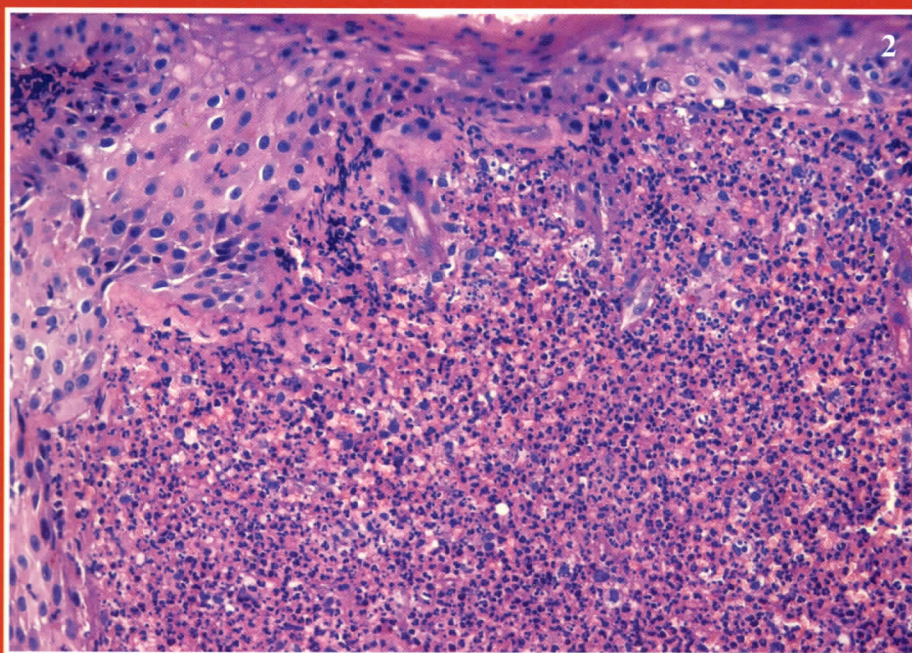


Sziray Ágnes dr., Vizi Márta dr., Mórocz István dr.,
Károlyi Zsuzsanna dr.

Kézhátak neutrophil dermatosisa

1. ábra:
Kézhátakon
erythemás,
felhányt szélű,
vesiculobullosus,
ulceratív plakkok



2. ábra:
Dermalis
neutrophil
infiltrátum
(HE, 100x)

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

2008 JAN 17.

Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

SZEMMELWEIS EGYETEM
Budapest, 1085 Üllői út 26.
Központi Könyvtár



A szerkesztőbizottság tagjai:

Baló Mátyás dr.	Marschalkó Márta dr.
Bata Zsuzsa dr.	Nagy Endre dr.
Black Anikó dr.	Nagy Károly dr.
Daróczy Judit dr.	Nebenführer László dr.
Farkas Beatrix dr.	Podányi Beáta dr.
Gyulai Roland dr.	Schneider Imre dr.
Horkay Irén dr.	<u>Simon Miklós dr.</u>
Horváth Attila dr.	Ifj. Simon Miklós dr.
Hunyadi János dr.	Somlai Beáta dr.
Husz Sándor dr.	Szegedi Andrea dr.
Kárpáti Sarolta dr.	Török László dr.
Kemény Lajos dr.	Várkonyi Viktória dr.
Korom Irma dr.	

TARTALOM

83. évf. 2007. 5. szám

KAZUISZTIKA

<i>Sziray Ágnes dr., Vizi Márta dr., Mórocz István dr., Károlyi Zsuzsánna dr.:</i> Kézhaták neutrophil dermatosisa	163
<i>Halmy Klára dr., Serfőző József dr.:</i> Trichophyton tonsurans okozta dermatomycosisok	167

THERAPIA

<i>Makó Sarolta, Szakály Ferencné, Somlai Beáta dr., Soós Gyöngyvér dr., Kárpáti Sarolta dr.:</i> Lokális dezodorálás: Carbo activatus szuszpenzió összetételének optimalizálása	171
<i>Emed Alexander dr.:</i> Emlékezés Schwimmer Ernőre	176
<i>Emed Alexander dr.:</i> Emlékezés Róna Sámuelre	179
Könyvismertetés	182

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

Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzat Semmelweis Kórház, Bőrgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Károlyi Zsuzsanna dr.)¹
Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzat Semmelweis Kórház, Patológiai Osztály
(osztályvezető főorvos: Mórocz István dr.)²

Kézhátak neutrophil dermatosisa Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands

SZIRAY ÁGNES DR.¹, VIZI MÁRTA DR.¹, MÓRO CZ ISTVÁN DR.²,
KÁROLYI ZSUZSÁNNÁ DR.¹

ÖSSZEFOGLALÁS

A kézhátak neutrophil dermatosisa az utóbbi években leírt új klinikai entitás, melyet az akut lázas neutrophil dermatosis (Sweet-szindróma) kézhátakra lokalizálódó formájának tartanak.

Egy 70 éves nőbeteg esete kerül ismertetésre, akinél rovarcsípést követően a kézhátakon felhányt szélű, helyenként vesiculobullosus, ulceratív plakkok alakultak ki láz és szisztémás tünetek nélkül. A szövettani vizsgálat a dermisben neutrophil leukocytás infiltrátumot, az epidermisben neutrophil microabscessusokat írt le, vasculitist utaló jelek nem voltak. A bőrtünetek néhány hónap alatt, heg hátrahagyása nélkül regrediáltak, a háttérben belszervi betegség nem igazolódott.

A szerzők az irodalmi adatok tükrében ismertetik a betegség klasszifikációs és differenciáldiagnosztikai nehézségeit, felhívják a figyelmet a neutrophil dermatosisok ezen új klinikai variánsára.

SUMMARY

Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands is a recently described clinical entity, it should be regarded as a localized variant of Sweet's syndrome.

We present a new case of neutrophilic dermatosis of the dorsal hands, and report a review of the literature for the few similar cases. We describe the clinical and histopathologic characteristics of this rare disorder, compare and contrast these features with those of Sweet's syndrome, and investigate possible associations with systemic diseases.

We describe a 70-year-old woman, who experienced acute, painful, erythematous, vesicobullous, ulcerative plaques on the dorsal aspect of the hands, with rapid progression, without fever and systemic symptoms. Associated conditions were not found. Skin biopsy specimen showed diffuse dermal neutrophilic infiltrates with lack of vasculitis. Spontaneous, complete clearing of her lesions was observed.

Neutrophilic dermatoses may be present uniquely on the hands. The clinical presentation, lack of systemic symptoms, laboratory data, negative cutaneous cultures, histologic features, and response to corticosteroid therapy offer strong evidence that neutrophilic dermatosis of the dorsal hands is a localized variant of Sweet's syndrome.

Kulcsszavak:
neutrophil dermatosis - kézhátak -
Sweet-szindróma

Key words:
neutrophilic dermatosis - dorsal hands -
Sweet's syndrome

A kézhátak neutrophil dermatosisa az utóbbi években leírt új klinikai entitás, melyet a kezek dorsalis felszínén megjelenő erythemás, vesiculobullosus, ulceratív plakkok jellemeznek (1-15). Napjainkig közel félszáz esetet közöltek világszerte. A laesiók a klinikai és szövettani kép alapján a Sweet-szindrómának felelnek meg szisztémás tünetek nélkül, speciális lokalizációban.

Esetbemutató

A 70 éves, nyugdíjas nőbeteg anamnézisében gyermekkorban lezajlott pneumonia, valamint 6 éve amlodipinnel kezelt hypertonia sze-

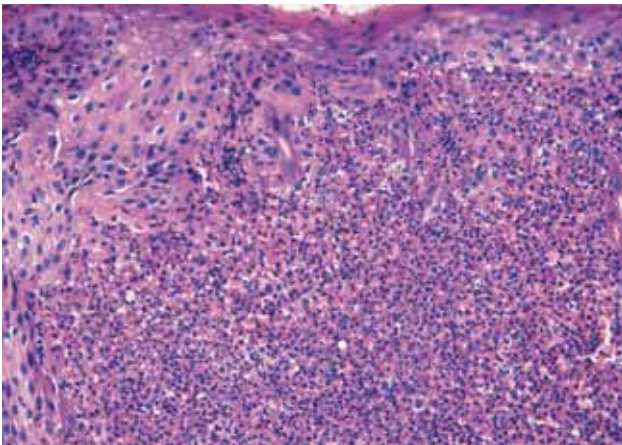
repel. Gyógyszerérzékenysége nem volt ismert. Osztályunkra 8 napos kórelőzménnyel, a kézhátakra lokalizálódó, kifejezett progressziót mutató, 4-7 cm átmérőjű, erythemás, felhányt szélű, helyenként vesiculobullosus, fájdalmas, ulceratív plakkokkal került (1. ábra). Elmondása szerint bőrtünetei kerti munka (krumpliásás) és az eközben elszenvedett rovarcsípések nyomán alakultak ki. Szisztémás tünete, láza nem volt. Fizikális vizsgálat során, a bőrtüneteken kívül kóros eltérést nem találtunk. Laboratóriumi leleteiből csak a gyorsult vörösvértest-süllyedés volt kiemelendő (We: 74 mm/h, neutrophil leukocytosis a vérképben nem volt; CRP, ASO, béta2-mikroglobulin, C3 normál tartományban volt; RF: negatív). Góc- és tumorkutatás (kétirányú mellkasfelvétel, hasi UH-, nőgyógyászati vizsgálat), HBV és HCV szerológiai vizsgálat negatívnak bizonyult. A sebváladék bakteriológiai és mikológiai leoltása negatív ered-



1. ábra

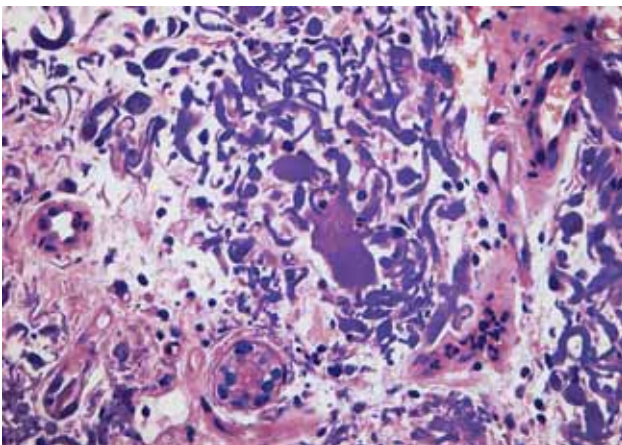
Kézhátakon erythemás, felhányt szélű, vesiculobullusos, ulcerativ plakkok

ményt adott. A szövettani vizsgálat részben megtartott felszínes hámréteg alatt a dermisben neutrophil leukocytás infiltrátumot, az epidermisben néhol neutrophil microabscessusokat írt le vasculitisre utaló jelek nélkül. Dg.: neutrophil dermatosis, subcornealis pustulosis (2-3. ábra). Direkt immunfluoreszcens vizsgálat negatív volt. Az alkalmazott szisztémás roxithromycin (2x150 mg per os 2 héten át) és lokális hámosító (Ung. ad vulnera FoNo VII.) kezelés mellett a folyamat progressziója megállt, emisszióját követően 2 hónap múlva



2. ábra

Dermalis neutrophil infiltrátum (HE, 100x)



3. ábra

Vasculitisre utaló jelek nem láthatók (HE, 400x)



4. ábra

Regresszió heg hátrahagyása nélkül

az erodált plakk hámosodásnak indult, 4 hónap alatt heg hátrahagyása nélkül gyógyult. Egy év múltán történt kontroll, bőrtünetei nem újultak ki, szisztémás tünet, betegség nem jelentkezett (4. ábra).

Megbeszélés

A neutrophil dermatosisok (1. táblázat) a bőrbetegségek egy heterogén csoportja, melyeket a hasonló szövettani sajátosságok, mint a neminfekciós, kiterjedt, dermalis és/vagy epidermalis neutrophil gyulladással infiltrátum jellemzően vasculitis jelei nélkül. Ugyanakkor ezen dermatosisokat a másodlagos vasculitis jelenléte vagy hiánya alapján alcsoportokra is felosztják. A direkt és indirekt immunfluoreszcens vizsgálat általában negatív. Patogenezisük részben ismeretlen, infekciók, bakteriális antigének, autoimmun mechanizmusok, immunkomplexek, T-sejt aktiváció, módosult neutrophil funkció szerepét vetik fel a betegségek kialakulásában. A bőrtüneteket kémiai ingerek, napsugárzás és trauma (pl. tűszúrás, bőrbioptia, rovarcsípés) triggerelhetik (1).

Neutrophil dermatosisok:

- Sweet-szindróma
- Pyoderma gangraenosum
- Bélbetegség asszociált dermatitis-arthritis szindróma
- Rheumatoid neutrophil dermatitis
- Reiter-kór
- Behçet-kór
- Erythema elevatum diutinum
- Granuloma faciale
- Pustulosis subcornealis
- Palmoplantaris pustulosis
- Sweet-szerű gyógyszer okozta allergoderma
- Pustularis vasculitis
- Dermatitis herpetiformis
- Neutrophil eccrin hydradenitis
- **Kézhátak neutrophil dermatosisa**

1. táblázat

A neutrophil dermatosisok prototípusa a Sweet-szindróma, más néven akut lázas neutrophil dermatosis, melyet 1964-ben *Robert Douglas Sweet* írt le (7, 9, 12). A kórképet fájdalmas, erythemás, alkalmanként vesiculobullosus plakkok jellemzik, melyek rendszerint az arcon, nyakon, végtagokon alakulnak ki. A bőrtüneteket láz, neutrophil leukocytosis, gyorsult vörösvértest-süllyedés kísérik. Szövetileg a bőrleziókban dermalis neutrophil infiltráció mutatható ki vasculitis jelei nélkül. A másodlagos leukocytoclasticus vasculitis jelenléte azonban nem zárja ki a betegség fennállását. Extrakután manifesztációk, mint arthralgia, arthritis, myalgia, conjunctivitis, episcleritis, orális vagy vaginális fekélyek, pulmonalis infiltráció, hepatitis, proteinuria, veseelégtelenség, gyakoriak. Több formája ismert (9), a klasszikus Sweet-szindróma autoimmun és kötőszöveti betegségekhez (7, 12), gyulladásos bélbetegséghez, diverticulitishoz, felsőlégtúti infekciókhoz, rheumatoid arthritishez, terhességhez, HCV infekcióhoz, sarcoidosishoz társul (8, 15). A 20%-ban előforduló tumorasszociált eseteket rendszerint hematológiai malignomákban (AML, lymphomák, krónikus leukémiák, myelodysplasiás szindróma), szolid tumorokban (bél, emlő, urogenitalis) (7, 12) észleljük. Ismert gyógyszer indukálta (G-CSF, NSAID, cox-2 gátlók, all-trans-retinoid-sav, cotrimoxazol, hidralazin, nitrofurantoin, orális antikoncipiensek, lítium, carbamazepin, szulfonamidok, amoxicillin+klavulánsav, furosemid, imatinib), valamint idiopathiás formája is (7, 15).

Klinikailag a neutrophil dermatosisok nehezen különíthetők el egymástól, különösen, ha a tünetek csak a kézfejekre lokalizálódnak. A szövettan általában segít a szétválasztásban (14, 15).

1995-ben *Strutton és mtsai* kézhátakra lokalizálódó, Sweet-szindrómához hasonló eseteket írtak le, szövettanilag kifejezett dermalis neutrophil infiltrációval (3, 4, 7, 8, 12, 13). A „kézhátak pustularis vasculitise” elnevezést ajánlották, mivel a bőrtünetek a kézhátakra lokalizálódtak, szövettanilag pedig mindegyik esetben a kiserekben leukocytoclasticus vasculitis igazolódott, bakteriális és mikotikus infekcióra utaló jelet nem találtak. A bőrlaesiók a kézhátakon, bilaterálisan helyezkedtek el, antibiotikumokra nem, szisztémás kortikoszteroidra jól reagáltak, heg nélkül gyógyultak. Pyoderma gangraenosum lehetőségét elvetették, mivel az ulceratio csak felszínes volt, nem mutatott pathergiát, és mindig heg nélkül gyógyult. Előbbire a krónikus, mély ulceratio, reziduális, „szitaszerű” heggel gyógyuló fekély jellemző. A szöveti

kép sem volt jellegzetes. Pyoderma gangraenosum ellen szólt az is, hogy ebben a betegségben a tünetek rendszerint unilateralisan, főként az alsó végtagokra lokalizálódnak (10). A klinikai kép alapján nem, viszont szövettani differenciáldiagnosztikai szempontból felmerült erythema elevatum diutinum lehetősége is, mivel leukocytoclasticus vasculitis mellett fibrin exsudatiót észleltek (2). Eseteik klinikailag különböztek a *McNeely* által 1986-ban leírt primer idiopathiás pustularis vasculitistól is, Sweet-szindróma-szerű vasculitis volt jelen valódi fibrinoid nekrosis nélkül (13, 15). Sweet-szindrómában *Jordaan* 18,4%-ban észlelte a kis bőrrerek falának fibrinoid nekrosisát. Szerinte a fibrin és más fehérjék passzív deponíciójáról van szó, mely a neutrophilek és károsító enzimeik masszív kiáramlása miatt másodlagosan jön létre, szövettanilag érfalkárosodás nem látható (13). *Jorizoo és mtsai* 1988-ban a „pustularis vasculitis” terminológiát alkalmazták a Behçet-kórra, bélbetegség asszociált dermatitis-arthritis szindrómára, ezen betegségek szövettanilag különböztek a leukocytoclasticus vasculitistól, a neutrophil reakció a Sweet-szindrómában látotthoz hasonlított (7, 10, 13). *Galaria és mtsai* 2000-ben hasonló esetekről számoltak be, leukocytoclasticus vasculitis jelei és szisztémás tünetek nélkül (7, 8, 10, 12). A „kézhátak neutrophil dermatosisa” terminust javasolták és úgy vélték, hogy ez a betegség a Sweet-szindróma vagy a pyoderma gangraenosum lokalizált variánsa, illetve a két kórkép átfedése, vagy esetleg önálló entitás. *Cohen* (5, 6, 8), valamint *Gilaberte és mtsai* (8, 11, 12) ez utóbbihoz hasonló eseteket közöltek és arra a megállapításra jutottak, hogy a vasculitis megléte vagy hiánya a laesio evolúciójától függ, mert a vascularis károsodás másodlagosan is kialakulhat az intenzív neutrophil infiltrátum hatására (5).

A kézhátak neutrophil dermatosisa tehát klinikai megjelenésében, szövettanában teljesen hasonló a Sweet-szindrómához, a bőrlaesiók azonban speciális lokalizációban, a kézhátakon jelentkeznek, szisztémás tünetek nincsenek (2. táblázat). Összességében a klinikai és szövettani jellemzők, a kortikoszteroidokra adott jó terápiás válasz, valamint a negatív tenyésztési eredmények megerősítik azt, hogy a kézhátak neutrophil dermatosisa a Sweet-szindróma lokalizált variánsa.

A bőrtünetek spontán regressziója lehetséges, ahogy azt saját esetünkénél is tapasztaltuk. Kezelésében elsőként választandó szerként közép dózisú szisztémás kortikoszteroidok ajánlottak. Relapsus esetén, valamint fenntartó keze-

	<i>Sweet-szindróma</i>	<i>Kézhátak neutrophil dermatosisa</i>
lokalizáció	arc, nyak, végtagok	mko. kézhát
klinikai megjelenés	fájdalmas, erythemás, vesiculobullosus plakkok	
szisztémás tünetek	láz, gyengeség, arthralgia	nincsenek
szövettan	denz dermalis neutrophil infiltráció vasculitis jelei nélkül	
laboratórium	gyorsult We, neutrophil leukocytosis	
tenyésztés	negatív	
hátterbetegségek	hematológiai malignitások, gyulladásos bélbetegségek	

2. táblázat

Kézhátak neutrophil dermatosisa: Sweet-szindróma kézhátakra lokalizálódó formája?

lésként, illetve szteroidkezelés ellenjavallata esetén dapson, colchicin és kálium-jodid adását javasolják. A szisztémás antibiotikumok alkalmazásának csak bakteriális szuperinfekció esetén van értelme, betegünknel a kerti munka kapcsán jelentkező bőrtünetek miatt preventív célból indítottunk roxithromycin kezelést. Excisio, bőráttűtés, debridement alkalmazását lehetőség szerint kerülni kell, mert az a bőrtünetek exacerbatioját okozhatja. Egyes szerzők indometacin, clofazimin, cyclosporin, methotrexat, minocyclin terápiás hatásosságát is leírták (4, 5, 8, 10, 14).

Differenciáldiagnosztikai szempontból elsősorban kután infekcióktól kell a kórképet elkülöníteni, főként az adekvát terápia megválasztása szempontjából (3. táblázat; 5. ábra) (10, 15). A társuló betegségek időben történő kóris-mézése és a kiváltó tényezők elkerülése céljából is fontos a pontos diagnózis felállítása.

Esetbemutatásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a neutrophil dermatosisok ezen új, differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó klinikai variánsára.

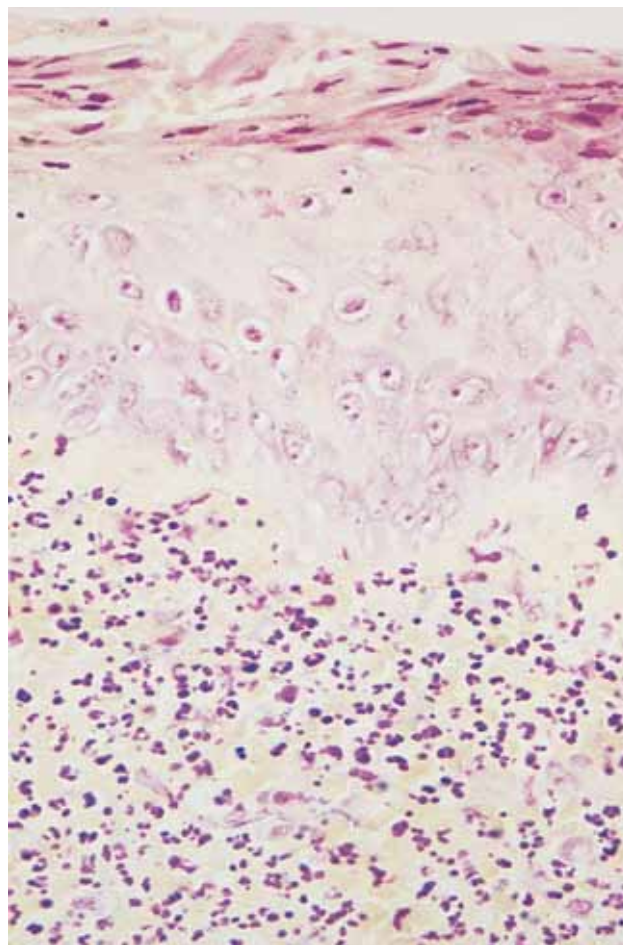
IRODALOM

1. Aydin F., Senturk N., Yildiz L. et al.: Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands in a farmer. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2004) 18 (6), 716-17.
2. Ayoub N., Tomb R.: Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands: a variant of erythema elevatum diutinum? *Arch Dermatol.* (2003) 139 (1), 102.
3. Bilu D., Kouba D. J., Mamelak A. J. et al.: Neutrophilic dermatosis of the dorsal hand. *J Dermatol.* (2004) 31 (6), 464-8.
4. Boye T., Terrier J. P., Guennoc B. et al.: Neutrophilic dermatosis of the hands. A localized subset of Sweet's syndrome: 3 cases. *Ann Dermatol Venereol.* (2005) 132 (11 Pt 1), 883-5.
5. Cohen P. R.: Skin lesions of Sweet syndrome and its dorsal hand variant contain vasculitis. *Arch Dermatol.* (2002) 138 (3), 400-3.
6. Cohen P. R.: Subcutaneous Sweet's syndrome: A variant of acute febrile neutrophilic dermatosis that is included in the histopathologic differential diagnosis of neutrophilic panniculitis. *J Am Acad Dermatol.* (2005) 52 (5), 927-8.
7. DiCaudo D. J., Connolly S. M.: Neutrophilic dermatosis (pustular vasculitis) of the dorsal hands: a report of 7 cases and review of the literature. *Arch Dermatol.* (2002) 138 (3), 361-5.
8. Duquia R. P., Almeida H. L. Jr., Vettorato G. et al.: Neutrophilic dermatosis of the dorsal of the hands: acral sweet syndrome? *Int J Dermatol.* (2006) 45 (1), 51-2.
9. Fye K. H., Crowley E., Berger T. G. et al.: Celecoxib-induced Sweet's syndrome. *J Am Acad Dermatol.* (2001) 45 (2), 300-2.
10. Galaria N. A., Junkins-Hopkins J. M., Kligman D. et al.: Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands: Pustular vasculitis revisited. *J Am Acad Dermatol.* (2000) 43 (5 Pt 1), 870-4.
11. Gilaberte Y., Coscojuela C., Garcia-Prats MD: Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands versus pustular vasculitis. *J Am Acad Dermatol.* (2002) 46 (6), 962-3.
12. Larsen H. K., Danielsen A. G., Krustup D. et al.: Neutrophil dermatosis of the dorsal hands. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2005) 19 (5), 634-7.
13. Stratton G., Weedon D., Robertson I.: Pustular vasculitis of the hands. *J Am Acad Dermatol.* (1995) 32 (2 Pt 1), 192-198.

Differenciáldiagnosztika:

- mikotikus, bakteriális, mycobacterialis infekciók
- Pyoderma gangraenosum
- Erythema elevatum diutinum
- Pustularis vasculitis
- Pustularis gyógyszerreakció (jododerma)
- Bullosus erythema multiforme

3. táblázat



5. ábra

Gram-festett metszet (400x)

14. Walling H. W., Snipes C. J., Gerami P. et al.: The relationship between neutrophilic dermatosis of the dorsal hands and sweet syndrome: report of 9 cases and comparison to atypical pyoderma gangraenosum. *Arch Dermatol.* (2006) 142 (1), 57-63.
15. Weenig R. H., Bruce A. J., McEvoy M. T. et al.: Neutrophilic dermatosis of the hands: four new cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* (2004) 43 (2), 95-102.

Érkezett: 2007. III. 1.

Közlésre elfogadva: 2007. V. 21.

*Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Debrecen
(igazgató: Ónodi-Szűcs Zoltán dr.)*

Trichophyton tonsurans okozta dermatomycosisok Dermatomycoses caused by Trichophyton tonsurans

HALMY KLÁRA DR., SERFŐZŐ JÓZSEF DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A *Trichophyton tonsurans* okozta fertőzések jelenleg hazánkban is elterjedőben vannak. 2001-2005 között 15 eset került regisztrációra, amelyeknél a fertőzőforrás ismeretlen volt. Egy mély, hajasfejbőr mycosisból a gomba *sulfureum perforans* subvariációját tenyésztett ki. A kórképek terbinafinnal jól kezelhetők.

Kulcsszavak:

**Trichophyton tonsurans - dermatomycosisok
- terbinafin**

SUMMARY

Nowadays *Trichophyton tonsurans* infections getting propagated in Hungary. Between 2001-2005, 15 cases were recorded in which the origin of the infection was not discovered. From deep mycosis of a hairy scalp the *sulfureum perforans* subvariant of the fungi could be cultured. The symptoms can be cured with terbinafine.

Key words:

**Trichophyton tonsurans - dermatomycoses
- terbinafine**

A *Trichophyton tonsurans* világszerte elterjedt antropophyl, ubiquiter dermatophyton. A gomba valamennyi dermatológiai kórképben kórokozóként szerepelhet. Az általa okozott fertőzések legnagyobb prevalenciája az USA északi régióiban, valamint Angliában jelentkezik (1, 2, 3, 4, 5). Hazánkban 1997-1998-ban sportkörökben, birkózóknál észleltünk fertőzéseket (6). 2001-től kezdődően napjainkig szórványosan, de évi előfordulással jelentek meg betegedések. A fertőzések eredetét egy esetben sem lehetett megállapítani.

Betegek és módszerek

2001-ben 5 betegedést észleltünk. Ebből néhány reprezentatív eset kerül ismertetésre. 11 éves leány hajas fejbőrén kis almányi Kerion Celsi szerű, tumorosus növedék keletkezett. 32 éves nőbeteg lábukörmén sárgás-barnás elszíneződés mellett szájkás töredzettség lépett fel. (1. ábra). 2002-ben fertőzöttség nem volt. 2003-



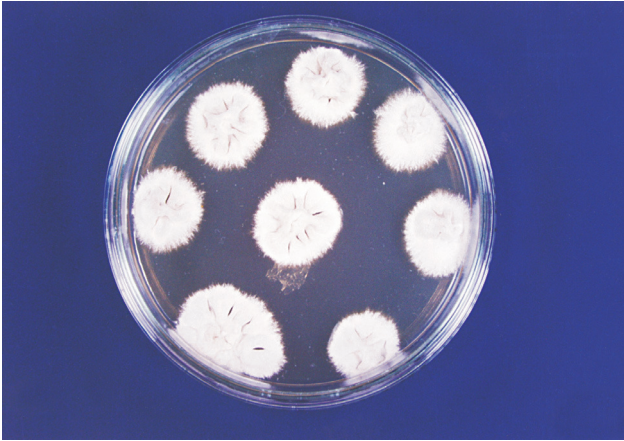
1. ábra
Onychomycosis pedis



2. ábra
Mycosis superficialis colli

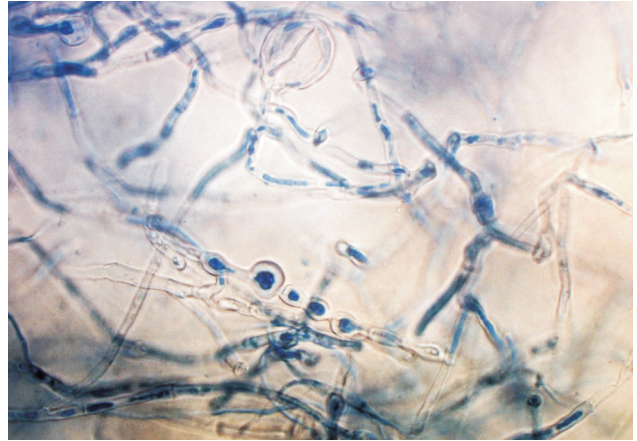
ban egy eset szerepelt, míg 2004-ben 6 eset volt. Egy 18 éves leány nyakán oedemás, hyperaemiás, kiemelkedő szélű mycosis superficialis góc keletkezett (2. ábra). 2005-ben 3 eset szerepelt, ezek között 67 éves nő lábszárán gyermektenyérszerű mycosis superficialis, 18 éves fiú mindkét tenyerén hyperaemiás, girlandszerű, hámló beszűrődés.

Valamennyi betegnél mikroszkópos és tenyésztéses vizsgálatot végeztünk. A 20%-os KOH-os preparátumban hosszú, elágazódó fonalakak, kerek vagy körtealakú spórákat észleltünk. A hajszálakban a gomba endothrix módon helyezkedett el. A hajszálakat, hám és köröm kaparékot Sabouraud és Mycosel (cycloheximid + actidion) tartalmú táptalajokra oltottuk. Négy hét múlva csontszínű, enyhén szemcsés, cerebriform, közepükön elődomborodó telepek alakultak (3. ábra). A telep alsólapja borvörös, vagy mélybarna volt. A gombatelep erősen kapaszkodik a táptalajba. Egy esetben a hajasfejbőről származó preparátum telepe mélysárga elszíneződést mutatott (4. ábra).



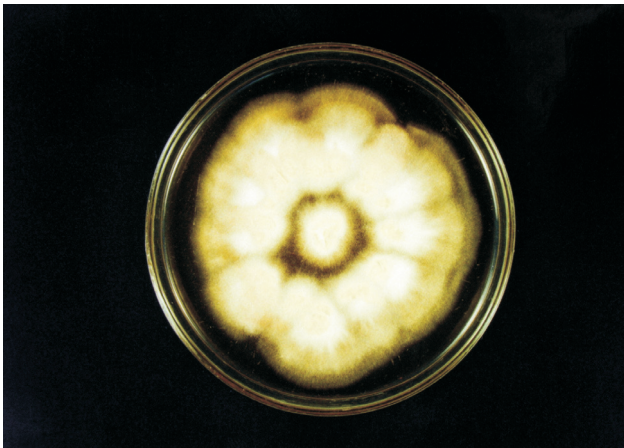
3. ábra

Trichophyton tonsurans 28 napos tenyésztete Sabouraud glucose agaron



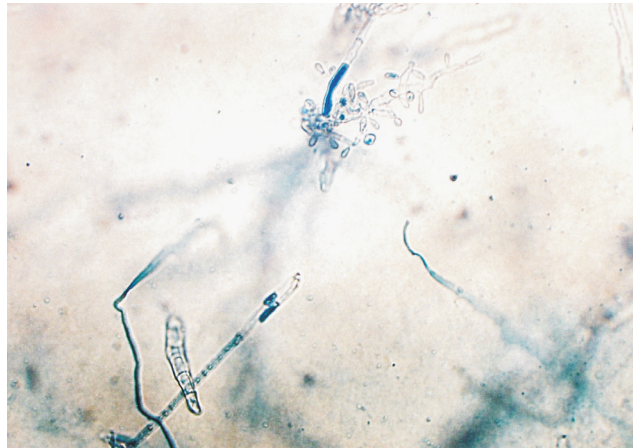
6. ábra

Trichophyton tonsurans fonaljai és chlamydospórái. Lactophenol gyapotkék festés. Nagyítás 200x



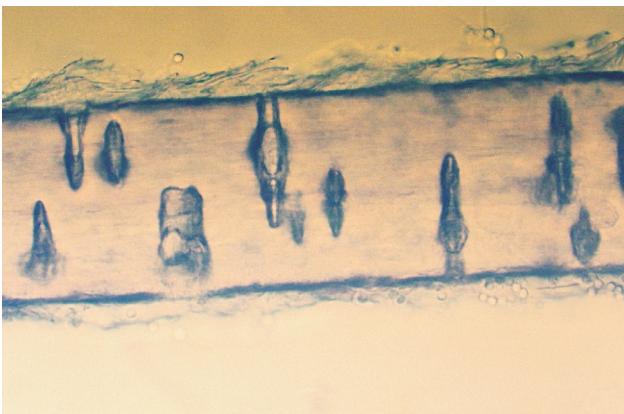
4. ábra

Trichophyton tonsurans var. *sulfureum perforans* tenyésztete



7. ábra

Trichophyton tonsurans macroconidiuma. Lactophenol gyapotkék festés. Nagyítás 200 x



5. ábra

Ék alakú perforációk a hajszálon

Kiegészítő vizsgálatként hajperforációs testet végeztünk, amelyben a hajszálakon ék alakú hasadékok keletkeztek (5. ábra). Ebben az esetben a gomba *sulfureum perforans* subvariációjával találkoztunk. Az urea hasítás kimutatására a gombát Christensen táptalajra oltottuk, a gombatelep körül vörös elszíneződés keletkezett.

Az agarblokkos mikrokulturákat laktofenol gyapotkéssel festettük meg. Mikroszkóposan arthrospórákra tagozódott fonalak, szőlőfürtszerűen elhelyezkedő 3-10 µm hosszúságú és 1,5-5 µm szélessé-

gű mikrokonidiumok és chlamydospórák láthatók (6. ábra). Makrokonidiumokat csak elvétve láttunk, amelyek a trichophytonokra jellemzően ceruzaszerűek, de többnyire deformáltak, 2-4-6 rekeszűek (7. ábra). A táptalajhoz adott tiamin és inozit a gomba növekedésére serkentőleg hat.

A hajasfejbőr fertőzéseknél klinikailag kiegészítő a Woodfény lámpa vizsgálat, amely szerint a gombásan fertőzött terület – szemben a microspóriás fertőzéssel – nem fluoreszkál.

A betegeket hajasfejbőr, ill. onychomycosis esetén belsőleg alkalmazott terbinafinnal kezeltük. Mycosis capitisban 4-6 hétig folytattuk a kezelést, lokális terbinafin tartalmú krémmel kiegészítve. Onychomycosis pedisben a betegek 12 hétig napi 1 x 250 mg terbinafin tablettát kaptak. A többgócú mycosis superficialis fertőzéseket 2 hétig kezeltük a napi 1 terbinafin tablettával. Szolid gombás góccok fennállása esetén csak lokális kezelést adtunk. A fejbőr és köröm fertőzések lassabban, a bőr gócai gyorsan tünetmentessé váltak. A betegeket hetente kontrolláltuk, gyógyultnak a klinikailag és mikológiai negatív eseteket nyilvánítottuk. Mellékhatást és fél éven belül kiújulást egy betegnél sem tapasztaltunk.

Megbeszélés

A *Trichophyton tonsurans* Malmsten izolálta és írta le először 1845-ben az USA-ban. Az azóta eltelt időben a gomba szórványosan fordult elő, majd az általa okozott fertőzések az 1970-es évtől kezdődően ugrásszerűen ter-

jedtek el az USA-ban. Főként Észak-Amerikában honos, ahol az incidencia növekedése jellemző (5). Az utóbbi években Braziliából is közöltek megbetegedéseket (7). A fertőzés elsősorban sportkörökben és fitness centrumokban terjedt el az afro-amerikai populációban. Európában az 1990-es év után a fertőzéseket elsősorban bírkózóknál észlelték (6, 8, 9, 10, 11), ahol feltehetően a bírkózó szőnyegre elhullajtott spórák útján valamint testi érintkezéssel vihető át az infekció. A fertőzések felszámolását nehezíti, hogy sok az egészségesnek látszó hordozó (5, 12). Az általunk észlelt esetek érdekessége, hogy a megbetegedés nem sportolóknál jelentkezett, egyedi esetek voltak, a fertőzés eredete ismeretlen. Hajlamosító betegség, vagy tényező egy esetben sem fordult elő. Geográfiai különbségeket sem észleltünk a tekintetben, hogy városban vagy vidéken fordult elő a megbetegedés. A gomba antropophyl, emberről-emberre terjed, de a legkülönbözőbb használati tárgyak által is átvihető a fertőzés, mint fésű, hajolaj, haj dresszing ágynemű, telefonkagyló (5, 10). A hajasfejbőrön, a lanugóval fedett bőrtületeken, sőt a körmökön is előfordul az infekció. A hajszálakat a gomba endothrix módon betegíti meg. A gyulladáshoz tünetek többnyire csekélyek, a fejbőr gócosan szürkés-fehér pikkelyekkel fedett, a hajszálak egyenlőtlenül töredezetek, néhol kihulltak és reverzibilis alopecia alakulhat ki (5). Több esetben Kerion Celsi szerű infekció is felléphet (8). A bőr felületén lévő mycosis superficialis szélei kiemelkedőek lehetnek, valamint gyulladtak. A körmökön distalis subungualis onychomycosis jelentkezik (6, 13).

A gombatelep típusos ábrázolódása mellett atypusos forma – a sárga sulfureum subvariáns is – előfordulhat, itt a hajszálakon ék alakú perforáció mutatkozik (8). Ezt a formát Matsumoto (14) izolálta először 1983-ban. Németországból Brasch (8) közölt hasonló esetet. A hajas fejbőr mikozisból mi is azonosítottuk a kórokozót.

A micromorfológiai jellegek micro-, macroconidiumok, chlamydospórák mindkét variánsnál azonosak. A macroconidiumok ritkán fordulnak elő, rövidek, deformáltak, 2-4-6 rekeszesek, általában nem festődnek (11). Az urease test mindkét formánál pozitív (5, 8). A gomba genetikai vizsgálatokkal 18S és 23S nucleáris riboszómális RNA sequenciákkal rendelkezik (8). Nagyfokú hasonlóságot mutat a *T. rubrum*, *T. violaceum*, *T. soudanense*, *T. quinckeanum* és *T. mentagrophytes* dermatophytonokkal (15). Ezek a gombák 600-700 bázispár hosszúságú sequenciákat tartalmaznak és különböző primerekkel különíthetők el (16). In vitro gátlási vizsgálatokban a *T. tonsurans* érzékenynek mutatkozott griseofulvinra (11), itraconazolra, terbinafinra és fluconazolra (13). A MIC értéke griseofulvinra 0.39, itraconazolra 0.003, terbinafinra 0.0005, míg fluconazolra 1,56 µg.ml⁻¹ volt.

Betegeinket hajasfejbőr fertőzéseknél terbinafinnal 6 hétig, onychomycosis pedis diagnózissal 12 hétig kezeltük. A lanugóval fedett bőrtületekre lokális terbinafin tartalmú krémet adtunk legalább 2 hétig. Ahol a test bőr-

területén nagyobb kiterjedésű volt a fertőzés, vagy több góc szerepelt, a külső kezelés mellett orális terbinafin kúrát is folytattunk. Ezek a kezelések itraconazzal vagy terbinafinnal kielégítőek (5, 11, 13, 17). Betegeink a terbinafin kezelésre jól reagáltak és maradéktalanul gyógyultak. Recidíva az eddigi megfigyelések alapján nem következett be. Mellékhatások sem a belső, sem a külső kezelésre nem jelentkeztek. A fertőzések elterjedésének megakadályozása végett a gombás betegségeknek alkalmazott prevenció intézkedéseket minden esetben előírtuk. A populáció vándorlásának megnövekedésével ugyanis a megbetegedések gyakoribbá válásával lehet és kell számolni.

IRODALOM

1. Babel, D. E., Rogers, A. L., Beneke, E. S.: Dermatophytosis of the scalp: incidence, immune response and epidemiology. *Mycopathologia* (1990) 109, 69-73.
2. Bronson, D. M., Desai, D. R., Barsky, S.: An epidemic of infection with *Trichophyton tonsurans* revealed in a 20 year survey of fungal infections in Chicago. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1983) 8, 322-330.
3. Degreef, H.: Itraconazole in the treatment of tinea capitis. *Cutis* (1996) 58, 90-93.
4. Legendre, L., Esola-Macré, J.: Itraconazole in the treatment of tinea capitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1990) 23, 559-560.
5. Ghannoum, M. és mtsai.: Tinea capitis in Cleveland: Survey of elementary school students. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2003) 48, 189-193.
6. Halmy, K.: *Trichophyton tonsurans* Malmsten fertőzés bírkózókon. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2000) 75, 13-15.
7. Brühlhante, R. S. N. és mtsai.: Tinea capitis in a dermatology center in the city of Fortaleza, Brazil: the role of *Trichophyton tonsurans*. *Int. J. Dermatol.* (2004) 43, 575-579.
8. Brasch, J., Rütther, T., Hannsen, D.: *Trichophyton tonsurans* var. *sulfureum* subvar. *perforans* bei tinea gladiatorum. *Hautarzt* (1999) 50, 363-367.
9. Fari, M. E. és mtsai.: An epidemic of tinea corporis caused by *Trichophyton tonsurans* among children (wrestlers) in Germany. *Mycoses* (2000) 43, 191-196.
10. Nenoff, P., Hausteiner, U. F.: Tinea corporis due to *Trichophyton tonsurans* Malmsten – report of patient from Zaire. *Mycoses* (1997) 40, 127-129.
11. Nenoff, P. és mtsai.: Tinea capitis et faciei gladiatorum durch *Trichophyton tonsurans* Malmsten. *Zeitschrift Hautkr. H+G* (1998) 4 (73), 217-222.
12. Tietz, H. J., Ulbricht, H. M., Sterry, W.: Tinea capitis in Deutschland – Ergebnisse einer epidemiologischen Analyse. *Zeitschrift. Hautkr. H+G* (1999) 11, (74), 683-688.
13. Nenoff, P. és mtsai.: *Trichophyton tonsurans* as a cause of onychomycosis. *Br. J. Dermatol.* (1999) 140, 538-568.
14. Matsumoto, T., Padhye, A. A., Ajello, L.: In vitro hair perforation by a new subvariety of *Trichophyton tonsurans* var. *sulfureum*. *Mycotaxon* (1983) 18, 235-242.
15. Liu, D. és mtsai.: Molecular determination of dermatophyte fungi using the arbitrary primed polymerase chain reaction. *Br. J. Dermatol.* (1997) 137, 351-355.
16. Blanz, P. és mtsai.: Molekularbiologische Methoden und ihre Konsequenzen für Taxonomie und Diagnostik bei Dermatophyten. *Mycoses* (2000) 43, (Suppl. 1), 11-16.
17. Abdel-Rahman, S. M., Powell, D. A., Nahata, M. C.: Efficacy of itraconazole in children with *Trichophyton tonsurans* tinea capitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1998) 38, 443-446.

Érkezett: 2007. VI. 5.

Közlésre elfogadva: 2007. VII. 9.

*Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika (igazgató: Kárpáti Sarolta dr., egyetemi tanár)*

Lokális dezodorálás: Carbo activatus szuszpenzió összetételének optimalizálása

Local desodoration: optimization of a suspension containing charcoal

MAKÓ SAROLTA, SZAKÁLY FERENCNÉ, SOMLAI BEÁTA DR., SOÓS GYÖNGYVÉR DR.,
KÁRPÁTI SAROLTA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikáján, nevéből adódóan, nagyszámú daganatos beteg ellátása folyik. A végstádiumú tumoros betegek megfelelő ápolása nem kis terhet ró az ápolószemélyzetre és sok esetben az ellátó intézmény költségvetésére is.

Ezen beszámoló aktualitását az a beteg adta, akinél évekkorábban melanoma malignumot diagnosztizáltak, mely a rendelkezésre álló terápiás próbálkozások ellenére 2006 nyarára egész felsőtestre kiterjedő cutan metastázisokat okozott. A széteső daganatok közül számos odorózus fekélyekké alakult, amelyeknek az otthoni kezelése megoldhatatlan volt, ezért került klinikánkra. A szerzők számára a feladatot a fekélyek megfelelő (a beteg és környezete számára elfogadható) és egyben gazdaságos ellátása, tisztántartása jelentette. E célból fejlesztettek ki egy széntartalmú szuszpenziót, melyet vékony, előzetesen sterilizált habszivacsra felvive és megszáritva (hőlégmentesítő) alkalmas adszorbens kötszert nyertek. A magisztális kötszer elkészítésével jelentős költségmegtakarítást tudtak elérni.

Kulcsszavak:
melanoma - ulcus - carbo activatus - dezodorálás

SUMMARY

At the Department of Dermatology, Venereology and Dermatooncology of the Semmelweis University, Budapest several patients with oncological diseases are treated. Therefore the proper care of end-stage patients may represent a challenge for the staff and also it might cause an extra load on the budget of the hospital.

In this case report the authors would like to present a man with melanoma malignum. Although usual treatment had been provided, several cutaneous metastasis developed on his upper body. The patient was admitted to our department while these cutaneous lesions became odorous ulcers and the family was not able to treat the wounds and resist the odor. The authors wanted to find a way for controlling the odor and for treating the ulcers, while finding a cost-effective solution. Therefore the authors developed an absorbent dressing: a suspension containing charcoal was fixed on a thin, sterilized sponge and afterwards it was dried. Besides the good therapeutical effects this „home-made” dressing proved to be cost-effective, by significantly reducing the costs of the therapy.

Key words:
melanoma - ulcus - charcoal - desodorant

A sebellenés általános egészségügyi probléma, leggyakrabban sebészetben, de bőrgyógyászatban és belgyógyászatban is gyakran fordulnak elő sebkezelésre szoruló betegek. A sebkezelés célja a gyors és kozmetikailag megfelelő gyógyulás elérése. A kezelés során el kell érni a beteg fájdalmának csökkentését, a seb fertőződésének elkerülését, kivédését, az odor megszüntetését, a sebváladék csökkentését. A megfelelő kezelés, melyben meghatározó szerepe van a szakképzett ápolószemélyzetnek, meghatározza a gyógyulást és javítja a beteg életminőségét. Kifejezett nehézséget jelentenek az odorózus, váladékozó sebek, melyek a beteget szociálisan elszigetelik és diszkomfort érzést keltenek - ezen sebek ellátása az ápolószemélyzet számára különös kihívást jelent.

Esetismertetés

Klinikánkon a fenti probléma aktualitását az a betegünk adta, akinek esetét az alábbiakban ismertetjük.

A 76 éves férfibeteg 2006. június 20-án került felvételre a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikájára melanoma malignum diagnózissal. A beteg anamnézisében jobb alsó végtagi mélyvénás thrombosis majd thrombophlebitis, nodi haemorrhoidales miatti opus, cardialis decompensatio és pulmonaris embolisatio szerepelt. Rekedtség miatti kivizsgálás után a bal hangszalag decorticatioját végezték, a jobb hangszalagról dysplasiás terimét távolították el. 2003. áprilisában a comissura anteriorba és a bal sinus Morganiába is betejedő cc. planocellulare eltávolítására került sor, ami után telecabalt besugárzást kapott.

2002 júliusában az Országos Onkológiai Intézetben a hát közepes részéről melanomát távolították el (Clark IV, Breslow 4 mm,

MI: 1-3), majd 2003 novemberében a jobb lapocka alatti területől melanoma metastasist. 2004. januárban a metastasis hegében lokális recidiva eltávolítás, és jobb axillaris blokkdissectio történt (17 nyirokcsomóból 12 pozitív). Belső áttéte nem volt. Kezelésként 50 Gy telecobalt besugárzást kapott, interferon ill. DTIC-kezelés csontvelő hypoplasia és leukopenia miatt nem jött szóba. Melanomája az évek során folyamatosan progrediált, a beteg anae-mizálódott, 35 kg-ot fogyott. 2005 decemberére a háton, mellkason, felkaron 5-15 cm átmérőjű kifekélyesedett cutan metastasisek voltak láthatók, melyek jelentősen nekrotizáltak és erős odort árasztottak. Felvételére az ulcusok csillapíthatatlan vérzése miatt került sor. INR értéke mérhetetlen volt, ezért az anticoagulatio terápia (Syncumar), -amit az említett thrombosisa miatt kapott- függesztésre került. A későbbiekben mindkét oldali alsó végtagi thrombus miatt LMWH beállítása történt. A cutan metastasisek erős fájdalma miatt fentanyl-tapasz (Durogesic TTS) alkalmazását kezdtük 25 mcg/h dózisban, melyet három nap múlva 50 mcg/h dózissra emeltünk. A beteg a felvétele után egy hónappal légzés- és keringésleállás következtében exítált.

A beteg ápolásának egyik legnagyobb problémáját a nagyméretű, 1,5-2 cm mély, bűzös, váladékozó metastasisek ellátása, tisztántartása jelentette. Az ulcusok kezelésében a hagyományos sebkezelő eljárásokat alkalmaztuk: 3%-os hidrogen-peroxid oldattal való fertőtlenítést, fiziológiás nátrium-klorid oldattal való öblítést, majd nagy elnyelésű nedvszívó kötszerekkel való fedést. A szokványos sebfehérítés nem biztosította a szag-fedést, az intenzív odor a környezet számára szinte elviselhetetlen volt, megszüntetésére megoldást kellett találni. Nagy mennyiségű széntartalmú* kötszert kellett felhasználnunk, mivel a beteg teljes mellkasát, felkarját elfedték a kifekélyesedett tumorok. Először gyári előállítású, széntartalmú kötszerekkel próbálkoztunk, ezek lassú beszerezhetősége, illetőleg rendkívül magas ára miatt más lehetőséget kerestünk.

Módszer

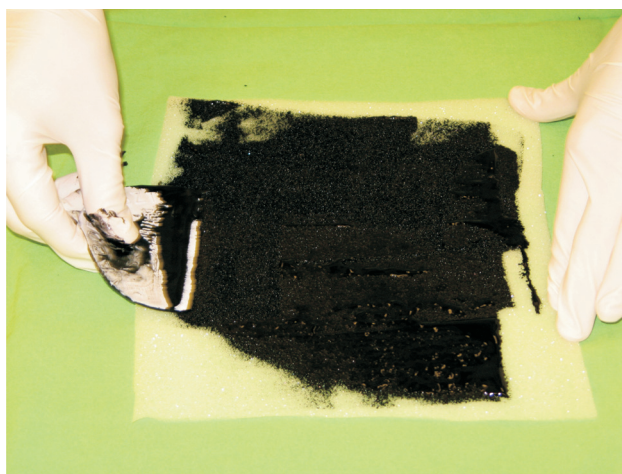
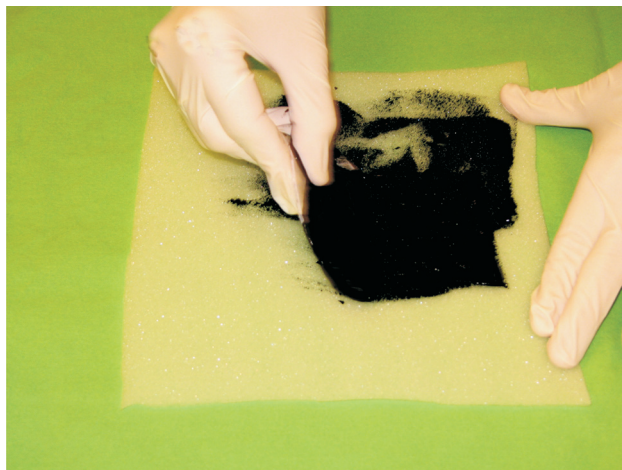
Kiindulásként a klinikán már jól bevált, lábszárfekélyre használatos ún. „szivacs” szolgált. Ez 3 mm vastag, 20 x 20 cm-es négyzetekre vágott, előzetesen sterilizált habszivacs lap, melynek felületére egy fertőtlenítő-adszorbeáló-hámosító (Sol. Tricolorata, Bolus alba, bizmut-subnitrat, zinc-oxyd, ezüst-nitrát) tartalmú szuszpenziót viszünk fel, majd hőlég-sterilizálóban kiszáritjuk. Ennek analógiájára, szén-tartalmú impregnáló szuszpenzió receptúráját dolgoztuk ki. A gyógyszer-technológiailag és klinikailag egyaránt megfelelőnek bizonyult szuszpenzió összetétele az alábbi:

Sol. argenti nitrici 10%	5 gr,
Carbo activatus	25 gr,
Mucilago hydroxyaethylcellulosi (Fono VII.)	70 gr.

A 25 % széntartalom biztosítja a megfelelő adszorbeáló képességet, az ezüst-nitrát antibakteriális hatással bír, a Mucilago hydroxyaethylcellulosi a megfelelő viszkozitás, az optimális állag elérésére szolgál ill. arra, hogy a kiszáritott szivacs lapról a szénpor ne peregjen le (1. ábra).

A saját készítésű szén szivacs alkalmazása a betegnél megfelelőnek bizonyult a terjedő, erős odor megszüntetésére. Naponta 8-9 szivacs lap felhasználására volt szükség, tekintettel a kiterjedt, váladékozó fekélyekre és a napi többszöri kötőcsereire. A kötszer használatakor külön figyelmet igényelt az ápolószemélyzettől, hogy a szénpor kis mértékben még mindig lepergett a szivacs lapról, beszennyezve a betegágyat és környezetét, ami kiegészítő takarítást tett szükségessé. A fekélyekből a fekete szénport fiziológiás sóoldattal kiöblítve lehetett eltávolítani.

* A gyógyszerkönyvben - *Pharmacopoea Hungarica VIII.* - hivatalos aktív szén (*Carbo activatus*) porózus, nagy fajlagos felülete miatt kiválóan alkalmas gőzök, gázok, baktériumok adszorbeálására, így egyik fő indikációja a gyógyászatban a gyomor-bélrendszeri problémák orvoslása. Másik szintén fontos terület a szagmegkötő kötszerekben való felhasználása.



1. ábra

A szénlap készítése és a kész szivacs

Megbeszélés

Az onkológiai betegek odorózus, mély sebeinek ellátása világszerte még mindig jelentős probléma. Az irodalomban számos cikk foglalkozik az onkológiai fekélyek kialakulásával, megelőzési lehetőségeivel, a megfelelő sebkezeléssel. A szerzők nagy hangsúlyt helyeznek a fekélyek besorolására, melyre több módszer is létezik. Ezek az osz-

	méret cm	ár egységnyi területre Ft / 100 cm ²	mellkas + kétoldali felsőkar Ft/ 0,36m ²
Actisorb®	19 x 10,5	668	24 048
	6,5 x 9,5	1069	38 484
	10,5 x 10,5	653	23 508
Vliwaktiv®	10 x 20	668	24 048
	10 x 10	720	25 920
CarboFlex®	15 x 20	1950	70 200
	10 x 10	2588	93 168
saját szénlap	20 x 20	45	1620

1. táblázat

Széntartalmú kötszerek kiskereskedelmi árának összehasonlítása

tályozások különböző szempontok szerint jellemzik a fekélyeket: elsősorban az eredet, méret, mélység, váladék-mennyiség, nekrotikus szövetek jelenléte, ödéma stb. szerint. Jelentőségük abban áll, hogy segítséget nyújtanak a megfelelő sebkezelési terv kialakításában, és objektív skálát biztosítanak a fekélygyógyulás mértékének meghatározásához.

Néhány példa a teljesség igénye nélkül:

Agency for Healthcare Research and Quality Guidelines (AHRQ): Négyfokozatú skála a fekély mélysége és a szövetroncsolás mértéke alapján, a kialakuló fekélyek jellemzésére.

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH, by National Pressure Ulcer Advisory Panel): 17 pont értékű skála a fekély kiterjedése, a váladék mennyisége és szövettípus szerint, a gyógyuló fekélyek besorolására.

Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT): A gyógyuló fekély 13 jellemzője alapján (kiterjedés, mélység, szélek, alávájtás mértéke, nekrozis, nekrotikus szövet mennyisége, váladék típusa, váladék mennyisége, széli bőrfelület színe, ödéma, beszűrtég, granulációs szövet, epitelizáció) összeállított kérdéssor, egyenként öt pontos skálán osztályozandó.

Haisfield-Wolfe és Baxendale-Cox a malignus fekélyek állapot-meghatározásához javasoltak eljárást a fekély színe, hidrációs státusza, csomók megléte, drainage, fájdalom, odor és terjedés alapján.

A legfrissebb irodalom szerint, még mindig a hagyományos, széntartalmú kötszerek alkalmazhatók leginkább az odor felszámolásában, mi is ezt használtuk. Felmérések alapján szintén hatékonyak bizonyul 1%-os metronidazol oldat ill. 0,75%-os metronidazol gél használata, mely azon a tényen alapul, hogy a metronidazol hatásos azon anaerob baktériumok ellen, melyek szerepet játszanak a fekély körüli kellemetlen odor kialakulásában. Egyes szerzők szerint nincs különbség a metronidazol géllal kezelt ill. nem kezelt betegek gyógyulási aránya ill. a gyógyulás sebessége között, használatát elvetik. Mások határozottan tanácsolják a metronidazol lokális alkalmazását: az odor megszüntetésére először a gél ajánlják,

majd a szagtalan állapot fenntartására az olcsóbb oldatot javasolják.

További lehetőségek a fertőtlenítésre cadexomer-jód (jód keményítő polimerbe zárva), PVP-jód és a legrégebbi 3%-os hidrogen-peroxid oldat alkalmazása. A levegő illóolajokkal való frissítése, szénporral teli edény ágy, asztal alá való helyezése szintén csökkenthetik a betegszobában a kellemetlen odort.

Amint a bevezetőben említettük, a megfelelő, modern sebllátás anyagilag megterhelő, nem kis pénzösszegeket igényel az ellátó intézmény részéről. Az egészségügy jelenlegi helyzetében egyetlen kórház, klinika sem engedheti meg magának a nagyvonalú költsékezést, minden megtakarított forintba szükség van. Ennek fényében még nagyobb a jelentősége az általunk használt kötszer alacsony árának, melyet az 1. táblázatban részletezünk.

Az 1. táblázatban néhány Magyarországon beszerezhető széntartalmú kötszer kiskereskedelmi árát tüntettük fel egyrészt 100 cm² egységnyi felületre kiszámítva, másrészt betegünk esetében a kötszerek napi árát az adott felületre kiszámolva. Látható, hogy magisztrális kötszerünk előállításának anyagköltsége igen alacsony, elkészítésével 93%-os költségmegtakarítást értünk el.

Közleményünk célja odorózus, váladékozó sebek ellátására kidolgozott gazdaságos, magisztrális szén kötszer előállításának bemutatása. Esetünk kapcsán egyrészt fel szeretnénk hívni a figyelmet a magisztrális gyógyszerkészítés gazdaságosságára és költséghatékonyágára, másrészt a szakápoló személyzet áldozatos munkájára.

IRODALOM

1. Bale S., Tebbie N., Price P.: A topical metronidazole gel used to treat malodorous wounds. Br J Nurs. (2004) Jun 10; 13 (11), 4-11.
2. Draper C.: The management of malodour and exudate in fungating wounds. Br J Nurs. (2005) 9-22, 14(11), 4-12.
3. Haisfield-Wolfe M. E., Baxendale-Cox L. M.: Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. Oncol Nurs Forum. (1999) 26 (6), 1055-64.
4. Haisfield-Wolfe M. E., Rund C.: Malignant cutaneous wounds: a management protocol. Ostomy Wound Manage. (1997) 43 (1), 56-60, 62, 64-6.

5. *Holloway S. és mtsai:* Evaluating the effectiveness of a dressing for use in malodorous, exuding wounds. *Ostomy Wound Manage.* (2002) *48(5)*, 22-8.
6. *McNees P.:* Skin and wound assessment and care in oncology. *Semin Oncol Nurs.* (2006) *22 (3)*, 130-43.
7. *Seaman S.:* Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs.* (2006) *22 (3)*, 185-93.
8. *Wilkes L. és mtsai:* Malignant wound management: what dressings do nurses use? *J Wound Care.* (2001) *10 (3)*, 65-9.
9. *Williams C.:* CliniSorb activated charcoal dressing for odour control. *Br J Nurs.* (2000) *13; 9(15)*, 1016-9.
10. *Williams C.:* Role of CarboFlex in the nursing management of wound odour. *Br J Nurs.* (2001) *10 (2)*, 122-5.
11. *Wilson V.:* Assessment and management of fungating wounds: a review. *Br J Community Nurs.* (2005) *10 (3)*, 28-34.

Érkezett: 2007. III. 1.

Közlésre elfogadva: 2007. III. 27.

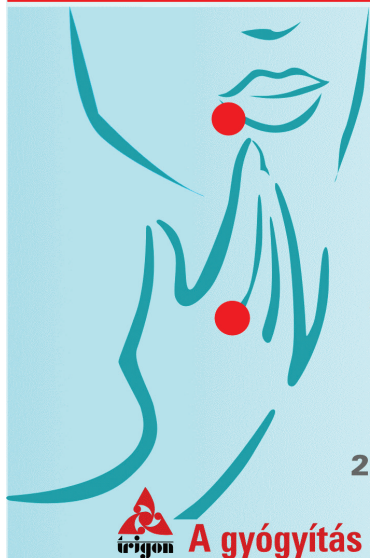
EGIFERON[®]
Alfa interferon **gél**



ÚJRA

- kapható a patikákban
- bizhat magában
- felhőtlen lesz a mosolya
(Csak kicsit kell segítenie!)

Szemölcs (papilloma)- és herpes vírusok ellen



**Külsőleg!...
de belülről hat.**

Klinikailag igazolt hatás!

2g 50.000 NE/g
20g 50.000 NE/g

A gyógyítás a vérünkben van...



A kockázatokról és a mellékhatásokról olvassa el a betegájékoztatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát, gyógyszerészét!

Emlékezés Schwimmer Ernőre (1837-1898)

In Memory of Ernő Schwimmer (1837-1898)

ALEXANDER EMED DR., HAIFA ISRAEL

Prof. Schwimmer Ernő a budapesti egyetem első dermatológiai tanszékvezető tanára 170 évvel ezelőtt, 1837 november 21-én Budapesten született. Édesapja, aki szintén orvos volt, gondos nevelésben részesítette: a pesti egyetem orvosi fakultására íratta be, majd Bécsbe küldte, ahol 1861-ben orvosossá avatták. Az általános orvosi kiképzés után, érdeklődése a bőrgyógyászat felé irányult és *Hebra* tanítványa lett, aki korának egyik legnagyobb tekintélye volt. Akkoriban került oda egy másik honfitársa is, *Kohn Mór* aki később *Kaposira* magyarosította nevét. Négy évi kórházi szolgálat után Egyiptomba utazott, hogy a keleten előforduló endemikus bőrbajokkal behatóbban foglalkozzék.

Édesapja hirtelen bekövetkezett halála miatt, félévi tanulmányút után nem tért vissza *Hebra* klinikájára, hanem szülővárosában telepedett le. A Rókus kórházban már létezett egy kis bőrgyógyászati osztály, azonban *Schwimmer Ernőt* nem alkalmazták ott. Az osztályvezető *Poór Imre* 1859-ben magántanári kinevezése után, belgyógyászatot tanított az egyetemen, az Orvosi Hetilap, majd a Gyógyászat c. lap társszerkesztője volt és közügyekkel is foglalkozott. *Schwimmer* magánrendelőt nyitott de tovább folytatta tudományos tevékenységét, és 1868-tól kezdve már bőrgyógyászati cikkeket publikált az Orvosi Hetilapban. *Rózsay József* tanárhoz bejárhatott a Rókus Kórházba és neve hamarosan ismert lett a pesti tudományos körökben. 1871-ben magántanárrá habilitálták *Schwimmer*t, aki ezután a poliklinika szervezésében is részt vett tanár kollégáival, hogy megfelelő beteganyagot mutathasson be tanítványainak.

1874 fontos dátum a magyar bőrgyógyászat történetében: *Schwimmer Ernő* tollából akkor jelent meg az első magyar nyelvű Bőrkórtan. 1875-ben a Rókus kórház heveny fertőző osztályának rendelő orvosává nevezték ki és az osztályon néhány szobát kapott bőrbetegek számára.

1879-ben az Orvoskar tanári testülete rendkívüli tanári címmel tüntette ki. Ekkor már a működő poliklinika elnöke volt, és hetenként háromszor tartott dermatovenerológiai rendelést.

1881-ben a leukoplákiáról tartott előadást a londoni nemzetközi dermatológiai kongresszuson. Ugyanabban az évben emlékiratot nyújtott be az egyetemhez, melyben a dermatológia oktatására tanszék felállítását javasolta.

Két évvel előbb 1879-ben a kolozsvári egyetemen *Géber Ede* – aki szintén Hebránál nyert szakkiképzést – már

nyilvános rendes tanárként oktatta a bőrgyógyászatot. Ezen a téren az elsőbbség Erdélynek jutott.

Schwimmer gazdag irodalmi tevékenységet fejtett ki: magyar nyelvű dolgozatai az Orvosi Hetilapban jelentek meg, Lipcsében valamint Bécsben új könyvei láttak napvilágot.

1885-ben érte el életének nagy álmát: amikor is a Szent István kórházban hatalmas bőrgyógyászati osztályt rendeztek be számára. 1892-ben kérése meghallgatásra talált az egyetemen is: megalapult az első dermatológiai tanszék és *Schwimmer* ny.r.k., majd nyilvános rendes tanárként lett az igazgatója. Tanítványaival és fiatal kartársaival karöltve megszervezte a magyar dermatológiai és urológiai társulatot.

Ebben az évben a bécsi dermatológiai kongresszusról 70 tagból álló vendégserег látogatott Pestre a magyar dermatológia iránti tiszteletből. Tanárságának 25 éves évfordulója és 60. születésnapja alkalmából, 1897-ben a dermatológia társaság ünnepélyt rendezett tiszteletére amelyen az egyetem, a közoktatásügyi minisztérium, a tudományos szervezetek valamint a főváros képviselői is megjelentek. A jubileumra kiadott könyvben a világ vezető dermatovenerológusai írásukkal tisztelték meg *Schwimmer*t.

Az ünneplés izgalmi után Abbáziába utazott pihenésre, azonban onnan rövidesen nagyon beteg hozták haza és a következő év elején február 25-én hirtelen elhunyt.

Schwimmer a szervező és alapító széles tudományos munkásságot fejtett ki. Szakcikkeinek száma meghaladja a százat, amelyek Magyarországon és külföldi lapokban jelentek meg.

A fontosabb német nyelvű munkái a következők voltak 1.: Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle, Wien 1878, 2.: Zur Therapie der Variola von Standpunkte der Micrococcuslehre. Leipzig, 1880. 3.: Die neuropathischen Dermatosen. Leipzig und Wien 1883. 4.: Hautkrankheiten, Leipzig 1884. 5.: Die Grundlinien der heutigen Syphilis-Therapie, Hamburg, 1888.

Szakirodalmi munkát végzett az *Eulenberg*-féle Realen-cyklopédiában, a *Ziemen*s kézikönyvben, a *Pallas* Lexikonban és a "Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis" című folyóiratban.

Bőrkórtani múzeumot is létesített, a dermatológiai ismereteket közölte a magyar orvosokkal és felkeltette ér-

deklódésüket a szakma iránt. Elnöke volt a Magyar Dermatológusok és Urológusok Egyesületének és alelnöke a Balneológia Egyesületnek.

Tevékenyen részt vett a magyar fürdőügyi mozgalmakban, mint a lipiki (Horvátország) fürdő tulajdonosa. Választott tagként szerepelt a bécsi, a londoni, a párizsi és a német dermatológiai szövetségekben.

Schwimmer Ernő rendkívüli intelligens, barátságos, és kellemes ember volt. Becsülte és szerette kollégáit és baráti kapcsolatban maradt mindig volt tanítványaival. Szorgalommal és pedáns pontossággal vezette osztályát. Mindig érdeklődött az orvosi közügyek iránt. Szerette a természetet és hűséges látogatója volt a hangversenyeknek. Családi élete boldog volt. Személyes érintkezésben udvarias, a betegek irányában pedig mindig jóindulatú és türelmes volt.

A magyar orvostudomány fejlesztése terén kifejtett munkássága elismeréséül a kormány a királyi tanácsosi címmel, majd a III. osztályú vaskorona renddel tüntette ki.

Halála után *Havas Adolf* egyetemi tanár a következő szavakkal emlékezett meg róla az orvostársulat közgyűlésén: „Schwimmer a magyar dermatológia megalapítója valóságos apostola volt szakmájának a magyar névnek külföld előtt is elismerést szerzett. Tudós volt, aki úgy a tanári testület, mint a kórházi főorvosi karnak díszére volt. Mindez érdemek méltóvá teszik őt az utódok tiszteletére és kegyeletes megemlékezésére.”

Ezen megemlékezéssel a külföldön élő magyar származású orvosok nevében tisztelgek emléke előtt.

IRODALOM

1. *Győri Tibor*: Magyarország Orvosi Bibliográfiája. Bpest. 1900.
2. *Havas Adolf*: Emlékbeszéd Schwimmer Ernő egyetemi tanár felett. Orv. Hetil. 43. 56-57 (1899)
3. *Szinnyei József*: Magyar írók élete és munkái. Schwimmer Ernő orvos-sebész doktor egyetemi rendkívüli tanár, kir.tanácsos. Budapest. 1891-1914.
4. *Szállási Árpád*: Schwimmer Ernő: a hazai dermatológiai első ny.r.tanára. Orv. Hetil. 117. 357-358 (1976)

HAZAI HÍREK

2007. augusztus 24.-én a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán a „Dr. Földvári Ferenc Alapítvány” kuratóriuma, az Alapítvány korábbi díjazottjai, valamint az intézet dolgozói részvételével, Prof. Dr. Földvári Ferenc születésnapján ünnepséget tartott. Az ünnepség keretében az Alapítvány 2007. évi díját kiemelkedő szakmai, kutató- és oktató munkájának elismeréseként dr. Wikonkál Norbert egyetemi docens vette át.

Temesvári Erzsébet dr.
az Alapítvány képviselője

Emlékezés Róna Sámuelre (1857-1910)

In Memory of Sámuel Róna (1857-1910)

ALEXANDER EMED DR., HAIFA ISRAEL

Budapesten a bőrgyógyászati tanszék első igazgatója *Schwimmer Ernő* volt, s halála után *Róna Sámuel* lett a katedra örököse. Róna, akinek eredeti családi neve Rosenfeld volt, 1857 április 1-én született Kiskunhalason.

Budapesten végezte orvosi tanulmányait és 1880-ban avatták orvosá. Érdeklődése a bőrgyógyászat felé irányult s továbbképzés céljából a Bécsi Iskola világhírű magyar dermatológusához *Kaposi Mór*hoz utazott. Ugyancsak abban az iskolában nyerte kiképzését *Schwimmer Ernő* is aki azonban még *Kaposi* elődjének, *Hebrának* volt a tanítványa.

1882-ben hazatért Pestre és segédorvosi állást vállalt a Rókus Kórházban, ahol 1884-ig dolgozott. Rendkívül szorgalmas volt és már abban az évben bőrgyógyászati cikket közölt a „Gyógyászat”-ban: „Vasomotorikus tünetek a köztakarón sárgaság alatt” címen. 1883-ban az Orvosi Hetilapban a syphilis higany-formamid kezeléséről azt írja, hogy az nem a syphilistől szabadítja meg a beteget, hanem csak annak tüneteitől. A „Gyógyászat”-ban *Kaposi* által ismert naphtol kenőcs hatását ismerteti a scabies kezelésében. 1884-ben a gonorrhoea szövődményeiről számolt be az Orvosi Hetilapban.

A Rókus kórházban 1882-84. között 4000 venerológiai és dermatológiai beteg kezeltek és a széles körű tudományos munkásságát e hatalmas beteganyag tette lehetővé. *Schwimmer Ernő* felismerte benne a tehetséges dermatológust és 1885-ben magához vette az István kórházba, ahol Prof. *Schwimmer* hatalmas 150 ágyas dermatológiai osztályt vezetett.

Rövidesen ismét tanulmányútra ment és miután 1886-ban visszatért, több orvostársával együtt megalapította a budapesti nyilvános ambulanciát a szegény betegek számára. 1887-ben a Rókus Kórházhoz tartozó barakk-kórház fertőzőosztályának élére nevezték ki, és tudományos munkásságának elismerésül 1889-ben a bőr és bujakór-tan tárgyköréből magántanári címet kapott.

A „Gyógyászat” 1892 évfolyamában örömmel ismerteti a venereás betegségek kezelésében elért újabb eredményeket, miután a német bakteriológus *Albert Ludwig Neisser* felfedezte a *Gonococcus*-t, a gonorrhoea kórokozóját. Ez az év (1892) meghatározó jelentőségű a magyar bőrgyógyászat történetében, mivel akkor nyílt meg az első Dermatológiai és Syphilológiai Tanszék a pesti egyete-

men *Schwimmer Ernő*vel – nyilvános rendes tanárral az élen.

1893-ban tankönyvet írt „Buja vagy nemi betegségek” címen, ami két kiadást ért el. Ez a könyv egyben orvostörténeti munka is, mivel a nemi betegségek történetét is ismerteti. Ezt követően 1897-ben a Rókus kórház ötödik osztályának igazgatójává nevezték ki.

1898-ban pályafutásának csúcspontjára érkezett: *Prof. Schwimmer Ernő* halálával megürült az István kórház bőrosztálya és rábízták a vezetését. A következő évben pedig címzetes rendkívüli tanárrá nevezték ki.

A tudomány fejlesztésében látta életének célját. Minden új közlemény azonnal felkeltette érdeklődését és nagy számban publikált magyar, angol és német szaklapokban.

1906-ban boldogan olvasta *Schaudinn* ismertetését a *spirochaeta pallida* felfedezéséről, azonban az első gyógyszernek, a *Salvarsan*-nak a korát már nem érte meg.

Fontosabb közleményei a következők voltak: *Lupus erythematosus* (1901), *Az eczema* kérdéshez (1902), *A gangraena*k etiológiája (1903), *A tuberculosishoz* a bőrön és a nyálkahártyán való megnyilvánulásai (1904).

Dermato-venerológiai fejezetet írt *Bókay-Korányi-Kéty* által szerkesztett belorvosi kézikönyvbe, valamint *Schwimmer Ernő* bőrgyógyászati tankönyvébe.

1909-ben a „Buja vagy nemi betegségek” c. munkája német fordításban is megjelent és a Springer Verlag kiadásában látott napvilágot a „Dermatologische Propädeutic” c. műve.

Igen sokat foglalkozott a fiatal orvosgeneráció kiképzésével, mint osztályfőnök szigorú, de megértő volt. Teljes odaadó szolgálatot követelt meg alárendeltjeitől. Ezen a téren azonban ő szolgált például.

Róna Sámuel emberi tulajdonságaira vonatkozólag az Orvosok Lapja 1910 február 24-én megjelent nekrológ adott felvilágosítást: „Róna Sámuel, mint embert még kartársai közül is kevesen ismerték közléről és kevesen tudták, hogy az ő zárkózott hideg külseje mögött, szeretetreméltóság, derült kedély és gyöngéd szeretet lakozott azokkal szemben, akiket kellő megismerés után, magához közel engedett. És erre kevésnek volt alkalma, mert idejét, mint a rendelkezésére álló legdrágább kincset családján kívül csupán hivatásának szentelte.” Kötelessége teljesítése közben, egyik orbáncos betegétől maga is

megfertőződött s ennek a betegségnek, 53 éves korában áldozata lett.

Ezt a rövid megemlékezést a világ különböző országai-
ban élő magyar származású orvosok nevében írtam, szüle-
tésének 150. évfordulója alkalmával.

IRODALOM

1. *Csillag J.*: Róna Sámuel Orvosok Lapja 21, 117-118 (1910)
2. *Havas Adolf*: Róna Sámuel Orv. Hetil. 54, 144 (1910)
3. *Szállási Árpád*: Róna Sámuel Orv. Hetil. 117, 2562 (1976)
4. *Magyar Életrajzi Lexikon*: Róna Sámuel Budapest (1969)

HAZAI HÍREK

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztőbizottsága a lap
2006. évi Nívódíját
az alábbi közleményeknek ítélte:

Legjobb összefoglaló közlemény:

*Temesvári Erzsébet dr., Pónyai Györgyi dr., Németh Ilona, Hatvani Zsófia,
Kárpáti Sarolta dr.:*

Kontakt szenzibilizáció gyermekkorban
(82. évf. 5. szám 205-216.)

Legjobb kazuisztika:

Ottó Iringó Ágnes dr., Hársing Judit dr., Feldmann Julianna dr.:
Perforáló granuloma annulare multimetabolikus szindrómás betegeken
(82. évf. 1. szám 3-6.)

Legjobb kísérletes munka:

*Szegedi Andrea dr., Irinyi Beatrix dr., Csuth Ágnes dr., Tengely Éva dr., Sipka Sándor dr.,
Hunyadi János dr., Gyimesi Edit dr.:*

A bazofil aktivációs teszt és a hisztamin felszabadulás mérés összehasonlító vizsgálata a
krónikus autoimmun urticaria diagnosztikájában
(82. évf. 3. szám 119-125.)

Legjobb terápiás munka:

*Kemény Lajos dr., Kinyó Ágnes dr., Baltás Eszter dr., Csoma Zsanett dr., Dósa Piroska dr.,
Gyulai Rolland dr., Bata Zsuzsanna dr., Dobozy Attila dr.:*

A 308 nm-es excimer lézer a psoriasis kezelésében
(82. évf. 2. szám 67-71.)

Beszámoló

a Németnyelvű Mikológiai Társaság 41. kongresszusáról

A Németnyelvű Mikológiai Társaság 2007 szeptember 6-8-ig Berlinben szervezte meg évi kongresszusát. A rendezvény színhelye a Charitén belül a Langenbeck-Wirchow házban volt. Az anyaországból mintegy 300-an, külföldiek közül 24-en, köztük amerikaiak, angolok, belgák, hollandok, osztrákok, valamint egy cseh, egy bolgár és két magyar vett részt. Az előadások két szekcióban folytak párhuzamosan. 3 nap alatt 45 előadás hangzott el és 45 posztert mutattak be. A kongresszusnak két fő témája volt: az első a molekuláris biológiai módszereken alapuló gombadiagnosztika, a második az invazív mikózisok terápiája, nagy hangsúlyt helyezve a profilaxisra.

A diagnosztikában a PCR és ELISA kombináció adja a legjobb eredményt. A módszer szenzitivitása 100%-os, specificitása 80-90%-os. Az eljárást a gomba fajok elkülönítésére és a vizsgálati anyagok diagnosztizálására (pl. onychomycosis esetén) széleskörűen alkalmazzák. Az új molekuláris genetikai módszer a mikroszkópos, a tenyésztési eredményeket is felülmúlja, a 3-4 hetes tenyésztési idő helyett pedig már 48 óra múlva eredményt ad. A módszer alkalmazásával a *Trichophyton rubrum*, *T. violaceum*, *T. raubitschekii*, *T. fischeri*, *T. soudanense*, *T. megninii* közeli rokonságát igazolni lehet. Járványos hajás fejbőr mikózisokban, pl. *T. tonsurans* genomjának tipizálása folyamán, különbség mutatkozik a fertőzött esetek, enyhébb formák és karrierek között.

Az immunszuppresszált, daganatos, hematológiai betegek vizsgálati anyagában jelenleg is a *Candida albicans* a vezető fertőző ágens. 2006-ban Németországban a *C. albicans* 58%-ban, a *C. glabrata* 18%-ban, a *C. parapsilosis* 6,6%-ban, a többi *Candida* 15,4%-ban te-

nyészett ki. Az előző évekhez képest mérsékelt növekedés mutatkozott az előfordulási gyakoriságban. Az E-teszttel végzett rezisztencia vizsgálatok szerint nem nőtt a fluconazol rezisztens esetek száma. Tekintettel az azol rezisztencia nagy gyakoriságára, az azolokra való elégtelen reagálás és a magas halálozási arányra a candidózisok és az aspergillozisok kezelésében a szélesebb hatásspektrumú, ugyanakkor kevesebb mellékhatással rendelkező és *in vitro* rezisztenciát ki nem váltó gyógyszerek kerültek előtérbe. A terápiában és profilaxisban a pozaconazol és a caspofungint részesítik előnyben. Összehasonlító vizsgálatok tanúsága szerint ezek a szerek hatékonyabbnak bizonyultak az itraconazolnál és a fluconazolnál. A kezelésben az individuális reagálás, a túlélési idő meghosszabbítása a cél.

Az általam bemutatott poszter a krónikus, recidiváló vaginális mikózisok hosszú idejű flukonazol és itraconazol kezeléssel foglalkozott. A 6 hónapos kezelés a fluconazzal 72%-s, az itraconazzal 84%-os globális gyógyulást eredményezett. A krónikus, recidiváló vaginális mikózis a kongresszuson egyik kiemelt témakör volt. A kórkép számos kiváltó tényezője között a genetikai és pszichoszociális faktorok jelentőségét hangsúlyozták. A beteg kezelése sokszor egy évig is elhúzódhat.

A mikológia egész területét felölelő témájú poszterek és a diszkussziójuk jelentős mértékben emelték a kongresszus színvonalát.

Debrecen, 2007. szeptember 24.

Dr. Halmy Klára
főorvos

BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI 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

KÖNYVISMERTETÉS

Marone G.:

SUPERANTIGENS AND SUPERALLERGENS

Chemical Immunology and Allergy
KARGER Basel, Freiburg, Paris, London, New York,
Bangalore, Bangkok, Singapur, Tokyo, Sydney, 2007.
ISBN 978-3-8055-8266-7

A „Chemical Immunology and Allergy” 93 köteteként megjelent könyv nemzetközi szerzőgárdája a superantigének és superallergének témakörben az elmúlt évek kutatási eredményeit foglalja össze. A superantigének a legerőteljesebb mitogének, melyeket valaha is felfedeztek. Az immunrendszer az MHC II. és a T sejt receptor molekulákhoz kötődve aktiválja. Közülük a legjelentősebbek kialakulási és hatásmechanizmusa, valamint a kapcsolódó jellemző klinikai tünetek fejezetenként ismertettek, így a Streptococcus pyogenes, a Staphylococcus aureus enterotoxin, az SaPIs, a Hepatitis B, C protein Fv, a Yersinia pseudotuberculosis részletezett. A superantigének hatásmechanizmusa a B sejt funkció, az immunoglobulin E indukció, a T sejt reguláció mechanizmusából ismertett.

Az utolsó fejezetekben a fenti provokáló faktorok aetiologiai szerepe az atopias dermatitis klinikai tüneteinek túl a légzőszervi allergiás betegségek patomechanizmusában is megismerhető.

A könyv táblázatai nagyon demonstratívak, irodalmi hivatkozása naprakész. A kiadvány mind a gyakorló, mind az elméleti allergológia területéről hasznos információkat ad.

Temesvári Erzsébet dr.

Tur E.:

ENVIRONMENTAL FACTORS IN SKIN DISEASES

KARGER Basel, Freiburg, Paris, London, New York, Bangalore,
Bankok, Singapur, Tokyo, Sydney, 2007.
ISBN 978-3-8055-8313-8

A „Current Problems in Dermatology” sorozat 35. köteteként megjelent könyv a bőrgyógyászati megbetegedések etiológiai tényezőiből a környezeti ártalmak provokatív hatásait emeli ki.

A bőröregedés intrinsic és extrinsic provokáló környezeti ártalmak közül az UV hatást, a dohányzást emeli ki. Az ultraviola sugárzás biológiai hatásait a carcinogenezis mechanizmusában részletezi, önálló fejezettel a genetikai faktorok már bizonyított hajlamosító tényezőire.

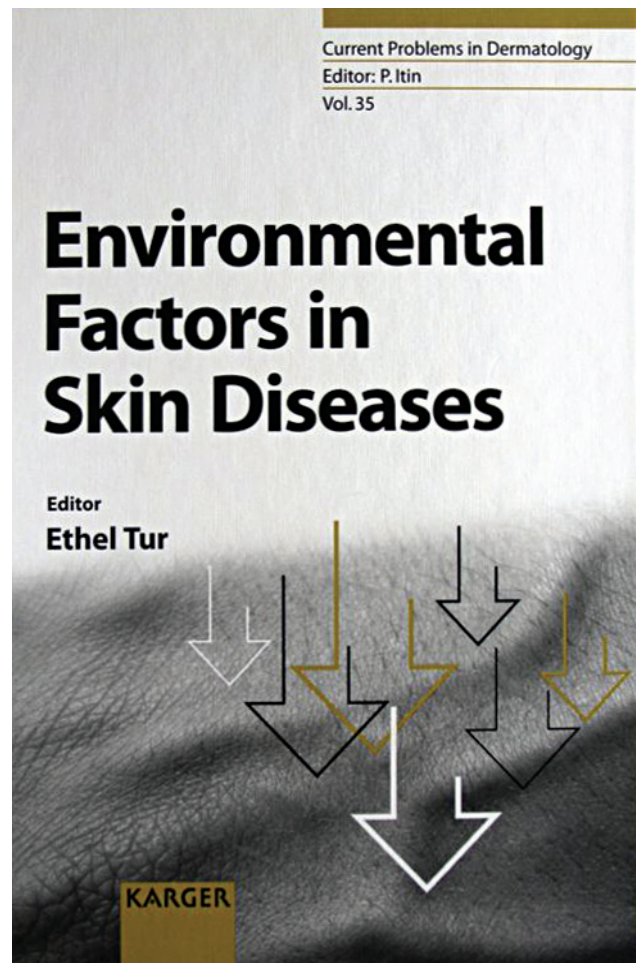
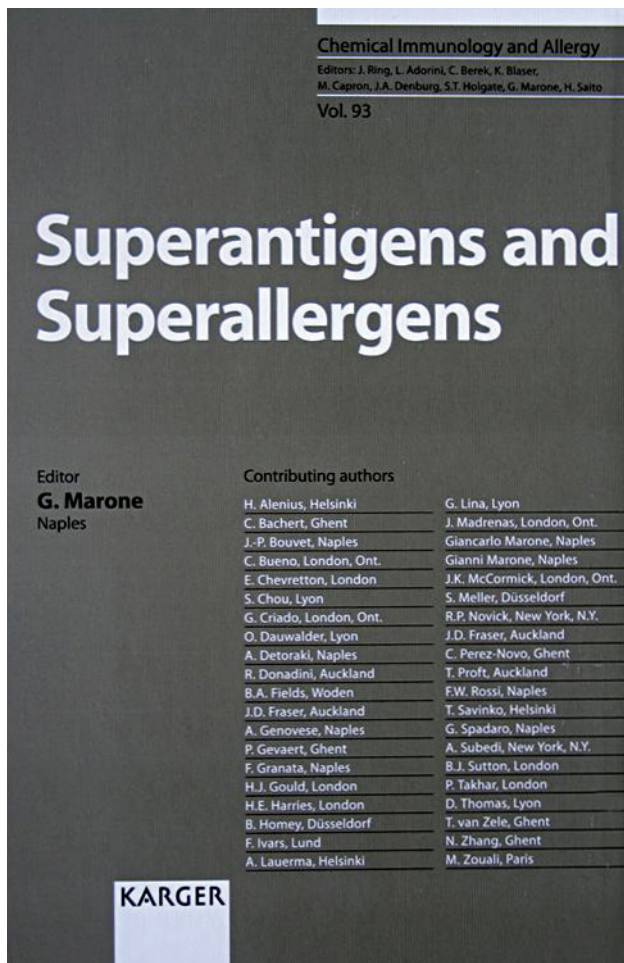
A szerzők a virális infekciók carcinogenetikus hatásai mellett a mycosis fungoides kialakulásának provokáló környezeti tényezőit is felsorolják. A környezeti faktorok aetiologiai szerepét az autoimmun kötőszöveti betegségek, a vitiligo, a hajvesztéssel járó kórképek, a psoriasis eseteiben is megismerhetjük.

Különös figyelmet érdemel a viszketés környezeti provokáló tényezőinek, valamint a klinikai tünet mechanizmusának részletezése. A klinikai tünetek felsorolásából természetesen nem hiányozhat az atopias dermatitis, valamint a foglalkozási bőrbetegségek környezeti provokáló faktorainak ismertetése sem.

Az egyes kórképek új kutatásokon alapuló pathomechanizmusán túl a modern terápiás lehetőségek is felsoroltak.

A könyv kutató és praktizáló bőrgyógyászok számára egyaránt új ismereteket nyújthat.

Temesvári Erzsébet dr.



Zoe Diana Draelos (ed):
COSMECEUTICALS
Elsevier Saunders, Elsevier Inc. 2005
ISBN-13: 978-1-4160-0244-4

A kötet a „Procedures in Cosmetic Dermatology” c. sorozatban jelent meg. Írásában számos szerző vett részt bőrgyógyászok, biokémiai-, gyógyszergyári kutatók. Az Egyesült Államokban 2003-ban 15 milliárd dollárt költöttek bőrápoló szerekre, így a könyv témája rendkívül aktuális.

A könyv első része összefoglalja a leggyakrabban használt kozmetikai anyagokat: vitaminokat, szintetikus vitaminokat, ásványokat, antioxidánsokat, lipideket, proteineket, növényi anyagokat stb. Emellett tárgyalja a bőr barrier funkcióját és a kozmetikai szerek hatékonyságát.

A kötet második része külön-külön fejezetet szentel a különböző anyagoknak: retinoidok, E vitamin, C vitamin, B vitamin, ásványi anyagok, bőr halványító anyagok, hámlasztók (alfahydroxisav), peptidok és proteinek, táplálkozási antioxidánsok, endogen növekedési faktorok, fényvédők. Nagyon részletes a növényi anyagok ismertetése; antioxidánsok (szója, kurkuma, silymarin), gyulladás-csökkentők (Ginkgo biloba, zöldtea), bőrnugtatók (kaktuszfüge, aloe vera, papaya stb.) Emellett a különböző indikációs területeken – alopecia, pruritus csökkentése – használt növények is felsorolásra kerülnek. Az alkalmazott szerek kontakt dermatitist kiváltó hatását tárgyaló fejezet kitér a rátevesi próba kivitelezésére és a leggyakrabban szensibilizáló anyagokra.

A harmadik rész integrálja a korábbi fejezetek ismereti anyagát a bőrgyógyászati terápiában és a betegeknek ajánlható kiegészítő készítményeket. Kitér a ráncok, arc vörösség, zsíros-, száraz bőr, acne lehetséges supplementer kezelésére.

A könyv negyedik része megpróbálja eloszlatni azokat a még fennálló mítoszokat amelyeket a betegek ismételnék ill. a marketingben használnak; pl. a fényvédők acnet provokálnak, E vitamin

kapszula szedése javítja a hegeket, a költségesebb kozmetikai krémek hatékonyabbak, Cvitamin tartalmú készítmények visszafordítják a photoaging-et, önbarnító készítmények fényvédő hatásúak, „hypoallergen növényi készítmények nem okoznak allergiás reakciót”, növényi kozmetikumok „természetesek” stb.

A kötet végén a jövőbeni fejlesztési lehetőségeket tárgyalja, amelyek a tudományos eredményekre támaszkodnak.

A könyvet számos táblázat, sémás rajz, ábra és színes fénykép illusztrálja. Minden fejezet végén rövid összefoglalás könnyíti meg az áttekintést és a legfontosabb irodalmi hivatkozások is megtalálhatók segítve a tájékozódást.

A kötet hasznos olvasmány minden gyakorló bőrgyógyász részére.

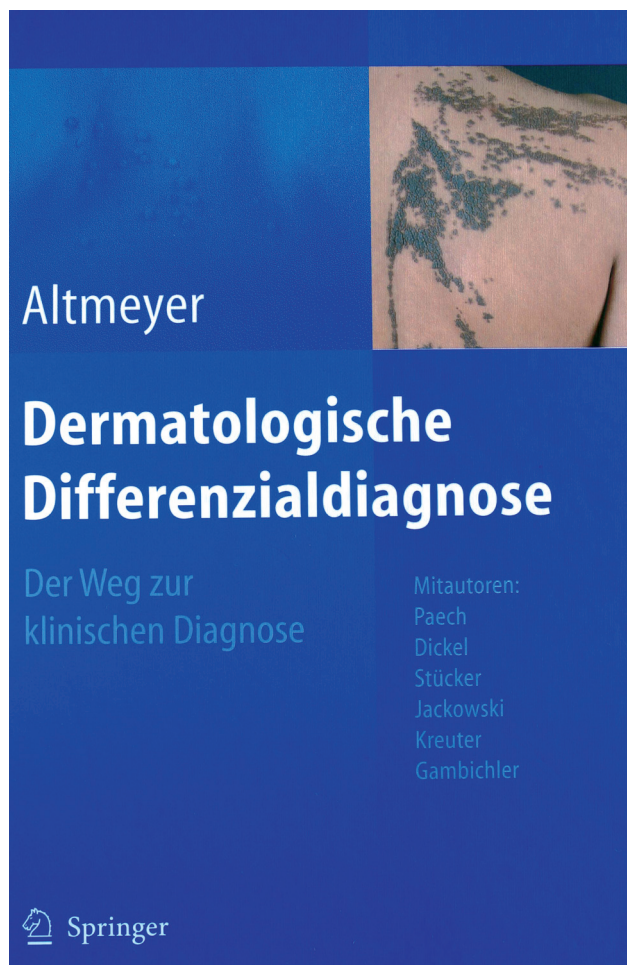
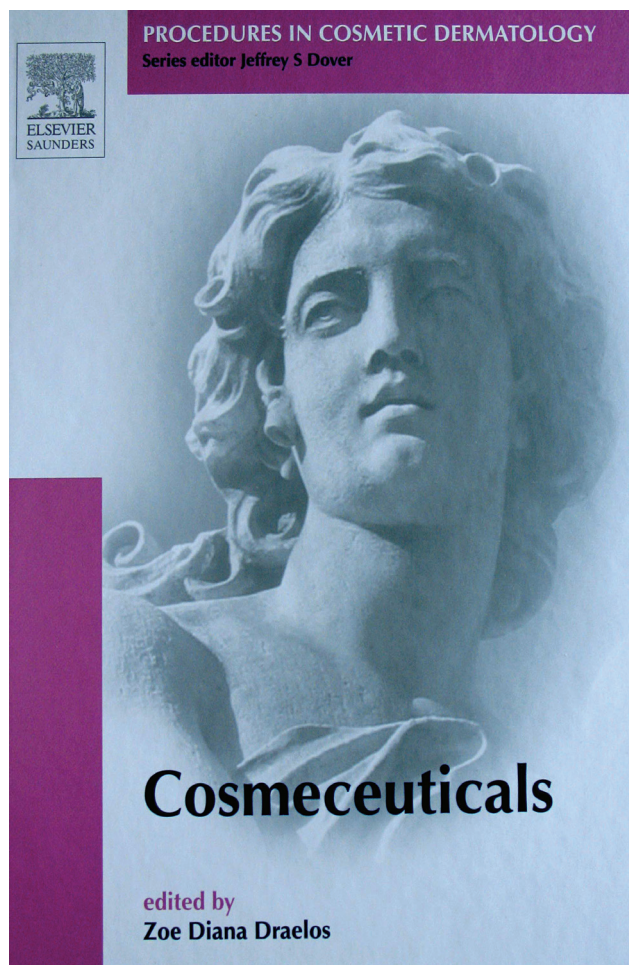
Ablonczy Éva dr.

Peter Altmeyer:
DERMATOLOGISCHE DIFFERENZIALDIAGNOSE
Der Weg zur klinischen Diagnose
Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2007
ISBN-13: 978-3-540-39001-5

A 727 oldalas kötet hét fejezetre oszlik. A könyv írásában Peter Altmeyer professzor öt munkatársa is részt vállalt a Bochumi Bőrklinikáról, valamint egy szájbébsz.

A szerző az előszóban hangsúlyozza, hogy a kézikönyv megírásával különféle klinikai szakterületeken dolgozó orvosoknak kíván segítséget nyújtani, nemcsak bőrgyógyászoknak.

A vizsgálatkor aláhúzza a teljes bőrfelszín vizsgálata mellett a szájnyalkahártya megtekintésének fontosságát. Az elemi jelenségek részletes tárgyalásakor algoritmus segíti a nem bőrgyógyászok számára a könnyebb tájékozódást. A szövegben kék színnel, felkiáltójellel foglalja össze néhány sorban a nélkülözhetetlen ismereteket.



A könyv legfontosabb része – közel 400 oldal – a különböző test-tájakon előforduló bőrelváltozások tárgyalása. A hajas fejbőr, arc, szemhéj, fül, orr, ajak, szájnyalvok, nyelv, nyak, törzs, hónalj, mamma, nemi szervek, anus és perianalis régió, végtagok, kezek és lábak betegségei kerülnek ismertetésre. Jól áttekinthető színes táblázatokban sorolja fel a kórképeket. Élénkebb színű táblázatokban jelennek meg a fontosabbak és ezek közül is még élénkebb színnel a „Top5”.

A bőr különféle reakcióit külön fejezet tárgyalja. Itt kerülnek ismertetésre a gyógyszerek okozta nemkívánatos mellékhatások, nyomás, trauma, hideg, meleg, látható fény és UV sugárzás által kiváltott reakciók.

A kórképeket alfabetikus sorrendben ismerteti. Minden betegség-nél röviden szerepel a meghatározás, lokalizáció, klinikai tünetek és a terápia.

A kötet végén az irodalomjegyzék a legfontosabb, nagyrészt frissen megjelent kézikönyvet sorolja fel. A könyv igen jól áttekinthető, a táblázatok és a szövegben kiemelések elősegítik a könnyű tájékozódást. A kötetet 1129 jóminőségű színes fénykép illusztrálja.

Az olvasmányos, jól felépített és illusztrált kötetet a szerző célkitűzése szerint haszonnal forgathatják nemcsak dermatológusok, hanem egyéb szakterületen dolgozó kollégák is.

Ablonczy Éva dr.

Mitchel P. Goldman (ed):

CUTANEOUS AND COSMETIC LASER SURGERY

Mosby Elsevier, Elsevier Inc. 2006

ISBN: 0-323-103312-1

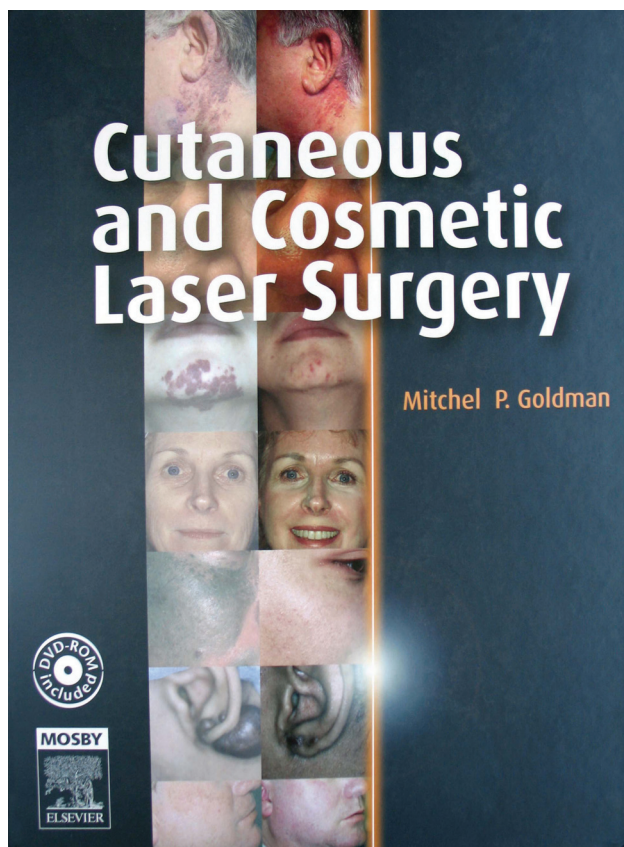
A szerző utal rá, hogy a kötet támaszkodik a Richard Fitzpatrickkal közösen írt és szerkesztett 1999-ben és 2000-ben megjelent kézikönyvekre. Azóta több, mint öt év telt el és jelentős fejlődés következett be a lézer sebészetben. Az egyes fejezetek írói – egy-egy szakterület jelentős képviselői – igyekeztek könnyen elsajátítható és az adott területen járattan olvasó számára is áttekinthető tudást átadni.

Az első bevezető rész a lézer-szövet interakcióval, a lézerek típusaival és sajátásaival foglalkozik.

A következő fejezetek a legkülönbözőbb kórképek lézeres kezelését foglalják össze: ér-, pigment eredetű elváltozások, tetoválás eltávolítása, szőrtelenítés, seprűvéna, hegek terápiaja.

Külön fejezet foglalkozik a CO₂ és Erbium: Yag lézerrel végzett ablációval. Érthetően a kötet részletesen tárgyalja a resurfacing technikákat kitérve a lehetséges szövődményekre és a jövőbeni fejlesztési lehetőségekre is.

Nagy hangsúlyt kapnak a könyvben a biztonságos használatra vonatkozó ismeretek - a munkahely megfelelő berendezésétől a kezelő személyzet képzéséig és felelősségéig. Az anesztézia kérdése-



nek – és kitérve a gyermekek érzéstelenítésére – külön fejezetet szentelnek.

A könyvben számos esetismertetés szerepel a terápiás beavatkozások eredményének bemutatására.

Az olvasmányos, jól áttekinthető kötetben számos rajz, táblázat segíti az ismeretek elsajátítását, valamint nagyszámú színes fényképpel illusztrálják. Minden fejezet végén bőséges irodalom található, az adott téma iránt érdeklődő olvasó érdeklődésének kielégítésére. Emellett a mellékelt DVD-ROM is segíti a tájékozódást.

A könyv jól illusztrálja azt a meghatározást, hogy a lézeres terápia művészet és tudomány együttesen. Minden bizonnyal haszonnal forgatják a téma iránt érdeklődő bőrgyógyászok és plasztikai sebészek.

Ablonczy Éva dr.

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