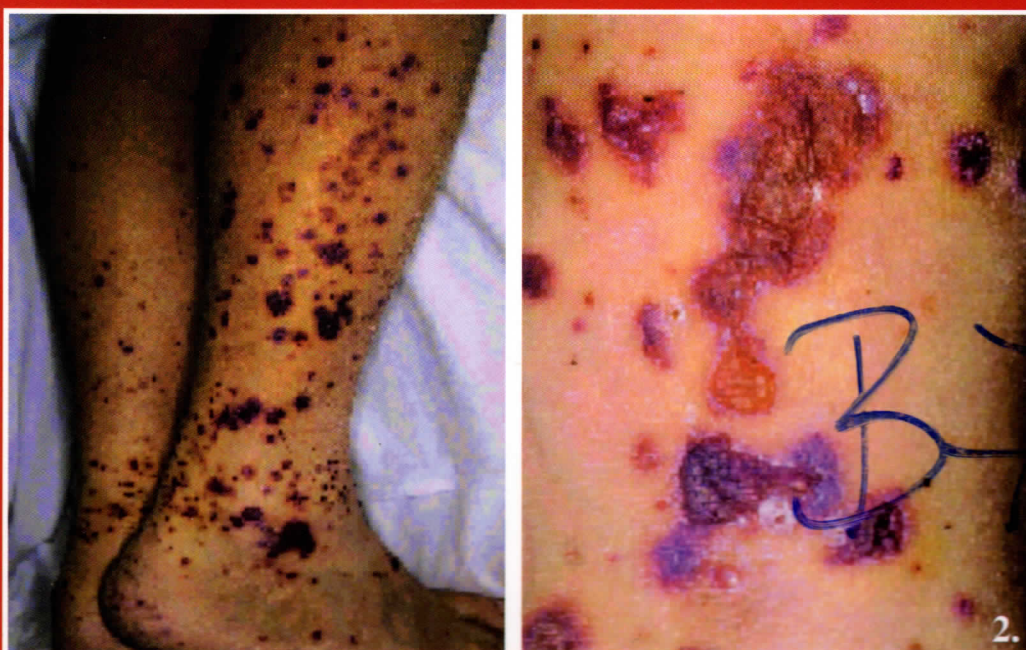


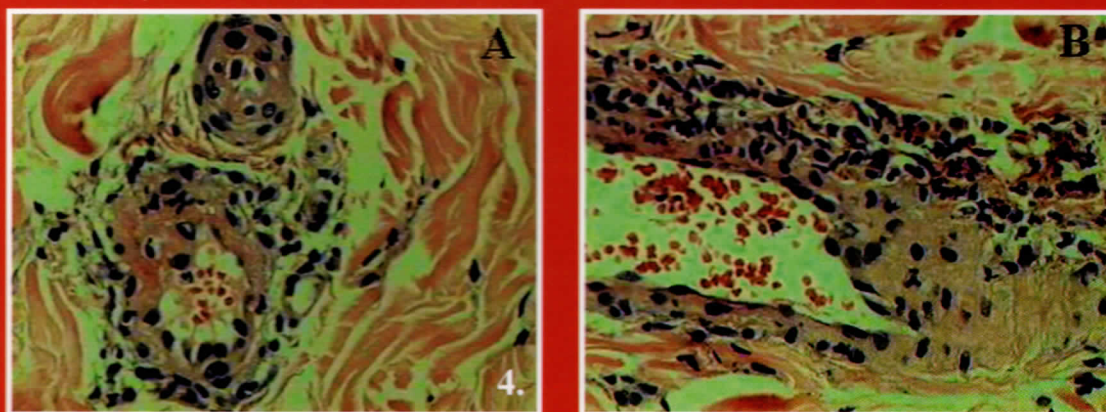
Garaczi Edina dr., Oláh Judit dr., Bata Zsuzsanna dr., Varga Erika dr.,
Korom Irma dr., Kiss Mária dr., Husz Sándor dr., Dobozy Attila dr.

Wegener-granulomatosis



2. ábra:

A lábszárakon szimmetrikusan fájdalmas, palpálható purpurák és haemorrhagiás bennékű vesiculák



4. ábra:

A dermisben mélyebben fekvő erek falában fibrinoid elhalás (A), perivascularisan lymphocyták, neutrophil granulocyták és leukocytoclasia jelei (B) (HE)

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. 4. szám

Kovács János dr.:

Matematikai-statisztikai módszerek a tudományos és alkalmazott kutatásban és interpretációjuk kérdései 153

KAZUISZTIKA

*Garaczi Edina dr., Oláh Judit dr., Bata Zsuzsanna dr., Varga Erika dr., Korom Irma dr., Kiss Mária dr.,
Husz Sándor dr., Dobozy Attila dr.:*

Wegener-granulomatosis 163

Károlyi Zsuzsánna dr., Degrell Péter dr., Nagy Gabriella dr., Erős Nóra dr.:

Primer anetoderma (Pellizari-típus) 169

Török Éva dr.:

Dr. Török Lajos (1863–1945). Emlékezés születésének 140. évfordulójára 175

Kongresszusi beszámoló 178

Könyvismertetés 189

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

*Semmelweis Egyetem Budapest, Bőr- és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Horváth Attila dr. egyetemi tanár) közleménye*

Matematikai-statisztikai módszerek a tudományos és alkalmazott kutatásban és interpretációjuk kérdései

Mathematical-statistical methods in scientific and applied research and their interpretation

KOVÁCS JÁNOS DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

*A tudományos kutatásban alapvető igény, hogy a vizsgá-
lás során kapott eredményeket a matematikai és statisztikai
módszertan törvényszerűségei szerint értékeljék,
hogy eredményeik reprodukálhatók legyenek, és a valósá-
got tényszerűen írják le. Az ilyen tartalmú közlemények
olvasói számára is elengedhetetlen, hogy a kapott ered-
mény alapján az alapvető összefüggések a sokszor bonyo-
lult adathalmazból értelmezhetőek legyenek. A cikkben a
szerző az alapfogalmak tisztázásával, ezek kritikájával és
néhány gyakorlati példával segíti a kérdéskörben való
eligazodást.*

Kulcsszavak:
**matematikai-statisztikai módszerek -
tudományos kutatás - értelmezés**

SUMMARY

*It is strongly recommended to evaluate results in the
scientific research upon principles of mathematical-
statistical methodology, because they must be repeatable
and realistic. Readers of scientific articles also should
understand basic relations obtained from the complex
data. With explanation and critic of basic elements to this
issue and with practical examples the author helps the
orientation in the theme.*

Key words:
**mathematical-statistical methods -
scientific research - interpretation**

A statisztika a valóság tömör jellemzésére szolgáló tudományos módszertan, illetve gyakorlati tevékenység, mindig a tények valamilyen összességét kívánja jellemezni. Kiindulási bázisát adatok vagy mutatószámok jelentik, melyek tulajdonképpen az egyedek egy bizonyos körét összességükben jellemző számszerű információk. A vizsgálat tárgyát képező egységek halmazát statisztikai sokaságnak nevezzük. A sokaság tagjainak besorolását ismérvek (területi, időbeli, minőségi, mennyiségi) segítik, melyek alapján a sokaság egymást át nem fedő részekre bontható.

Az adatszerzési módszerek a következők:

- adatgyűjtések, adatfelvételek (teljes körű, részleges)
- tervezett kísérletek

A rögzítés elsődleges eszköze ezek alapján kérdőív, kutatási napló, egyéb dokumentáció lehet.

Az egyedi adatfelvétel keresztmetszeti, míg az ismétlődő adatfelvétel longitudinális adatokat szolgáltat, utóbbi így a követéses, összehasonlító vizsgálatok alapvető eszköze, és induktív elemzés során általánosításra is lehetőséget ad.

- Exploratív (feltáró jellegű) adathasznosítás esetén a cél az adatokban megnyilvánuló szabályszerűségek feltárása, míg a
- konfirmatív (igazoló) jellegű elemzés a sokaságra előre megfogalmazott hipotézisek igazának tisztázására irányul (pl. adott gyógyszer kiváltja-e a kívánt hatást vagy sem).

Példaként elég csak a Viagra nevű sikergyógyszerre gondolnunk, ahol a konfirmatív elemzés nem igazolta a gyógyszer szívre való jó hatását, és az exploratív analízis tárta fel a mellékhatásként jelentkező, később főhatásként hasznosított áldásos effektust.

A sokaságok egy ismérv szerinti vizsgálatának alapját a gyakorisági eloszlások ismerete képezi, mivel ennek hiányában következtetések levonására alkalmas bizonyos módszertani eljárások nem alkalmazhatók.

A gyakorisági eloszlást helyzete, szóródása és alakja jellemzi. Ezen jellemzők ismerete esetén az alapadatok hiányában is képet kaphatunk az eloszlásról, illetve az általa jellemzett sokaságról.

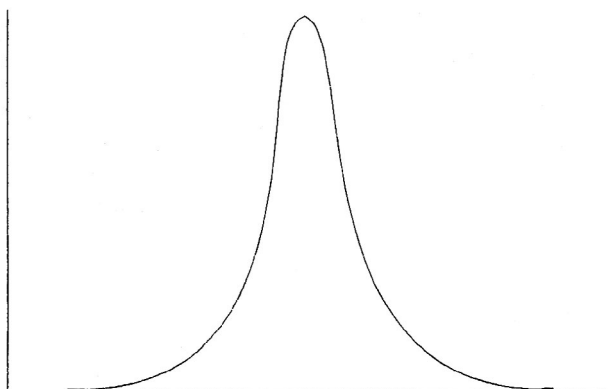
- Az eloszlás **helyzete** a tipikusnak mondható ismérv-értékek előfordulási helyét jelenti az x-tengelyen.

➤ Az eloszlás **szóródása** az ismértékek egymás közötti különbözőségéről, változékonyságáról nyújt információt.

➤ A gyakorisági eloszlás **alakja** poligonjának egy vele azonos elhelyezkedésű és szóródású normális eloszlás gyakorisági görbéjéhez képesti jellegzetességeit jelenti.

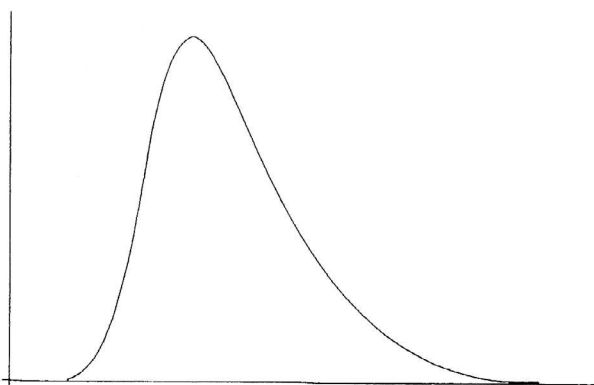
Példaként három, típusosnak mondható eloszlást mutatnak a következő ábrák.

A leggyakrabban előforduló, és legjobban értelmezett a normális eloszlás (ilyen például a munkateljesítmények eloszlása) (1. ábra).



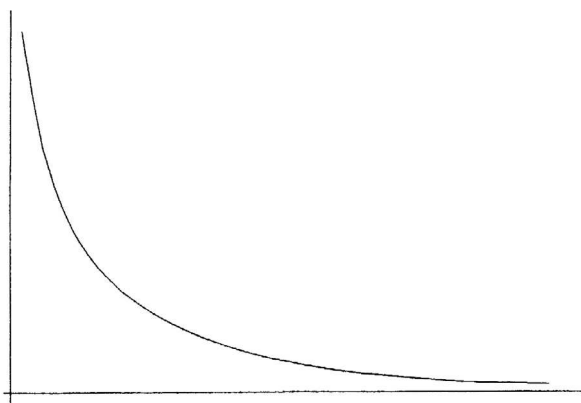
1. ábra
Normális eloszlás (1.)

A következő, tipikus gyakorisági eloszlás a lognormális eloszlás, ilyen például a legtöbb országban a háztartások jövedelmének eloszlása (2. ábra).



2. ábra
Lognormális eloszlás (1.)

Az exponenciális eloszlást kezdetben nagyobb, majd kisebb csökkenés jellemzi, ilyen például a gépkatrészek élettartamának eloszlása (3. ábra).



3. ábra
Exponenciális eloszlás (1.)

A gyakorisági eloszlás helyzet mutatóit középtértéknek is nevezzük, hiszen az egész gyakorisági sort egyetlen, az ismértékekkel azonos mértékegységű, közepes helyzetű, tipikus, lehetőleg egyértelműen meghatározható, könnyen értelmezhető középtértékkel jellemzik.

Helyzeti mutatók: medián, módusz.

Számított középtértékek: számtani, harmonikus, mértani és a négyzetes átlag.

A **medián** a középső kvantilis, a szó szoros értelmében középtérték, hiszen azt az értéket jelenti, melynél pontosan ugyanannyi kisebb, mint nagyobb érték fordul elő (1. táblázat). Mindig egyértelműen meghatározható (mindig van középső ismérték), ordinális (sorrendi) mérési szint esetén is használható. Közvetlenül nem függ az összes ismértéktől, így a szélsőséges értéktől sem, induktív statisztikai célokra viszont alig alkalmas.

A **módusz** a leggyakrabban előforduló ismértéket jelöli, folytonos ismérték esetén ez a gyakorisági görbe maximumhelye. Ha a gyakorisági sorban egynél több kiugró ismérték van, akkor az eloszlás több módusú, ilyenkor célszerű a sokaságot részekre bontva vizsgálni. A módusz nem mindig határozható meg egyértelműen, nem is mindig létezik, viszont nominális mérési szint (nem számszerűsíthető jellemzők) esetén is értelmezhető. Olyan középtérték, melyet az ismértékek helyébe téve a lehető legtöbbször nem követünk el hibát, de induktív statisztikai célokra is alkalmas.

k	Elnevezés	Jelölés	i lehetséges értéke	Lehetséges kvantilisek
2	medián	Me	1	Me
4	kvartilis	Q_i	1, 2, 3	Q_1, Q_2, Q_3
5	kvintilis	K_i	1, 2, 3, 4	K_1, K_2, K_3, K_4
10	decilis	D_i	1, 2, ..., 9	D_1, D_2, \dots, D_9
100	percentilis	P_i	1, 2, ..., 99	P_1, P_2, \dots, P_{99}

1. táblázat

A legfontosabb kvantilisek elnevezése és jelölése (1.)

A **számtani átlag** a leggyakrabban használt számított átlag, az „átlag” szóról gyakorlatilag mindenkinek ez jut eszébe. Úgy számítjuk, hogy az összes ismérvértéket összeadva az összeget elosztjuk az elemszámmal:

$$\bar{Y} = \frac{Y_1 + Y_2 + \dots + Y_N}{N} = \frac{\sum_{i=1}^N Y_i}{N} = \frac{\sum Y}{N}$$

A sokasághoz tartozó értékösszegeből, illetve a gyakorisági sor adataiból (súlyozással) is számítható. Bármely adathalmazból egyértelműen meghatározható, de meglehetősen érzékeny a szélsőséges (főleg a szélsőségesen nagy) értékekre. Az alapadatok számtani átlaggal való helyettesítése a mért összes hibát minimalizálja, így különösen alkalmas induktív statisztikai célokra.

Példaként tételezzük fel, hogy 11 beteg szérum koleszterin értékei növekvő sorrendben a következők:

Beteg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Se cholest.	2.3	2.5	3.4	4.8	4.8	5.2	5.6	5.7	5.9	6.2	7.4

Az ismérvértékek számtani átlaga: $(2.3+2.5+\dots+7.4)/11 = 4.89$.

A medián értéke: $M_e = 5.2$, hiszen ez az érték, melynél pontosan ugyanannyi ismérvérték kisebb, mint nagyobb.

A módusz: $M_o = 4.8$, mert ezt az értéket veszi fel a változó a legtöbbször, példánkban 2-szer. Látható ugyanakkor, hogy nagyjából egyenletes eloszlást feltételezve a három középérték nem tér el lényegesen egymástól.

Elnevezés	Jelölés	Számításmód a	
		súlyozatlan	súlyozott
		esetben	
Harmonikus átlag	\bar{Y}_h	$\frac{N}{\sum_{i=1}^N \frac{1}{Y_i}}$	$\frac{N}{\sum_{i=1}^k \frac{f_i}{Y_i}}$
Mértani (geometriai) átlag	\bar{Y}_g	$\sqrt[N]{\prod_{i=1}^N Y_i}$	$\sqrt[k]{\prod_{i=1}^k Y_i^{f_i}}$
Négyzetes (kvadratis) átlag	\bar{Y}_q	$\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N Y_i^2}{N}}$	$\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^k f_i Y_i^2}{N}}$

2. táblázat
A különböző átlagfajták áttekintése

Tegyük fel, hogy a 11. érték nem 7.4, hanem 15.2. Ekor a számtani átlag – mivel érzékeny a szélsőségesen nagy értékekre – nem 4.89, hanem 5.6 lesz, ami 14.5%-kal nagyobb értéket jelent, a medián és a módusz értéke ugyanakkor változatlan!

A harmonikus, mértani (geometriai) és négyzetes (kvadratis) átlag ritkán használt számított átlagfajták, a 2. táblázatban részletezett módon értelmezhetők.

A **harmonikus** és **mértani** átlag olyan esetekben használható, ha nem az ismérvértékek összegének, hanem

azok reciprokából képzett összegnek vagy azok szorzatának van kézzelfogható jelentése. Példa: láncviszony-számok alkalmazásakor mértani átlagot érdemes használni, mert azok szorzata bázisviszonyszámot ad eredményül.

A **négyzetes átlag** alkalmazása akkor célszerű, ha el akarunk vonatkoztatni az átlagolni kívánt értékek előjelétől, hiszen az előjelből adódó különbséget a formula négyzetre emeléssel tünteti el, majd gyökvonással semlegesíti, így a szórás számítás alapját is képezi, hiszen itt az átlagtól való eltérés nagysága érdekes, nem az előjele. Példaként elég csak olyan biológiai jellemzőkre, laboratóriumi értékekre gondolni, ahol adott populáció (beteganyag) vizsgálata esetén a normálértéknél kisebb értékek is kórosnak tekinthetők (ellentétben pl. a májfunkciós értékekkel), így a számtani átlag alkalmazása tévedésre adna alkalmat, ha a mintában mind a normálnál magasabb, mind alacsonyabb értékű elemek vannak, a négyzetes átlag viszont kimutatja a különbséget.

Végezetül álljon itt egy összefüggés, mely minden sokaságra vonatkozathatóan az egyes átlagfajták közötti nagyságbeli összefüggést mutatja (egyenlőség akkor áll fenn, ha a minta minden eleme egyenlő):

$$Y_{\min} < \text{harmonikus} < \text{mértani} < \text{számtani} < \text{négyzetes} < Y_{\max}$$

A gyakorisági eloszlások jellemzésére a szóródási mutatókat használjuk leggyakrabban. A szóródás terjedelme annak az intervallumnak a teljes hossza, amelyen belül az ismérvértékek elhelyezkednek:

$$R = Y_{\max} - Y_{\min}$$

Előbbi példánkban maradván ez azt jelenti, hogy a szóródás terjedelme $7.4 - 2.3 = 5.1$ mmol/l.

A szóródás legfontosabb mérőszáma azonban a szórás, mely az ismérvértékek számtani átlagtól vett eltéréseinek négyzetes átlaga. Azt mutatja meg, hogy az Y_i ismérvértékek átlagosan mennyivel térnek el saját átlaguktól. Az átlagtól való eltérés irányából adódó

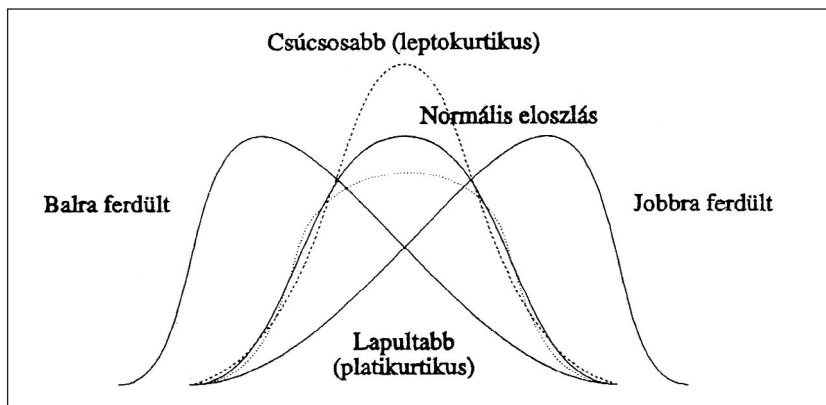
előjel eltérést (a négyzetes átlaghoz hasonlóan) négyzetre emeléssel iktatja ki, majd gyökvonással egyenlíti ki az előbbi műveletet:

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^k f_i (Y_i - \bar{Y})^2}$$

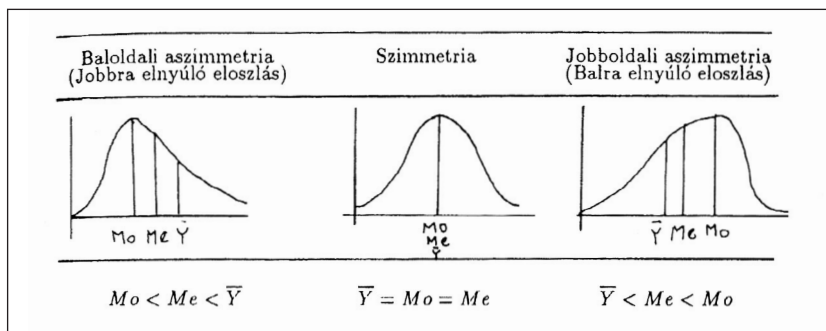
A szórás négyzetét varianciának nevezzük.

A korábbi példa nyomán a képletbe behelyettesítve a szérum koleszterin értékek szórására 1.505 mmol/l adódik, ez azt jelenti, hogy az ismérvértékek átlagosan ennyivel térnek el a saját átlaguktól. A második esetben (a szélsőséges érték fennállta esetén) a szórás 3.37 mmol/l lesz, ami több mint kétszeres értéket jelent!

A gyakorisági eloszlások alak-mutatószámai annak tömör jellemzésére szolgálnak, hogy azok milyen tekintetben és mértékben térnek el a normális eloszlás gyakorisági görbájától. Számításuknak csak egymódusú eloszlás esetén van értelme! Így az adott eloszlás a 4. ábrán bemutatottak szerint a normális eloszlásnál lehet csúcsosabb, lapultabb, ill. ferdült:



4. ábra
A gyakorisági eloszlások alakja (1)



5. ábra
Szimmetrikus és aszimmetrikus eloszlások jellegzetességei (1)

Asszimmetrikus eloszlás esetén a számtani átlag, módusz és medián egymáshoz való viszonyát mutatja az 5. ábra.

Az eloszlás **csúcsosságának** mérésére a

$$K = (Q_3 - Q_1) / 2(D_9 - D_1)$$

formula szolgál, melyben Q és D értékei a kvantilisok közül a kvartilis és decilis megfelelő rendű értékeit jelölik. Értéke normális eloszlás esetén: $K = 0.263$.

Az **aszimmetria** (Pearson-féle) mutatószáma pedig a számtani átlagból, a mediánból és a szórásból indul ki, értéke -3 és 3 között lehet, a következőképpen számítható:

$$P = \frac{3(\bar{Y} - Me)}{\sigma}$$

Példánk adataival $P = 3(4.89 - 5) / 1.505 = -0.618$, ez enyhe jobb oldali aszimmetriát (balra elnyúló eloszlást) jelez, a mintában enyhe túlsúlyban vannak a számtani átlagnál nagyobb értékek.

Az eddigiekben a sokaságot egy ismérv szerint vizsgáltuk, de arra is szükség lehet, hogy a statisztikai sokaság elemeit több ismérv szerint vegyük górcső alá.

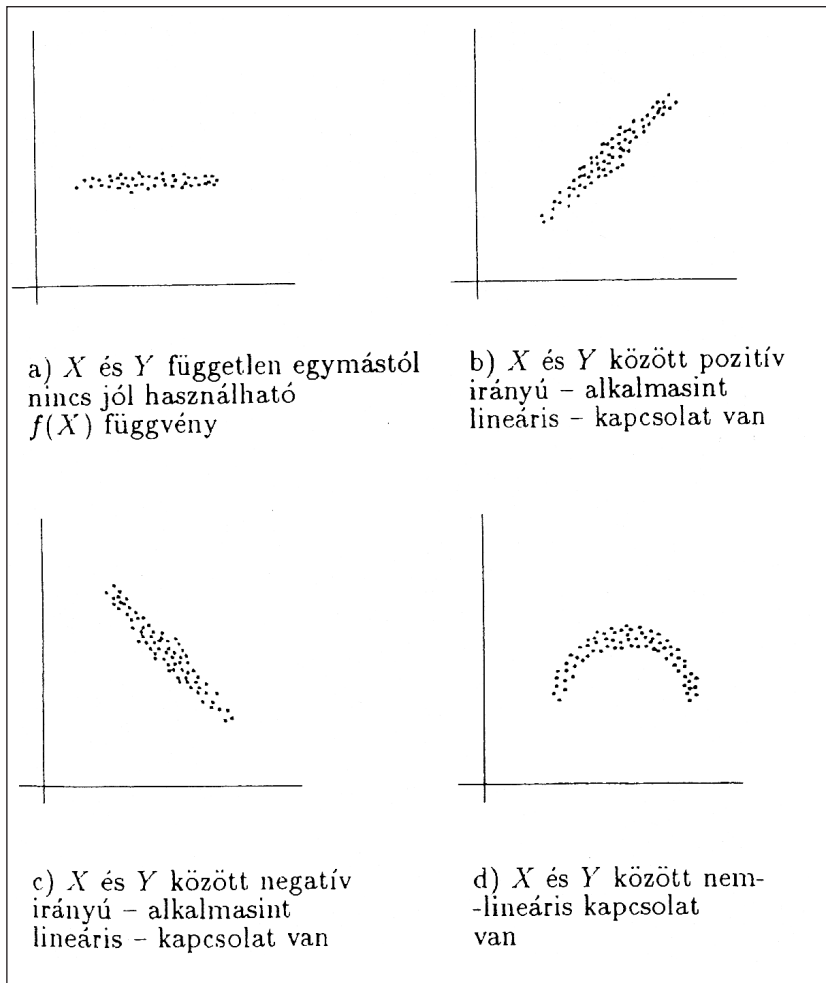
A két ismérv szerinti kapcsolat jellege alapján ennek három alapesete különíthető el:

- > Ha a két csoportképző ismérv egymástól független, akkor az egyik ismérv szerinti hovatartozás ismerete nem ad információt a másik ismérv szerinti hovatartozásról. Például ha a sokaság egy egyedének magas a szérum koleszterin szintje, ennek ismeretében nem tudjuk megmondani, hogy volt-e neki betegsége az utóbbi egy évben.
- > Ha a két ismérv között függvény-szerű kapcsolat van, akkor az egyik ismérv szerinti hovatartozás ismeretében determinisztikusan meghatározott a másik ismérv szerinti besorolhatóság is. Például ha valakit fél éve bizonyított syphilis miatt kezeltek, biztosan megállapítható, hogy a TPHA vizsgálata pozitív lesz.

> A két előbbi köztes állapotot jelenti a sztochasztikus kapcsolat, amikor

az egyik ismérv hatással van ugyan a másikra, de nem határozza meg azt egyértelműen, az egyik ismérv szerinti hovatartozás ismerete csak csökkenti a másik ismérv szerinti hovatartozást illető bizonytalanságot. Ilyen eset például az, ha egy beteg magas szérum koleszterin szintje esetén nagyobb eséllyel várhatjuk, hogy a triglicerid szintje is magasabb lesz, de annak konkrét értékét nem tudjuk megmondani csak a koleszterin szint ismeretében.

A kapcsolat jellegét a 6. ábra szemlélteti:



6. ábra

Ismérvek közötti kapcsolat jellege (1.)

Mennyiségi ismérvek esetén a sztochasztikus kapcsolat erősségét a korrelációs együtthatóval jellemezzük, számításakor az egyedi ismérvtételek saját átlaguktól számított eltéréseiből indulunk ki (a szóráshoz hasonlóan):

$$r = \frac{\sum dx dy}{\sqrt{\sum d_x^2 \sum d_y^2}}$$

Korreláció esetén annak iránya is értelmezhető, hiszen pozitív irányú kapcsolat esetén x értékének növelésével y párhuzamosan nő, negatív irányú kapcsolat esetén csökken, a lineáris korrelációs együttható értéke ennek meg-

tendenciájú kapcsolat van. A lineáris regresszió függvénye a

$$\hat{Y}_i = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_i$$

formulával adható meg, paramétereinek számításához szintén a vizsgált változók értékeinek átlagtól való eltérést veszik alapul, melyek levezetésére és értelmezésére terjedelmi okokból nem érdemes kitérni.

Példánknál maradva a szérum triglicerid szintje (Y) a következő függvénnyel becsülhető a koleszterin szint (X) ismeretében:

$$Y = -0.47 - 0.68X$$

Beteg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Secholest.	2.3	2.5	3.4	4.8	4.8	5.2	5.6	5.7	5.9	6.2	7.4
Se triglic.	1.4	1.7	1.6	1.8	1.9	3.2	3.0	3.4	3.6	5.6	4.2

3. táblázat

felelően -1 és 1 között lehet. A 0 értéket akkor veszi fel, ha a két ismerv között nincsen korrelációs kapcsolat, két szélső értéke esetén pedig determinisztikus (függvényszerű) kapcsolat áll fenn.

Tegyük fel, hogy az előbbieken vizsgált 11 betegől nem csak a szérum koleszterin, hanem a triglicerid érték is rendelkezésünkre áll, és az a következőképpen alakul (3. táblázat).

Feltételezhetjük (a táblázatból is látszik), hogy a két ismerv egy irányban „mozog”, közöttük kapcsolat van.

Az ismérvtételek átlagtól való eltérése segítségével levezetett is kiszámolt korrelációs együttható értéke a számszaki levezetés nélkül: $r = 0.814$. Ez azt jelenti, hogy a két ismerv egymástól nem független, a szérum triglicerid és koleszterin szintje között meglehetősen erős, pozitív irányú korrelációs kapcsolat van. A szérum koleszterin szintjének ismerete jelentősen csökkenti a triglicerid szintre vonatkozó bizonytalanságot.

A regressziószámítás az összefüggésekben levő sztochasztikus tendenciát vizsgálja, és a kapcsolat természetét valamilyen függvénnyel írja le. A leggyakrabban alkalmazott modellek egyike a **lineáris regressziós modell**, mely akkor ad valószerű képet a két jellemző kapcsolatáról, ha azok között lineáris

Pl. a 6. beteg esetére alkalmazva: $Y = -0.47 + 0.68 \cdot 5.2 = 3.066$ adódik, ami jól közelíti a valóságban talált 3.2-es szérum triglicerid értéket.

Az exponenciális regressziófüggvény alkalmazására akkor kerül sor, ha valamilyen jelenség növekedése függ a je-

lenség már elért színvonalától (infláció, kamatos kamat, a biológiában az önerősítő folyamatok, pl. véralvadási kaskád, komplementrendszer). Általános képlete a következő:

$$\hat{Y} = \beta_0 \beta_1^X$$

A hatványkitevős regressziófüggvényt akkor érdemes választani, ha az X és Y változók logaritmusai között van lineáris összefüggés. Példa erre a szerológiai reakciók területének vizsgálata, számítási formulája alább látható:

$$\hat{Y} = \beta_0 X^{\beta_1}$$

Mi történik akkor, ha – mint ahogy az esetek többségében ez így van – a statisztikai elemzéshez csak részletes, és nem teljes körű adatfelvétel eredményei állnak rendelkezésre? A reprezentatív mintavétel nem csak adatszerzési mód, hanem a statisztikai következtetések alapja is. Azt jelenti, hogy a vizsgált sokaság a vizsgálat szempontjából releváns karakterisztikumát tekintve megoszlásában megegyezik az alapsokasággal.

Csak felsorolásszerűen az alábbi mintavétel módszereket különböztetjük meg:

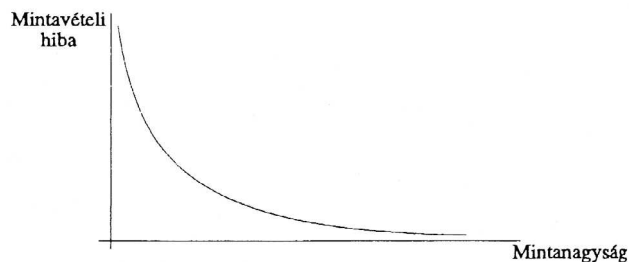
- > Véletlen mintavételi eljárások: független, azonos eloszlású (FAE), egyszerű véletlen, rétegezett, csoportos és többlépcsős mintavétel.
- > Nem véletlen eljárások: szisztematikus, kvótás, koncentrált, hólabda és önkényes kiválasztás.

Nem véletlen eljárások esetén a kapott eredmények torzítottak lehetnek, de kis létszámú, nehezen felderíthető populációk (pl. homoszexuálisok) vizsgálatára, szokásainak feltárására jól alkalmazhatók. A hólabda eljárásnál például a soron következő kikérdezett személyére mindig az előző vizsgálati alany tesz javaslatot.

Ha nem ismerjük a sokaság minden elemét, megadhatjuk azt eloszlásával is, melyet a mintából számíthatunk. A tipikus eloszlások (normális, lognormális, exponenciális) hisztogramját lásd az előzőekben.

Helytálló statisztikai következtetések levonásához korrekt mintavételi technika szükséges, sikerének alapköve a megfelelő mintanagyság, hiszen nagy minták esetén a mintából számított jellemzők jó része normális eloszlásúvá válik, így kezelésük leegyszerűsödik. A mintavételi hiba a mintanagyság növelésével párhuzamosan csökken, ezt szemlélteti a 7. ábra.

De mekkora legyen ez a minta? Minden helyzetre érvényes útmutatást nehéz adni, de általában tanácsos az alábbi szabályt követni: Szimmetrikus, vagy azt közelítő eloszlások esetén viszonylag kis elemszámú minták ($30 < n$) is elegendőek, de a szimmetrikustól erősen eltérő eloszlások esetén több 100-as mintanagyság lehet kívánatos, s ugyanakkor bizonyos származtatott jellemzők becslésének pontossága sem lesz kielégítő. 100 alatti minta-

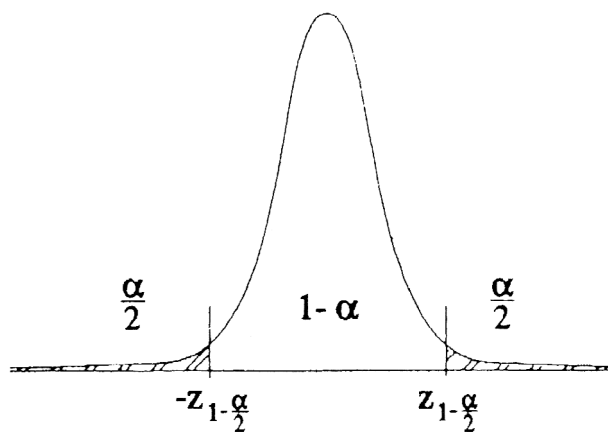


7. ábra

Mintavételi hiba és mintanagyság összefüggése (1.)

nagyság esetén a torzító tényezők miatti százalékszámításnak sincsen értelme, mert véletlen körülmények esetleges torzító hatása miatt hamis eloszlási adatokhoz juthatunk!

A statisztikai módszertan fontos területét képezi a hipotézisek vizsgálata. Lényege az, hogy egy vagy több valódi vagy fiktív sokaságról állítunk valamit, majd a rendelkezésünkre álló véletlen minta vagy minták alapján megvizsgáljuk azt, hogy a szóban forgó állítás mennyire hihető. Menete: a nullhipotézis és a vele szemben álló alternatív hipotézis felállítása után keresünk egy próbafüggvényt, mely alapján az egyik hipotézist elfogadhatjuk, a vele szemben állót pedig elvetjük. Ha a próbafüggvény értéke az elfogadási tartományba esik, úgy nullhipotézisünk elfogadható, a vele szemben álló komplementer (alternatív) hipotézis elvethető. A kritikus tartományba való esés a valószínűségét szignifikancia-szintnek nevezzük, ez a valószínűsége annak, hogy az egyébként helyes kiindulási hipotézist elvetjük. Értékét ennek megfelelően kicsinek (általában 5%) érdemes választani. Szemléltetésére a 8. ábra szolgál.



8. ábra

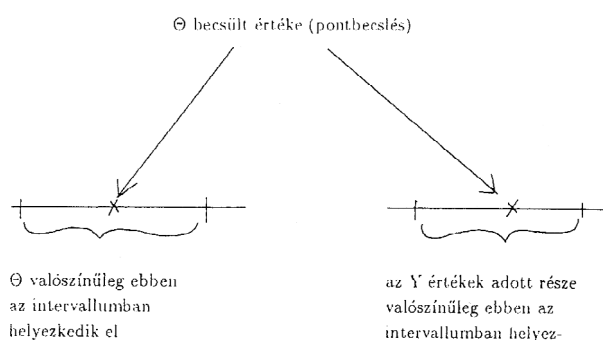
A szignifikancia-szint megválasztása (1.)

Ha a problémát a másik oldaláról közelítjük meg, akkor meghatározhatjuk azt a legkisebb szignifikancia-szintet, melynél a nullhipotézis már éppen elvethető az alternatív hipotézissel szemben. Ez az ún. p-érték.

A statisztikai információgyűjtés célja gyakran a változó várható értékének meghatározása annak érdekében, hogy

abból az egész populációra érvényes következtetéseket vonhassunk le. A várható értékre irányuló próbák az u-próba (másnével z-próba), a t-próba és az aszimptotikus u-próba. A próba alkalmazhatósága a mintanagyságtól, illetve minta szórásának vagy eloszlásának ismeretétől függ. Mindegyik próbának létezik egy, illetve több mintára vonatkozó változata is, a számításokat már erre a célra kifejlesztett szoftverek segítségével végzik.

A statisztikai számításokhoz felhasznált adatok kísérletekből és megfigyelésekből származhatnak. Statisztikai becslésen azt az eljárást értjük, amellyel a mintából számított mutatók segítségével következtethetünk az alapsokaság ismeretlen jellemzőire. Ehhez meg kell határozni egy intervallumot, mely nagy valószínűséggel tartalmazza az eloszlás előre meghatározott részét, míg a gyakrabban használt konfidencia intervallum az adott, ismeretlen jellemzőt (9. ábra).



9. ábra

Konfidencia és tolerancia intervallum (1.)

A különféle becslések nagyon szerteágazó és bonyolult részét képezik a statisztikai tevékenységének, így részletes tárgyalásukra most nem kerül sor.

A továbbiakban néhány típusos hibát érdemes áttekinteni, melyekkel gyakran találkozhatunk statisztikai tárgyú orvosi közleményekben. Gyakorlati példaként álljon itt egy cikk, mely amerikai szerzők tollából származik és több típushibát tartalmaz. Az írás a Journal of the American Academy of Dermatology 2001. júliusi számában jelent meg, a bőrgyógyászati életminőségi indexekkel foglalkozik (5).

A cikkben a bőrgyógyászati betegek életminőségét vizsgáló index használhatóságát elemzik, melynek alapjául egy 1-3 perc alatt kitölthető önkitöltő kérdőív szolgál. Utóbbit 200, egymás után jelentkező bőrbeteggel töltették ki. Az eredményeket egy korábbi vizsgálat adataival vették össze. A 4. táblázatban részletezett eredményekre jutottak:

Melyek azok a bizonytalanságok, melyek felmerülnek az eredmények olvasásakor?

- Annak ellenére, hogy az indexet jól használhatónak találták, lényeges különbségek vannak az egyes betegcsoportokban az index értékét tekintve.
- Konzekutív módon jelentkező betegek vizsgálatába vonásával egyáltalán nem biztos a véletlen kiválasztás.
- Kevés karakterisztikum figyelembe vételével (pár perc alatt kitölthető kérdőív!) kaphatunk-e pontos információkat egy olyan összetett, nehezen kvantálható jellemzőre, mint az életminőség?
- Az összes esethez képes sok volt a nem meghatározott kórképben szenvedők aránya (az első esetben 85/197, az összes eset 43%-a).
- Egyes csoportokban túl kevés beteg szerepel ahhoz, hogy ebből induktív elemzés végezhető legyen.

Diagnózis	Betegszám (IU)	Betegszám (FK)	DLQI-IU középérték	DLQI-IU szóródás	DLQI-FK középérték	DLQI-FK szóródás
Acne	23	18	9.0	0-19	4.3	0-11
Eczema	41	17	8.5	0-29	8.6	2-27
Dermatitis atopica	6	13	5.8	1-9	12.5	6-23
Psoriasis	10	52	4.6	1-14	8.9	0-28
Keratosis seborrhoica	8	5	3.6	0-12	1.8	1-3
Verruca vulgaris	9	12	2.9	0-7	6.7	2-22
Keratosis solaris	2	5	2.9	0-6	3.4	2-6
Naevus	3	7	2.3	1-7	1.0	0-4
Basalioma	6	8	1.8	1-4	2.0	0-6
Pruritus	0	9	-	-	10.5	3-22
Egyéb	85	54	6.3	0-24	6.9	0-28
Ismeretlen	4	0	7.5	0-15	-	-
Összesen	197	200	6.5	0-29	7.3	0-28

4. táblázat

Az életminőség mérése különböző bőrbetegségeken (DLQI: Bőrgyógyászati életminőség index, IU: Indiana Egyetem eredményei, FK: Finlay és Kahn eredményei)

- Nincs információ arról, hogy az egyes betegcsoportokon belül milyen volt a betegek súlyosság szerinti megoszlása, ill. arról sem, hogy a betegség mely fázisában töltötték ki a kérdőívet.

Az előbbi észrevételek fényében nehéz a cikk következtetéseit elfogadni, bár lehet, hogy a vizsgálat a módszertani alapelvek figyelembevételével történt, de ennek részletezése nem szerepel a közleményben.

A statisztikai tevékenység négy fázisa a tervkészítés (előkészítés), adatgyűjtés, feldolgozás-elemzés és az eredmények közzlése. Ezek során a statisztikus és a többi szereplő közötti viszonyt meghatározó magatartási normák összessége a **statisztikai tevékenység etikája**.

Ennek legfontosabb elemei:

- Kompetencia tisztázása, szakmai kérdésekben a statisztikus kapjon szabad kezet!
- Statisztikus és adatszolgáltató közötti jó kapcsolat a válaszmegtagadás és a pontatlan adatszolgáltatás kiszűréseivel.
- Részletes jelentés szükséges az adatok megszerzési módjáról, a használt fogalmak pontos definíciójáról, az adatfelvétel körülményeiről, a mintavételi eljárásokról, esetleg kérdőívvel, kísérleti naplóval kiegészítve.
- Az adatok elemzésére használt eszközök helyes alkalmazása, az elemzési módszerek alkalmazási feltételeinek ismertetése és az eredmények interpretálása.
- A rekonstruálhatóság érdekében az adat vagy elemzési eredmény keletkezésének minden lényeges mozzanata jelezve legyen, különösen érvényes ez a közpénzekből fedezett kutatások esetén!

- A statisztikával való visszaélésnek minősül, ha az félreinformálja a felhasználót. A nem elég precíz fogalmak, „laza” definíciók félreértés, téves következtetés forrásai lehetnek.

A statisztikával kapcsolatos visszaélések elleni védekezés alapja a következtetésekkel szembeni egészséges kételkedés, fel kell tenni a kérdést, hogy az adott eredményt milyen adatok alapján, milyen módon eljárva és milyen feltételezések mellett kapták.

Összefoglalva: A tudományos kutatások eredményeinek interpretációjakor megfelelő önmérséklet, ill. a statisztikai módszertan alapelveinek és a különféle mutatószámok használatával kapcsolatos korlátok ismerete szükséges, hogy az adatokat megfelelő kritikával értékelhessük. Ehhez próbált a cikkben a szerző szemléletbeli útmutatást nyújtani.

IRODALOM

1. *Hunyadi László, Vita László, Mudruczó György*: Statisztikai I-II. Aula Kiadó, Budapest 1992.
2. *Hajdú Ottó, Hunyadi László*: Statisztikai elemzések. Oktatási segédlet. Aula Kiadó Budapest 1996.
3. *Zalai Ernő*: Matematikai közgazdaságtan. KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Budapest 2000.
4. *Hal R. Darian*: Mikroökonómia középfokon. KJK-Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Budapest 2001.
5. *Hahn B et al*: Use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in a midwestern US urban clinic. *J. Am Acad. Dermatol* 2001; 45, 44-48.

Érkezett: 2003. III. 24.

Közlésre elfogadva: 2003. VII. 23.

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika (igazgató: Dobozy Attila dr., egyetemi tanár)

Wegener-granulomatosis Wegener-granulomatosis

GARACZI EDINA DR., OLÁH JUDIT DR., BATA ZSUZSANNA DR., VARGA ERIKA DR.,
KOROM IRMA DR., KISS MÁRIA DR., HUSZ SÁNDOR DR., DOBOZY ATTILA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők egy 46 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinek kórelőzményében közel 1 éve fennálló ismétlődő magas lázzal járó chronicus otitis media, ízületi fájdalom, fogyás, mindkét oldali neuritis optici és a jobb oldali orbita tumor szuszpíciójával történt exenterációja szerepelt. Felvételének indokát gyógyszer indukálta vasculitis allergica képezte. Kivizsgálása során aktív gyulladásra utaló laboratóriumi eredményeket találtunk, melyek az anamnézissel együtt Wegener-granulomatosis fennállását vetették fel. A Wegener-granulomatosis irányában elvégzett immunológiai kivizsgálása erős c-ANCA pozitivitást igazolt, a szövettani kép a klinikai diagnózist megerősítette. A bevezetett cyclophosphamid és prednisolon terápia mellett a beteg remisszióba került.

Kulcsszavak:
Wegener-granulomatosis - ANCA - vasculitis
allergica

SUMMARY

We report a case of a 46-year old man, who presented with a one-year old history of recurrent fever, chronic otitis media, joint pain, weight loss, bilateral optic neuritis and with a right orbit exenterated because of a suspected tumor. He was admitted to our department for a drug induced allergic vasculitis. The clinical symptoms suggested Wegener-granulomatosis and the immunological examination revealed c-ANCA positivity. The diagnosis was supported with histological examinations. In accordance with the diagnosis cyclophosphamid and prednisolon therapy was administered, that resulted in the remission of the symptoms.

Key words:
Wegener-granulomatosis - ANCA - allergic
vasculitis

1952-ben Zeek és mtsai. az érintett erek mérete alapján csoportosította a necrotizáló vasculitiseket. Az American College of Rheumatology Criteria (ACR, 1990) tartalmazza a vasculitisek definícióját, elnevezését és csoportosítását. 1992-ben a Chapel Hill-i Konferencia (CHC) definiálta az immundiagnosztikai markerek jelentőségét a vasculitisek diagnosztikájában (pl. ANCA pozitívitas Wegener-granulomatosisban). 1993-ban jelent meg a Working Classification, mely az etiológia, a klinikai tünetek, a szövettani jellemzők, az érintett erek mérete, valamint a laboratóriumi eltérések figyelembe vételével csoportosítja a cutan vasculitiseket (4, 5). A beosztás alkalmas a cutan vasculitisek csoportosítására és a diagnózis felállítására.

A Wegener-granulomatosis (WG) a felső és alsó légutakat, a vesét, ritkábban (35–50%) a bőrt érintő granulomatosis vasculitis. Tüdő és szem érintettséggel, illetve arthritisszel társulhat. A betegek átlagos életkora 25-55 év, férfi dominancia jellemzi. Influenzaszerű prodromalis tüneteket követően súlyos általános állapot kíséretében ismétlődő felső légúti hurut (rhinitis, sinusitis, otitis, bronchitis) valamint veseérintettség (focalis nephritis, necrotizáló glomerulonephritis) alakulhat ki. A bőrelváltozások

elsősorban facialisan jelentkeznek (orrsövény, lágy szájpad, szájnyálkahártya), gyakran pyoderma gangraenosumnak imponáló ulcusok formájában. Bőrtünetek testszerte ritkán fordulnak elő: a kiserek érintettsége esetén legjellemzőbb léziók a purpurák és a papulák, a nagyobb erek érintettségekor pyoderma gangraenosum-szerű fekélyek jelentkeznek.

Esetismertetés

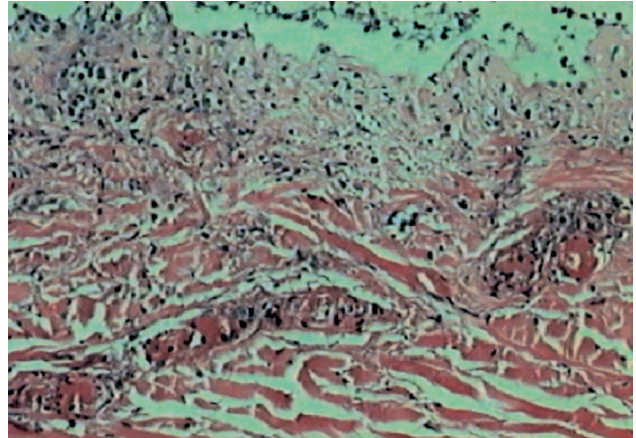
A 46 éves férfibeteg igen elesett, lázas állapotban, sürgősséggel került felvételre klinikánkra. Első vizsgálatok a jobb orbita medialis alsó zugában lévő, szabálytalan alakú, mélyre penetráló, 2x3 cm átmérőjű, necroticus szélű, destruáló, pust üritő, fájdalmas fekély volt szembetűnő (1. ábra) a testszerte, legkifejezettebben az alsó végtagokon szimmetrikusan jelentkező, számtalan, színes gombostűfejnyitől érményiig terjedő, lividvörös, haemorrhagiás jellegű, helyenként bullosussá és erodálttá vált palpabilis purpurák mellett (2. ábra). Felvételét megelőzően ismétlődő lázat, ízületi fájdalmat, fejfájást panaszolt a beteg, amire otthonában Algopyrint és Augmentint szedett. A sürgős felvételt indokló bőrtünetek háttérben gyógyszer indukálta allergiás vasculitist véleményeztünk.

Korábbi anamnézisében csaknem 1 éve fennálló, ismétlődő, magas lázzal, influenzaszerű tünetekkel járó kétoldali középfülgyulladás szerepelt, a középfülbe emiatt mindkét oldalon tubust helyeztek.



1. ábra

A jobb orbita medialis-alsó zugában destruáló, pust ürtő fekély, lencsényi palpábilis purpurák, helyenként pörkkel fedett erosiók



3. ábra

A jobb lábszár területéről vett biopsziában a dermis felső harmadában lévő kiserek falában fibrinoid necrosis (HE)

Felvételét megelőző fül-orr-gégészeti kontroll vizsgálaton észlelték, hogy gennyes váladék ürült a tubusokból, ezért Augmentin terápiában részesült. Szintén 1 évvel ezelőtt, hirtelen kialakult látásromlás és mindkét oldali opticus neuritis miatt szemészetesen is kezelték, ahol Medrol szedés hatására a jobb szem látása javult, azonban a bal szem, részben a korábbi sérülése miatt, tompalátó maradt. Fél évvel később hirtelen kialakuló, a jobb orbitát teljes egészében kitöltő szövetmassza miatt, tumorgyanúval, a jobb orbita exenterációja történt. A szövettani diagnózis gyulladással pseudotumor volt. A beteg a múlt évben körülbelül 20 kg-ot fogyott.

Rutin laboratóriumi vizsgálatok során anaemiát (hemoglobin: 121 g/l), leukocytosist (10,6 G/l), thrombocytosist (614 G/l), gyorsult süllyedést (85 mm/h) találtunk. CRP: 174 mg/l, procalcitonin: 0,23 ng/l, AST: 50 E. A jobb orbita gennyes folyamatából, valamint a középfülben levő tubusokból *Staphylococcus aureus* tenyésztett.

A lábszáron levő lézióból szövettani vizsgálat történt (3. és 4. ábra). Sorozatmetszeteken a felszínt borító hám necrosis, illetve necrobiosis jeleit mutatta, az irháról levált. A dermis felső harmadában

lévő kiserek fala megvastagodott, bennük gócosan fibrinoid necrosis látszott, PAS festéssel az ér lumenekben thrombusokat lehetett kimutatni. A dermisben mélyebben fekvő erek falában is fibrinoid elhalást észleltünk, itt az érfalakban és perivascularisan lymphocytákat, neutrophil granulocytákat és leukocytoclasist jeleit láttuk. Granulomaképződés nem volt. DIF vizsgálatok a kiserek falában granuláris immunkomplex depozíciót lehetett kimutatni az IgG és IgM és C3 konjugátumokkal. A látottak kisér-necrosis-sal járó vasculitisnek feleltek meg.

A vasculitis allergica háttérben kiváltó okként a felvételét megelőzően szedett Augmentin, illetve az ízületi fájdalmakra és fejfájásra bevett Algopyrin szerepe merült fel. Lymphocytá transzformációs tesztet végeztünk a szóba jövő gyógyszerekkel, és Algopyrinnel pozitív eredményt kaptunk.

Figyelembe véve az anamnézisben szereplő orbita folyamatot, a középfül és melléküregek érintettségét, az 1 év óta fennálló felső légúti hurutos panaszokat, valamint a laboratóriumi vizsgálatoknál észlelt aktív gyulladásra utaló paramétereket, Wegener-granulomatosis fennállásának lehetősége merült fel.

Immunológiai kivizsgálása erős c-ANCA pozitivitást igazolt (1:20 hígítás; INOVA Diagnostics, Inc., USA) Az immunoglobulinok szintje normál tartományban volt, paraproteint nem találtunk. ANF: negatív. Fehérje ELFO: albumin: 38 g/l (46%); α_1 : 6%; α_2 : 18,2%;

β : 15,1%; γ : 14,7%: Egyéb immunológiai eltérést nem találtunk.

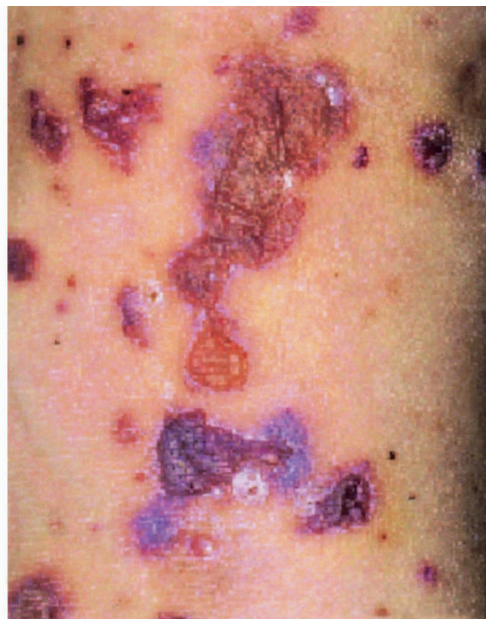
A vesefunkciós vizsgálatok minimálisan beszűkült vesefunkciót igazoltak: serum kreatinin: 88-85-88 $\mu\text{mol/l}$; kreatinin clearance: 46,2-64,5-117,9; 24 órás gyűjtött vizeletben mért összfehérje: 7-16-12 mg/dl. Addis szám: fvs: 2,6*10⁶; vvt: 1,4*10⁶; hyalin: negatív.

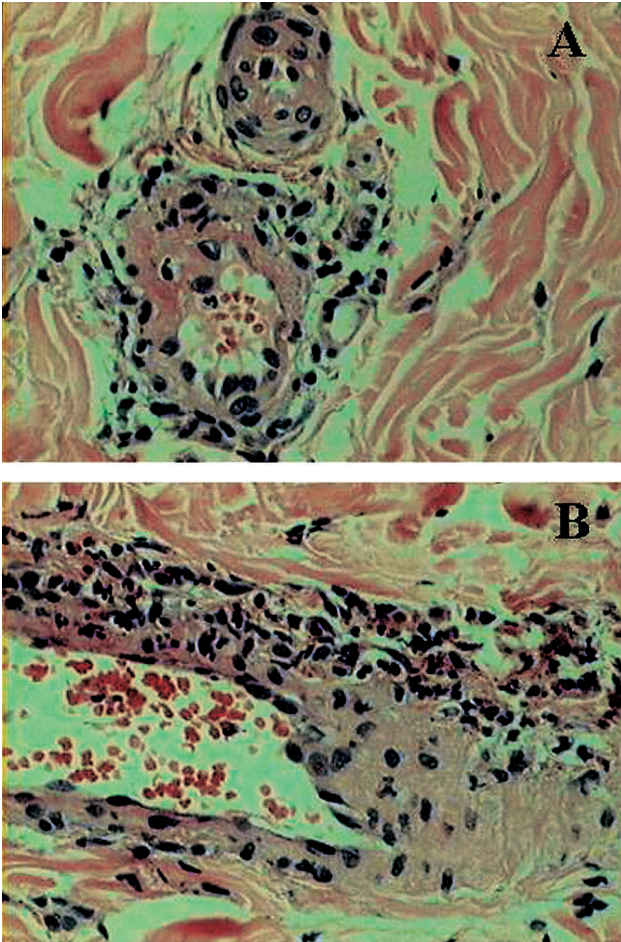
A Wegener-granulomatosis irányában elvégzett képalkotó vizsgálatok közül a mellkas- és orrmelléküreg röntgen és CT vizsgálat, valamint a hasi



2. ábra

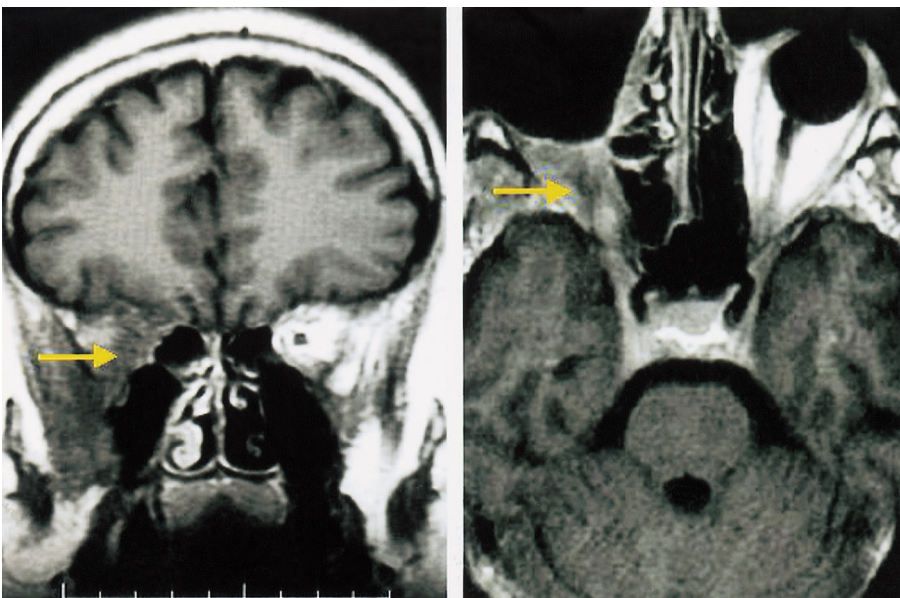
A lábszárakon szimmetrikusan fájdalmas, palpálható purpurák és haemorrhagiás bennékű vesiculák





4. ábra

A dermisben mélyebben fekvő erek falában fibrinoid elhalás (A), perivascularisan lymphocyták, neutrophil granulocyták és leukocytoclasis jelei (B) (HE)



5. ábra

Koponya MRI vizsgálat: a jobb sinus maxillarisban és a környezetében jelintenzív területek, a jobb orbita exenterált

ultrahang vizsgálat kóros eltérést nem mutattak. Schüller-felvételen a mastoidalis sejtek légtartalmának csökkenése volt látható. A koponya CT felvételen az orbita hátsó részétől distálisan a rágóizmok területén, szimmetrikusan, főleg azonban a jobb oldalon, az epipharynxot is elfoglaló, lágyrész denzitású, amorf szerkezetű elváltozás volt megfigyelhető. Koponya MRI vizsgálat a jobb orbita hátsó részétől lefelé terjedően, a jobb sinus maxillarisban és környezetében jelintenzív területeket írt le, melyet az alapbetegséggel összefüggően véleményeztek (5. ábra).

Feltételezett diagnózisunk miatt a jobb oldali exenterált szemgolyó és a lágyrészek ismételt szövettani vizsgálata történt, mely sorozatmetszeteken a granulomatous vasculitis fennállását igazolta. A szemgolyóban, lágyrészeiben és izomzatában érgyulladás volt látható, amely elsősorban a capillarisokat és a venulákat érintette, azokat destruálta. A folyamat a szemhéjat, a corneát és a nervus opticus csontot is involválta. Az előlő resectio vonalban a gyulladós beszűrődésben óriássejtes komponens jelent meg. A lobosodás angio-centrikus, granulomatous jellegű volt, így a látott kép alapján felállított diagnózis a necrotizáló Wegener-granulomatosis.

A Wegener-granulomatosisnak megfelelően napi 100 mg cyclophosphamid és 70 mg prednisolon terápiát vezettünk be, a pyogen felülfertőződés miatt célzottan Sumetrolimot adtunk. 3 héttel később az orbita folyamat regrediált, a fekély pörkösödést mutatott, a gennyes váladékozás megszűnt. A lábszáron pevő purpurák regrediáltak, újabb léziók nem jelentek meg. A bevezetett terápia mellett a CRP értéke (42 mg/l) csökkent, 6 héttel a kezelés elkezdése után a c-ANCA IF gyengén pozitív volt.

Megbeszélés

A Working Classification szerint a vasculitis allergica (necrotizáló venulitis) a kiserekre lokalizálódó vasculitisek közé tartozik. A granulomatous vasculitisek – köztük a Wegener-granulomatosis – nagyobb ereket érintenek. Betegünknel e két típusú vasculitis együttes előfordulását észleltük. Az allergiás vasculitis háttérében Allopurinol érzékenységet igazoltunk, mely a granulomatous vasculitis pathogenesisében nem játszott szerepet.

Immunopathomechanizmus (Coombs-Gel) alapján I. típusú túlérzékenységi reakció jellemző az allergiás angiotisekre [urticaria vasculitis, Churg-Strauss granulomatosis (CSS)], II. típusúak az ANCA pozitív vasculitisek [WG, CSS, polyarteritis nodosa (PAN)], mikroszkópikus poliarteritis (MPO). III. típusú immunkomplex mediált reakciók: necrotizáló vasculitis, Henoch-Schönlein-purpura, cryoglobulinaemia és a PAN IV. típusú túlérzékenységi reakció jellemző az óriássejtes vasculitisekre (arteritis temporalis, Takayasu-betegség) (2).

A vasculitis allergica típusos klinikai képe – az alsó végtagokon szimmetrikusan megjelenő palpabilis purpurák – betegünknel is megfigyelhető volt. Kiváltó oka leggyakrabban gyógyszerallergia, tumor, fertőzés vagy bakteriális gócfertőzés.

Hisztológiailag a post-capillaris venulák fibrinoid necrosisa, a neutrophilek infiltrációja és leukocytoclasia jellemzi. III. típusú immunkomplex mediált vasculitis, melyben a Th2 citokinek (IL-10, IL-6) túlsúlya jellemző.

Az anti-neutrophil cytoplasma antitestek a neutrophil granulocyták és monocyták különböző cytoplasmaticusan elhelyezkedő c-ANCA jellemző WG, MPO, PAN, CSS esetén, perinuclearis ANCA (p-ANCA) pozitívítás előfordulhat SLE-ben vagy MPO-ban. IgA-ANCA jellemző Henoch-Schönlein-purpurában (mesangialis IgA lerakódás), IgM-ANCA Goodpasture-szindrómában (lineáris IgM depozíció a basalmembrán mentén). x-ANCA (atípusos ANCA) colitis ulcerosa, autoimmun hepatitis, primer sclerotizáló cholangitis esetén fordul elő (2).

A c-ANCA pozitív vasculitisre jellemző, hogy nincs immunkomplex depozíció az érintett szervben: „pauci-immune”. Az immunglobulinok IgM (főleg tüdővérzésekben) vagy IgG_{1,3,4} típusúak lehetnek. Az Ig-ok a keringő neutrophilek felszíni Fcγ receptorához kötődve a neutrophil granulocyták apoptózisát váltják ki. Az apoptotikus neutrophilek macrophagokat aktiválnak, a folyamat során különböző citokinek (IL-8, TNFα), lipidmediátorok (LTB₄, PGE₂) termelődnek, toxikus oxigén gyökök szabadulnak fel, melyek szerepet játszanak az érfal károsodás kialakulásában (2, 9). A macrophagok epitheloid sejtekké, óriássejtekké alakulnak, létrehozva az erek falában lévő granulomatózus gyulladást. A reakcióban CD4+ TH1 sejtek által termelt citokinek túlsúlya jellemző (IFNγ, TNFα, IL-1β, IL-12), elsősorban magas IFNγ termeléssel (3, 6, 8, 10). A citokin profilból kiemelnénk a TNFα magas szintjét, amely az utóbbi évek terápiás próbálkozásainak egyik támadáspontja.

A Wegener-granulomatosis ~90%-ban c-ANCA pozitív, az antitest titere a betegség lefolyásával jól korrelál (2). Az antigen az esetek több mint 90%-ban a proteinase 3, körülbelül 3%-ban a myeloperoxidase ellen termelődnek Ig-ok (11, 12, 13). Laboratóriumi eltérések közül az anaemia, leukocytosis, thrombocytosis, gyorsult süllyedés, magas CRP érték jellemzi. Arckoponya röntgen az arcsontok destrukcióját, mellkas röntgen felvétel pulmonaris infiltráció fennállását igazolhatja.

Betegünk kivizsgálása során erős c-ANCA pozitívást, magas CRP értéket, anémiát, leukocytosist, thrombocytosist, gyorsult süllyedést találtunk. Koponya CT és MRI vizsgálat centropaciális érintettséget igazolt, a mellkas CT vizsgálat a tüdőben eltérést nem írt le. A vesefunkció vizsgálatok minimálisan beszűkült vesefunkciót mutattak. Fül-orr-gégészeti vizsgálat a WG manifesztációját véleményezte az érintett szervekben. A jobb oldali exenterált szemgolyó revideált szövettani vizsgálata is a necrotizáló granulomatosis vasculitis diagnózist támasztotta alá.

Tekintve, hogy a WG súlyos, szisztémás kórkép, a javasolt terápia az időben elkezdett, élethosszig tartó immunosuppresszív kezelés. A kombinált cyclophosphamid (2 mg/kg) és prednisolon (1 mg/kg) kezelés mellett a betegség letalitása az utóbbi években jelentősen csökkent. Vese- és tüdőérintettség esetén methotrexat kezelés javasolt,

a terápiás spektrumban szerepel még cholorambucil, azathioprine vagy intravénás immunglobulin adása, illetve plazmaferezis végezhető. Enyhe szervi érintettség esetén, korai stádiumban és remisszióban trimethoprim/sulfametoxazol fenntartó terápia választható. Az utóbbi években infliximabbal (α-TNFα monoclonalis chimera antitest) közöltek sikeres eredményeket cyclophosphamidra nem reagáló WG esetekben. Kezdő dózisban 2 hetente adott 5 mg/kg dózisú infliximab komplett vagy parciális remissziót eredményezett cyclophosphamid rezisztens esetekben (1,7). A betegség prognózisát a vese- és a tüdőérintettség határozza meg. Megfelelő immunosuppresszív terápia mellett a túlélés ma már ~90%/2 év.

Betegünkön napi 100 mg cyclophosphamid és 70 mg prednisolon terápiát vezetünk be és a tenyésztési eredmények alapján célzottan Sumetrolimot adtunk. A kezelés hatására az orbita folyamat regrediált, az aktív gyulladást jelző laboratóriumi paraméterek értéke (CRP, c-ANCA) csökkent, a beteg közérzete fokozatosan javult.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük dr. Kardos Lilla főorvosnak (IMC, Szeged) a képkötő eljárásokban, és dr. Ormos Jenő professzornak (SZTE, Pathologiai Intézet) a hisztológiai értékelésében nyújtott segítségét.

IRODALOM

1. Bartolucci, P., Ramanoelina J., Cohen, P., et al: Efficacy of the anti-TNF-alpha antibody infliximab against refractory systemic vasculitides: an open pilot study on 10 patients. *Rheumatology (Oxford)* (2002) *41*, 1126-1132.
2. Csernok, E., Gross, W. L.: Primary vasculitides and vasculitis confined to skin: clinical features and new pathogenic aspects. *Arch. Dermatol. Res.* (2000) *292*, 427-436.
3. Csernok, E., Trabandt, A., Muller, A., et al: Cytokine profiles in Wegener's granulomatosis: predominance of type 1 (Th1) in the granulomatous inflammation. *Arthritis Rheum.* (1999) *42*, 742-750.
4. Ghersetich, I., Commacchi, C., Jorizzo, J. L., et al: Proposal for a working classification of cutaneous vasculitis. *Clin. Dermatol.* (1999) *17*, 499-503.
5. Jorizzo, J. L.: Classification of vasculitis. *J. Invest. Dermatol.* (1993) *100*, 106S-110S.
6. Komocsi, A., Lamprecht, P., Csernok, E., et al: Peripheral blood and granuloma CD4(+)CD28(-) T cells are a major source of interferon-gamma and tumor necrosis factor-alpha in Wegener's granulomatosis. *Am. J. Pathol.* (2002) *160*, 1717-1724.
7. Lamprecht, P., Voswinkel, J., Lilienthal, T., et al: Effectiveness of TNF-alpha blockade with infliximab in refractory Wegener's granulomatosis. *Rheumatology (Oxford)* (2002) *41*, 1303-1307.
8. Ludviksson, B. R., Sneller, M. C., Chua, K. S. et al: Active Wegener's granulomatosis is associated with HLA-DR+CD4+T cells exhibiting an unbalanced Th1-type T cell cytokine pattern: reversal with IL-10. *J. Immunol.* (1998) *160*, 3602-3609.
9. Moosig, F., Csernok, E., Kumanovics, G., et al: Opsonization of apoptotic neutrophils by anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) leads to enhanced uptake by macrophages and increased release of tumour necrosis factor-alpha (TNF-alpha). *Clin. Exp. Immunol.* (2000) *122*, 499-503.
10. Pöpa E. R., Franssen, C. F., Limburg, P. C., et al: In vitro cytokine production and proliferation of T cells from patients with anti-proteinase 3 and antimyeloperoxidase-associated vasculitis, in response to proteinase 3 and myeloperoxidase. *Arthritis Rheum.* (2002) *46*, 1894-1904.

11. *Rarok, A. A., Stegeman, C. A., Limburg, P. C., et al:* Neutrophil membrane expression of proteinase 3 (PR3) is related to relapse in PR3-ANCA-associated vasculitis. *J. Am. Soc. Nephrol.* (2002) *13*, 2232-2238.
12. *Schoner-marck, U., Lamprecht, P., Csernok, E., et al:* Prevalence and spectrum of rheumatic diseases associated with proteinase 3-antineutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) and myeloperoxidase-ANCA. *Rheumatology. (Oxford)* (2001) *40*, 178-184.
13. *Van der Geld, Y. M., Tool, A. T., Videler, J., et al:* Interference of PR3-ANCA with the enzymatic activity of PR3: differences in patients during active disease or remission of Wegener's granulomatosis. *Clin. Exp. Immunol* (2002) *129*, 562-570.

Érkezett: 2003. IV. 3.

Közlésre elfogadva: 2003. VII. 18.

BETADINE 1/2 OLDALAS HIRDETÉS!!!

Miskolc Város Önkormányzat Semmelweis Kórház-Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Károlyi Zsuzsánna dr.)
Pécsi Tudományegyetem. ÁOK. II. sz. Belklinika és Nephrológiai Centrum
(intézetvezető: dr. Nagy Judit egyetemi tanár)*

Primer anetoderma (Pellizari-típus) **Primary Anetoderma (Pellizari-type)**

KÁROLYI ZSUZSÁNNA DR., DEGRELL PÉTER DR.*, NAGY GABRIELLA DR.,
ERŐS NÓRA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az anetoderma a bőr körülírt atrophíája, mely az elasticus rostok lokális eltűnése, vagy megfogyatkozása következtében jön létre. A dermalis elastolysisben valószínűleg immunológiai tényezőknek van szerepe. A kórkép gyakran szövődik autoantitestekkel és autoimmun betegségekkel. A szerzők egy 45 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél urticarias epizódokat követően kiterjedt anetodermás plakkok felléptét észlelték immunserológiai eltérésekkel. Az eset kapcsán áttekintést adnak az anetoderma klasszifikációjáról, histológiai és elektronmikroszkópos jellemzőiről, valamint autoimmun betegségekkel való társulásáról. Felhívják a figyelmet a hosszantartó utánkövetés fontosságára.

Kulcsszavak:
**anetoderma - elastophagocytosis -
immunserológiai eltérések**

Az anetoderma a dermalis elasticus rostok eltűnésére visszavezethető körülírt, foltos bőratrophia. Az elnevezés a görög anetos szóból ered, melynek jelentése „laza”. Klinikailag a törzsön, végtagok proximális felszínén kerek vagy ovális, elvékonyodott bőrrel fedett területek láthatók, melyek gyakran környezetükből sérvszerűen előbótosulnak, vagy besüppednek. A foltok területén a vizsgáló ujj szinte ellenállás nélkül hatol be a subcutan zsírszövetbe (2, 15, 17). Az anetodermának primer és secunder formája ismert. A primer anetoderma klinikailag ép bőrön alakul ki, megelőző bőrbetegség nélkül, a secunder vagy gyulladásszerű forma ismert dermatosisokat követ (15).

Esetismertetés

A 45 éves nőbeteg kórelőzményében hypertonia, euthyroid struma nodosa, valamint Thoracic outlet syndroma (TOS) miatt nyaki borda resectió szerepel. 2001 januárjában kezdődtek panaszai, urticariform exanthemak formájában. Kivizsgálása során fogászati góc pozitívan kívül egyéb eltérés nem mutatkozott.

2001 márciusában a törzs és a felső végtagok proximális részén,

SUMMARY

Anetoderma is the circumscribed atrophy of the skin, which is caused by the focal, incomplete or complete loss of elastic fibers. Immunological factors most likely play an important role in the dermal elastolysis. The disease is frequently associated with autoantibodies and autoimmune disorders. Authors present the case of a 45-year-old woman, on whom extensive anetodermic plaques appeared following several episodes of urticaria. The symptoms were accompanied by immuno-serological abnormalities. The classification, histologic and electron microscopic characteristics of anetoderma and its association with autoimmune diseases is also reviewed. Finally authors emphasize the importance of long term follow up.

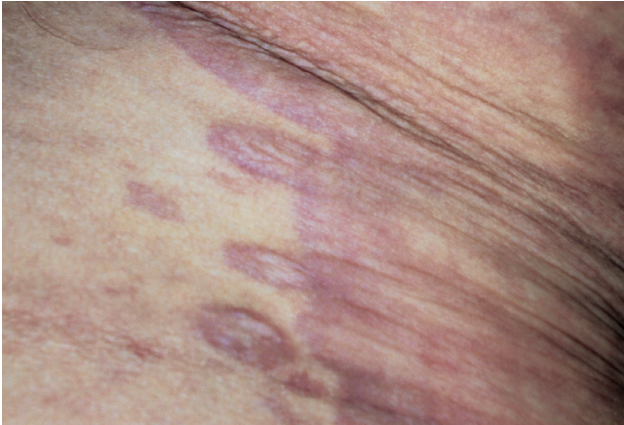
Key words:
**anetoderma - elastophagocytosis -
immunologic abnormalities**

mindkét könyökhajlatban, axillarisan és inguinalisan halvány-vörös, atrophias bőrrel fedett kerek foltok alakultak ki, melyek a betegnek szubjektív panaszt nem okoztak (1. ábra). Az urticarias epizódok 2-3 havonta shubokban ismétlődtek, miközben az anetodermának



1. ábra

A háton halvány-vörös, urticariform plakkok



2. ábra
Kerek anetodermás foltok, laza,
ráncos bőr inguinalisan



3. ábra
Tasak-szerűen előbultosuló, ráncos felszínű plakkok
inguinalisan

megfelelő bőrtünetek fokozatosan progrediáltak. Néhány hónap leforgása alatt a foltok az axillaris és inguinalis régióban töbtenyérszerű, enyhén elődomborodó, laza, ráncos bőrrel fedett plakkokká folytak össze (2., 3. ábra).

2002 augusztusában a végtagok proximális izmai fájdalmassá váltak, fáradékonyság, szem és ajakszárazság jelentkezett.

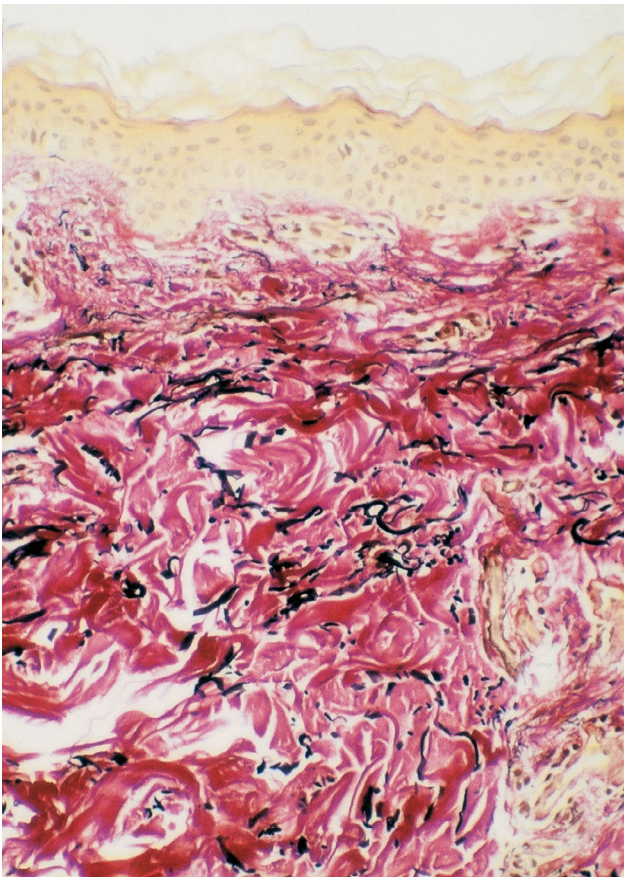
Laboratóriumi vizsgálatok:

A rutin laboratóriumi leletek eltérést nem mutattak. Az izomfájdalmak miatt elvégzett össz CK aktivitás (53 U/L) és LDH érték (280 U/L) nem volt emelkedett. VDRL, HIV, Borrelia titer negatív,

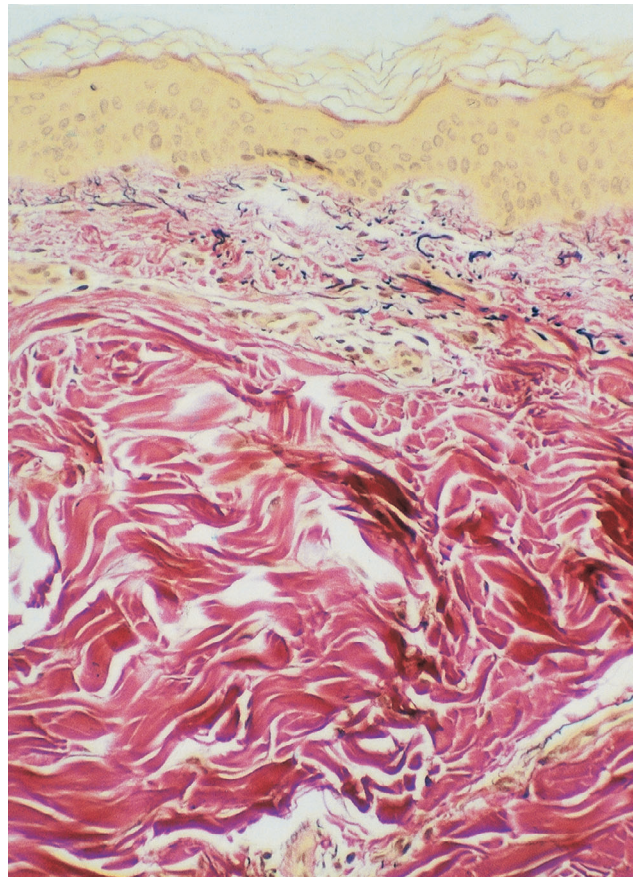
Hepatitis vírusserológiai vizsgálatok negatívak, alfa-1-antitripsin 137 mg% (normális), TSH, FT3, FT4 normál tartományban, immunelfo eltérés nélkül.

Immunológiai vizsgálatok: ANF negatív, pajzsmirigy autoantitestek normál tartományban. Ismételten ENA, RNP, Sm, ds-DNA, SSA, SSB, Scl-70 és AMA pozitívítás. Az autolog szérum teszt negatív.

Hasi ultrahang vizsgálat: hepatomegalia, mellkas rgt. vizsgálat: negatív, echocardiographia: negatív, nőgyógyászati vizsgálat: myoma uteri, fogászati vizsgálat: góc pozitívítás, szemészeti vizsgálat:



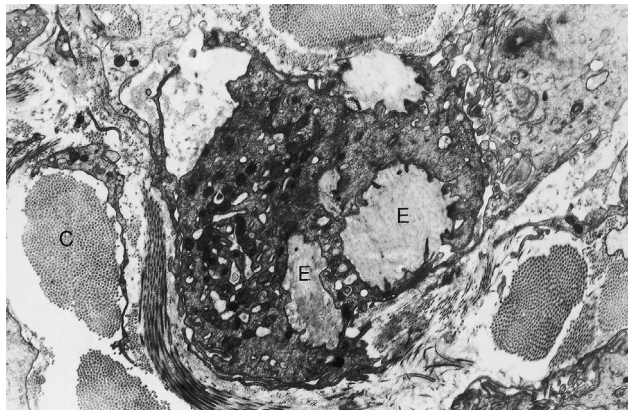
4/a. ábra
Ép bőrterület (Hart rostfestés): a demisben barnára
festődő elasticus rostok



4/b. ábra
Kóros bőrterület (Hart rostfestés): a dermisben
az elasticus rostok hiánya

keratoconjunctivitis sicca. EMG vizsgálat: sem neuropathia, sem myopathia nem igazolható. Bőrhistológia: a dermis teljes vastagságában perivascularis lympho-histiocytas infiltráció látható. Az elasticus rostok degeneráltak, környezetükben több magvú óriássejtek figyelhetők meg. Kombinált rostfestéssel (Hart) az elasticus rostok jelentős megfogyatkozása észlelhető (4.a., b ábra).

Elektronmikroszkópos vizsgálat: intracellularisan phagocytált elasticus rostok (elastophagocytosis) láthatók (5. ábra).



5. ábra

Elastophagocytosis: a sejtben belül phagocytált elasticus rostok, a sejt mellett normális collagen. (E: elasticus rost, C: collagen rost). Elektronmikroszkópos felvétel, n.: 4000x.

Direkt immunfluorescens vizsgálat: IgG és C3 depositumok a balsalmembrán mentén. Kezelés: 2x2 ME Retardillin i.m. két hétig, majd tabl. Colchicin 3x 0.5 mg/die 8 hétig, Caps. Vitamin E 2x100mg/die 6 hétig Kórlefolyás: Az alkalmazott penicillin, colchicin és E-vitamin kezelés ellenére a bőrtünetek egy-egy urticariás epizódot követően fokozatosan progrediáltak. A háton lévő soliter plakkok összefolytak, a hajlatokban tenyérszerűen elbőltösülő területek alakultak ki.

Megbeszélés

Az anetodermákat mai ismereteink szerint primer és sekunder formára oszthatjuk. A primer anetoderma ritka megbetegedés, megelőző praecursor lézió nélkül alakul ki a teljesen ép bőrön. Két altípusa van: 1. non-inflammatoricus *Schwenninger-Buzzi* típus, mely előzetes gyulladásos stádium nélkül lép fel, 2. inflammatoricus forma, mely erythemas (Jadassohn-típus) vagy urticariás (Pellizari-típus) epizódokat követ. A sekunder anetodermák relatíve gyakoriak, ismert gyulladásos bőrbetegségek (granuloma anulare, acné, varicella, zoster, rovarcsípés, Borrelia infekció, HIV/AIDS, SLE, mycosis fungoides, cutan B-sejtes lymphoma, mastocytosis) nyomán alakulnak ki (8, 9, 13). Közlemények gyógyszer-indukálta (penicillamin) formáról is beszámolnak (15), sőt újabban neonatalis intenzív centrumokban ápolt koraszülötteken és észlelték anetoderma felléptét (14). Klinikai tüneteit, lefolyását és prognózisát tekintve valamennyi forma azonos. Elsősorban a törzs és felső végtagok bőrén, valamint a hajlatokban kerek vagy ovális, élesen körülhatárolt területek láthatók, melyeknek felszínén a bőr cigarettapapír-szerűen elvékonyodott, ráncos. Jellegetes az ún. herniatis tünet, vagyis a plakkok sérszerűen kibőltösülnek és a vizsgáló

ujj kis ellenállással süllyeszthető be a léziókba. A foltok általában bőrszínűek, de lehetnek erythemasak is. A már kialakult léziók nem fejlődnek vissza, az évek során mindig újabbak alakulnak ki, melyek a folyamat előrehaladtával nagyobb atrophias területekké folyhatnak össze.

Esetünket a megelőző urticariás jelenségek alapján a *Pellizari* típusba sorolhatjuk. Betegünk klinikai tüneteinek szokatlanul kiterjedtek voltak, a több száz hyperaemias-atrophias folt a betegség progressiója során nagyobb plakkokká folyt össze, melyek a hajlatokban herniálódtak. Érdekes módon a kiterjedt bőrtünetek betegünknek semmilyen panaszt nem okoztak.

Az anetodermák histológiai vizsgálata során perivascularis lympho-histiocytas infiltráció, intradermalisan elasticus rostokat phagocytáló óriássejtek figyelhetők meg. Speciális rostfestéssel (Hart-festés) az ép bőrterülettel összehasonlítva különösen feltűnő a dermis elasticus rostjainak megfogyatkozása, degenerációja (2, 12, 19). Néhány szerző hasonló elváltozást írt le „idiopathias middermalis elastolysis” névvel (4). A két betegség közötti kapcsolat ma még tisztázatlan, valószínűleg egy azon betegség különböző stádiumairól lehet szó. A kórosan elvékonyodott bőr elektronmikroszkópos feldolgozása során az irodalomban közölt (19) elastophagocytosis sikertelenül betegünkönél is detektálni.

A betegség etiológiája ismeretlen. Az elasticus rostok eltűnésében egyesek fokozott elastase aktivitást feltételeznek. Az elastase forrásai valószínűleg a gyulladásos folyamatokban részt vevő macrophagok. Valamennyi primer anetoderma histológiailag gyulladásos eredetűnek tűnik. *Venencie* és *Winkelmann* 15 anetodermás beteg biopsias anyagának átvizsgálása során valamennyi esetben perivascularis lymphoid sejtes infiltrációt tudott kimutatni, még a klinikailag gyulladásmentes léziókból is (18). A lymphocyták túlnyomórésze CD4+ T-lymphocytá volt. A pathogenesisben nyilvánvalóan immunológiai tényezők is szerepet játszanak, ezt támasztják alá a direkt immunfluorescens vizsgálatok során általunk is észlelt IgG és C3 depositumok a dermo-epidermalis junctióban (3).

A primer anetoderma gyakran társul autoimmun betegségekkel, autoantitestekkel. A legtöbb közlemény SLE-vel és antiphospholipid syndromával való kapcsolatáról számol be (1, 4, 6, 7, 10, 16). Az újabb megfigyelések alapján az anetoderma az antiphospholipid syndroma egyik cutan jele lehet. HIV fertőzött egyéneknél is leírták, mint az immunológiai zavar egyik új bőrmánifesztációját (9). *Hodak* és *mtsai* 6 anetodermás beteg vizsgálata során két betegnél manifest autoimmun betegséget (haemolyticus anaemia, systemas scleroderma), valamennyi betegnél immunserológiai abnormalitásokat és pozitív direkt immunfluorescens vizsgálatot észleltek (7). Nőbetegünk kivizsgálása során mi is konzekvensen különféle immunserológiai eltéréseket, autoantitesteket (ENA, RNP, Sm, ds-DNA, SSA, SSB, Scl-70, AMA) tudtunk kimutatni, anélkül hogy egyetlen autoimmun kórkép diagnózisát is felállíthattuk volna. Betegünkönél antiphospholipid antitestet nem találtunk, az antiphospholipid syndromára jellegzetes thromboticus szövödmények, ismétlődő vetélések is hiányoztak a kórtörténetből.

Differenciáldiagnosztikai szempontból az anetodermát az alábbi kórképektől kell elkülöníteni: lichen sclerosus et atrophicus, morphea, focalis dermalis hypoplasia, pseudo-xanthoma elasticum, acquiralt cutis laxa, granulomatosus laza bőr és postinflammatoricus elastolysis.

A betegség kezelése megoldatlan. Az irodalomban közölt terápiás próbálkozások közül (penicillin, colchicin, dapsone, E-vitamin, salicylat, phenytoin, chloroquin) egyik sem bizonyult effektívnek (11,15.). Saját betegünkénél is tapasztaltuk, hogy az urticariás epizódok befolyásolhatatlanul ismétlődtek, és a dermalis elastolysis feltartóztathatatlanul folytatódott. Bár a betegséget terápiásan befolyásolni nem tudjuk, de az autoimmun kórképekkel, immunológiai rendellenességekkel való szoros kapcsolata miatt a betegek hosszú távú megfigyelése és gondozása mindenképpen szükséges.

IRODALOM

1. *Alvarez-Cuesta CC. és mtsai.*: Anetoderma in a systemic lupus erythematosus patient with anti-PCNA and antiphospholipid antibodies. *Dermatology*. (2001) 203, 348-350.
2. *Benest L. és mtsai.*: Primary anetoderma. *Cutis*. (2000) 65, 188-190
3. *Bergman R. és mtsai.*: An immunofluorescence study of primary anetoderma. *Clin. Exp. Dermatol.* (1990) 15, 124-130.
4. *Boyd AS, King Jr LE.*: Middermal elastolysis in two patients with lupus erythematosus. *Am. J. Dermatopathol.* (2001) 23, 136-138.
5. *Braun R. és mtsai.*: Treatment of primary anetoderma with colchicine. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1998) 38, 1002-1003.
6. *Disdier P. és mtsai.*: Anetoderma during antiphospholipid syndrome. 3 cases. *Ann. Dermatol. Venereol.* (1996) 123, 800-803.
7. *Hodak E. és mtsai.*: Immunologic abnormalities associated with primary anetoderma. *Arch. Dermatol.* (1992) 128, 799-803.
8. *Kasper RC. És mtsai.*: Anetoderma arising in cutaneous B-cell lymphoproliferative disease. *Am. J. Dermatopathol.* (2001) 23, 124-132.
9. *Lindstrom J. és mtsai.*: Increased anticardiolipin antibodies associated with the development of anetoderma in HIV-1 disease. *Int. J. Dermatol.* (1995) 34, 408-415.
10. *Montilla C, Alarcon Segovia D.*: Anetoderma in systemic lupus erythematosus: relationship to antiphospholipid antibodies. *Lupus*. (2000) 9, 545-547.
11. *Nagy E, Nagy-Vezekényi K, Kósa Á.*: Anetoderma. *Z. Hautkr.* (1986) 61, 1545-1548.
12. *Oikarinen AI. és mtsai.*: Anetoderma: biochemical and ultrastructural demonstration of an elastin defect in the skin of three patients. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1984) 11, 64-72.
13. *Ozkan S. és mtsai.*: Anetoderma secondary to generalized granuloma annulare. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2000) 42, 335-338.
14. *Prizant TL. és mtsai.*: Spontaneous atrophic patches in extremely premature infants. Anetoderma of prematurity. *Arch. Dermatol.* (1996) 132, 671-674.
15. *Ricci RM, Meffert JJ, McCollough ML.*: Primary anetoderma. *Cutis*. (1998) 62, 101-103.
16. *Romani J. és mtsai.*: Anetoderma associated with antiphospholipid antibodies: case report and review of the literature. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* (2000) 15, 175-178.
17. *Török L.*: A bőrtünetek diagnosztikai jelentősége. *Medicina* 2001. 216-217.
18. *Venencie PY, Winkelmann RK, Moore BA.*: Anetoderma. Clinical findings, associations, and long term follow-up evaluations. *Arch. Dermatol.* (1984) 120, 1032-1039.
19. *Zaki I, Scerri L, Nelson H.*: Primary anetoderma: Phagocytosis of elastic fibres by macrophages. *Clin. Exp. Dermatol.* (1994) 19, 388-390.

Érkezett: 2003. I. 30.

Közlésre elfogadva: 2003. IV. 18.

TELVIRAN HIRDETÉS

1/2 OLDALAS

Álló hirdetés

Dr. Török Lajos (1863–1945) Emlékezés születésének 140. évfordulóján*

Remembrance on the 140th anniversary of dr. Lajos Török's birth (1863–1945)

TÖRÖK ÉVA DR.

Török Lajos 1863. szeptember 3-án született Budán, és 1945. január 14-én halt meg Budapesten.

1887-ben szerzett orvosi oklevelet.

1886-tól 1888-ig a Kórbonctani Intézetben gyakornok volt.

1888-tól külföldön működik. Először Bécsben Kaposinál dolgozik. Nem ért egyet morfológiai szemléletével. Majd rövid Kiel-i tartózkodás után megérkezik Hamburgba, és a bőrgyógyászat nagy mesterénél, Unnánál mint segédorvos dolgozik két éven át. Munkásságát a kórbonctani eltéréseken alapuló bőrgyógyászati szemlélet jellemzi. Itt megismerkedik Philippsonnal, a későbbi messinai professzorral, akivel közösen könyvet is publikál.

1895-ben visszatér Budapestre. Schwimmer Ernőnél dolgozik a Szent István Kórház Bőrgyógyászati Osztályán. Itt, ahol sok neves bőrgyógyász működik, előadásokat is tart.

1895-ben egyetemi magántanárrá nevezik ki.

1898-ban életében fordulat következik be. A jó hírű Poliklinikai Egyesület orvosi kara tagjává választja, és a bőrgyógyászati szakrendelést vezeti csaknem haláláig.

Néhány szó a Poliklinikai Egyesületről: az egyetemről és a betegsegélyező pénztárraktól független, jómódúak támogatásából létrejött nagy forgalmú intézmény volt, amely arra rendezkedett be, hogy nagy számú szegény beteget ellásson. Igen jelentős egyénekből állt a főorvosi kar. Shaffer Károly ideggyógyász, Csapodi István szemész, Illyés Géza, az urológia megalapítója, Imre József szemész, Kubinyi Pál, a későbbi szülész professzor, Ranschburg Pál ideggyógyász, Germán Tibor, a későbbi gégyészprofesszor, Petényi Géza gyermekgyógyász professzor stb. Az egyes szakágazatok és kollégák közötti együttműködés legendás volt.

Török Lajos hosszú bőrgyógyászati működése kapcsán iskolát alapított. Tanítványai voltak Rajka Ödön, Géber János, Lehner Imre, Kenedy Dezső, Seeman Dezső, Urbán Frigyes, Fényes Gyula, Pogány Kálmán, Liebner Ernő, Heincz Erzs, és utóljára, de nem utolsósorban Rothman István.

1908-ban rendkívüli egyetemi tanárnak kinevezték. Rövid ideig 1919-ben az egyetemi bőrklinikán oktat is.

Időrendi sorrendben kiemelkedő bőrgyógyászati publikációk:

1892 – Az ekzéma kór- és gyógytana, Budapest;

1895 – Németországban megjelent Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten (Philippsonnal együtt);

1898 – A bőrkórta kézikönyve, Budapest;

1906 – Spezielle Diagnostik der Hautkrankheiten, Bécs;

1907 – A bőrbetegségek felismerése és gyógyítása, Budapest;

1927 – Kozmetika, Budapest;

1928 – A syphilis gyógyítása, Budapest;

1934-ben és 1938-ban Párizsban egy-egy könyve jelent meg a bőr gondozásáról, illetve a bőr gyulladásos folyamatairól.

Számos könyvrészletet írt, például Bókay Belgyógyászatában a bőrgyógyászati részt írta meg, a Jadassohn 1928-ban megjelent bőrgyógyászati kézikönyvében a bőrgyulladásról, csalánkiütésről írt fejezetet.

1936-ban a budapesti IX. Nemzetközi Dermatológiai Kongresszuson jelentős szerepet vállalt. A kongresszusi kiadványban sok hozzászólása, esetközlése szerepel.

Tudományos munkásságának se szeri, se száma, mindent felsorolni és idézni szinte lehetetlen. Jelentősek a bőrbetegségek általa kidolgozott kórbonctani alapon történő felismerési módszerei, továbbá a bőrgyulladásokra, a szövetanyagok szerepére vonatkozó kutatásai és elméletei. Az allergiás bőrfolyamatok patomechanizmusát is vizsgálta, és gyakran ráértett a mai modern ismeretekre. A Szövetség utcai Poliklinika épületének 3. emeletén működött nagyon nagy forgalmú járóbetegrendelése, és a rendelő mellett a kis „kutatólaboratórium”.

Az orvosi szakirodalomban már fiatalon értékes és sokoldalú működést folytatott, cikkeit németül, franciául, néha olaszul is közölte. Ezeket a nyelveken, és angolul is jól beszélt. Az osztrák és olasz dermatológiai társaságok levelező tagja.

Sok bőrgyógyászati témában munkássága úttörő, így a viszketésről szóló, a csalánkiütés vizsgálatáról. A bőrgennyedésekről, a himlőről, az epidermolysis bullosáról írt a századfordulón tanulmányt. Minden munkájában hangsúlyozta a patoanatómiai alapokat, rámutatott a bőr-

* Az előadás elhangzott a Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórta-ni Klinika tantermében 2003. április 25-én a Hagyományörző Csoport ülésén.



Prof. Török Lajos dr. emlékérem
Készítette Reményi József, 1934. (Simmelweis Orvostörténeti Múzeum, Budapest)

biopszia diagnosztikus értékére. Jelentős dyshidrosis kialakulására vonatkozó kutatása: felismerte, hogy nem veríték-retencióról van szó, hanem valamilyen haematogén ágens hatására jön létre.

Jónevű színésznő felesége (Deli Emma), három gyermeke volt. Jártas volt a filozófiában, az irodalomban, és főleg a zenében. Igen jól zongorázott. Unna klinikáján gyorsan népszerűvé vált, mert az összejöveteleken szívesen ült le a zongorához.

Szenvedélyes oktató és vitakozó, invenciózus egyéniség volt. Kritikus volt önmagával és munkatársaival szemben is. Képes volt elismerni, hogy másnak is igaza lehet. A tudományos megbeszéléseket tanítványaival hazafelé menet is folytatta a Szövetség utcától az Alkotmány utcáig.

1943-ban a 80 éves professzort nyugdíjazták, de a Poliklinika gondoskodott arról, hogy mint konziliárus teljes fizetést kapjon. Lakását el kellett hagynia, kis szobában húzódott meg, ahol élete utolsó hónapjaiban írógépén

Bőrgyógyászati diagnosztika című könyvét fordította németre. Átvészelte a holokauszt borzalmaival, de a megaláztatások, a nélkülözések miatt 1945. januárjában meghalt.

Török Lajos a modern magyar bőrgyógyászat egyik megteremtője, a magyar bőrgyógyászati irodalom legtermékenyebb egyénisége, és a hazai allergológiai kutatások megindítója volt.

IRODALOM

1. *Fehér E.*: Török Lajos és a dyshidrosis kérdés, *Bőrgyógy. Vener. Szle.* 1970, 74, 205-207.
2. *Fekete S.*: Török Lajos és a Poliklinika, *Bőrgyógy. Vener. Szle.*, 1970, 74, 198-202.
3. *Rajka Ó.*: Emlékbeszéd Török Lajos halálának 25. évfordulója alkalmából, *Bőrgyógy. Vener. Szle.*, 1970, 74, 194-198.
4. *Szodoray L.*: Dr. Török Lajos bőr-histopathológiai szemlélete, *Bőrgyógy. Vener. Szle.*, 1970, 74, 202-205.

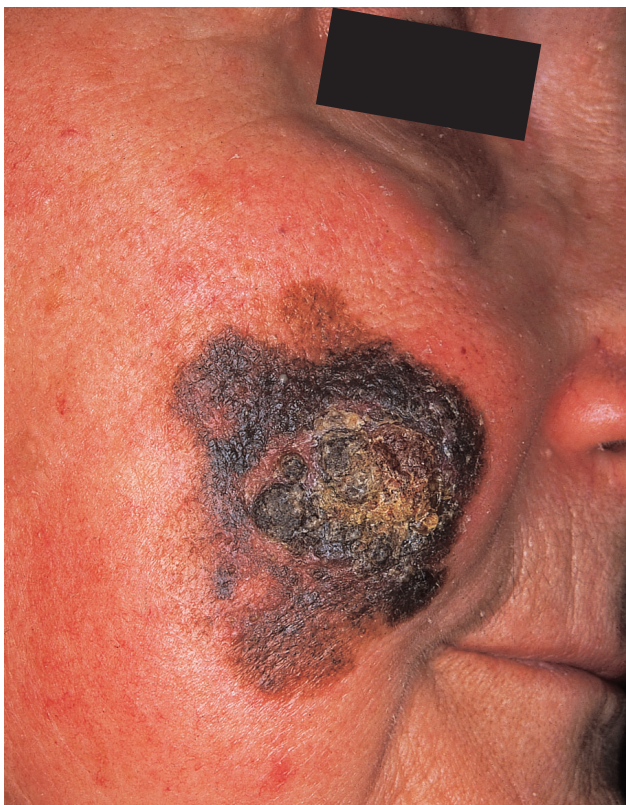
Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2003. március 13. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Bottlik Gyula dr., Bíró László dr.:

Melanoma malignum faciei I. d.

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 78 éves nőbeteg anamnézisében említésre méltó korábbi megbetegedés nem szerepel. Kb. 4 éve észlelte a jobb arcfélen lassan növekedő barna foltját, benne kb. fél éve a rapidan növekedő terimét. Felvételekor a fenti régióban 4,5x3,2 cm átm., szabálytalan alakú,



1. ábra

Lentigo maligna melanoma, műtét előtt

egyenetlenül pigmentált, karéjos szélű foltot láttunk, közepén 1,2 cm-es, a bőr szintjéből előemelkedő, kissé erodeált tumorral. A klinikai kép lentigo maligna melanomának felelt meg (1. ábra).

In toto sebészi kimetszés megtörtént, a szövethiányt Emmett lebennel pótoltuk. A seb pp. gyógyult (2. ábra). A szövettani vizsgálat a klinikai diagnózist igazolta (LMM, Clark IV., max. tumorvastagság: 3,6 mm).

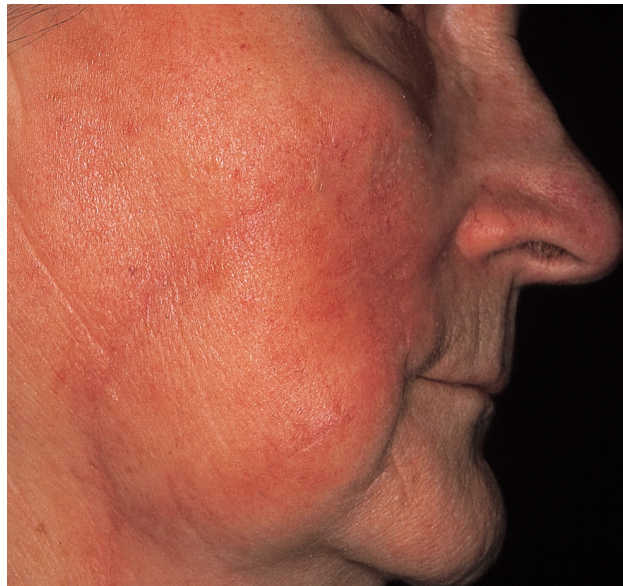
Esetünket említésre méltóvá a viszonylag nagy arctumor ellenére is elérhető, jó esztétikai és funkcionális eredmény teszi.

Karászi Viktória dr.:

Carcinoma basocellulare recidivans dorsii

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

A 63 éves férfi anamnézisében hypertonia, NIDDM, ízületi panaszok szerepelnek. A beteg hátán, a bal váll területén lassan kialakult terime diathermiás eltávolítása történt 2001 szeptemberében a terü-



2. ábra

Excisio, és Emmett plasztika utáni gyógyulás állapota

leti bőrgyógyászaton. A klinikai diagnózis basalioma volt, a szövettani vizsgálat a következőket találta: „művileg károsodott basalioma részletek láthatók. Az eltávolítás nem az épbén történt”.

A beteg kontrollvizsgálaton csak 2003 februárjában jelent meg, amikor a korábban kezelt területen már több hónapja recidíva jelent meg. A plakkot ismételt diathermiával kezelték, a szövettan ezek után a következő véleményt adta: „A metszetekben kicsiny bőrleány figyelhető meg rendkívül súlyos művi károsodás jeleivel. Melanin pigmentáció helyenként látható. Érdemi vélemény a szöveti képből nem mondható”. A kezelőorvos ezt követően klinikánkra utalta a beteget obs. ad pigmentált basalioma obs. ad melanoma malignum diagnózissal. Vizsgálatkor a beteg bal vállán a hátfel-színen kb. 1,2x0,9 cm nagyságú, erythemás, centrálisan erősen tapadó, vaskos pörkkel fedett plakkot láttunk, melyet 3 mm-es szegéllyel in toto sebészetileg kimetszettünk. A szövettan hegyszövetet írt le, malignitás jelei nem voltak láthatók.

Az esetet tanulságai miatt mutattuk be, miszerint egy szövettannal igazolt, nem in toto eltávolított basalioma esetén sebészi kimetszés szükséges, újabb szövettani vizsgálatral.

Preisz Klaudia dr.:

Melanoma malignum

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 52 éves férfibeteg anamnézisében komolyabb megbetegedés nem szerepel.

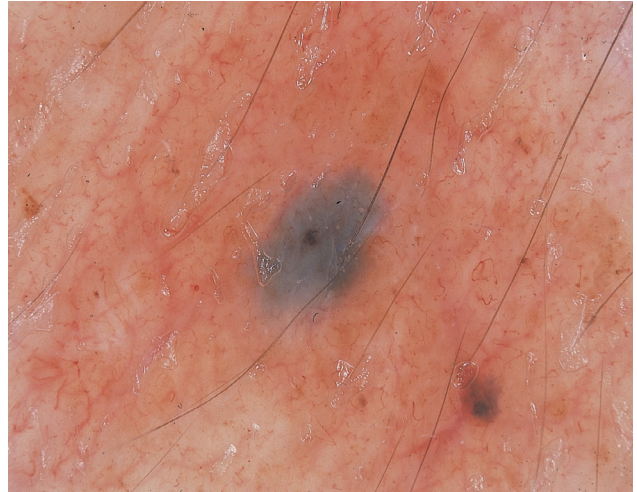
A jobb temporális régióban születése óta észlelt borsónyi anyajegy az elmúlt 10 év során lassú növekedésnek indult. Az elváltozás centrális részében kb. 3 évvel ezelőtt alakult ki egy kis csomó, mely az elmúlt hónapok során fészülködés közben több alkalommal sérült, vérzett. Felvételekor a jobb temporo-parietalis területen 4 cm átm., éles szélű, sötétén, helyenként egyenetlenül pigmentált plakkot, centrális részén 12 mm átm., varral fedett, vérzékeny csomót láttunk.

A klinikai kép melanoma malignumnak felelt meg. A tumor in toto műtéti eltávolítását tervezzük.



3. ábra

Az alsóvégtagok disztális részén baloldali dominanciával livid, helyenként konfluáló plakkok, pseudobullák



5. ábra

Az elváltozás dermatoscopos képe

Csikós Márta dr.:

Kaposi sarcoma

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 84 éves férfibeteg anamnézisében évtizedek óta ismert és kezelt M. sacer, Parkinson-szindróma, agyi és szisztémás thromboemboliás történések szerepelnek.

Kb. két éve észleli kezdetben a bal alsóvégtag disztális részén jelentkező bőrtüneteit, melyek a későbbiekben az ellenoldali alsóvégtag és mindkét felsővégtag disztális részén is kialakultak.

Felvételekor a mindkét lábfejen, a talpakon, a lábujjakon, a láb- szárok hajlító és feszítő oldalán, a combok disztális részén, mindkét kézfejen és a tenyereken nagy számú, livid, helyenként összefolyó foltokat, plakkokat, pseudobullákat észleltünk, melyek bal alsóvégtagi dominanciát mutattak (3. ábra). Elszórtan mindkét felkaron, a törzsön, a tarkón, az állon 1-1 livid papula is megfigyelhető volt.

A típusos klinikai kép Kaposi sarcomának felelt meg. A szövettani vizsgálat eredménye a klinikai diagnózist igazolta.

A bentfekvése során készült mellkas rgt. pulmonális érintettséget nem igazolt. Az ambuláns hasi UH vizsgálat szisztematizációra nem utalt.

A HIV szerológia és a HHV-8 vírus vizsgálata perifériás vér- és szövetmintából PCR reakcióval egyaránt negatív lett.

A beteg kezelése nem problémamentes. Szóródott tünete miatt

szisztémás interferon terápia alkalmazása indokolt lenne, azonban általános állapota, többszörös központi idegrendszeri betegségei miatt az interferon adásától eltekintettünk, lokális rgt. kezelést kezdtünk több mezőben, melynek eredménye később várható.

A beteget a klasszikus Kaposi sarcoma típusos klinikai képe és a terápiás nehézségek miatt mutattuk be.

Bíró László dr.:

Kombinált naevus

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

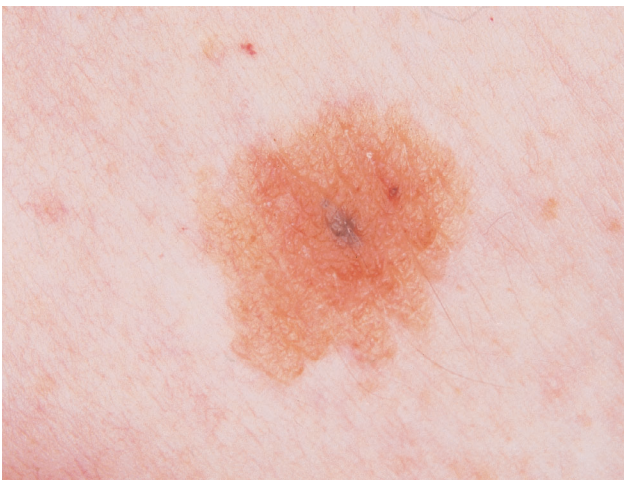
A 39 esztendő, 14 hetes gravida anamnézisében említésre méltó korábbi megbetegedés nem szerepel.

Elmondása szerint a bal clavícula feletti régióban születése óta fennálló naevusának a közepén az utóbbi hetekben sötétén pigmentált folt jelent meg.

Státuszrögzítések a fent említett régióban 2x1,5 cm-es, sárgásbarna színű, szabályos, éles szélű plakkot láttunk, középső részén 0,3 cm-es, kékes színben áttűnő pigmentált folttal (4., 5. ábra).

A látott kép alapján naeviod képlet és kék naevus kombinációja merült fel. Az elváltozást in toto kimetszettük.

A szövettani vizsgálat congenitalis intradermalis naevus és naevus coeruleus cellularis kombinációját igazolta.



4. ábra

Sárgásbarna plakk, kékes színben áttűnő folttal



6. ábra

Lassan progresszív Kaposi-sarcoma, 1991-es állapot

Ábrahám Katalin dr.:

Kaposi-sarcoma

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 51 éves férfibeteg anamnesisében évtizedek óta hypertonia és balkamra hypertrophia, ISZB, angina pectoris, cervicalis dicopathia és depressio szerepel.

Bőrtünetei 1989 nyarán a jobb, majd a bal lábszáron kezdődtek. Első alkalommal 1991-ben, majd 1992-ben és 1995-ben kezeltük klinikánkon.

1991-es benn fekvésekor a bal lábszárról szövettani vizsgálatot végeztünk, a diagnózis Kaposi-sarcoma volt (6. ábra).

2003. márciusban felvételére néhány hónapja észlelt kistökű progresszió miatt, kezelés céljából került sor.

Felvételekor mindkét lábfejen és a lábszáraknak elsősorban a feszítő, kisebb mértékben a medialis és lateralis felszínén nagy számú, éles szélű, sok helyütt confláló 0,3-0,8 cm-es lividbarna maculákat, ill. alig infiltrált papulákat láttunk. A talpak és a látható nyálkahártyák tünetmentesek voltak. Megnagyobbodott nyirokcsomót nem tapintottunk.

Kórházi felvétele előtt készült MRTG, hasi és kismedencei UH-vizsgálat eltérést nem igazolt.

Laboratóriumi leleteiből emelkedett serum bilirubin és transzamináz értékei érdemelnek említést.

Hepatitis serológiai vizsgálatok negatívak voltak, így májenzim eltérései feltehetőleg aethyles eredetűek.

RPR és HIV-serológia ismételten negatív volt.

HHV-8 infectiot sem a perifériás vérből, sem a szövettantáblából nem tudtuk kimutatni.

1992-ben interferon kezelést terveztünk, de a bevezető 1 ME dózist követően a betegnél mellkasi fájdalom jelentkezett, tekintettel erre a szubjektív panaszra a tartós kezeléstől eltekintettünk.

1991-ben Miskolcon a lábszárakra 48 mezőben 5x2 Gy, 1995-ben és 1997-ben klinikánkon 10 mezőben összesen 12x2 Gy röntgenkezelést kapott.

Mivel tüneteinek rendkívül lassú progressziót mutatnak, jelen bent fekvése alatt is a sugárterápia folytatása mellett döntöttünk, 7 mezőben 10x1 Gy dózissal irradiációban részesült.

Szakonyi József dr.:

Linearis morbus Darier

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 74 éves beteg anamnesisében appendectomia szerepel. Kb. 25-30 éve észleli a hátán lassan növekvő elváltozását, mely jelentős szubjektív panaszt nem okoz. Salgótarjánban próbaexcízió történt, itt (v.s. akantholysis miatt) felvetették pemphigus seborrhoicus-erythematosus, dermatitis herpetiformis lehetőségét. A metszetet konzultáltuk, a hisztológiai kép ekkor (hám-hyoerplasia, akantholysis, diskeratosis) TAD-ra utalt.



7. ábra

Hátán lévő tömött tapintatú, szürkésbarna, keratotikus felszínű linearis plakk

Felvételekor a hátán, a gerinc felett kb. 15x0,5 cm-es linearis plakkot (felső pólusán a próbaexcízió hegével), ill. ennek vonalában, kb. az L2, ill. L5 csigolyák magasságában kb. 2 cm-es, tömött tapintatú, szürkésbarna, egyenetlen, keratotikus felszínű, laposan kiemelkedő plakkot láttunk. Néhány hasonló morfológiájú 2-4 mm-es papula észlelhető a környező területeken. A legcaudalisabban elhelyezkedő plakkot eltávolítottuk, a szövettani vizsgálat – a klinikai képnek is megfelelő – linearis morbus Darier diagnózisát igazolta.

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

Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2003. április 10. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Tabák Réka dr.:

Bullosus lichen sclerosus et atrophicus

(Semmelweis Egyetem, Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 69 éves nő anamnesisében mastitis, spondylarthrosis cervicalis, hypertonia, polypus cervicis uteri, bal oldali térdprotézis műtét, cholecystectomy, hypothyreosis szerepel.

1988-ban a vulván pruritussal indultak tünetei. Vulvectomia történt, a szövettan kraurosis vulvae-t igazolt. 1992-ben kezdődött bőrfolyamata, melyet szövettan nélkül scleroderma circumscriptum disseminatumnak vélelményeztek. Szisztémás és lokális szteroid ill. De-lagil terápiát állítottak be. 1994-ben született a bőrből hisztológiai diagnózis: lichen sclerosus et atrophicus (LSA). 1998-ban a debreceni bőrklinikán scleroderma circumscriptum disseminatum diagnózissal penicillin, krém-PUVA és lokális szteroid kezelésben részesült, melyet 2001-ben Neotigasonnal egészítettek ki.

A disszeminált törzsi tünetek mellett egy éve jelentek meg sacralisan, viszkető területen recidív bullái, ill. az emlő alsó felszínén feleltes ulcusok. Felvételekor a törzson és a végtagokon nagy kiterjedésben voltak láthatók a típusos tünetek: ovális, porcelánfehér, kissé besüppedt, atrophias, pergamenszerűen ráncolható plakkok. A sacralis plakkokon 2-2,5 cm-es szabálytalan szélű, vastag falú, többrekeszes, kocsonyás bennéki pseudobullákat és a megnyílt hólyagok helyét láthattuk (1. ábra). Az anogenitalis regioban vulvectomia utáni állapotot, ill. a folyamat progresszióját észleltük.



1. ábra

Pseudobullák egy LSA-s plakkon

A klinikai kép típusos LSA-nak felelt meg. A bullosus részből szövettani vizsgálat történt, mely a klinikai diagnózist igazolta.

A korábban elkezdett suboptimalis Neotigason-adagolást felfüggesztettük, PUVA- és lokális szteroidterápiát állítottunk be.

Az irodalomban említett egyéb terápiás lehetőségek szisztémásan: per os retinoid, antimaláriás szerek. Lokálisan leghatékonyabbnak az intrafocalis szteroidot említik az ösztrogén-, progeszteron-, tesztoszteron tartalmú készítmények, UV-A1, fürdő-PUVA mellett. Fontos kitérni a sebészi kezelés helyére a korszerű terápiaiban. A hólyagfedél eltávolítása érintő irányú metszéssel a tapasztalatok szerint gyorsabb gyógyulást eredményez. A mai állásfoglalás szerint a vulvectomia nem indokolt. Perzisztáló fekélyekből, ill. csomókból a malignizálódás kizárására biopszia vétele javasolt. Ismert a betegség társulása autoimmun betegségekkel, így pajzsmirigy betegséggel, anaemia perniciosaival, 1-es típusú diabetes mellitussal, Addison-kórral, vitiligoval, morpheával, SLE-vel.

Esetünket a ritka, de típusos pseudobulla-képződés, a polymorph klinikai kép, ill. a társuló immunserológiai igazolt autoimmun thyreoiditis miatt mutattuk be.

Wikonkál Norber dr., Podányi Beáta dr.:

Extraintesztinális Crohn betegség

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A szerzők 25 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek anamnézisében említésre érdemes megbetegedés szerepel. 2001. júniusában észlelt 2. terhességének 18. hetében bal vesetáji fájdalmat, amely miatt a Salgótarjáni Kórház Urológiai osztályán paranephritikus tályog drenálása, majd nephrectomia történt. A nephrectomia hegének purulens váladékozása miatt 2001. júliusban SE Urológiai Klinikán retroperitoneális feltárása, colon descendens suturára került sor. Fél évvel a szülést követően hasi panaszai jelentkeztek, véres széklet, görcsölés, amely miatt Salgótarjánban Sebészeti Osztályon vastagbél műtét, bélresectio, stoma beültetése történt, ahol szövettani vizsgálat krónikus aspecifikus colitist igazolt. Néhány héttel később beteg panaszai szűntek, a stomát megszűntették.

2001. június 6-án észlelt az orrkezetben erythemás, majd folyamatosan gennyesen váladékozó elváltozást, amely miatt küldték klinikánkra (2. ábra). A nálunk ambulanter elvégzett szövettani vizsgálat az extraintesztinális Chron betegség diagnózisát támasztotta alá.

A klinikai kép a fenti diagnózis mellett felveti tuberculosis, Wegener granulomatosis lehetőségét is. Utóbbit immunserológiai negativitása, ANCA negativitás kizárta. TBC irányában mintavétel történt, tenyésztés folyamatban, PCR negatív. Tuberculin hypererg lett. Bent léte alatt elvégzett vizsgálatokkal – felső panendoscopia, colonoscopia, jelenleg accur Chron betegségre utaló eltérést nem észleltünk. Vastagbél biopsia cronicus colitist igazolt. Összességében, ha az elhúzódó, orrporcot is destruáló gyulladás hátterében és a belgyógyászati anamnézis ismeretében cronicus extraintestinalis Chron betegség jön leginkább szóba, amelynek nem mond ellent a folyamat jelenlegi inaktivitása, béltünetek szintjén. Ennek a véleménynek birtokában Salofalk terápiát állítottunk be, a TBC tenyésztéses vizsgálattal igazolt negativitásáig Medrol adását nem tervezzük. A Chron betegség extraintesztinális formája az irodalomban ritkán észlelt típus, azonban Chron betegség mellett egyéb szervek érintettsége azonban gyakran megfigyelhető. A leggyakoribb társuló betegségek iritis, uveitis, primer sclerotizáló cholangitis, ízületi érintettség, pyoderma gangrenosum, erythema nodosum. Esetünket a ne-



2. ábra

Az orr igen kiterjedt, a porcot destruáló, szuperinficiált granulomatikus gyulladása

héz diagnózis és terápiás lehetőségek tisztázása céljából mutatunk be.

Wikonkál Norbert dr.:

Keratoacanthoma ulcus cruris területén
(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A bemutató 69 éves férfi esetét ismerteti, akinek anamnézisében v. cava thrombosis, fractura femoris I. s., anemia perniciososa, hypertonia szerepel. 1971-ben közlekedési baleset után alakult ki mélyvénás thrombosis a bal lábszáron, mely csaknem azóta áll fenn. 2002-ben a chronikus fekély szélén gyorsan növekvő papillomatous elváltozás alakult ki, amelyet lézer evaporációval távolítottak el, majd az elváltozás recidívája miatt vettük fel klinikánkra. Felvételek a jobb lábszár külső oldalán 5x8, illetve 6x9 cm átmérőjű, éles szélű, alapján granulomatous sarjszövetrel fedett, bőr szintje alatti ulcust, illetve ennek proximalis harmadában 3x4 cm nagyságú hyperkeratotikus papillomatous felszínű plakkot észleltünk (3. ábra). A klinikai kép az ulcus talaján kialakult keratoacanthomanak felelt meg, amelyet hisztológiai vizsgálattal is megerősítettünk. A hisztológiai lelet tükrében a krónikusan fennálló ulcus miatt sebészi ellátás nem jött szóba, localis radiotherapia mellett döntöttünk, amely mellett a tumor regresszióját észleltük.

A keratoacanthoma a bőr semimalignus elváltozásainak csoportjába tartozó, rapid növekedést mutató tumor, amely kialakulása ismétlődő traumával, egyéb provokáló faktorokkal ismert. Ezzel együtt ulcus crurissal való szövődése kevésbé ismert. Esetünket az ulcus cruris kísérőbetegségeként kialakult, ritkán észlelhető keratoacanthoma bemutatása végett ismertettük.



3. ábra

A lábszári ulcus területében kialakult erősen hyperkeratotikus, rapidan progrediáló plakk

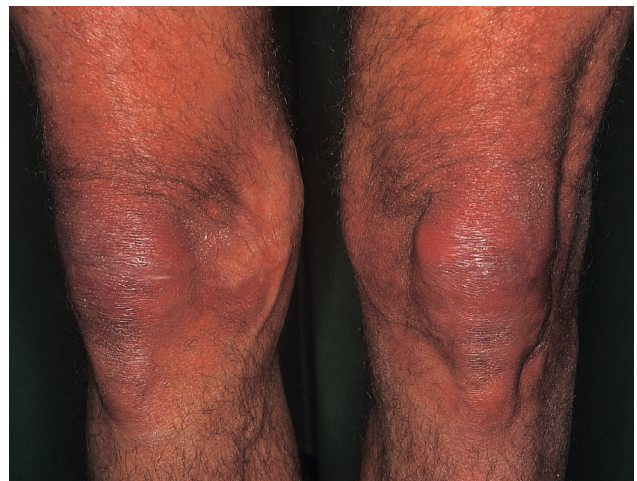
Szakonyi József dr.:

Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) és lichen sclerosus et atrophicus (LSA) egyidejű előfordulása Lyme pozitív betegen
(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 49 éves férfibeteg anamnézisében varicectomia szerepel. 6 hónapja fennálló bőrtünetei miatt jelentkezett ambulanciánkon. Felvételek a bal lumbalis és a jobb glutealis régióban 5, ill. 15 cm átmérőjű, fehér, follicularis hyperkeratosist mutató plakkokat, a jobb térd medialis oldalán egy hypopigmentált, atrophias plakkot láttunk. Mindkét oldalon a térdtől distalisán a bőr diffúz módon livid-erythemás, atrophias, a lábujjak, talp is lividen elszínezett volt (4. ábra). A lumbalis és glutealis plakkokból elvégzett biopszia szövettani vizsgálattal LSA-t véleményeztünk, míg a jobb térdén lévő plakkból vett minta vizsgálata ACA-t igazolt. Az ambulanter elvégzett Lyme-szerológia IgG pozitivitást mutatott.

Bentfekvése során 3x6 ME iv. Penicillin kezelést kezdtünk, melynek hatására a lábszárakon észlelt erythema kis mértékben csökkent.

A LSA és az ACA közös vonása, hogy gyulladás következtében sclerosis, a kollagén és elasztikus rostok atrophiasja következik be. Az irodalmat áttekintve a Borreliák kóroki szerepe onnan eredeztethető, hogy spirochaetákat direkt módon sikerült kimutatni a fenti laesiókból. Európai szerzők PCR-ra vizsgált morpheás, LSA-s, ACA-s



4. ábra

A térdken diffúz erythema, atrophia, a jobb térd medialis oldalán hypopigmentált, atrophias plakk látható

minták túlnyomó részében kimutatták *Borrelia burgdorferi* DNS jelenlétét, míg Észak-Amerikában nem találtak PCR-ral pozitív LSA-s, morpheás beteget. Ennek a valószínű oka, hogy a *Borrelia burgdorferi* 8 törzse közül az észak-amerikai Lyme-kórért felelős (*sensu stricto*) kevésbé okoz késői bőrtünetet, mint az Európában gyakoribb *Borrelia afzelii*. Ezek az eredmények felvetik a *Borrelia infectio* kiterjedtebb etiológiai szerepét a sclerodermák kialakulásában.

Ablonczy Éva dr.:

Systemas lupus erythematodes

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 26 éves nőbeteg anamnézisében tonsillectomia szerepel. 2003. januárjában vesetáji panaszok, pyuria miatt Halidor, Nitrofurantoin kezelést kapott. Ezt követően két héttel a PIP ízületek duzzanata, érzékenysége jelentkezett. Háziórvosa Augmentin Duo, ill. Maltofert kezelést kezdett – elmondása szerint ekkor készült laboratóriumi leleteiben sideropenia mellett emelkedett májfunkciós értékek voltak.

Február végén torka fáj, belázasodott, ekkor jelentkeztek bőrtünetei. A Veszprémi Kórház Bőrgyógyászati Osztályán erythema exsudativum multiforme diagnózissal kezelték – Medrolt, Augmentint kapott. Laboratóriumi leletei közül gyorsult süllyedés, thrombocytopenia, emelkedett AST érték emelendő ki. Emissziója után egy héttel ismét reggeli ízületi merevség, fájdalom (kéz, kisízületek, csukló, térd), kb. 10 napja arcon (nap expozíció után) pillangószárny erythema jelentkezett. Labor kontroll továbbra is magas We értéket, leukopeniát, az időközben elkészült immunológiai vizsgálatok csökkent C3 és C4 szintet, antinukleáris antitest, anti-DNS (720 IU/ml!) pozitívítást mutattak. Ezen leletek alapján systemas lupus erythematodes diagnózissal irányítják klinikánkra.

Felvételekor az orcán és orrháton halvány, pillangószárny alakú erythema látszott. A klinikai tünetek, markáns immunszerológiai eltérések, rutin laboratóriumi leleteiben az az eddigi kóros paraméterek mellett fellépő kismértékű proteinuria alapján a systemas lupus erythematodes diagnózis felállítható volt. Nagy dózisu (205 mg Medrol/die) kortikoszteroid terápiát vezetünk be, amely mellé cyclophosphamid bekapcsolása jön szóba.

**Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani
Klinika 2003. május 8. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói**

Somlai Beáta dr.:

Kaposi Sarcoma kezelése interferonnal

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle 2003. 2. számában már ismertettük Kaposi sarcomás betegünk esetét, akinek folyamata elsősorban a talpakra, lábfejekre, lábszárakra lokalizálódott. A bőrtüneteket lymphoedema és fájdalom kísérte, mely olyan fokú volt, hogy a beteg alvását zavarta, a talpak kifejezett érintettsége pedig a járás nagyfokú nehezítettségéhez vezetett.

Mivel a helyi röntgen adásának feltételei kimerültek, ezért vetődött fel a szisztémás interferon kezelés lehetősége. Ennek eredményéről kívánunk a jelen bemutatóval beszámolni.

Az alkalmazott heti 3x5 ME, majd 3x10 ME Intron-A mellett kb. 4 hónapos kezelés után a jelenség progressziója megállt, majd fokozatos regresszió indult. A korábban szinte mozgásképtelen, bottal közlekedő beteg járása normalizálódott, a lymphoedema és a fájdalom megszűnt, alvása pihentető, a csomók és plakkok barnán pigmentált foltok hátrahagyásával gyógyultak (1., 2., 3., 4. ábra).

Betegünk jelenleg csaknem teljesen tünetmentes és az interferont heti 1x10 ME dózisban kapja, melyet szubjektíve jól tolerál.

Esetünk jól példázza, hogy az interferon a Kaposi sarcoma kezelésében hatékonyan alkalmazható therápiás eljárás. Sajnálatos, hogy ellentétben az AIDS-hez kötött esetekkel, az idiopathiás Kaposi sar-



1. ábra
Talpak – kezelés előtt



2. ábra
Talpak – kezelés után



3. ábra
Lábfej – kezelés előtt



4. ábra
Lábfejek – kezelés után

comáknál adását a társadalombiztosítás nem támogatja. Ezért az OEP-től méltányossági alapon történő támogatást kértünk, melyet meg is kaptunk.

Függetlenül ettől fontos lenne, hogy a Szakmai Kollégium képviselje azt az igényt, hogy ez a betegcsoport is automatikusan részesüljön a támogatásban.

Ablonczy Éva dr.:

Progressiv systemas sclerosis

(Simmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A három nappal ezelőtt klinikára felvett 70 éves nőbeteg kórtörténetében 2002 tavaszáig említésre méltó betegség nem szerepel. Ekkor kezdődött kezeken hidegre való fehér, majd livid elszíneződés, kéz kisízületek fokozódó fájdalma, a bőr tömöttebbé válása, szorítóerő csökkenése, majd fokozatosan az ujjak flexiós tartása. Angiológiai és neurológiai vizsgálat a carpalis alagút syndromát kizárta. A kézhát bőrének és fokozatosan az arc bőrének tömöttebbé válása vetette fel a progressiv systemas sclerosis lehetőségét. A beteg kezelését reumatológus kezdte el. Ambulanter szisztémás kortikoszteroid (max. 64 mg Medrol/nap, 16 mg Medrol fenntartó dózis) és Imuran (50 mg/nap) kezelésben részesült. Alapbetegségének részletes szervi érintettségre vonatkozó vizsgálata nem történt meg. Emellett 2002. június óta a beteg testsúlya jelentősen – kb. 15 kg –



5. ábra

Mindkét kéz ujjai duzzadtak, flexiós kontrakturában vannak; a jobb V. és bal III. ujj PIP ízülete felett sárgás alapú ulcusok

csökkent, mely okának tisztázása ugyancsak szükséges. Rutin leleteiből kiemelendő a fokozatosan emelkedő süllyedés és a normociter anaemia; immunológiai vizsgálatai közül antinukleáris antitest pozitivitás (granularis és nucleolaris festődés) és anti-topoisomerase I (Scl-70) pozitivitás.

Felvételekor az arc bőre tömöttebb tapintatú, mindkét kéz ujjai duzzadtak, flexiós állásban vannak, a jobb V. és a bal III. ujj PIP ízülete felett sárgás alapú ulcusok figyelhetők meg (5. ábra), az ujjbegyeken kis csillag alakú hegek láthatóak. Mellkasfelvételen mindkét oldalon basis felett – jobb oldali túlsúllyal – fibrosis; bal oldalon a szívcsúcs mellett 1 cm átmérőjű terület figyelhető meg, amely lehet callus, esetleg fibrotikus lágyrész. Nyelési rtg: a nyelocső a szokottnál tágabb, merev. Összehasonlító kéz felvételen valamennyi kézcsontról mindkét oldalon atrophias; a jobb kéz II-V. ujján flexiós contractura látszik. EKG: vándorló ingerület képzés lehetősége vetődik fel; bal ant. fasc. block határán. 24 órás vizelet összfehérje meghatározás, creatinin clearance, TSH, FT4 vizsgálat folyamatban van. Mellkas CT, ill. HRCT vizsgálatra, légzésfunkciós vizsgálatra, echocardiographiára, gastroscopiára és kapillármikroszkópos vizsgálatra előjegyeztettük. Az eddig alkalmazott belső kezelés mellé értágítót kapcsolunk be, helyileg a PIP ízületek felett elhelyezkedő ulcusok feltisztítása folyik.

A beteg a típusos klinikai kép, a viszonylag gyors progresszió és a folyamat háttérében felvetődő belservesi tumor lehetősége miatt került bemutatásra.

Bihari Ágnes dr.:

Pusztító ulcus rodens

(Kispesti Eü. Intézet, Bőr- és Nemibeteg gondozó)

A Krompecher által 1893-ban basaliomának nevezett, a bőr alapsejtjeiből kiinduló daganatot általában semimalignusnak tekintjük. Ritkán ad áttétet, a legtöbb esetben gyógyítható, a recidívák aránya nem túl magas.



6. ábra

Jobb oldali facialis paresis, a tumor a jobb fülkagylót és hallójáratot roncsolta, homlokra is terjedő

2002. májusában a 69 éves nőbeteg ellátását családorvosa kéri, mert a beteg aktív kezelést nem fogad el.

1989 óta tud bőrelváltozásáról, de orvoshoz 2002. áprilisban fordult. Akkor a Szent István Kórház III. belgyógyászatán feküdt és konziliárius bőrgyógyászati vélemény, az Országos Onkológiai Intézet sugárkezelését javasolta. Egy 1989-ből származó szövettani lelet basaliomát igazolt, mely a jobb fülkagyló-hallójáratból indult ki.

Status: a képen látható j. o. facialis paresis, a j. fülkagyló és halló-



7. ábra
Felületes hámfosztott terület a mellkason

járat hiányzik. A homlokra terjedő, basaliomára jellegzetes gyöngyház szegély még sejtethető (6. ábra). A halántékig kifeléyesedő, a nyakra is terjedő tumor vérzékeny, több tenyérmű, mély ulcus észlelhető. A j. szemhéj alul-felül oedémás.

A koponya CT a kisagyban, agytörzsben kórosat nem talált. A j. o. pyramis körül kóros densitas nincs. Tértfoglalásra utaló jel nem ábrázolódik. Supratentorialisan kórosat nem találtak. A kamrarendszer szimmetrikus, a középvonal a helyén. A mastoid sejtekben levegő nincs. A pyramis csontstruktúrája elmosódott, helyenként lytikus. A folyamat ráterjed a j. o. zygomaticus ívre és a temporomandibularis ízületre. Az orrüreg kontrasztja is elmosódott (2002. 06. 14.).

A beteg 2002. októberében aláírásával igazoltan elutasított minden kezelést.

Torma Katalin dr., Szalai Zsuzsa dr.:

Staphylogén Lyell szindróma (Heim Pál Kórház Bőrosztály)

Két egymást követő eset kapcsán a gyermek és elsősorban iskolás kor előtti korosztályra jellemző betegség kerül bemutatásra, a Staphylogén Lyell szindróma.

Az első eset egy 7 hónapos csecsemő, negatív perinatalis anamnézissel. Egy héttel felvétele előtt náthás volt, 3 nap múlva jelentkezett test szerte diffúz erythaema, ami az arcról, hajlatokról terjedt a testre, elsősorban hólyagok jelentek. Láz, progresszió miatt gyermekosztályra, majd innen HPK Bőrosztályra került átvételre.

Felvételekor általános állapota kielégítő volt, láztalan. Test szerte diffúz élénkvrös erythemat, törzsön érdes, száraz, hámló bőrt, periorificialisan: szem, száj, fül körül és perigenitalisan erosiót, pörkö-

södést, szemből purulens váladékozást, arcon kifejezett oedemat észleltek.

Laboratóriumi eredményeiben emelkedett fvs szám szerepelt.

Bakteriológiai vizsgálat szemváladékból, száj, fül körüli, perigenitalis területről, orr és torokból történt. Az orr- és torokváladékból kórokozó baktérium nem tenyésztett, a szem, köldök körüli és perioralis erosiókból *Staphylococcus aureus* nőtt, fágtypizálást a perioralis területről végeztek, az eredmény II. csoportú 71-es típusú fág lett.

Intravénás antibiotikum – Cefuroxim 100 mg/tskg –, per os antihisztamin és helyi antiszeptikus-hidratáló kezelés után a pörkképződés megszűnt, erosió hámosodtak, az erythaema fokozatosan csökkent. A korán elkezdett antibiotikum kezelésnek köszönhetően az exfoliatív fázis a törzsre nem terjedt rá, itt a bőr finom hámlást követően gyógyult. Kontrollvizsgálatkor elvégzett fvs szám normalizálódott. 7 nappal felvétele után maradványtünetekkel bocsátották otthonába.

A szülők szűrése megtörtént, a torokváladék negatív lett, az orrváladékból *Staphylococcus aureus* tenyésztett.

A második eset az előző emittálásának napján került felvételre, kapcsolat a két gyerek között nem volt.

A 13 hónapos kised anamnézisében lényeges betegség nem szerepelt.

4-5 nappal felvétele előtt jelentkeztek bőrtünetei glutealisan, száj körül apró vrös papulák formájában szubfebrilitás kíséretében, kiütései fokozatosan terjedtek.

Vizsgálatakor a jó általános állapotú, szubfebrilis kised bőre diffúzan élénkvrös, durva tapintatú, érzékeny volt. Az arcon, törzsön, felső végtagon elszórtan felületes hámfosztott területeket észleltünk, ami a gyermek bőrének „leforrázott” jelleget kölcsönzött (7. ábra). Perioralis pörkképződést tapasztaltak. A Nikolszkij tünet pozitív volt. Laboratóriumi eredményeiből emelkedett fvs szám – süllyedés –, 24 m/h emelhető ki.

A bőrről *Staphylococcus aureus* nem tenyésztett, orrváladék negatív, torokváladékban *Staphylococcus aureus* kimutatható volt, fágtypizálás nem történt.

Az alkalmazott parenterális antibiotikum – Cefuroxim 100 mg/tskg – és antihisztamin, gyulladáscsökkentő, orrcsepp, helyi antiszeptikus kezelés után láztalaná vált, a hólyagképződés 2 nap múlva megszűnt, az erosió hámosodtak, 7 nap alatt enyhe hámlás hátrahagyásával gyógyult, laborparaméterei normalizálódtak.

A szülők orr-, torokváladék tenyésztése negatív lett.

A Staphylogén Lyell betegség, az angol terminológiában Staphylococcal scalded skin syndrome – rövidítése SSSS –, 10 éves kor alatti, de még inkább az iskolás kor előtti gyermekek exfoliatív dermatitise, amire jellemző az egész bőrre kiterjedő gyulladás, hámlás.

A kórokozó a *Staphylococcus aureus* baktérium egy csoportja, leggyakrabban a II-es csoport, 71-es vagy 55-ös fágtypus. Ez a csoport egy toxint termel, aminek két típusa ismert, az exfoliatív toxin A és B. A toxin a desmoglein 1 hasítására képes direkt proteolysis útján. Evvel magyarázható, hogy a hólyagképződés helye az epidermis felsőbb rétegében a stratum spinosum és stratum granulosum között van a pemphigus foliaceushoz hasonlóan. A Staphylococcusok leggyakrabban a nasopharynxban, köldökcsontonon, kötőhártyán telepednek meg, innen jut a toxin a keringés révén a dermis kapillárisan átdiffundálva a str. granulosumig. A betegre a baktérium hordozórol kerülhet, egészséges felnőttek 35%-ánál a nasopharynxból kimutatható a Staphylococcus, a törzsek kb. 7%-a termel exfoliatív toxint.

A beteg általános állapota általában jó, szubfebrilitás előfordul. A betegségnek 3 fázisa van: erythemas, exfoliatív és desquamatiós. A diagnózis a klinikai kép alapján felállítható, a szövettani vizsgálat, *S. aureus* tenyésztés, tipizálás, toxintermelő tulajdonság bizonyítása ezt megerősíti.

A SSSS prognózisa jó, lethalitás 5% alatt van.

Ritkán alakul ki szövődmény: hypotermia, folyadékvesztés, superinfectio, szepszis, respiratorikus distressz.

Elkülöníteni elsősorban a gyógyszeres eredetű Lyell betegségtől kell, ahol a nyálkahártyák is érintettek, a hólyagképződés, necrosis a str. spinosumban van, prognózisa sokkal rosszabb.

Kezelése antibiotikumokkal – félszintetikus penicillin, cefalosporin – történik, illetve fontos a kiegészítő kezelés, folyadékpótlás, helyi antiszeptikus szerek.

Fontos a közvetlen kontaktusba kerülő személyek szűrése.

Bíró László dr., Bottlik Gyula dr.:

Cc. spinocellulare capitis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 58 éves férfi anamnézisében tonsillectomia, továbbá 1999. óta ismert és kezelt (SE II. Belklinika) Waldenström macroglobulinaemia szerepel,

Elmondása szerint kb. 1-2 éve észlelte a homlok bal oldalán lévő elváltozást, ami az utóbbi fél évben jelentős növekedésnek indult, környezetével összekapaszkodott.

Felvételekor a homlok bal oldalán 4x3 cm-es, livid, lateralisan kissé kiemelkedő, medialisan ép hámmal fedett, cutan, subcutan ülő, tömött, fixált tumort láttunk (8. ábra).

A klinikailag spinaliomára suspect elváltozást a multi-stage sebészi elveket követve távolítottuk el, de a szövettani vizsgálat szerint mélységében egyik esetben sem az épen.



9. ábra

A tenyereken kis, multiplex, lapos papulák

Tekintettel arra, hogy a szövettanilag igazolt cc. spinocellulare érintette a csonthátyát, a kiterjesztett végső műtétet az Országos Idegsebészeti Intézetben idegsebésszel közösen végeztük el.

A műtétet megelőző kivizsgálás során egyéb manifesztációt nem észleltünk (mellkas rtg., hasi, kismedence, nyaki és praeauricularis régiók UH vizsgálata).

Marschalkó Márta dr.:

Keratosi palmoplantaris punctata

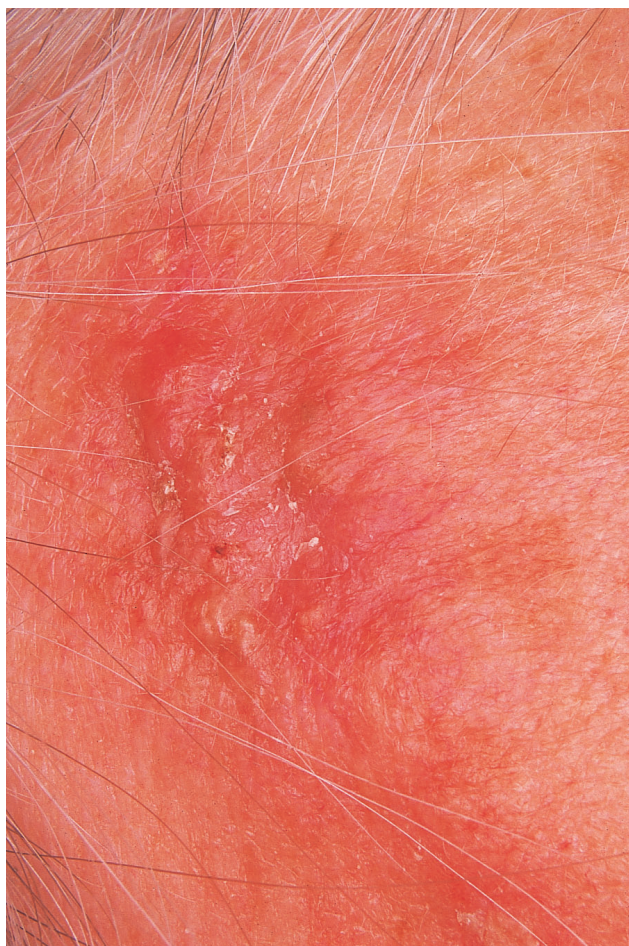
(Semmelweis Egyetem, Bőr- és Nemikórtani Klinika)

41 éves nőbeteg a tenyerén és a talpán lévő multiplex bőrelváltozások miatt jelentkezett klinikai ambulanciánkon. Anamnézisében említésre méltó nem szerepel, egyéb betegsége nincs, gyógyszert rendszeresen nem szed. Anyjának hasonló bőrelváltozásai vannak, a családban más nem szenvedő bőrbetegségben. A bőrtünetek gyerekkora óta fennállnak, panaszt nem okoznak, nem zavarták, csak az utóbbi időben fordult orvoshoz. Bőrgyógyászati rendelésen fagyasztották, Verumal ecsetelést, elhúzódozó Isoprinosine tbl-t kapott.

Tenyerén-talpán számtalan, 1-5 mm átmérőjű, főleg a talpán hyperkeratotikus, lapos, sárgás-fehér papulák láthatók (9. ábra). Egyéb bőrtünete, körömméltérése nincs. A szövettani vizsgálat hyperkeratosis és hypergranulosist mutatott.

Mellkas rtg. hasi UH vizsgálat, mammografia negatív eredményt adott. Család vizsgálatot, a család tumorok irányában történő kivizsgálását tervezzük. A keratosi palmoplantaris punctata ritka, autosom dominánsan öröklődő bőrbetegség, a tenyereken és a talpakon kis, 1-5 mm nagyságú, hyperkeratotikus papulákkal. Differenciál diagnosztikában porokeratosi palmaris et plantaris, acrokeratoelastoidosis, verruca merült fel. Az irodalmi adatok szerint a betegekben, és az érintett családokban malignus daganatok – elsősorban gyomor-bél rendszer carcinoma – előfordulásával kell számolnunk.

Terápiára retinoid adása javasolt.



8. ábra

4x3 cm-es, livid, lateralisan kissé kiemelkedő, medialisan ép hámmal fedett, cutan, subcutan ülő, tömött, fixált tumor a homlok bal oldalán

Búcsúzunk dr. Lukács Idától



Örökre eltávozott közülünk dr. Lukács Ida, a Salgótarjáni Bőr-Nemibeteg Gondozó Intézet nyugalmazott vezető főorvosa. Akik ismerték, tudják róla, hogy csendes, békés, ellenség nélküli ember volt. Nagy szaktudásával ezeket gyógyított meg, orvostársainak, munkatársainak segítőkész barátja volt. Fáradhatatlanul, még akkor is, amikor a kíméletlen kórral küzdött, szinte a halála napjáig végezte felelősségteljes szakmai, és közösségi munkáját. Ars poeticáját Paracelsus szavaival fogalmazta meg: „A gyógyítás művészete és mestersége csak akkor tökéletes, ha a szeretetből fakad”. Eszerint élte egészen különleges életét.

Iduka 1926. november 23-án született Oroszán, ugyanott érettségizett 1944-ben. Egyetemi tanulmányait Szegeden kezdte el 1945-ben, 1951-ben avatták orvosá. A szegedi Közegészségtani Intézetben dolgozott 1955-ig, ekkor or-

vos férjével együtt Salgótarjánba költöztek. 1955-től a BNGI-ben gyógyított, amelynek 1962-ben lett vezető főorvosa, húsz éven át, 1982. december 31-ig, nyugdíjba vonulása napjáig. Megkóstolta a nyugdíjas életet, de hamar rádöbbsent, hogy hiányoznak a betegek. Személyi okok miatt a Gondozóban nem dolgozhatott, ezért tíz éven át, 1985-től az Acélárugyár üzem-egészségügyi szolgálatánál vállalt munkát. Társadalmi munkákban gazdag évek után ismét visszakanyarodott a bőrgyógyászathoz, nagy örömeire 2000. októberében visszahívták a Gondozóba. Itt dolgozott 2002. június 30-ig. Áldozatos, önzetlen gyógyító munkáját a kérelhetetlen kór szakította meg.

Energiájából futotta, hogy négy cikluson keresztül tanácsstag legyen, a Vöröskereszt Megyei Elnökség tagja, majd elnöke lett, vezette a nyugdíjasok „Korok, Tájak, Múzeumok” klubját, szervezte utazásaikat. Az iskolákban „Ida néni” szívesen látott, nagyon várt előadó volt. Munkáját Érdemes Orvos kitüntetéssel, Madzsar József-emlékéremmel, Kiváló Munkáért érdemérem ezüst fokozatával ismerték el, a várostól a Salgótarjánért emlékérem ezüst fokozatát kapta meg. 75 éves korában átvehette Egyetemétől az Orvosi Aranydiplomáját.

Halálos betegségét emberi méltósággal fogadta, a megterhelő kezeléseket zokszó nélkül viselte. Emberi nagyságára jellemző, hogy írásban búcsúzott el a világtól, hogy saját maga írta meg végső életrajzát, tulajdonképpen a búcsúztatóját, amit az Acélgyári templomban, az őt búcsúztató esperes olvasott fel. A búcsúztatáson és a hamvainak sírba helyezésénél jelen voltak rokonai, barátai, ismerősei, volt munkatársainak nagy csoportja, nagyon sok volt betege. A szakmai és társadalmi szervezetek vezetőinek, képviselőinek távolléte bizonyára nagy elfoglaltságuknak tudható be.

Melczter professzor bölcsességével búcsúzunk Tőle: Emlékét sokáig megőrizzük.

Dr. Cseplák György

KÖNYVISMERTETÉS

Julian L. Verbov:

HANDBOOK OF PAEDIATRIC DERMATOLOGY

Martin Dunitz

2000, UK London

Paperback: 2002

ISBN 1-84184-222-2

A szerző a Royal Liverpool Children's Hospital forgalmas gyermekbőrgyógyászati ambulanciáján dolgozva gyűjtötte össze a leggyakoribb, leggyakrabban előforduló bőrgyógyászati megbetegedések eseteit. A könyv egy atlasz, ami kétszáz oldalon, több mint 500 színes ábrával illusztrált, értékes gyermekbőrgyógyászati ikonográfia.

A szerző az újszülöttkori, kisdedkori, kisgyermekkorú és serdülőkorú klinikai képeket demonstrálja, sajátos, gyakorlati vonalvezetésben.

A klinikai képek alá rövid, néhány soros összefoglalót nyújt a kórkép lényegéről, vagy a tünetek sajátosságairól, legjellemzőbb ismérveiről. Nem tér ki a pathomechanizmusra, de több helyen ismerteti az adott beteg kórképének egyéni sajátosságait.

11 főbb fejezetben, azokat kisebb egységekre bontva, tekinti át a gyermekbőrgyógyászat legfontosabb területeit.

Az újszülöttek bőrbetegségei után az atopias dermatitis és egyéb dermatitisek, majd a fertőzések következnek.

Külön tárgyalja a papulosquamosus kórképeket, valamint a pelenkás régió tüneteit.

A haj-köröm anomáliák, anyagjegyek és egyéb malformációk, kötőszöveti megbetegedések, vascularis és gyógyszer eredetű exanthemák, örökletes betegségek, bullosus, mastocytá és szájüregi kórképek után az acné, fényexanthema és pigmentációval társuló gyermekbőrbetegségekből ad rövid áttekintést.

A könyv értékes és jól használható illusztrációs anyaga segítség minden gyermekbőrgyógyászati kórképpel találkozó kollega, elsősorban gyermekgyógyász és bőrgyógyász klinikus számára, de szorosan forgathatják a bőrgyógyászati szakvizsgára készülő orvosok is, tudásuk és felkészültségük ellenőrzésére.

Kárpáti Sarolta dr.

Wahlberg J. E., Elsner P., Kanerva L., Maibach H. I. editors:

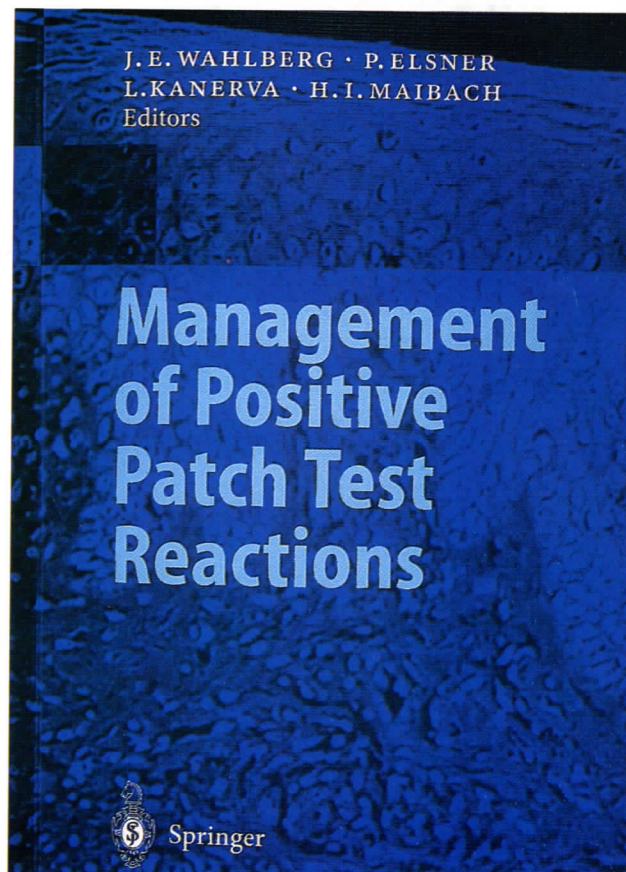
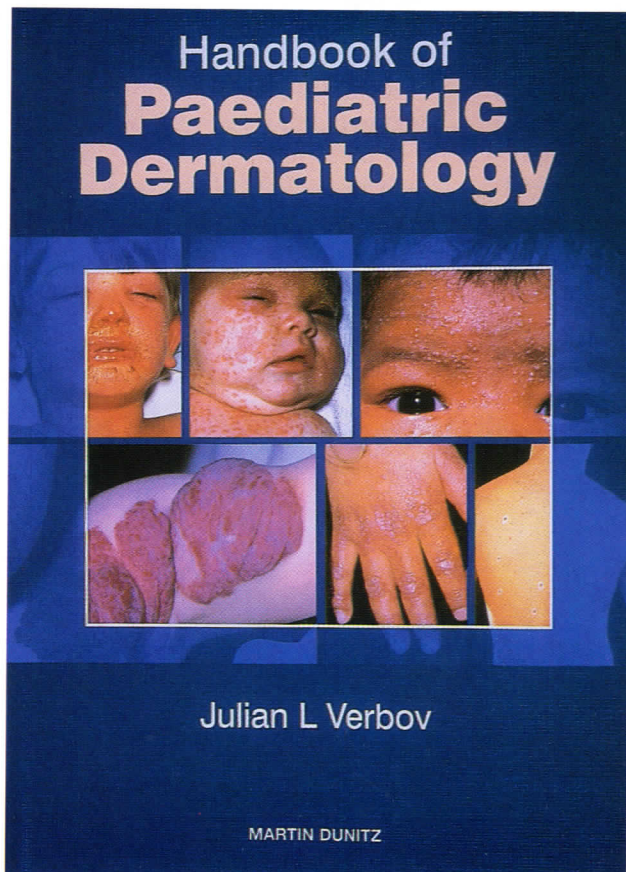
MANAGEMENT OF POSITIVE PATCH TEST REACTIONS

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2003

ISBN 3-540-44347-9

A könyv neves szerző- és szerkesztői gárdája az epicutan tesztek végző és értelmező allergológus bőrgyógyászok gyakorlati kérdéseire csoportosítja válaszait. A javasolt epicutan tesztsor allergénjeit egyenként tárgyalva részletezi a tesztanyag kémiai jellemzőit, a tesztkoncentrációt, a használható vivőanyagot, az allergén provokált klinikai kép jellemző tüneteit, megjelenés formáit, az előfordulási lehetőségeket, valamint az expozíció elkerüléséhez összeállított javaslatokat, a keresztreaktivitás következtében számításba jövő egyéb allergénhatásokat és a túlérzékeny beteg számára összeállított alternatív lehetőségeket.

A rutin tesztsor allergénjei között a fémeket (kobalt klorid, nikkelszulfát, nátrium dikromat), a gumikemikáliákat (thiuram mix, mercapto mix és a mercaptobenzthiazol) az első fejezetek ismertetik. A további fejezetek a konzerválószerke közül a diazolidinyl és imidazolidinyl urea, valamint a Quaternium 15, és a formaldehid mellett a methylchloroisothiazolinon és a methylisothiazolinon (3:1 keverék mint Katon CG) allergéneket is a fenti felsorolt részletességgel tárgyalja. A konzerválószerke között viszonylag új allergénként is-



merteti a methylidbromoglutaronitril (Euxyl K 400) 1990-es évektől elsősorban kozmetikumokban történő felhasználása során észlelhető szenzibilizáló hatását. Természetesen megtalálhatjuk a konzerváló szerek között a parabent és a thiomersalt is.

A parfümök és illatanyagok között a perubalzsam (utóbb már Myroxylon pereirae névvel jelölve) és a fragrance mix allergen jellemzői részletezettek. Mindkét allergén tesztelesekor, elsősorban negatív eredményű tesztek esetében javasolják az illatosított kozmetikum ROAT (repeated open application test) tesztjét is elvégezni a beteg alkarján a biztonságos felhasználás érdekében figyelembevéve.

A steroid kontakt allergének között a budesonid, a tixocortol pri-valat és a hydrocortison-17 butylat paramétereit találjuk meg. A fejezet különlegesen jó gyakorlati adata a részletezett keresztreaktivitások felsorolása.

A helyileg használható gyógyszerek és adalékanyag allergének között a benzocain, a cetylstearyl alkoholt, a clioquinol, az ethylen-diamin dihydrochlorid, a neomycin sulfat, a propylenalkohol és a lanolin jellemzőit olvashatjuk. A növényi kontakt allergének felsorolásakor a kolofonium, a primin és a sesquiterpen lacton mix mellett az urushiol (Toxicodendron radicans allergénje) adatait is megtalálhatjuk. Az utolsó fejezet az epoxy gyanta, a p-phenyldiamin (PPD) és a tosylamid/formaldehid gyanta allergének jellemzőit ismerteti.

A témakör 27 ismert szakembere által összeállított kézikönyv naprakész adatait az egyes témaköröket követő irodalmi jegyzék alapján tovább követhetjük.

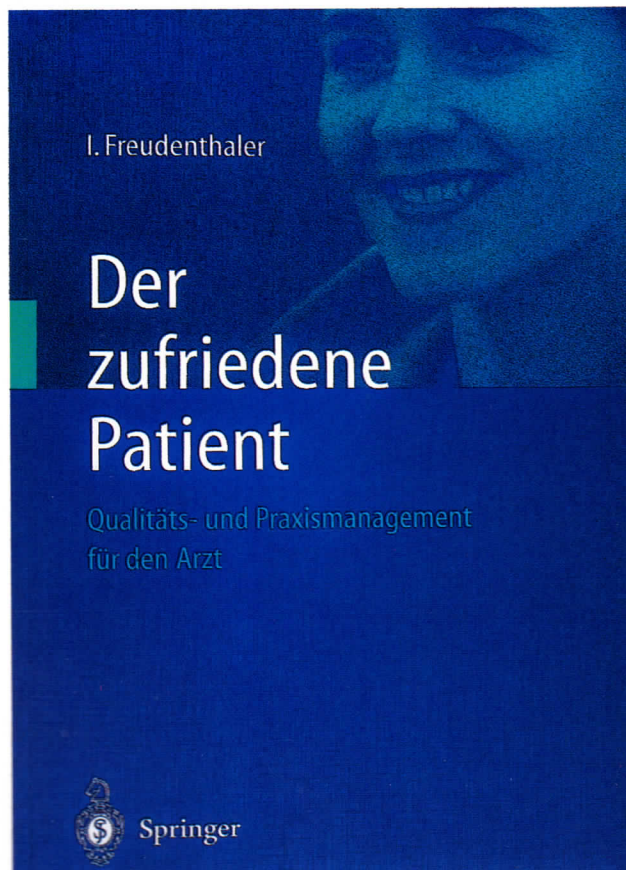
A kiadvány igen fontos gyakorlati segítséget ad gyakorló bőrgyógyászoknak, bőrgyógyász-allergológusoknak napi munkájuk során az allergén azonosításban és a prevenció igen fontos feladatában.

Temesvári Erzsébet dr.

Ingeborg Freudenthaler:

DER ZUFRIEDENE PATIENT

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2002
(Internet: <http://www.springer.de/medizin>)
ISBN 3-540-42909-3, 137 oldal



Az „elégedett beteg” minden orvos és egészségügyi intézmény álma. Ingeborg Freudenthaler praxis-menedzsment elvek alapján íródott könyve lépésről lépésre vezet rá olvasóját arra, hogy okos szervezéssel, megfelelő összmunkával és önkritikával, a praxis adta feladatok helyes elosztásával jelentősen növelhetjük betegeink elégedettségét. Az orvos mint „szolgáltató-menedzser”, a beteg mint „vevő” szellemében fogant mű nagy hangsúlyt fektet az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosítására. A témát öt nagyobb fejezetre tagolva ad javaslatokat a praxisban dolgozók (vezető és beosztott orvosok, asszisztensek, nővérek, segédszemélyzet) feladatainak áttekinthető elosztására, szervezésére, a szabadságok, iskoláztatás egyeztetésére, a dokumentumok megfelelő tárolására, frissítésére, a műszerek karbantartására, a beszerzés, beszállítás, sőt a kutatási feladatok megszervezésére is. Alapelve, hogy az elégedett beteget kitermelő, olajozottan működő praxis alappillére az elégedett beosztott, így a személyzet problémáit, javaslatait felmérő kérdőívet is bemutat. A könyvben található 45 táblázat – a gyors áttekinthetőség jegyében – részben a gyógyító munka és a személyzeti kérdések optimális szervezésére, részben a praxis bemutató betegtájékoztatókra és a betegek véleményét feltérképező kérdőívekre ad példát. Bár a könyv célja elsősorban a kisebb-nagyobb privát praxisok problémáinak kezelése, tanácsai, javaslatai hasznosnak bizonyulhatnak az állami egészségügyi intézményekben is. Gyakorló orvosoknak és egészségügyi menedzsereknek különösen hasznos olvasmány.

Pónyai Györgyi dr.

Lachapelle J.-M., Maibach H. I.:

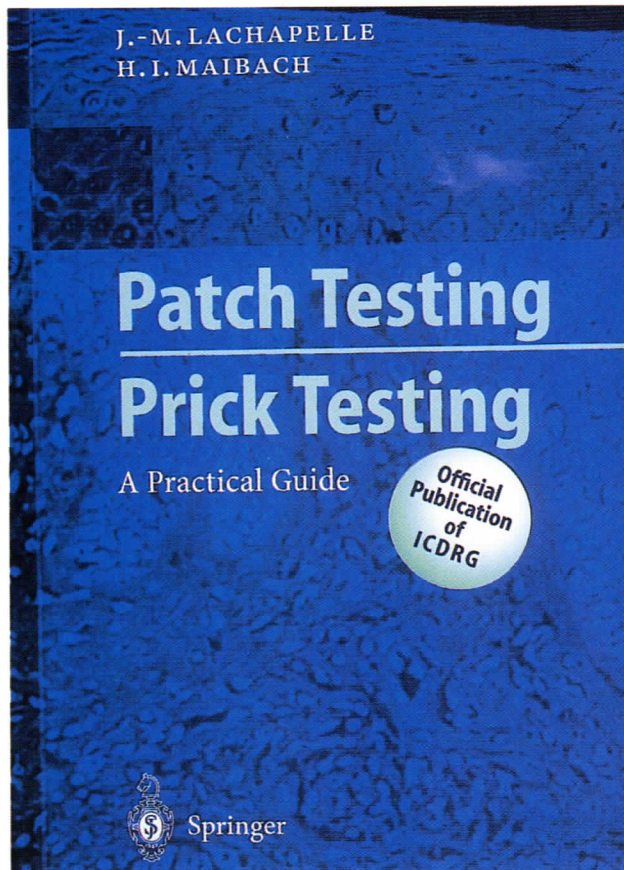
PATCH TESTING AND PRICK TESTING

A Practical Guide

Springer-Verlag Berlin Heidelberg, New York 2003

ISBN 3-540-44349-5

Az ICDRD (International Contact Dermatitis Research Group) hivatalos állásfoglalását tartalmazó könyv a Sigfried Fregert 1974-es „Manual of Contact Dermatitis” Munksgaard kiadó által közzétett



kézikönyvének aktuálisra tett modern változata. A kiadvány adatai a North American Contact Dermatitis Group véleményét és előírásait is tükrözi.

A könyv szerzői a témakör legelismertebb tudományos képviselői, akik a bőrtesztek gyakorlati kérdéseit igen nagy hozzáértéssel részletezik.

A bevezető fejezet az epicutan teszttel vizsgálható bőrgyógyászati betegségeket (természetesen elsősorban az allergiás kontakt dermatitist, valamint a szerzők szerint bevezetett új nomenklatura szerint az „allergiás kontakt dermatitisz szindróma”-t) és a tesztelésre alkalmas klinikai formákat sorolja fel. Önálló fejezet foglalkozik a kéz dermatitisz klasszifikációjával és a tesztelés ettől függő felhasználhatóságával.

A további fejezetek az epicutan teszt metodikai kérdéseit részletezik, a rögzítési alternatívák, a kontakt allergének gyártói, valamint a kontakt allergének stabilitási adataival. Az epicutan teszt befolyásoló tényezői közül a corticosteroid, antihistamin és immunmoduláns terápiák mellett az UVB besugárzás befolyásoló lehetőségeire is felhívják a figyelmet. A tesztelést az ICDRG véleményét tükrözve terhesen semmiféle indikációval nem tartják kivitelezhetőnek. Természetesen kitérnek a gyermekkori tesztelhetőség kérdéseire is. Számos nagyon fontos rész kérdés között ugyancsak nagy jelentőséget tulajdonítva felsorolják a leolvadási idők kritériumait, többek között a nagy jelentőségű azonnali reakciók értékelését (20-30 perc) és a 7. napi értékeléskor tapasztalható reakciók értelmezési lehetőségeit is, továbbá az oclusios felvitel optimális idejéről is nyilatkoznak. A bőrreakciók értékelésekor további instrukciókat adnak az + (pozitív), a pustulosus (follucularis és diffus), valamint az irritatív bőrválaszok értelmezésére. Külön fejezetekben szerepelnek a fals pozitív, fals negatív, bőrreakciók, a „compound” allergia és a kereszt reakciók, valamint a teszteléskor tapasztalható mellékhatások jellemzői. Ez utóbbi témakörhöz kapcsolódóan a tesztek során kialakult „aktív szenzitizáció”, és a szerzők által ma már „excitált bőr szindrómaként” értékelt „angry back” tünet új megközelítésben tárgyalta.

A jelenleg használatos epicutan teszt sorozatokat 20 javasolt és 14 kiegészítő kontakt allergénre osztják. A teszt sorozatok összeállításában igen meglepő, hogy az alap sorozat már tartalmazza a budosoni és tixocortol pivalat steroid kontakt allergéneket, ugyanakkor a

kobaltklorid, a sesquiterpen lacton mix és a propylenglycol a kiegészítő lista tagja lett.

A különböző ajánlott allergén sorok elsősorban foglalkozások szerint csoportosítottak.

A fotopatch test ajánlott allergénjei is bővültek, a rutin teszteléshez javasolt 10 allergén mellé ún. addicionalis tesztek is részletezettek. A teszt metodikai leírásában és értékelésében új információk nem találhatók.

Különálló fejezetet szentelnek az atopiás betegek tesztelésének, a tesztelhetőség kritériumainak, az inhalatív allergének patch teszt lehetőségeinek és a rutintól eltérő reakció értékelésnek, beleértve a várható fals reakciók és a relevancia kérdés értékelésének.

Az alternatív in vivo tesztek felsorolása mellett a felhasználási indikációk és a metodikai kérdések is megtalálhatók.

A pozitív tesztreakciók klinikai relevanciájának megítélése, a környezeti és foglalkozási kontakt allergének felderítésére irányuló anamnézistól a provokáló allergének kémiai analíziséig terjedve egy teljes fejezetet tölt ki.

A könyv második fejezete a Prick tesztek felhasználhatóságát részletezi az azonnali reakciókat provokáló kontakt allergének szempontjait figyelembe véve. Ez az igen modern metodikai könyv e fejezetben elsősorban a contact urticaria syndroma témakörrel foglalkozik. A mechanizmust illetően ismét visszatér az immunológiai, nem immunológiai contact urticaria mellett az ismeretlen mechanizmusú contact urticaria fogalomköré is. E témához kapcsolódóan, elsősorban a foglalkozási expozíciók figyelembevételével a protein kontakt dermatitisz témakör is részletezett. A metodikai fejezet a Prick teszt gyakorlati kérdésein túl az alternatív variációkat is felsorolja (Prick by Prick, scarifikációs teszt stb.).

A könyv utolsó fejezeteként a szerzők a gyógyszer „adverse” reakciók történeteinek diagnosztikai lehetőségeire adnak választ.

A 189 oldalas, 37 színes klinikai képet és 42 táblázatot tartalmazó könyv naprakész adatokkal nyújt segítséget a bőrteszteket végző bőrgyógyász, bőrgyógyász-allergológus orvosoknak, és ezt a gyakorlati témát rangjának megfelelő szintre nemcsak a szerzők nemzetközi elismertsége, hanem a fejezetekhez kapcsolódó, a modern immunológiai kutatási eredményeken alapuló információk is emelik.

Temesvári Erzsébet dr.

BŐRGYÓGYÁSZAI
ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.
Internet: www.derma.hu
E-mail: huderm@bor.sote.hu

BŐRGYÓGYÁSZAI
ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY
Address of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.
Internet: www.derma.hu
E-mail: huderm@bor.sote.hu

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2003

AZ MDT RENDEZVÉNYEI

Magyar Dermatológiai Társulat Vándorgyűlése

2003. szeptember 18-20.
Helyszín: Szeged, Pedagógiai Rendezvényház
Információ: Congress&Hobbi Service
6722 Szeged, Batthyány u. 17.
Tel.: 62/484-531
Fax: 62/484-532
E-mail: congress@mail.tiszanet.hu

Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlése

2003. december 11-13.
Helyszín: Budapest,
Nagyvárad téri Elméleti Tömb
Információ: prof. Dr. Horváth Attila,
SE Bőrklinika,
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 Bőrklinika,
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

Német-Magyar Dermatológiai Társulat Kongresszusa

2004. augusztus 27-29.
Helyszín: Pécs, Bőrgyógyászati Klinika
Információ: Prof. Dr. Farkas Beatrix
PTE ÁOK Bőrgyógyászati, Nemibetegségek és
Onkodermatológiai Klinika, 7624 Pécs, Kodály Z. u. 20.
Tel: 72/ 535-815
Fax: 72/ 535-811
E-mail: beatrix.farkas@aok.pte.hu
Prof. Dr. Max Hundeiker
Münstr, Immelmannstr. 300
D-48157 Münster-Handorf
E-mail: max@hundeiker.de

JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

12th Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology

2003. október 15-18.
Helyszín: Barcelona
Congress President: Mario Lecha
Tel.: tel +34 93 200 7083
Fax +34 93 209 3152
E-mail: congresos@atlantaviajes.es
Információ: Unicongress, Calvet 55,
08021 Barcelona
Tel.: +34 93 200 7083
Fax: +34 93 414 6817
E-mail: eadv2003@unicongress.com
Website: www.unicongress.com/eadv2003

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 60168-4014

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