban megjelölt tevékenység végzésére jogosult.

**Dr. Juhász István:** A társulat, céljaink megvalósulása érdekében egy 27 pontos listában feltüntetett tevékenység végzésére jogosult. Ezt a 27 pontot egyben megszavazhatjuk. Kérem, hogy aki a társulat ebben a feltüntetett sorrendben és megnevezésben céljaival egyetért, az kézfeltartással jelezze. A szavazás előtt Dr. Simon Gyula tanár úrnak megadom a szót hozzászólásra.

**Dr. Simon Gyula:** Köszönöm a lehetőséget. Egyetlen pontban, a 8-as pontban, a Kaposi és a Gruby Emlékérem adományozásában szeretném, ha az a kitétel az alapszabályban is benne lenne, ami eredetileg az alapító levélben is benne volt, miszerint a Gruby Éremet olyasvalaki kapja, aki a dermato-mycologia, ill. általában az orvosi mycologia érdekében fejtett ki komoly hazai, vagy nemzetközi tevékenységet. Tehát azt szeretném, ha az egyik érem specifikus lenne.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Érttem Simon tanár úr hozzászólásának lényegét, azt gondolom azonban, hogy ha a Társulat elismeri, hogy ez a két kitüntetés van, és ennek a két kitüntetésnek megvan a pontos ígervénye, azt ide beemlni nem lenne értelmes. Tehát a Gruby Éremet az kapja, aki azoknak a feltételeknek eleget tesz, amelyek a Gruby Érem alapításával kapcsolatosak.

**Prof. Dr. Schneider Imre:** Javasoltam főtítkár úrnak, hogy a Gruby Éremről és a Kaposi Éremről a vezetőség titkosan szavazzon. Erről beszéltem elnök úrral is telefonon. Ha demokratikusan működik az intézmény, akkor titkosan szavaznak. Tehát az lenne a kérés, hogy legyen benne az alapszabályban az a kitétel, hogy a vezetőség személyi ügyekben titkosan szavaz.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Az alapszabályban benne van, hogy személyi ügyekben titkosan történik a szavazás.

**Prof. Dr. Schneider Imre:** Köszönöm elnök úr választát.

**Dr. Juhász István:** Az eredetileg feltüntetett, megjelölt tevékenységek végzésére való jogosultság szavazására szólítanám fel a megjelenteket. Kérem, hogy aki egyetért, az kézfeltartással jelezze. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

### 3. A társadalmi szervezet jogi jellegének meghatározása.

**Dr. Juhász István:** A következő pontok kifejezetten jogi magyarázatot igényelnek. A társadalmi szervezet jogállásában beálló változás épül be az eredeti szövegbe. Gyakorlatilag az történik, ami itt fel van sorolva és a közhasznúságot definiálja. Van-e valamilyen hozzászólás, vagy javaslat ehhez a ponthoz? Amennyiben nincs, akkor kérem szépen, hogy ezt a pontot, azaz a társadalmi szervezet jogi jellegének meghatározását elfogadjuk, ez esetben kérem kézfeltartással jelezzék. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

### 4. A társadalmi szervezet, mint közhasznú szervezet tevékenységét nyilvánosan végzi.

**Dr. Juhász István:** E vonatkozásban szintén határozatot kell hoznunk. Ehhez a szövegponthoz van-e hozzászólás, észrevétel?

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Szeretném elmondani, hogy miért a Népszabadság lett megjelölve. Az ügyvédnök elmondta, hogy jogszabály kötelez arra, hogy egy sajtóorgánumot megjelöljünk, mégpedig olyat, mely országos napilap, vagy periodika, mely bármely újságárusnál kapható. Ezért a Szemle nem alkalmas erre. Kötelezettséget vállalunk arra is, hogy párttá nem fogunk alakulni, ehhez is kérem a beleegyezésüket.

**Dr. Juhász István:** Kérem ebben a tárgyban a szavazatot. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

### 5. A már működő szekciók deklarálása és a szekciók létrehozásával kapcsolatos határozat meghozatala.

**Dr. Juhász István:** Az alapszabályból hiányzott a szekciókkal kapcsolatos rendelkezés. Az előző alapszabály ezt nagyon nagyvonalúan egy mondatral elintézte. Ezzel kapcsolatosan egy irányvonalat kívántunk itt bevezetni, amelyet esetleg egy késői alapszabály-módosításon több körben átgondolva újra lehet gondolni, finomítani. Ebben a formában az került megfogalmazásra, hogy legyenek minősített vezetői, egy szekció megalakulásának bizonyos alapvető feltételei és a megszűnésének alapvető feltételei. Nem érkezett ezzel kapcsolatosan visszajelzés, de megkérdem az elnök urat és a jelenlévőket, hogy az elhangzottak szellemében van-e olyan észrevételük, javaslatuk, melyről úgy gondolják, hogy feltétlenül bele kellene vennünk az alapszabályba?

**Prof. Dr. Schneider Imre:** Köszönöm a szót főtítkárnak. Az alapszabály-tervezetet olvasva azt látom, hogy 11 szekció van felsorolva, melyből hiányzik a venerológia. Az MDT-nek a neve Magyar Dermatológiai Társulat és reprezentálnia kell a venerológiát is. Gondoljunk arra, hogy a régi amerikai, német, francia klinikák korábban bőr- és venerológiai klinikák voltak, majd a profilok változtak. Csak azért szólok hozzá, nehogy később zsákutcában jussunk emiatt.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Amennyiben valakinek eszébe jut, hogy egy ilyen szekciót létrehozzon, akkor az itt lefektetett elvek alapján ennek semmi akadálya nincs.

**Prof. Dr. Schneider Imre:** Én nem azért szóltam hozzá, hogy vállaljam ennek a szekciónak a vezetését.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Én azt gondolom, hogy professzor úr hozzászólása teljesen igaz, egyetérték. Ebben inkább az a fontos, hogy szeretném rendbe rakni a szekcióknak és a Társaságnak a viszonyát. Állam-e az államban, illetve a szekció elnöke, ha rendez az MDT nevében egy kongresszust, akkor milyen felelősség hárul a szekcióra és milyen magára a Társulatra. A szekciók nem önálló gazdasági egységek, amire viszont a főtítkárnak célzott, azaz, hogy későbbi belső rendelkezésekkel kell azt elémünk, hogy azok a szek-

ciók, amelyek önállóan sokat dolgoznak, saját forrásokat is behoznak a Társulat forrásai közé, ebből milyen visszaosztást kapjanak.

**Prof. Dr. Schneider Imre:** Úgy érzem, hogy mindenféleképpen hozzá kell szólni, mert a MDT alapszabályának módosítása az utóbbi 10 évben kétszer is megtörtént, de azelőtt évtizedekig nem történt. Mindenféleképpen érdemes lenne bevenni a venerológiai és STD szekciót.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Egyetérték professzor úrral és megígérem, hogy hétfőn leülünk és megalapítjuk a venerológiai szekciót. Úgy érzem azonban, hogy az a venerológia, amely ma a bőrgyógyászat mellett működik, nem ugyanaz, mint az STD. Az STD nagy, interdiszciplináris terület. Megítélésem szerint a bőrgyógyászatnak minden baja abból ered, hogy hatalmas interdiszciplináris területeket próbált hivatalosan magához kapcsolni, amit aztán nem tudott uralni. Ez van egész Európában. Tehát úgy gondolom, hogy egy venerológiai szekciót örömmel meg fogunk szervezni és a professzor urat megkérem, hogy együtt kezdjük el és lépünk be. Az STD ennél bonyolultabb, az egészen más körre vonatkozó feladatokat jelent. Kérem a jelenlévőket, hogy szavazzanak a működő szekciók deklarálásáról.

**Dr. Juhász István:** Azt szeretném megkérdezni Schneider professzor úrtól, hogy elfogadja-e az elnök úr választát?

**Prof. Dr. Schneider Imre:** Elfogadom.

**Dr. Juhász István:** Kérem, hogy a jelenlévők kézfeltartással szavazzanak a szekciókra vonatkozó szabályozásról, mely nem zárja ki újabb szekciók létrehozását. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

### 7. A közgyűlés kizárólag hatáskörébe tartozó kérdések elfogadása, rögzítése.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Az alapszabály 11 pontban sorolja fel a közgyűlés hatáskörét. A korábbiaktól eltérően van három új pont, a 7-es, 10-es, 11-es, melyekről most kell döntést hoznunk.

**Dr. Juhász István:** Ezek a dolgok a közhasznúvá válás miatt szükségesek. Ha a közgyűlés úgy határozott volna, hogy nem válnak közhasznúvá, akkor ezek a pontok most nem következnének, de így a változáshoz ezt is abszolválunk kell. Mindezek után kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

### 8. A vezetőség üléseinek nyilvánosságáról szóló határozat.

**Dr. Juhász István:** Ez megint az élet kodifikálása, az előző ciklus óta a vezetőségi ülések jegyzőkönyve a Szemlében nyomtatásban megjelennek. Ezt tervezzük a továbbiakban is. Kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

### 9. A vezető tisztségviselők összeférhetetlenségi szabályainak meghatározása.

**Dr. Juhász István:** Mindenkinek volt alkalma átnézni a kiküldött alapszabályban ezeket a változtatási pontokat. Itt a vonatkozó jogszabályok alapszabályba történő beépítése valósul meg. Ezeket törvény írja elő. Amennyiben nincs kérdése, észrevétele a tagságnak, kérem, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

### 10. A felügyelő bizottság létrehozása, feladatainak meghatározása.

**Dr. Juhász István:** A felügyelő szervről a közhasznúvá válás kapcsán pár szót kell ejteni. A felügyelő bizottság jelenleg egy főből áll, Nebenführer főorvos úr látja el ezt a tiszteket. A közhasznúsági törvény viszont nem enged meg egy fős felügyelő bizottságot, tehát egy későbbi fórumon a bizottság létszámát bővítenünk kell, amennyiben ezt a kitételt elfogadjuk. Amennyiben nincs kérdése, észrevétele a tagságnak, kérem, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

11. A társadalmi szervezet elhatározta, hogy gazdasági tevékenységet végez céljának megvalósításához, így a társadalmi szervezet e körben megvalósuló tevékenységi köreinek elfogadása.

**Dr. Juhász István:** Itt a tevékenységi körök elfogadása lenne a közgyűlés feladata, ezek az ún. TEÁOR számok. Úgy gondolom, hogy ezt a TEÁOR könyvet a nagy többség ismeri valamennyire. Volt egy hozzászólás, miszerint a tervezett tevékenységi körökből kimaradt a kongresszus szervezés, de szeretném elmondani, hogy ez benne van, mégpedig az 74.84 (máshova nem sorolható egyéb gazdasági tevékenységet segítő szolgáltatás) számon. Úgy érezzük, hogy ezek a pontok tartalmazzák mindazt, amit az MDT csinál, illetve a jövőben szeretne csinálni. Amennyiben nincs kérdése, észrevétele a tagságnak, kérem, hogy kézfeltartással jelezzék, hogy egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

12. A közhasznú szervezetekre vonatkozó hatályos törvényi rendelkezéseinek beépítése az alapszabályba.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Ezt a pontot mindenképpen el kell fogadnia a közgyűlésnek. Ezeket a módosításokat szintén törvény írja elő.

**Dr. Juhász István:** Kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, egyetértenek-e ezzel a ponttal. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

13. Ezen módosító rendelkezések elfogadását követően az egységes szerkezetű Magyar Dermatológiai Társulat alapszabályának elfogadása.

**Dr. Juhász István:** Miután a változtatásokat tartalmazó összes pontot elfogadtuk, ezután egészében az új alapszabályt kell elfogadnunk. Amennyiben észrevétele, kérdése nincs senkinek, kérem, hogy ezt az egységes szerkezetbe foglalt új alapszabályt fogadjuk el. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

V. napirendi pont:  
EADV affiliatio kérdése

**Dr. Juhász István:** Több területen is érezzük, hogy az Európai Unió felé közeledünk. A szakmánkban az Európai Uniót az Európai Dermato-Venerológiai Akadémia jelképezi, mely a karját kinyújtotta Társaságunk felé. Segíteni szeretné a nemzeti bőrgyógyászati társaságokat, ezért hozta létre az affiliációs szisztémát. Az ezzel kapcsolatos tudnivalókat a levelemben mindenkinek részletesen leírtam. Lényegét megpróbálom gyorsan összefoglalni. Az évi tagdíjnak az emelését tervezi az EADV, emiatt hozták létre azt a lehetőséget, hogy egy társaság egy névleges díjért csatlakozik az Európai Akadémiához, affiliálódik vele. Ennek fejében ez kb. 100 E költséget plusz adminisztrációs költséget jelent. Ez hozzávetőlegesen egy tagnak egyévi díjának megfelelő összeg. Ennek fejében annak a nemzeti társaságnak a tagja választhat, hogy egyéni tagként affiliált tagságot, vagy rendes tagságot kíván magának. Az affiliált tagság előnye, hogy ugyanúgy csökkentett díjért lehet regisztrálni az EADV rendezvényekre, és ugyanúgy korlátozás nélkül megkapja mindenki az újságot, de a hátránya, hogy az EADV tisztségviselői sorába nem választható be és az EADV közgyűléseken nem szavazhat. Mindezek ismeretében kérdezném, hogy van-e kérdése, hozzászólása valakinek?

**Prof. Dr. Schneider Imre:** Az lenne a javaslatom, hogy a Magyar Dermatológiai Társulat vezetőségi tagjai legyenek rendes tagjai az

EADV-nek, és ezt fizesse az MDT. A többi tagok legyenek affiliált, ún. fogadott tagjai az EADV-nek. Erről már egyébként volt szó az egyik vezetőségi ülésen is.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Professzor úr javaslatát köszönjük, erről nem kell szavazni. Professzor úr véleményének a lényege az, hogy majd a mindenkori vezetőség tagjai választhatók legyenek adott esetben, a tagok pedig élvezhessék a részvételi díj engedményeket. Ezt egy racionális megoldásnak gondolom, ennek egyébként eddig is gyakorlata volt, mert a vezetőség bizonyos tagjai így teljes jogú tagjai voltak az EADV-nek. Ennek a gyakorlatnak a folytatását javasolta professzor úr, csak sokkal hangsúlyosabban. Ezt a javaslatot a magam részéről támogatom.

**Dr. Juhász István:** Ezzel a módszerrel Magyarországot olyanok is képviselhetik, akiknek van szavazati joguk. Ezt az affiliatio-s kérényt én el is küldtem az EADV-nek és az EADV vezetősége ezt meg is szavazta. Mivel minden társasághoz való csatlakozást közgyűlésen kell megszavazni, ez is több körben megy végbe. Vezetőségi ülésen megszavazzuk, utána az EADV megszavazza, hogy csatlakozhatunk és ezek után kell a közgyűlésnek döntenie arról, hogy akar-e csatlakozni. Ez a mostani szavazás ezt szentesítendő. Ennek szellemében kérem a jelenlévőket, hogy kézfeltartással jelezzék, egyetértenek-e azzal, hogy a Magyar Dermatológiai Társulat affiliált tagja legyen az EADV-nek. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

VI. napirendi pont:  
Tagsági díjjal kapcsolatos kérdések megtárgyalása

**Dr. Juhász István:** Ismertetném a tervezett tagsági díjak összegét:

Nyugdíjasok:	1000,- Ft
Rezidensek:	2000,- Ft
Aktív bőrgyógyászok:	5000,- Ft

Összehasonlítva más társaságokkal, látható, hogy az alsó középmezőnybe tartozik az MDT. Nagyon sok támogatást szavazunk meg, amelyekre nincs mindig fedezet. A külföldi társaságok tagdíjainak is jelentős költségei vannak. A vezetőség úgy érezte, hogy tagdíjmeles lenne időszzerű, melynek több változata született. A vezetőségi ülésen az írásvetítón látható tagdíjstruktúra kristályosodott ki. Kérdezem, hogy van-e hozzászólás, javaslat?

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Azt szeretném elmondani, hogy ez éves tagdíjat jelent.

**Dr. Juhász István:** Változatlan feltételek mellett, tehát kedvezményes regisztráció és a Szemle kézbesítése hozzátartozik.

**Dr. Simon Gyula:** Nem szörszálhasogatás lenne a hozzászólásom, csak egyetlen dolgot szeretnék megjegyezni. A Dermatológiai Társulatnak nemcsak bőrgyógyász tagjai vannak, tehát nem az aktív bőrgyógyász megnevezés lenne helyes, hanem aktív tagok.

**Dr. Juhász István:** Köszönjük tanár úr a hozzászólást, figyelembe vesszük. Azt kérdezem a jelenlévőktől, hogy az elhangzott tagdíjstruktúrával egyetértenek-e. A jegyzőkönyv számára megállapítom, hogy a jelenlévők egyhangúlag igennel szavaztak.

**Dr. Juhász István:** A tervezett napirendi pontokat átvettük.

**Prof. Dr. Horváth Attila:** Az Önök által is elfogadott alapszabályban van egy kitétel, melyet idézni szeretnék: „Ki kell zárni a tagok sorából azt a személyt, aki: a Társulattal szemben fennálló kötelezettségeinek önhibájából nem tesz eleget”. Ennek ismeretében szeretném a tisztelt tagságot megkérni, hogy a 2002-es évben esedékes tagdíjat szíveskedjenek befizetni azok a kollégák, akik ennek eddig nem tettek eleget. Az ülést ezennel bezárom.

Budapest, 2002. december 13.

Dr. Juhász István  
főtitkár

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle Szerkesztősége fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.



## KONGRESSZUSI NAPTÁR 2003

### AZ MDT RENDEZVÉNYEI

#### IV. Kozmetológiai Kongresszus

2003. március 27-29.

Helyszín: Sopron, Kongresszusi Központ

Sipos Alíz: MOTESZ, 1051 Budapest,

Nádor u. 36.

Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56

Fax: 1/302-56-10

Website: www.motesz.hu

#### Magyar Dermatológiai Társulat

##### Vándorgyűlése

2003. szeptember 18-20.

Helyszín: Szeged, Pedagógiai Rendezvényház

Információ: Congress&Hobby Service

6722 Szeged, Batthyány u. 17.

Tel.: 62/484-531

Fax: 62/484-532

E-mail: congress@mail.tiszanet.hu

#### Magyar Dermatológiai Társulat

##### Vándorgyűlése

2003. december 11-13.

Helyszín: Budapest,

Nagyvárad téri Elméleti Tömb

Információ: prof. Dr. Horváth Attila,

SE Bőrclinika,

1085 Budapest, Mária u. 41.

Tel.: 1/266-04-65, 5727

Fax: 1/267-69-74

#### EADV 2004. Spring Symposium

2004. április 29.-május 1.

Helyszín: Budapesti Kongresszusi Központ

Információ: Prof. Dr. Horváth Attila,

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, SE Bőrclinika,

1085 Budapest, Mária u. 41.

Tel.: 1/266-04-65, 5727, 5753, 5772

Fax: 1/267-69-74

Sipos Alíz: MOTESZ,

1051 Budapest, Nádor u. 36.

Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56

Fax: 1/302-56-10

Website: www.motesz.hu

www.eadvbudapest2004.com

### FONTOSABB HAZAI RENDEZVÉNYEK

#### II. Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Hét

2003. április 7-11.

Információ: Congress&Hobby Service

6722 Szeged, Batthyány u. 17.

Tel.: 62/484-531

Fax: 62/484-532

E-mail: congress@mail.tiszanet.hu

Website: www.tiszanet.hu/congress/2003/derma7

#### Az MDT gyermekbőrgyógyász munkacsoportja évi tudományos ülése

2003. május 16.

Helyszín: Hotel Mercure Buda

Szervező: Convention Budapest Kft.

1461 Budapest, Pf. 11.

Tel.: 216-11-21/106

Tudományos szervező: prof. Török Éva és

dr. Szalai Zsuzsanna

Információ: Heim Pál Gyermekkorház

1089 Budapest, Üllői út 86.

Tel.: 459-91-32

### JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

#### 61th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology

2003. március 21-26.

Helyszín: San Francisco, USA

Információ: Scientific Assembly Committee,

American Academy of Dermatology

PO Box 4014 Schaumburg,

IL 60168-4014

Website: www.aad.org

#### International Investigative Dermatology (Joint meeting of the European Society for Dermatological Research, Japanese Society for Investigative Dermatology and Society for Investigative Dermatology)

2003. április 30.-május 4.

Helyszín: Miami Beac, Fontainebleau Hotel, Florida

Bővebb információt olvashatnak a www.sidnet.org címen, ugyanitt letölthető a regisztrációs lap is.

#### 42. Deutsche Dermatologische Gessellschaft – Tagung

2003. május 6-10.

Helyszín: Berlin

Rendező: Deutsche Dermatologische Gessellschaft

Geschäftsstelle, Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

Tel.: 030-24 62 530

Fax: 030-24 62 5329

e-mail: ddg@derma.de

Website: www.derma.de

#### European Hair Research Society 10th Meeting

2003. június 26-28.

Helyszín: Barcelona, Hotel Majestic

Információ: Mrs. Elena Lagalante, Meeting Secretariat,

Department of Dermatology Hospital Clinic, Villarroel, 170

08036 Barcelona (Spain)

Tel.: +34 935 275 438

Fax: +34 932 275 438

E-mail: elagalante@compuserve.com

Website: www.ehrs2003.com

#### International Society of Dermatology

2003. július 12-15.

Helyszín: Bangkok, Thaiföld

Információ: International Society of Dermatology,

930 East Woodfield Road Schaumburg, IL 60173

E-mail: info@intsocdermatol.org

**12th Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology**

2003. október 15-18.

Helyszín: Barcelona

Congress President: Mario Lecha

Tel.: +34 93 200 7083

Fax: +34 93 209 3152

E-mail: [congresos@atlantaviajes.es](mailto:congresos@atlantaviajes.es)

Információ: Unicongress, Calvet 55, 08021 Barcelona

Tel.: +34 93 200 7083

Fax: +34 93 414 6817

E-mail: [eadv2003@unicongress.com](mailto:eadv2003@unicongress.com)

Website: [www.unicongress.com/eadv2003](http://www.unicongress.com/eadv2003)

**30th Annual and Joint Meeting of Society for Cutaneous Ultrastructure Research and the study Group for Human Genetics and Molecular Therapy of Austrian Society for Dermatology and Venerology**

2003. április 24-26.

Helyszín: Salzburg, St. Virgil Conference

Center&Seminar-Hotel, Ernst Grein-Strasse 14

A-5026 Salzburg-Aigen

Tel.: ++43+662+65 9 01-ext.

Fax: ++43+662+65 9 01-509

E-mail: [office@virgil.salzburg.at](mailto:office@virgil.salzburg.at)

Internet: [www.virgil.at](http://www.virgil.at)

Reservations: [reservierung@virgil.at](mailto:reservierung@virgil.at)

**62th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology**

2004. február 6-11.

Helyszín: Washington, DC USA

Submission határidő: 2003. április 11.

Információ: Scientific Assembly Committee, American Academy of Dermatology

PO Box 4014 Schaumburg

IL 30168-4014

**34th Annual ESDR Meeting**

2004. szeptember 9-11.

Helyszín: Bécs, Ausztria

Bővebb információ később

**13. Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology**

2004. november 17-21.

Helyszín: Florence, Olaszország

Congress President: Torello M. Lotti

Fax: +39 0572 912280

E-mail: [president@eadv2004.org](mailto:president@eadv2004.org)