

Ottó Iringó Ágnes dr., Hársing Judit dr., Feldmann Julianna dr.

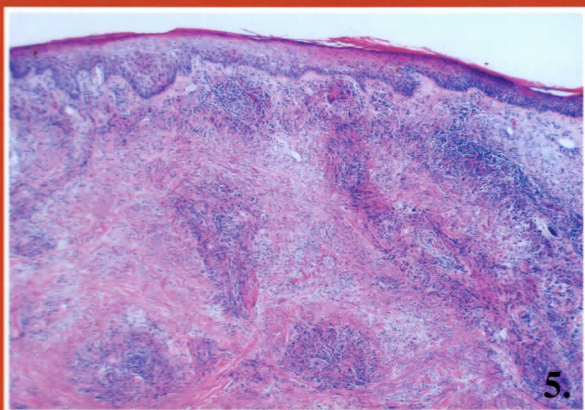
Perforáló granuloma annulare multimetabolikus syndromás betegen



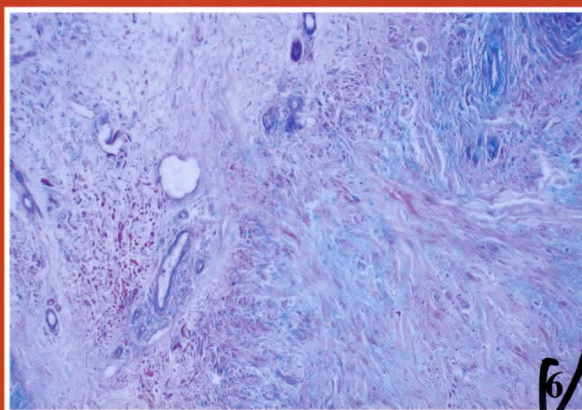
2. ábra: Barnásvörös plakk a homlok jobb oldalán



4. ábra: Fájdalmas, exulcerálódott plakkok



5. ábra: Necrobiotikus területek paliszád granuloma képződéssel HEx50



6. ábra: Mucin felszaporodás a dermisben Alcian-PASx50

2006 JÚN 12.

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. Marschalkó Márta dr.
Black Anikó 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. Ifj. Simon Miklós dr.
Husz Sándor dr. Török László dr.
Kárpáti Sarolta dr. Várkonyi Viktória dr.
Kemény Lajos dr. Zombai Erzsébet dr.
Korom Irma dr.

TARTALOM

82. évf. 2006. 1. szám

KAZUISZTIKA

Ottó Iringó Ágnes dr., Hársing Judit dr., Feldmann Julianna dr.:
Perforáló granuloma annulare multimetabolikus szindrómás betegen 3

THERAPIA

Szép Zoltán dr.:
Juvenilis pemphigus vulgaris kezelése intravénás immunglobulinokkal 9

Halmy Klára dr.:
Vulvovaginalis candidosisok kezelése omoconazol-nitrát hüvelykúppal 13

Emed Alexander dr.:
Lang Eduard (1841–1916) 21

Kongresszusi beszámoló 22

Könyvismertetés 45

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

*Pest megyei Flór Ferenc Kórház Kistarcsa (igazgató: Fónyad Gábor dr.)¹,
Semmelweis Egyetem AOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika
(igazgató: Kárpáti Sarolta dr. egyetemi tanár)²*

Perforáló granuloma annulare multimetabolikus syndromás betegen Perforating granuloma annulare associated with multimetabolic syndrome

OTTÓ IRINGÓ ÁGNES DR.¹, HÁRSING JUDIT DR.², FELDMANN JULIANNA DR.¹

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők egy 51 éves, diabeteses, multimetabolikus syndromában szenvedő nőbeteg esetét ismertetik. Anamnesisében hypertonia, sectio caesarea, 7 éve ismert, 4 éve inzulin-dependens diabetes mellitus, ischaemiás szívbetegség, angina pectoris syndroma, septalis myocardiális infarctus, cholelithiasis, fibrillatio auricularis cordis, hiatus hernia, bronchitis chronica szerepelnek. 2 éve észlel a nyakon, homlokon, mindkét alsó és felső végtagon multiplex, annuláris plakkokat. A perforáló granuloma annulare diagnózisa a klinikai kép mellett a szövettani vizsgálaton alapult. A szerzők az eset kapcsán áttekintik e ritka betegség jellemzőit.

Kulcsszavak:

**Perforáló granuloma annulare -
necrobiosis - paliszád granuloma**

SUMMARY

Authors report the case of a 51-year-old, diabetic patient. Her medical history was significant for insulin-dependent diabetes mellitus, multimetabolic syndrome, ischemic heart disease, septal myocardial infarct, atrial fibrillation and chronic bronchitis. She presented with a 2-year history of a progressive eruption of annular plaques on her neck, forehead and upper and lower limbs. Diagnosis of perforating granuloma annulare was based on the clinical picture and the histology. Authors review the literature of this rare condition.

Key words:

**Perforating granuloma annulare -
necrobiosis - palisading granuloma**

A perforáló granuloma annulare a granuloma annulare egyik ritka altípusa, melyet 1971-ben Owens és Freeman írt le (1). Szövettani jellemzője a dermisben megjelenő necrobioticus fókusz körüli granulomás reakció, mely bizonyos területeken transzepidermálisan, ill. perifollicularisan perforál. Ez a ritka betegség gyermekkorban, fiatal felnőttkorban és nőkben gyakrabban fordul elő. A perifollicularisan perforáló formát külön variánsnak tekintik.

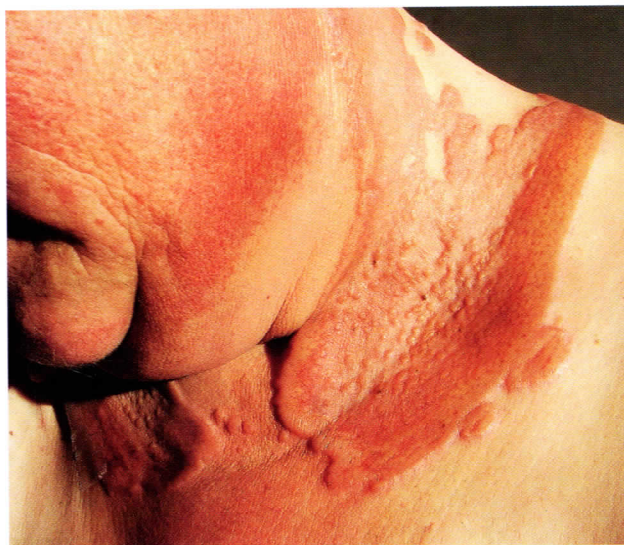
Esetbemutató

Az 51 éves nőbeteg anamnesisében hypertonia, sectio caesarea, 7 éve ismert, 4 éve inzulinlinal kezelte diabetes mellitus, ischaemiás szívbetegség, angina pectoris syndroma, lezajlott septalis myocardiális infarctus, cholelithiasis, fibrillatio auricularis cordis, hiatus hernia, chronicus bronchitis szerepelnek. Az inzulin-dependens diabetes mellitus mellett az android jellegű obesitas, a hyper- és dyslipidaemia, a hyperuricaemia és a coronaria sclerosis jelzik a multimetabolikus syndromát. A napi 86 nemzetközi egység inzulin mellett, per os metforminum chloratum hozzáadásával és diétával elért 10-15 mmol/l közötti glükóz értékek súlyos inzulinrezisztenciára utalnak (2).

Klinikai státusz

Betegünk bőrtünetei 2 éve kezdődtek a nyakon, illetve a jobb kézfejen. A nyak mindkét oldalán, gallérszerűen és a tarkón széli terjedést mutató, beszűrt, felszínből kiemelkedő szegélyű, centrálisan tömött,

apró papulákat tartalmazó, kb. 15 cm hosszú, 7 cm széles, barnásan erythemás, mérsékelten viszkető plakkokat láttunk (1. ábra). A homlok mindkét oldalán, laterálisan, bamásvörös, közepesen beszűrt, széli terjedést mutató plakkok mellett (2. ábra), a jobb alkaron



1. ábra

A nyak körül gallérszerűen elhelyezkedő, széli terjedést mutató plakkok

és kézfejen, ill. a bal alkaron kb. 3-3,5 cm átmérőjű disciformis, kis-sé kiemelkedő széli résszel övezett, cenrálisan hámló plakkokat észleltünk (3. ábra). A beteget granulomatosis disciformis chronica et progressiva diagnózissal utalták be osztályunkra, a mindkét lábszáron multiplexen megjelenő, részben haemorrhagiás pörkkel fedett, bamásvörös, fájdalmas ulceratiokkal tarkított plakkok (4. ábra) és az előbb leírt bőrtünetek miatt.



2. ábra
Barnásvörös plakk a homlok jobb oldalán



3. ábra
Annuláris, viszkető plakk a jobb kézfejen



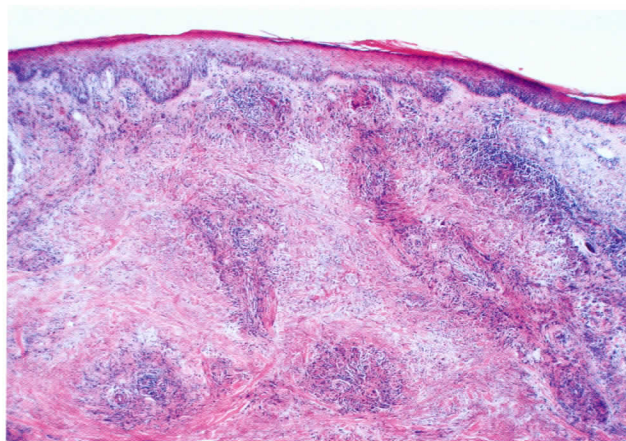
4. ábra
Fájdalmas, exulcerálódott plakkok

Kivizsgálás, labor vizsgálatok

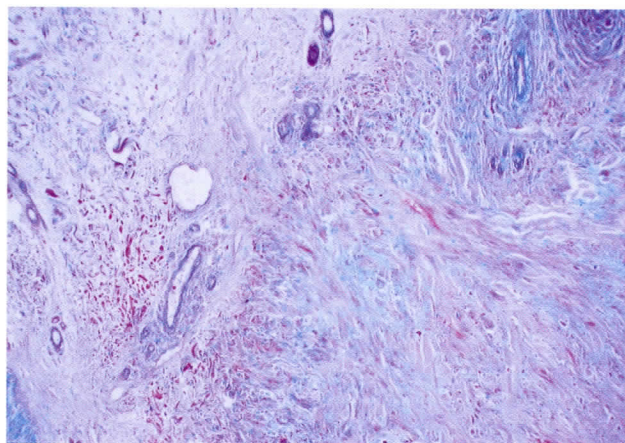
Kivizsgálása során fül-orr-gégész hyperaemiás garatot, középnagy tonsillákat írt le. Nőgyógyász negatív státuszt véleményezett. Angiológiai vizsgálata során incipiens diabeteses angiopathiát véleményeztek, hangvilla teszt neuropathiát nem valószínűsített. Kapillár microscopia érdemi eltérést nem mutatott. Laboratóriumi paramétereiben emelkedett glükóz értékek, hyperlipidaemia, hyperuricaemia mellett emelkedett CRP szintet (18,2 mg/l) találtunk. Összfehérje meghatározás, fehérje electrophoresis, complement szintek, össz IgE meghatározás, autoimmun screening panel negatív eredményt adott.

Hisztológia

A nyakról, a jobb alkarról punch biopszia, a jobb lábszárról babérlevél excisio történt. A három különböző testtájrról származó szövetminta azonos folyamat különböző stádiumait mutatta. A nyakról és az alkarról származó mintákban a hám egyenetlen vastagsága, a részben destruált folliculusok, a subepidermális acut lobsejtes beszűrődés hámdestrukciónak utal. A dermis felső-középső részében, több göcban szabálytalan alakú, necrobiotikus területek láthatók, amelyeket paliszád állásban histiocyták és néhány óriássejt vesz körül (5. ábra). A necrobiosisnak megfelelően a kötőszövetben mu-



5. ábra
Necrobiotikus területek paliszád granuloma képződéssel
HEX50



6. ábra
Mucin felszaporodás a dermisben. Alcian-PASx50

cin szaporulat látható, orcein festéssel pedig elastolysis is megállapítható (6. ábra). A lábszárról származó mintában egyértelmű transepidermális és perifollicularis perforatio jeleit láthatjuk, nagyobb kiterjedésű necrobiosisal. A folyamat göcös jellegű, meglehetősen kiterjedt, a lymphohistiocytás beszűrődés paliszád granulomát hoz

létre, amelyekben az óriássejtek száma mérsékelt. Perivascularisan lobos beszűrődés, neutrophil szétesés látható, néhány ér lumen jelentős mértékben beszűkült. Az elastolysis ebben a mintában is számottevő. Bár a lábszárról történt biopszia vizsgálatok a szöveti képen van némi átfedés a necrobiosis lipoidicával, a folyamat gócos jellege és a paliszád granulomák perforáló granuloma annularé-
ra utalnak.

Kezelés és kórlefolyás

Az antidiabetikus terápia optimalizálása mellett, a lábszáron kialakult fekélyeken szívósan tapadó, mély necrosisokat 20% NaCl géllal fellazítottuk, majd az ulcusokra alginát kötszert alkalmaztunk. A nyak, homlok és a felső végtagok bőrtüneteit Erbokryo 12 készü-
léssel fagyasztottuk, közepes erősségű corticosteroid és pimecrolimus krém lokális alkalmazása mellett. Az utánkövetés 12 hete alatt a beteg kiterjedt plakkjai ellaposodtak, a disciformis bőrtünetek be-
szűrtisége csökkent, a szubjektív panaszok enyhültek, új tünet nem jelent meg. A lábszáron levő ulcerált tünetek feltisztultak, nagy-
részt behámosodtak.

Megbeszélés

A granuloma annulare a dermis vagy/és subcutis gyulladá-
s megbetegedése, mely a kötőszöveti rostok degenera-
tíójával és döntően histiocytar sejtes infiltrációval jel-
lemezhető. A betegség patogenezisében kiváltó tényezők
lehetnek a napfény expositio, PUVA, UVB terápia, trauma,
rovarcsepés, tuberculin teszt, Borrelia infectio. A generalizált
formában gyakrabban fordul elő csökkent glükóz tolerancia,
ill. manifeszt diabetes mellitus a háttérben. Nemcsak a klinikai
megjelenés lehet különböző, hanem a szövettani kép is. A
centrálisan mucinszaporulatot és necrobiosist mutató, histiocytar,
kevés óriássejtet tartalmazó paliszád granulomák a legjellegzetesebb
eltérések, de van diffúz forma is, amikor a histiocytar és a
mucinózus anyag a kötőszöveti rostokat tolják szét. A
folyamat többnyire a dermist, főleg annak felső részét
érinti, de lehet subcutan variánsa is, amikor a zsírszövetben
látjuk a fent leírt jellegzetes granulomákat. Ez utóbbi
lényegesen ritkább, csakúgy, mint a perforáló forma,
ahol a felszínhez közel keletkező necrobioticus anyag át-
töri a hámot. Minden formában van perivascularis lymphocytar
beszűrődés is. Ezen típusok között természetesen számos
átfedés tapasztalható. A perforáló granuloma annularét
először Owens és Freeman írta le 1971-ben. Klinikailag a
folyamat lehet lokalizált (általában a felső végtagon,
tenyereken), illetve generalizált (utóbbi gyakoribb). Az
esetek 17%-a köthető diabeteshez. Ekkor a betegség
megjelenése magasabb életkorban várható (3, 4). A betegek
kb. 1/4-e panaszok pruritusról, fájdalomról. Morfológiáját
tekintve, csoportos, erythemás, illetve hámló, pörkkel
fedett, egyes esetekben umbilicalis szerkezetű papulák,
pustulózus laesio, annularis plakkok jellemzik. A
pustulózus típusban (a perforáló granuloma annulare
kb. 1/4-ében) nem valódi pustuláról van szó, hanem a
kötőszöveti rost degeneratio végtermékeként kialakuló
krémszerű, viszkozus anyag ürül az epidermis felé (5).
Az irodalmat áttekintve a granuloma annulare lymphocytar
infiltrátumaiban perifériás és aktivált T sejteket találtak,
melyek a sejtmediálta immunreakciót valószínűsítik.
Vasculitis és késői hyperszenzitivitás szintű szerepet
játszhat a ma

még nagyrészt ismeretlen patogenezisben (6). A betegség
kialakulásában, elektronmikroszkópos vizsgálatok
alapján a collagén rost destrukció helyett a fő szerep a
dermalis elasztikus rost degeneratioé, illetve az elasto-
lysisé. Úgy tűnik, a korábban elsődlegesnek vélt colla-
gén degeneratio csak secunder folyamat (7). A kórkép
szöveti képre jellemző necrobiosis alatt, a dermis és/vagy
subcutis kötőszöveti degeneratioját, az elasztikus
rostok dezorganizációját, eltűnését, illetve a colla-
gén rostok szétesését értjük. Mucin és fibrin festési eljá-
rásokkal (kolloidális vas, alcian kék, alcian-PAS, or-
cein) mindezek jól kimutathatók. Az eosinophil necro-
bioticus kötőszövet körül granulomás reakciót látunk.
Granuloma annularé-
ra jellegzetes, hogy a lysosyme festés is pozitív. A kórkép
differenciál-diagnózist tekintve felmerülhet a sarcoidosis,
a lichen nitidus, molluscum contagiosum, eruptív xantho-
matis, secunder syphilis, lymphoma, HIV-asszociált
eruptio. Esetünkben elkülönítő diagnózisként még szá-
mításba jött az elastosis perforans serpigina, a
perforáló verruciform collagenosis, illetve a necrobiosis
lipoidica diabeticorum diagnózisa, mely utóbbi ugyan a
leggyakrabban a lábszáron látható, de speciális formája
a fej régióban is megtalálható („necrobiosis lipoidica on
the head and forehead”). A granulomatosis disciformis
chronica et progressiva (Gottton-Miescher) az előbbi
kórkép egy variánsának tekinthető. Mindezeket részben
a tünetek klinikai megjelenése, részben a hisztológia
kizárta. Érdekesként, a differenciál-diagnózisan feltétlen-
ül említést érdemel a granuloma multiforme, melyet
1964-ben Leiker írt le Közép-Afrikában: necrobioticus
granulomatosis betegség, melyet a tuberculoid leprától
különítettek el. 40 év feletti nő betegsége általában,
a bőrtünetek fény lokalizációban jelennek meg, a nyak
két oldalán gallérszerűen, ill. a törzs felső részén
(számos klinikai formája ismert). Eddig csak Afrikában
és Indiában írták le. Granuloma annulare-szerű szövet-
tan jellemzi, nagyon sok óriássejttel (8). A granuloma
annulare, s így a perforáló granuloma annulare aetiopatogeneziséhez
és terápiajához egy újabb megfigyelés is hozzáegíthet,
mely az ún. gli-1 oncogén fokozott expresszióját írja le
granuloma annularéban, necrobiosis lipoidicában és
sarcoidosisban (9). Human glioma szövetben azonosították
a gli-1 elnevezésű, ún. cink-ujj transzkripciós faktort,
mely aethiológiai szerepe a basaliomában is egyre nyilvánvalóbb.
A gli-1 jelátviteli út inhibitorai, mint például a
locálisan alkalmazott tacrolimus, új távlatokat nyithat
a granuloma képződésével járó bőrbetegségek terápiajában
(10).

IRODALOM

1. Owens D. W., Freeman R. G.: Perforating granuloma annulare. Arch Dermatol. (1971) 103, 64-67.
2. Blüher M., Paschke R.: A viscerális zsírszövet jelentősége a metabolikus syndroma kialakulásában. Orvostovábbképző Szemle (2004) 6, 85-91.
3. Jelinek J. E.: Perforating granuloma annulare and diabetes mellitus. Int. J. Dermatol. (1990) 29, 458.

4. Shimizu H., Harada T., Baba E. és mtsai: Perforating granuloma annulare. *Int. J. Dermatol.* (1985) 24, 581-583.
5. Gamo Villegas R., Sopena Barona J. Guerra Tapia A. és mtsai.: Pustular generalized perforating granuloma annulare. *Br. J. Dermatol.* (2003) 149, 866-868.
6. Dabski K., Winkelmann R. K.: Granuloma annulare: histopathology and immunopathology. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1989) 20, 28-29.
7. Hanna M. W., Moreno-Merlo F., Andrighetti L.: Granuloma annulare: an elastic tissue disease? Case report and literature review. *Ultrastructural Pathol.*, (1999) 23, 33-38.
8. Sandhu K., Saraswat A., Gupta S. és mtsai: Granuloma multiforme. *Int. J. Dermatol.* (2004) 43, 441-443.
9. Macaron N. C., Cohen C, Chen S. C. és mtsai: gli-1 oncogene is highly expressed in granulomatous skin disorders, including sarcoidosis, granuloma annulare, and necrobiosis lipoidica diabetorum. *Arch Dermatol.* (2005) 141, 259-262.
10. Katoh N, Mihara H., Yasuno H : Cutaneous sarcoidosis successfully treated with topical tacrolimus. *Br. J. Dermatol.* (2002) 147, 154-156.

Érkezett: 2005. X. 14.

Közlésre elfogadva: 2006. I. 6.

Hazai Hírek

Prof. Dr. Horkay Irénnek, kiemelkedő oktatási munkájáért az Oktatási Minisztérium az **Apáczai Csere János díjat** adományozta 2005-ben, a Magyar Kultúra Napján.

Gratulálunk a Professzor Asszonynak.

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

Egyetemi Gyermekkorház, Pozsony, Bőrgyógyászati Klinika
(klinikavezető: Doc. MUDr. Tibor Danilla, PhD.)

Juvenilis pemphigus vulgaris kezelése intravénás immunglobulinokkal Treatment of juvenile pemphigus vulgaris with intravenous immunoglobulins

SZÉP ZOLTÁN DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A juvenilis pemphigus vulgaris ritka betegség. Kezelésére különböző immunosuppressív gyógyszereket alkalmaznak, melyeknek komoly mellékhatásai lehetnek. Ez különösen a gyermek- és ifjúkori esetek kezelésénél jelenthet nagy problémát. Az intravénás immunglobulinok (IVIG) alkalmazása viszont biztonságos és effektív, ezért helyettesítheti, ill. késleltetni tudja a kombinált immunosuppressív kezelés bevezetését. A szerző juvenilis pemphigus vulgaris IVIG kezelésével szerzett tapasztalatairól számol be.

Kulcsszavak:
pemphigus vulgaris - gyermekkori,
ifjúkori - kezelés - intravénás
immunglobulinok - IVIG

SUMMARY

Juvenile pemphigus vulgaris (JPV) is a rare autoimmune disease. For its treatment different immunosuppressive drugs which may have serious side effects are being used. This is especially problematic in the therapy of children and adolescents. Usage of intravenous immunoglobulins (IVIG) is safe and effective and therefore it can replace or at least postpone the initiation of combined immunosuppressive therapy. The author reports his experience with the IVIG therapy of severe JPV in 16-years old female patient.

Key words:
pemphigus vulgaris - childhood, juvenile -
treatment - intravenous immunoglobulins -
IVIG

A pemphigus csoportba tartozó dermatosisok elsősorban a felnőttkor betegségei, előfordulásuk a 40-60. életév között a leggyakoribb. A gyermek- és ifjúkori esetek nagyon ritkák, melyekről csak néhány közlemény számol be (8, 10). A leggyakoribb közülük a pemphigus vulgaris (PV). A PV kezelése nehézséget okoz gyermek- és ifjúkorban is, ugyanakkor a terapia alapelvei megegyeznek a felnőttkori esetek kezelésénél használtakkal. A fiatalabb korosztálynál azonban fokozottan kell ügyelnünk az alkalmazott immunosuppressív szerek mellékhatásaira ill. az általuk okozott irreversibilis károsodásokra. A terapia alapja a systemás corticosteroidok alkalmazása, melyet szükség esetén ki kell egészítenünk további immunosuppressív gyógyszerekkel, leggyakrabban azathioprinrel. A systemás corticosteroid - azathioprin kombináció az esetek nagy részében elégséges a remissio fenntartásához. További alkalmazott vagy próbált gyógyszerek a cyclophosphamid, methotrexát, dapsone, cyclosporin, acitretin, tacrolimus, mycophenolat mofetil, arany és a kolchicin (6). Az említett gyógyszereknek azonban jól ismert, komoly mellékhatásai vannak. Ezért a ritka gyermekkori- és juvenilis PV eseteiben igyekeznünk kell megtalálni a legkevésbé ártalmas gyógyszerkombinációt és így biztosítani a lehető „legfiziológiásabb” terapiát. Ehhez nyújt megfelelő alternatívát az intravénás immunglobulinok

(IVIG) bevezetése a PV kezelésébe (2, 16). Az IVIG felhasználásának módszertana ezidáig nem volt standardizálva, hatását különböző kombinációkban és adagolási sémákban próbálták, de ezt is elsősorban a felnőttkori PV eseteknél (1, 6, 9).

A juvenilis PV IVIG kezelésével kevés a tapasztalat, ezért szeretnénk saját megfigyeléseinkről beszámolni.

Esetismertetés

A 16 éves, 50 kg-os lánybeteg tünetei 2002. augusztusában kezdődtek a szájnyálkahártyán, progrediáló fájdalmas erosiók formájában. Néhány héttel később a törzs és a végtagok bőrén számos bulla és erosió képződött. A kiterjedt bőrelváltozások és a rossz általános állapot miatt került felvételre klinikánkra 2002. szeptemberében.

A felvételnél a szájnyálkahártya nagy része erodált volt, több helyen fehér lepedékkel fedett. Az ajkak fájdalmas erosióit haemorrhagiás-necroticus pörkök borították. A végtagokon és a törzsön nagy mennyiségű bulla és erosió volt látható (1., 2. ábra). A szövettani vizsgálat suprabasalis bullát igazolt acantholyticus sejtcsoportokkal. A perilesionális bőr immunhistológiai vizsgálata (LSAB immunperoxidáz módszer) IgG csapadékot mutatott ki a str. spinosum intercellularis réseiben. A laboratóriumi leletek kóros eltérést nem mutattak. A tenyésztéses vizsgálat a szájnyálkahártya fehér lepedékeiből massív *Candida albicans* és *Acinetobacter sp.* superinfekciót mutatott ki.

A kezelést 1 mg/kg/nap (tehát 50 mg/nap) prednison (Prednison® tbl.) per os adásával kezdtük. Ennél az adagnál 14 napon belül leállt az új bullák képződése, az erosiók hámosodtak. Ezért a fo-

lyamat stabilizálása után ezt az adagot fokozatosan csökkentettük. 30 mg/nap adagnál azonban új bullák képződése indult meg. A bakteriális és Candida felülfertőződés kezelésére itraconazolt (Sporanox® cps.) és amoxicillin-klavulánsavat (Amoksiklav® tbl.) adtunk. Ennek következménye a máj aminotransferasok sűrűségének gyors emelkedése volt, ezért kénytelenek voltunk a kezelést leállítani.

A prednison adagja további csökkenthetőségének érdekében, ill. a superinfeció eliminálása végett a prednison kezelést IVIG infúziós terápiával egészítettük ki (Flebogamma® 5% inf., 10 g, Instituto Grifols S. A., Barcelona, Spain).



1. ábra

Pemphigus vulgaris: erosiók és bullák a kezelés előtt



2. ábra

Bullák a felső végtagon a kezelés előtt

- 400 mg/kg/nap
- 3 egymást követő nap az adott hónapban (= 1 ciklus)
- havonta 1 ciklus, ismételt havi ciklusok (összesen 5 ciklus)
- esetünkben 60 g/ciklus, vagyis 20 g naponta

1. táblázat

Az általunk használt IVIG-terapiás protokoll [Humbert nyomán (11)]

Az IVIG **1. ciklusát** 2002. októberében adtuk, 400 mg/kg/nap adagban, 3 egymást követő napon (vagyis 60 g-ot ciklusonként) (1. táblázat). A kezelést követően a bőrön az összes erózió begyógyult (3., 4. ábra), ugyanígy a szájnyálkahártya erózióinak a többsége, csak néhány terapia-resistens erózió maradt a gingivákon és a kemény szájpadon. A tenyésztéses vizsgálat már nem igazolt felülfertőzést. A prednison adagját 20 mg/nap-ra csökkentettük.

Az IVIG **2. ciklusát** 2002. novemberében adtuk a fent leírt terápiás protokoll szerint. A prednison adagját 15 mg/nap-ra csökkentettük. A teljes remissió továbbra is fennállt, subjective a beteg nagyon jól érezte magát.

2002. decemberére terveztük a **3. ciklust**, ezt azonban csak - az Általános Egészségügyi Biztosító (ÁEB) által okozott adminisztrációs problémák miatt - 1 hónapos késéssel (vagyis 2 hónappal a 2. ciklus után) tudtuk adni, 2003. januárjában. Mivel kisebb mennyisé-



3. ábra

Hyperpigmentációval gyógyuló bőrellet az 1. IVIG ciklus után



4. ábra
Hyperpigmentációk az 1. IVIG ciklus után –
közele felvételt

gú új bulla képződött, a prednison adagját 25 mg/nap-ra emeltük, majd az IVIG adása után csökkentettük 20 mg/nap-ra.

A 2003. februárjára tervezett 4. ciklust ismét a ÁEB miatt 1 hónapos késéssel (vagyis 2 hónappal a 3. ciklust követően) tudtuk adni, 2003. márciusában. Ennek ellenére a 3. ciklus jó kezelési eredménye továbbra is fennállt, a PV recidívája nélkül. Ez lehetővé tette a prednison további csökkentését 17,5 mg/nap-ra.

A 2003. áprilisára tervezett 5. ciklust (ismét az ÁEB-nek köszönhetően) csak júniusban kapta meg a beteg (vagyis 3 hónappal a 4. ciklus után). A beteg 17,5 mg/nap prednison szedett. A remissió 2 hónapig tartott. 2003. májusában a bőrtátság enyhe fokú romlása miatt, ill. az ÁEB határozatára való tekintettel (ti. hogy több ciklust nem engedélyez) a prednison adagját 25 mg/nap-ra emeltük és a beteg megkapta az 5. IVIG ciklust, nagyon jó effektussal.

Mivel a beteget tovább nem kezelhettük a prednison + IVIG kettős kombinációjával, 2003. szeptemberében a prednison (25 mg/nap) azathioprinrel (100 mg/nap, vagyis 2 mg/kg/nap) egészítettük ki. Ez a kettős kombináció azonban nem volt képes a betegséget remissióban tartani, ezért a továbbiakban még kiegészítettük dapsonnal (kezdő dózis: 100 mg/nap). A beteg e három gyógyszernek köszönhetően (prednison 25 mg/nap, azathioprin 100 mg/nap, dapson 50 mg/nap) hasonlóan jó remissióban van, mint amilyent a prednison + IVIG kettős kombinációjával tudunk biztosítani.

Megbeszélés

Az intravénás immunglobulinokat eredetileg az elsődleges és másodlagos humorális immundeficitok substitúciós kezelésére, ill. az ezek szövődményeként fellépő fertőzések megelőzésére és terapiájára fejlesztették ki (15). 1981-ben *Imbach és mtsai* (12) felhívták a figyelmet az IVIG kedvező hatására a gyermekkori acut idiopathiás trombocytopeniás purpura kezelésében. A reménykeltő eredmények az IVIG kipróbálásához vezettek további betegségeknek is, melyek pathogenesisében feltételezték autoellenanyagok részvételét. Gyógyhatást jegyeztek fel Kawasaki szindrómánál, Guillain-Barré szindrómánál, myasthenia gravisnál, dermatomyositisnél és további kórképek-nél (5, 13). Az IVIG első kipróbálásáról bullosus autoimmun-dermatosisoknál *Godard és mtsai* (7) adtak hírt 1985-ben, mégpedig bullosus pemphigoid eseteiben. 1989-ben *Tappeiner és mtsai* (16) voltak az elsők, akik az IVIG-at elsőként alkalmazták PV-ban szenvedő betegeknél. Az elkövetkező években több szerző közölt kedvező eredményeket az IVIG gyógyhatásáról terapia-resistens

PV eseteiben is (2, 14, 17). Napjainkban az IVIG kedvező hatása PV-nál vitathatatlan, és a szerzők keresik a megfelelő therapiás sémákat (protokollokat) a kezelés optimalizálására.

Az IVIG első felhasználása monoterapia formájában 3. **pemphigus vulgarisban** szenvedő betegnél nem hozta meg a várt eredményt (16). A további szerzők az IVIG-at már adjuváns therapia formájában alkalmazták, az alapvető immunosuppressív kezelés mellett (4, 17). A szükséges napi dózis ill. az 1 ciklushoz szükséges kumulatív dózis nagyságáról nincs egyetértés a szakirodalomban. *Messer* 250 mg/kg/nap (14), *Wever* és mások 300 mg/kg/nap (2, 4, 17), a többi szerző 400 mg/kg/nap (1, 3, 9, 11, 16) dózist alkalmazott. Ugyancsak nincs összhang azzal kapcsolatban, hogy hány egymást követő **napon** szükséges az IVIG pulzustherapiát adni. *Humbert* 3 napot javasol (11), a szerzők többsége inkább 5 napot (1, 2, 3, 4, 9). Nincs továbbá egyetértés abban sem, hogy hány ciklus szükséges a megfelelő hatás eléréséhez. *Tappeiner* (16) csak 1 ciklust alkalmazott, *Messer* (14) 3 ciklust, *Humbert* (11) 6 ciklust, *Wever* pedig 16-ot (17). A **intervallumok** az egyes ciklusok között ismét különbözőek az egyes szerzőknél: néhány esetben 2 hetesek (4, 14), a szerzők többsége azonban rendszeres, 1 hónapos időközben adagolta a ciklusokat (2, 11, 17). Az egyes szerzők által használt therapiás sémák kritikus értékelése után (6) a 2. táblázatban feltüntetett protokoll tűnik a legmegfelelőbbnek, mind gyógyhatását, mind a költségeket figyelembe véve.

- 2 g/kg/ciklus, ill. 400 mg/kg/nap
- 5 egymást követő nap az adott hónapban (= 1 ciklus)
- rendszeresen, havonta 1x adott ciklusok
- csak mint adjuváns therapia

2. táblázat

Az ajánlott IVIG-therapiás protokoll PV esetében
[*Engineer* nyomán (6)]

Mi a *Humbert* által 1990-ben publikált protokollt használtuk (11, 1. táblázat). Az IVIG-at 400 mg/kg/nap adagban, 3 egymást követő napon, havonta 1x adtuk, összesen 5 ciklust. Betegünk így 60g IVIG-t kapott ciklusonként, amely így nem érte el az ajánlott és több szerző által optimális adagként megjelölt 100 g/ciklus mennyiséget (2. táblázat) (3, 6). *Humbert* azonban jó gyógyeredményeiről számolt be ennél a therapiás sémánál is, ugyanakkor más szerzőkkel összehasonlítva az övé jóval olcsóbb volt. A mi kezelési protokoll választásunkra is meghatározó nyomást gyakorolt a therapia költségessége.

A közölt esetek elemzése alapján úgy tűnik, hogy az IVIG monoterapiás formában inefektív, de adjuváns therapiaként kitiűnő hatása van. A gyógyhatás azonban minden esetben csak átmeneti (1-2 hónapig tartó), ugyanakkor nagyon gyorsan (3-7 nap alatt) fellépő (6).

Az átmeneti hatás nyilván a készítmény hatóanyagának, az IgG-nek a lebontásával függ össze, melynek felezési ideje 3-4 hét, de a metabolizáció hosszabb is lehet (15). A PV kezelésének alapja a systemás corticosteroidok adása, kiegészítve további immunosuppressív szerekkel. Az IVIG alkalmazásának jelentősége a következő lehet: a) az újonnan diagnosztizált vagy recidiváló PV-nál az IVIG segítségével gyors remissio érhető el. Ez lehetővé teszi azt, hogy az alapkezelés immunosuppressív gyógyszereit a kezdetektől alacsonyabb dózisban adagolhatjuk, s így ezek mellékhatásai jobban kivédhetők; b) a kezelés folyamán bármikor bevezetett, ismételt IVIG ciklusok lehetővé teszik az immunosuppressívumok jelentős, még ha csak átmeneti csökkentését is; c) az immunosuppressív kezelés folyamán a fertőzések állandó rizikót jelentenek. Ez a rizikó eltávolítható ill. a már meglévő fertőzés kezelhető az IVIG segítségével; d) az IVIG eredménnyel alkalmazható terapia-rezistens PV eseteiben, melyek gyengén reagálnak a kombinált immunosuppressív kezelésre; e) alkalmazása előnyös továbbá azokban az esetekben, ahol az immunosuppressív szerek kontraindikáltak vagy súlyos mellékhatásaik fejlődtek ki a sokéves terapia folyamán.

A fent leírtaknak megfelelően, az IVIG-at mi is adjuváns terapiaként alkalmaztuk a prednison kiegészítésé-
képpen. Az IVIG bevezetésére több okunk is volt: a betegünk súlyos PV-a, életkora, ill. a masszív bakteriális és mycoticus superinfectio. Az IVIG therapiás hatása gyors volt, s ez lehetővé tette a betegség gyors remissióját magas dózisú kombinált immunosuppressív kezelés bevezetése nélkül. A bakteriális és mycoticus infectio eliminálására nem volt szükség antimicrobiális terapiára. Sajnos mi is alátámaszthatjuk azon irodalmi adatokat, melyek szerint az IVIG hatása csak átmeneti, esetünkben ez 1 ill. 2 hónap volt. Ugyanakkor az IVIG lehetővé tette a prednison napi adagjának csökkentését monoterapia formájában, ill. a kombinált immunosuppressív kezelés bevezetésének elodázását későbbi életkorba. Az irodalomban nem találtunk adatokat a prednison + IVIG kettős kombináció therapiás alkalmazásáról gyermek- ill. felnőttkori PV esetében. Az IVIG terapia befejezése után a prednison azathioprinnel egészítettük ki, ez azonban nem volt elégséges a betegség megfékezéséhez. Ezért a kezelést kiegészítettük dapsonnal, mely adjuváns terapiaként különböző kombinációkban jó hatásúnak bizonyult a PV kezelésében (6, 9). A prednison + azathioprin + dapson hármass kombinációval elért remissio megfelelt a prednison + IVIG kettős kombináció által elérthez.

Kedvező tapasztalataink alapján ajánlhatjuk az IVIG kezelést gyermek- és ifjúkori PV eseteiben is, ahol alkalmazását a fent említett (életkorból is adódó) körülmények indokolják.

IRODALOM

1. Beckers R. C. Y., Brand A., Vermeer B. J. és mtsai: Adjuvant high-dose intravenous gammaglobulin in the treatment of pemphigus and bullous pemphigoid: experience in six patients. *Br. J. Dermatol.* (1995) *133*, 289-293.
2. Bewley A. P., Keefe M.: Successful treatment of pemphigus vulgaris by pulsed intravenous immunoglobulin therapy. *Br. J. Dermatol.* (1996) *135*, 128-129.
3. Bystryń J-C., Jiao D., Natow S.: Treatment of pemphigus with intravenous immunoglobulin. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2002) *47*, 358-363.
4. Colonna L., Cianchini F., Frezzolini A. és mtsai: Intravenous immunoglobulins for pemphigus vulgaris: adjuvant or first choice therapy? *Br. J. Dermatol.* (1998) *138*, 1102-1103.
5. Dalakas M. C.: Intravenous immune globulin therapy for neurologic diseases. *Ann. Intern. Med.* (1997) *126*, 721-730.
6. Engineer L., Bhol K. C., Ahmed A. R.: Analysis of current data on the use of intravenous immunoglobulins in management of pemphigus vulgaris. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2000) *43*, 1049-1057.
7. Godard W., Roujeau J. C., Guillot B. és mtsai: Bullous pemphigoid and intravenous gammaglobulin. *Ann. Intern. Med.* (1985) *103*, 964-965.
8. Graff-Lonnevig V., Kaaman T.: Juvenile pemphigus vulgaris. *Acta Paediatr. Scand.* (1991) *80*, 262-265.
9. Harman K. E., Black M. M.: High-dose intravenous immune globulin for the treatment of autoimmune blistering diseases: an evaluation of its use in 14 cases. *Br. J. Dermatol.* (1999) *140*, 865-874.
10. Harrington I., Sneddon I. B., Walker A. E.: Pemphigus vulgaris in a 15-year-old girl. *Acta Derm. Venerol.* (1978) *58*, 277-279.
11. Humbert P., Derancourt C., Aubin F. és mtsai: Effects of intravenous γ -globulin III pemphigus. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1990) *22*, 326.
12. Imbach P., Barundun S., d'Apuzzo V. és mtsai: High-dose intravenous gammaglobulin for idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood. *Lancet* (1981) *1*, 228-231.
13. Jolles S., Hughes J., Whittaker S.: Dermatological uses of high-dose intravenous immunoglobulins. *Arch. Dermatol.* (1998) *134*, 80-86.
14. Messer G., Sizmann N., Feucht H. és mtsai: High-dose intravenous immunoglobulins for immediate control of severe pemphigus vulgaris. *Br. J. Dermatol.* (1995) *133*, 1014-1015.
15. Mikro-verze AISLP. 2000.3 pro MS Windows, Flebogamma® 5% inf. 10 g (Institutio Grifols S. A., Barcelona – Spain), příbalová informace - datum poslední revize 07/2000.
16. Tappeiner G., Steiner A.: High-dose intravenous gammaglobulin: therapeutic failure in pemphigus and pemphigoid. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1989) *20*, 684-685.
17. Wever S., Zillikens D., Brocker E-B.: Successful treatment of refractory mucosal lesions of pemphigus vulgaris using intravenous gammaglobulin as adjuvant therapy. *Br. J. Dermatol.* (1996) *135*, 862-863.

Érkezett: 2005. II. 8.

Közlésre elfogadva: 2005. V. 23.

Hajdú-Bihar Megyei Kórház-rendelőintézet Mikológiai Laboratórium
(kórházigazgató: dr. G. Kiss Gyula)

Vulvovaginalis candidosisok kezelése omoconazol-nitrát hüvelykúppal

Therapy of vulvovaginal candidosis with omoconazole-nitrate vaginal-suppository

HALMY KLÁRA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A 43 vaginalis mycosis nőbetegnél alkalmazott egyszeri 900 mg-os omoconazol-nitrát hüvelykúp a betegség klinikai szimptomáit minimálisra csökkentette. A pozitív gombakultúrák az esetek 73-75%-ában negatívvá váltak. A kezelések folyamán mellékhatások nem mutatkoztak. In vitro vizsgálatokban rezisztens törzsek az omoconazol-nitráttal szemben nem fordultak elő. A kezelés sem az adherenciát, sem a szekretorikus immunglobulinok (IgG, IgA) szintjét nem befolyásolta.

Kulcsszavak:
vulvovaginalis candidosis - 900 mg-os omoconazol-nitrát hüvelykúp - candida speciestek

SUMMARY

Application of single dose of 900 mg omoconazole-nitrate vaginal suppository in 43 patients of vaginal candidosis, decreased the clinical symptoms of the disease to minimal level. Positive fungi cultures became negative in 73-75% of cases. Treatments did not cause side effects. In vitro resistant cases against omoconazole-nitrate were not detected. Therapy had no influence on either adherence or the level secretory immunoglobulins (IgG, IgA).

Key words:
vulvovaginal candidosis - 900 mg omoconazole-nitrate - vaginal suppository - candida species

A vulvovaginalis mycosis egy interdiszciplinárisan jelentkező kórkép. A betegségben szenvedő nőbetegek a bőrgyógyászati, nőgyógyászati és urológiai szakrendeléseket egyaránt felkeresik. A mikológiai kórképeken belül a betegség előfordulása mintegy 30%-os gyakorisággal prognosztizálható. Életük folyamán a nők 75%-a legalább egyszer átesik ezen a betegségen. A fluoros megbetegedéseket 20-25%-ban candida speciestek okozzák (12, 18). Az akut esetek mellett (10-30%), mintegy 5-10%-ban krónikus, visszatérő esetek is előfordulhatnak, amelyek terápiásan nehezen befolyásolhatók (20, 21). Annak ellenére, hogy a vaginalis mycosisok mind külső, mind belső terápiája sokrétű, a gyógyeredmények nem minden esetben kedvezőek. A kezeléseknél előnyben részesítendő a szélesspektrumú, jól tolerálható, a gomba törzsekkel szemben rezisztenciát nem mutató gyógyszerek. Ezeknek a kritériumoknak az omoconazol-nitrát megfelel, mert in vivo és in vitro hatásos a sarjadzógombákkal szemben és mellékhatásai nem számottevőek.

Vaginalis mycosis betegek kezelésére az omoconazol-nitrát 900 mg-os hüvelykúpját alkalmaztuk, megvizsgálva a klinikai és mikológiai gyógyulásra kifejtett hatosságát.

Betegek és módszerek

43 akut, nem recidíváló vaginalis mycosis nőbeteget egyszeri 900 mg-os omoconazol-nitrát hüvelykúppal kezeltünk. A betegek átlagos életkora 29 (20-40) év, betegségük fennállási ideje átlagban 14 nap volt. Vaginalis mycosisra hajlamosító tényező a betegek anamnézisében nem szerepelt. A betegek klinikai tüneteit a kezelés előtt, ezt követően 1 hét, majd 1 hónap múlva regisztráltuk. A mikológiai vizsgálatokat (mikroszkópos és tenyésztéses) hasonló időpontokban végeztük. A mikroszkópos preparátumokat Löffler-metilénkék oldattal készítettük el. A Sabouraud glucose agaron kitenyésztett ötnél nagyobb számú teleppel bíró, vagy diffúzan növekvő kultúrákat értékeltük pozitívan. A mikológiai vizsgálatokat 32 partnernél is elvégeztük. A kórokozókkal Fungitest kittel és koronglemez módszerrel omoconazol-nitráttal rezisztencia vizsgálatokat végeztünk. A széklethenyésztések a Hajdú-Bihar Megyei ANTSZ laboratóriumában történtek. Intrakután próbákra az Epipharm által forgalmazott Pangramin *Candida albicans* (*C. albicans*) antigént alkalmaztuk a kezelés előtt és a kontroll vizsgálatoknál. A 8,0 mm-nél nagyobb kiterjedésű reakciókat pozitívnak értékeltük. A candida adherencia vizsgálatokra Aly és munkatársai szerint (1) Faergemann módszerrel (4) ajánlott módszert alkalmaztuk a kezelés előtt és a kontroll vizsgálatok alkalmával. Az eredményeket egyéb vaginális betegekénél kapott értékekkel hasonlítottuk össze. A vaginalis szekréta IgG, IgA szintjeit Honbo (7) eljárása szerint ELISA módszerrel határoztuk meg. Kontrollként egyéb vaginosisban szenvedő betegek eredményeit alkalmaztuk. A reakcióhoz candida mannan antigént használtunk. A szekréta Schneider (19) eljárása szerint a posterior fornix physiologiás NaCl oldattal való átöblítésével nyertük, liofilizálás után PBS-be vettük fel és ennek a hígításait használtuk az ELISA reakcióknál.

Statistikai elemzésre a Student féle 1 és 2 mintás „t” próbát alkalmaztuk.

Eredmények és megbeszélés

Az akut vaginalis mycosisok jellegzetes klinikai tünetegyüttese szinte valamennyi betegnél jelentkezett. 43 nőbetegnél: fluor 40, pruritus 43, hyperaemia 43, oedema 3 betegnél mutatkozott. A mikroszkópos gombavizsgálat a kezelés előtt valamennyi esetben pozitív volt. A leletek az 1 hetes kontroll vizsgálatnál 5, az 1 hónapos kontrollnál 4 betegnél mikroszkóposan még pozitívak voltak. A kitenyésztett kórokozókat az 1. táblázatban foglaltuk össze. A kórokozók közül a leggyakrabban a *C. albicans* (74%), majd a *C. parapsilosis* (11,6%), egy-egy esetben a *C. tropicalis*, *C. glabrata* és *C. krusei* fordult elő. A sarjadzógombák a vaginalis váladékban – az irodalmi adatok szerint – (15, 22) – a következőképpen oszlanak meg: *C. albicans* 70-90%, *C. glabrata*: 2-10%, *C. krusei*: 1-3%. Gombatenyésztéseinkben is a *C. albicans* volt a leggyakoribb, de a *C. parapsilosis* mind a vaginalis váladékban, mind a köröm kaparékokban egyre gyakrabban mutatható ki. A széklettenyésztésekben az esetek legnagyobb részé-

Törzsek	vaginalis mycosis (n=43)	faeces $\geq 10^4$ cs/g (n=40)	partnerek (n=32)
<i>C. albicans</i>	32	6	17
<i>C. krusei</i>	1	–	2
<i>C. parapsilosis</i>	5	1	1
<i>C. tropicalis</i>	2	2	–
<i>C. glabrata</i>	2	–	8
<i>C. kefy</i>	1	–	–
negatív	–	31	4

Faeces pozitív $\geq 10^4$ csíraszám/g

1. táblázat

Mikológiai tenyésztések a vaginalis candidosisos betegekénél és partnereikénél a kezelés előtt

ben (31 eset) a csíraszám alacsony ($<10^4/g^{-1}$) volt, míg 9 esetben emelkedett értékű. A székletvizsgálat elsősorban a krónikus esetekben javasolt, mert itt a csíraszám várhatóan magasabb értéket mutat (13, 14, 15). A fertőzések eredetének igazolására a törzsek genotipizálását is elvégzik. Ilyen esetekben lényeges a partnerek vizsgálata, ahol a kórokozók kimutatása nemcsak a glans penisről vett mintákból, hanem a spermiumból is történik. A krónikus esetekben a partnerek kezelése a vulvovaginalis mycosisos nőbetegek gyógyulása szempontjából elengedhetetlen (13, 14, 20, 21). A 32 férfinapartnernél a glans penisről végzett gombatenyésztés 17 esetben *C. albicans*-t igazolt, 8 esetben *C. glabrata* fordult elő. A nő és

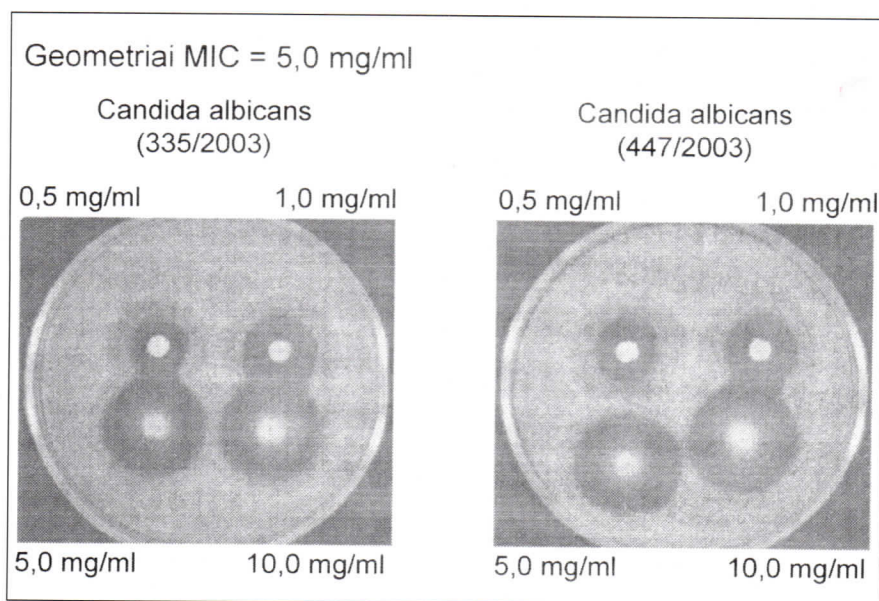
Törzsek	<i>C. albicans</i> n=28 rezisztens	<i>C. glabrata</i> n=2 rezisztens
Preparátumok		
5FC 2	–	–
5FC 32	–	–
Ab 2	1	–
Ab 8	–	–
McZ 0,5	1	–
McZ 8	1	–
Keto 0,5	3	–
Keto 4	3	–
Itra 0,5	2	–
Itra 4	2	–
Fluc 8	2	1
Fluc 64	1	–

2. táblázat

Rezisztencia vizsgálatok Fungiteszttel

férfi partnereknél nem minden esetben azonosak a törzsek. A vaginalis váladék tenyészteti inkább a saját száj és bélflóra törzseivel egyeznek, mint a férfi partnerek törzseivel (13, 14).

28 *C. albicans* és 2 *C. glabrata* törzsnél rezisztencia vizsgálatot végeztünk (2. táblázat). 16 *C. albicans* rezisztens volt a ketoconazol, itraconazol vagy fluconazol egyes koncentrációira. Egy *C. glabrata* a fluconazolra volt rezisztens. A *C. glabrata* fluconazolra és itraconazolra de még voriconazolra is rezisztens lehet (3). A *C. krusei* *intrinsic* rezisztens a fluconazolra (8, 9, 11). Az omoconazol-nitráttal végzett vizsgálatokban egy esetben sem lehetett rezisztens sarjadzógombát kimutatni (1. ábra). *Mosse* és *Santoni* (17) megfigyelései is erre utalnak,



1. ábra

Resztencia meghatározások omoconazol nitráttal

Reakciók	Kezelés előtt	Kezelés után 1 hét múlva	Kezelés után 1 hónap múlva
Azonnali	14	6	2
Késői	5	9	9
negatív	24	28	32
pozitív reakció: $\geq 8,0$ mm			

3. táblázat

Intrakután candidin próba változása a kezelés hatására (n=43)

ugyanis 20 sarjadzógombánál szubinhibítoros omoconazol-nitrát koncentráció mellett sem találtak rezisztens gomba törzseket.

A Pangramin *C. albicans* antigénnel végzett intrakután allergiás bőrpróbák 33%-ban azonnali típusú reakciót mutattak, a késői reakciók előfordulása kisebb mértékű (11,6%). A bőrpróbák az esetek többségében (56%) negatívak voltak (3. táblázat). Az egészséges populáció 10-60%-ára – a népesség candida colonizációja miatt – pozitív reakció jellemző. A betegségben alkalmazott gyógykezelés hatására az azonnali típusú reakciók száma csökkent, a késői reakciók előfordulása mérséklődött, a negatív bőrpróbák pedig gyakoribbá váltak. Az egy hónapos utánvizsgálatnál a szóbanforgó változások még inkább szembetűnők voltak.

Az omoconazol-nitrát imidazol származék, amely hasonlóan az azol típusú antimycoticumokhoz (miconazol, econazol, tioconazol és ketoconazol) az ergosterin bioszintézist a 14 α lanosterin blokkolása révén gátolja. Szélesspektrumú gyógyszer, amely a sarjadzógombákra a tioconazol után a legnagyobb fokú gátlást gyakorolja in vitro. Hatása az econazzal azonos, a többi imidazol vegyületnél a gátlása erőteljesebb (16). A dermatophytonokkal szemben hatásosabb, mint a ketoco-

Tünetek	Kezelés előtt	Kezelés után 1 hét múlva	Kezelés után 1 hónap múlva
Fluor	40	3	3
Pruritus	43	8	3
Hyperaemia	43	7	4
Oedema	3	–	–

4. táblázat

A klinikai tünetek változása a kezelés hatására (n=43)

Törzsek	Kezelés előtt	Kezelés után 1 hét múlva	Kezelés után 1 hónap múlva
<i>C. albicans</i>	32	7	4
<i>C. krusei</i>	1	–	–
<i>C. parapsilosis</i>	5	2	–
<i>C. tropicalis</i>	2	–	2
<i>C. glabrata</i>	2	–	1
<i>C. kefyr</i>	1	1	1
negatív	–	33	35

5. táblázat

Mikológiai tenyésztések eredményeinek változása a kezelés hatására (n=43)

nazol, vagy a griseofulvin. A penészek közül elsősorban az aspergillusra hat. Jó hatásokkal alkalmazható a pityrosporum speciesek okozta kórképekben is (5, 10, 16, 17).

Az omoconazol-nitrát a vulvavaginalis candidosis mind akut, mind krónikus formájában – egyéb lokális szerek mellett – előnyös hatásokkal alkalmazható. A készítmény 150-300-900 mg-os hüvelykúp-

pok formájában van forgalomban (17). A vaginalis nyálkahártyáról minimális a felszívódása, de még 84 óra múlva is fejt ki antimycoticus hatást (23). A 900 mg-os koncentrációjú hüvelykúp hatásossága a tioconazzal azonos (89%-os, 17, 23). A vaginalis mycosisok klinikai szimptomáit minimálisra csökkenti. Vizsgálataink szerint a fluort figyelemre méltóan csökkentette, 43 betegből csak 3-nál (7,5%) maradtak fenn a fluoros tünetek az egy hetes és egy hónapos utánvizsgálatoknál (4. táblázat). A gyógyszer mind a viszketésre, mind a hyperaemiás beszűrődésre is előnyösen hatott. Az oedemás tünetek a kontroll vizsgálatoknál már nem állottak fenn. Mellékhatások: pruritus, égő érzés az esetek 1,7%-ban előfordulhatnak (17). Vizsgálataink során betegek a kezeléseket mellékhatások nélkül tűrték.

Az omoconazol-nitrát mikológiai gyógyulásra való hatása a klinikaihoz hasonlóan eredményes. Az egy hetes kontroll vizsgálatnál (5. táblázat) 33 beteg gombatenyésztése vált negatívvá (76,7%). Az egy hónapos utánvizsgálat alkalmával a betegek az esetek 82%-ában mikológiailag gyógyultak. Mosse (17) betegeinél a 900 mg-os hüvelykúp alkalmazása mellett 89%-os gombamentességet ért el. A recidívák esetlegesegek, az irodalmi hivatkozások 2-5%-os kiújulásról számolnak be (17, 23).

A candida speciesek vaginalis epithel sejtekhez való adherenciája elősegíti a kolonizációt, ezt követően megnő az invázió lehetősége, amely által a kórokozó behatol a szövetek mélyebb rétegeibe megteremtve az infekció kialakulásának feltételeit (2). Az adherenciát és a penetrációt a candidák extracelluláris enzimeik elősegítik, de ez a folyamat az invázióra is hatással van. A savi proteinázok a szerotum immunoglobulinjait (IgG, IgA) károsítják és alacsony pH mellett a candidák elszaporodását is beindítják. Az adherencia 25-28 °C-on nagyobb mérvű, mint 37 °C mellett. A hidrofobicitás és a sejtek stationer állapota növeli az adherencia készségét. A sarjadzógombák közül a *C. albicans* és a *C. tropicalis* rendelkezik a legnagyobb adherencia kapacitással (2). Az akut vaginalis mycosis esetek vizsgálatából kiderült, hogy az adherencia mértékében nem volt különbség az egyéb

vaginosisos esetekhez képest. A kezelés nem változtatta meg a candidák adherenciájának mértékét (6. táblázat).

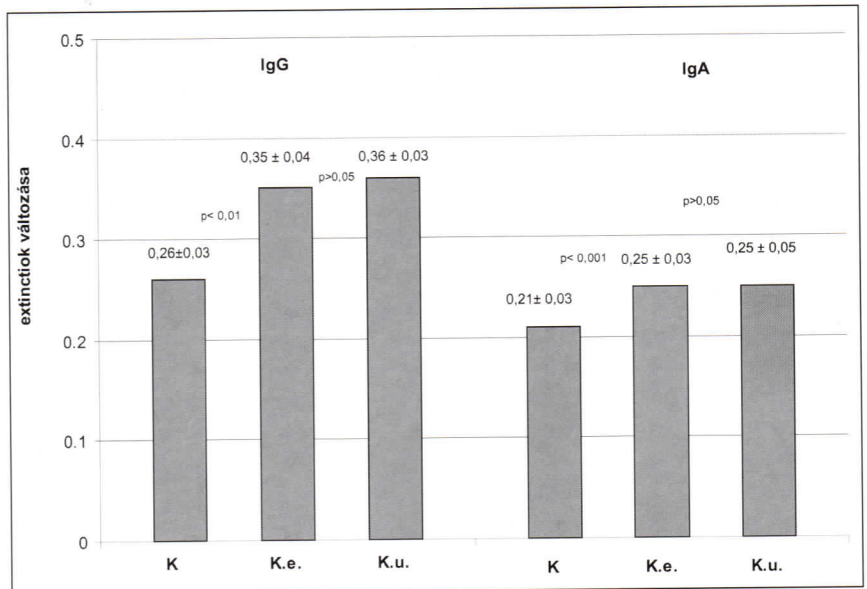
Az IgG, IgA típusú szekretorikus immunglobulinoknak az infekcióval szemben védőszerepet tulajdonítanak. A szekretorikus immunglobulinok a sarjadzógomba adherenciát gátolják (24). Az akut vaginalis mycosisokban a kontrollhoz képest mind a szekretorikus IgG, mind az IgA szintje fokozottabb. Az omoconazol-nitrát kezelés az egy hónapos kontroll vizsgálatoknál kapott értékeket figyelembe véve, a kiindulási értékeket nem változtatta meg (2. ábra). A szekretorikus IgA a fokozottabb védekezőképesség részjelenségeként a krónikus esetekben emelkedik meg (6).

Figyelembe véve az omoconazol-nitrát kedvező hatását a vaginalis mycosisok kezelésében, ezt a terápiás lehetőséget a jövőben a betegek szélesebb körében szeretnénk bevezetni. A krónikus esetekben a belső terápiák (fluconazol, itraconazol) mellett az omoconazol-nitrát mint jó hatásfokú lokál terapeútikum kerülhet alkalmazásra.

	Kontroll (n=17)		Betegek (n=43)	
		Kezelés előtt	Kezelés után	Kezelés után 1 hónap múlva
Adherencia átlag	4,5 ± 0,5	4,3 ± 1,6	4,0 ± 0,7	3,6 ± 0,5
Szignifikancia	p>0,05	p>0,05	p>0,05	

6. táblázat

Blastoconidiumok adherenciája a vaginális nyálkahártya epitel sejtjeihez



2. ábra

A szektoros IgG és IgA szintek változása a kezelésre ELISA módszerrel

IRODALOM

- Aly, R., Shinefield, H. R., Strauss, W. G., Maibach, H. I.: Bacterial adherence to nasal cells. *Infect. Immun.* (1977) 17, 546-549.
- Cotter, G. and Kavanogh, K.: Adherence mechanisms of *Candida albicans*. *Br. J. Biometric. Science* (2000) 57, 241-249.
- Czaika, V., Tietz, H. J., Schmalreck, A., Sterry, W. and Schultze, W.: Resistentbestimmungen bei Erregern chronisch rezidivierender vaginal Candidosen als Voraussetzung für eine effektive Therapie. *Mycoses* (2000) 43, (Suppl. 2) 45-50.
- Faergemann, J., Aly, R., and Maibach, H. I.: Adherence of *Pityrosporum orbiculare* to human stratum corneum cells. *Arch. Dermat. Res.* (1983) 275, 246-250.
- Guilhous, J. J., Labadie, F. and Santoni, A.: Omoconazole 1% cream in the treatment of superficial mycoses with single daily application. *Curr. Ther. Res.* (1992) 51, 396-401.
- Halmy, K.: Összehasonlító vizsgálatok és kezelési eredmények akut és krónikus vulvovaginalis candidiasisban *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2001) 1, 27-31.
- Honbo, S., Jones, H. E. and Artis, W. M.: Chronic dermatophyte infection evaluation of the Ig class-specific antibody response reactive with polysaccharid and peptide antigens derived from *Trichophyton mentagrophytes*. *J. Invest. Dermatol.* (1984) 82, 287-290.
- Hurley, R. and De Louvois, J.: *Candida* vaginitis. *Postgrad. Med. J.* (1979) 55, 645-647.
- Inci, R.: Antifungal ilaçlar. In: Topa Wilke A. Söyletir, G Doganay, M. (eds.) *Infeksiyon Hastahklan ve Mikrobiyoloji* Z. Baski Istanbul: Nobel Tip Kitabevleri 2002, 296-308.
- Itoyama, T.: In vitro antifungal activity of omoconazole nitrate, a new imidazole antimycotic. *Jap. J. Antibiotics.* (1993) 46, 1-12.
- Johnson, E. M., Warnock, D.W., Lucker, J., Poster, S. R., Sally, C.: Emergence of azole drug resistance in *Candida* from HIV infected patients receiving prolonged fluconazole therapy for oral candidosis. *J. Antimicrob. Chemother.* (1995) 35, 103-114.
- Mendling, W.: *Vulvovaginal Candidosis*. Berlin: Springer 1987.
- Mendling, W., Gutschmidt, J., Gatenberg, R., Andrade, M. P and Schönian G.: Vergleich der Stammspezifität von Hefepilzen verschiedener Lokalisation bei Frauen mit Vaginal Candidosen. *Mycoses* (1998) 41, (Suppl. 2) 23,25.
- Mendling W., Pinto, M., De Andrade, J., Gutschmidt, R. et al.: Strain specificity of yeasts isolated from different locations of women suffering from vaginal candidosis and their partners. *Mycoses* (2000) 43, 387-392.
- Mendling, W., and Seebacher, C.: Guildeline vulvovaginal candidosis: guildeline of the german dermatological society the german speaking mycological society and the working group for infections and infectimmunology of the german society for gynecology and obstetrics. *Mycoses* (2003) 46, 365-369.
- Mosse, M., Alric, M. P., Berceaux, M., Fourcine, N. and Salhi, A.: Vergleichende Studie über die fungistatische in vitro Wirkung von Omoconazol und sechs weiteren Imidazolverbindungen auf Hefepilze. *Path. Biol.* (1986) 34, 684-687.
- Mosse, M. and Santoni, A.: Omoconazole nitrate. *Drugs of today* (1989) 25, 453-457.
- Richardson, M. D. and Warnock, D. W.: *Fungal Infection – diagnosis and management*. 2 nd. edn. Oxford: Blackwell Science 1997, 78-93, 131-148.
- Schneider, J., Vicondi, J., Reguler, P., Quindos, G. et al.: Different antibody response against *Candida albicans* cell wall antigens in cervicovaginal secretions of patients with vulvovaginal candidiasis. *Gynecol Obstet. Invest.* (1990) 30, 174-177.

20. Sobel, J. D.: Epidemiology and pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* (1985) 152, 924-935.
21. Sobel, J. D., Faro, S., Force, R.W. et al.: Vulvovaginal candidiasis epidemiologic, diagnostic and therapeutic considerations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* (1998) 178, 203-211.
22. Urünsak, M., Ilkit, M., Evrüke, C. and Urünsak, I.: Clinical and mycological efficacy of single-day oral treatment with itraconazole (400 mg) in acut vulvovaginal candidosis. *Mycoses* (2004) 47, 422-427.
23. Vekemans, M., Combes, T. and Broekhuysen, J.: Persistence of omoconazole in human vaginal fluid. *Arzneim. Forsch. Drug. Res.* (1990) 40, 1263-1264.
24. Vudhiehamnong, K., Walker, D. M. and Ryley, H. G.: The effect of secretory immunoglobulin A on the in vitro adherence of the yeast *Candida albicans* to human oral epithelial cells. *Arch. Oral. Biol.* (1982) 27, 617-621.
- Érkezett: 2005- VII. 1.
Közlésre elfogadva: 2005. VIII. 29.

Hazai Hírek

A Magyar Dermatológiai Társulat Kontakt Dermatitis Munkacsoportja 2005. november 18-án a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika tárgyalótermében ez évi ülését megtartotta.

A munkacsoport ülésén az alábbi előadások hangzottak el:

- „Természetes anyagok szenzibilizációs hatásai” (*Temesvári E.*).
- „Tetoválás bőrgyógyászati vonatkozásai” (*Kohánka V.*).

A munkacsoport a fenti program szerint áttekintette és megtárgyalta a növényi és egyéb ún. természetes anyagok túlérzékenyítő allergénjeinek jellemző klinikai tüneteit, ezen allergének tesztelésekor felmerülő metodikai kérdéseit (tesztelésre használható anyag, koncentráció, bőrtesztek értékelése stb.). A tetováló anyagok mellékhatásainak ismertetése során a túlérzékenyítő hatás mellett a kivitelezés szabályozatlansága, a beavatkozások során jelentkező infekciók, valamint a már kora gyermekkorban alkalmazott tapaszok, matricák divatjának következményei és ezek szabályozására irányuló intézkedések tervezete is megbeszélésre került.

Budapest, 2005. november 20.

Dr. Temesvári Erzsébet
Kontakt Dermatitis Munkacsoport elnöke

Lang Eduard (1841–1916)

A magyarországi származású dermatológusok között *Kaposi Móric* volt a legjelentősebb a második bécsi iskolában, de mellette kiemelkedő jelentős egyéniség volt Lang Eduard is, aki a lupus kezelésével lett híres az orvostörténelemben. A Munkács megyei Klacsánó faluban született, ahol apja szegény földműves volt. Pesten a piarista gimnáziumba járt, és 1860-ban érettségizett. Utána Bécsben az orvosi fakultásra iratkozott be, és 1865-ben promoveált. Tanulmányait igen nehéz anyagi körülmények között végezte: szüleinek áldozatkészsége és a fiatal *Lang* elszántsága, akaratereje azonban eredményre vezetett.

Első munkahelyén a bécsi Rudolf kórházban segédorvosként dolgozott, és főleg a dermatológia iránt érdeklődött. Később a neves *Billroth* sebészeti klinikájára került. Ott ismerkedett meg *dr. Heinével*, az innsbrucki sebészeti klinika főorvosával. *Heine* meghívta őt osztályára, azzal az ígérettel, hogy nála készülhet dermatológiai szakvizsgára. Lang örömmel fogadta az invitálást, és 1871-ben már habilitált mint docens *Sebészet és szifilisz* címmel.

A következő évben kiterjesztették szakmáját a dermatológiára is, és 1873-ban rendkívüli tanári kinevezést kapott az innsbrucki egyetemen. Az újonnan épült klinika igazgatója lett. Hallatlan szorgalomról tett tanúbizonyságot. A közönség valamint a város vezetősége tisztelettel és megbecsüléssel fogadta a fiatal orvost. A városi tanács választott tagja lett, és ez nagy jelentőségű eseménynek számított, ha figyelembe vesszük, hogy magyar állampolgárságú zsidó volt a katolikus osztrák városban.

Munkásságának középpontjában a szifilisz kórokának és kezelésének kutatása állott. Ezen a területen is újat hozott: 1884-ben megjelent *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis* című munkájában ismertette egyéni álláspontját.

1866-ban nyilvános rendes tanár lett. 17 év után 1887-ben elhagyta Innsbruckot mivel kinevezték Bécsben az általános kórház II. sz. dermatológiai osztályának főorvosává. A bécsi kórház hatalmas beteganyagával újabb lehetőséget nyújtott neki, 1906-ban vonult nyugállományba, de tovább folytatta gyógyító munkáját életének utolsó napjáig.

Pályafutása, mint életműve, két részre osztható. Az innsbrucki korszak a szifilisz kutatásával kapcsolatos. Utalt arra, hogy a szifilisz fertőző lény okozhatja. Véleménye szerint a klinikai kép lefolyása is csak így magyarázható. Ő vezette be a szürke olaj, az *oleum cinereum* kezelést, amelyet injekció formában adott. 1897-ben adta ki a lupus kezeléséről szóló művét. Míg a dermatológia nagy alakjai, *Hebra*, *Kaposi*, *Auspitz* és *Neumann* azt állították, hogy a nemi betegségek a gonor-

rhoea és szifilisz egy és ugyanazon okra vezethetők vissza, Lang a dualitás teóriáját hangoztatta.

Bécsi korszaka a bőr tuberkulotikus fertőzésének, a lupusnak a kezelésével függ össze. Ez a baktérium felfedezése előtt gyógyíthatatlan volt. *Billroth* és *Heine* sebészeti osztályain szerzett képességét *Lang* is gyümölcsöztette, mélybe hatoló excisiókat végzett, és bőrátültetéssel fődte be a nagy sebeket. Úttörő volt a plasztikai műtétekben is. 1900-ban a párizsi nemzetközi kongresszuson mutatta be első eseteit, és ismertette módszerét, amely egy évtizedre világszerte meghatározta a kezelést. Ezen az ülésen ismertette *Niels R. Finsen* dán dermatológus a fénykezelés gyógyító hatását. *Lang* minden kezelési mód felhasználásával lupus gyógyintézeteket kezdett szervezni Ausztriában. A különféle országok beteget önzöltek hozzá; Ausztria lett a lupus kezelés központja.

1898-ban írta munkáját a lupus műtéti kezeléséről. *Das Lupus und dessen operative Behandlung* címmel. A mindennapos dermatológiai problémák mellett különösen a psoriasis kezelése foglalkoztatta.

Szakkönyvekkel gazdagította a tudományos irodalmat. Ezek több kiadást értek el. *Lehrbuch der Hautkrankheiten* (1902); *Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten* (1904). A betegek ezrei emlékeztek rá köszönettel és hálával, mivel visszaadta munkaképességüket.

A hivatalos megtiszteltetések sorában legfontosabbak a következők voltak: a császári Leopold Akadémiai tagsága, udvari tanácsos (Hofrat), a Vaskorona Rend Lovagja és a külföldi dermatológiai társaságok tiszteletbeli tagsága.

Lang szűkös körülmények között kezdte pályafutását, és nehezen küzdötte föl magát.

A céltudat és vasakarát segítette. Tisztességes, egyenes jellemű volt, aki az emberiség szolgálatában állott. Nem a szavak, hanem a tettek embere volt. Ő volt az egyedüli autodidakta professzor Bécsben. 1916-ban, halála évében, a Wiener Medizinische Wochenschrift címlapján *Ehrmann* professzor, aki szintén dermatológus volt, gyönyörű nekrológiában állított neki emléket.

Dr. Alexander Emed
Haifa/Israel

IRODALOM

1. *Lang E.* (1897) Ergebnisse der Lupusbehandlung Wien med. Wochenschr. 47, 1849-856.
2. *Lang E.* (1898) Die Resultate der operativen Lupusbehandlung. Wien Klin. Rundschau 13, 197-199.
3. *Lang E.* (1900) Die Resultate der Lupusexstirpation. Wien med. Presse 41, 1729-1741.
4. *K. Holubar* (1991) Eduard Lang und die Anfänge der operativen Dermatologie in Österreich H+H Band 66, Suppl. 3.

Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika 2005. január 13. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Tóth Béla dr.:

Disszeminált varicella zosterter fertőzés

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 70 éves nőbeteg anamnesisében tonsillectomia, petefészek gyulladása, specifikus folyamat miatt gátlószeres kezelés szerepelnek.

Befekvése előtt három héttel kezdődtek panaszai a jobb lábszáron bevérzéses jellegű tünet formájában, ezt megelőzően traumára nem emlékszik. A tünetek környéke erythemássá vált, viszketés jelentkezett, centrális erosioval. A tünetek a lábszárakról testszerte szóródtak. Tünetei jelentkezését megelőzően hurutos tüneteket észlelt.

Felvételekor a jobb lábszár mediális felszínén a kp. harmadban, félkör alakban felszínes ulcus, mk. lábszáron számos 0,3 cm átmérőjű palpálható purpura, a mellkason számos, a háton néhány papulopustula volt látható, mko. inguinalis hajlatban egy-egy 0,5 cm átmérőjű nyirokcsomót tapintottunk (1. ábra).

Laborvizsgálatai során anaemiát, balra tolt vérképet, eosinophiliát, emelkedett süllyedést, illetve CPK szintet észleltünk. Mellkas röntgenén emphysemát, specifikus maradványtüneteket észleltünk, illetve az aktivitás nem volt kizárható. Rutin szövettani vizsgálat necrotisalo vasculitis, illetve sepsis lehetőségét vetette fel, a szövettani



1. ábra

Mellkason, hason néhány papulopustula, számos centrálisan erodált, erythemás papula

direkt immunfluoreszcens vizsgálata C3 pozitív vasculitist írt le. HIV, RPR szerológia, haemocultura, köpet Ziehl-Neelsen festése elterést nem mutatott, tuberculin (PPD) normergias volt. Elektronmikroszkóppal kórokozót nem tudunk kimutatni. Vírusszerológia: anti-HSV IgM negatív, anti-HSV IgG: pozitív, anti-HSV-1 IgA pozitív, anti-HSV-2, anti-VZV IgM negatív, anti-VZV IgG pozitív, anti-VZV IgA pozitív.

A felvételnél látott klinikai kép alapján disszeminált varicella zoster vírus fertőzést diagnosztizáltunk parenterális acyclovir, illetve impetiginisatio miatt parenterális clindamycin terápiát indítottunk, mely mellett tünetei jelentősen javultak, illetve a klinikai diagnózist a vírus szerológiai vizsgálatok is alátámasztották.

Tabák Réka dr.:

Emlőtumor okozta áttét

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 82 éves nőbeteg anamnesisében ulcus duodeni, 1994-ben bal oldali combnyaktörés miatti szegezés és csavaros osteosynthesis, 1999-ben invazív ductalis carcinoma miatti emlőmegtartó műtét, egyidejű blokkdissectio, évek óta ismert hypertonia és súlyos osteoporosis szerepel, mely sorozatos kompressziós háti csigolyatörésekhez vezetett.

A fejtető bal oldalán 5 hónapja észlelt, panaszt nem okozó növedék miatt jelentkezett klinikánkon. Felvételekor a bal parietalis régióban tömött, 1,3 cm átmérőjű, lividvörös, bőrből félgömbszerűen kiemelkedő, felszínén teleangiectasiákat mutató, viszonylag mobilis terimét és mögötte-alatta ép bőrrel fedett, 3 cm átmérőjű, alapján fixált terimét tapintottunk. A tapintási lelet miatt elvégzett 2 irányú koponya-rtg. leírta, hogy bal oldalon az os parietale vetületében 3x5 cm-es területen a csontszerkezet kiradírozott, a corticalis eltűnt. Az anamnesis és a klinikai kép alapján felállított diagnózisunkat – emlőcarcinoma cutan metastasisa – a biopsziás anyag szövettani vizsgálata is igazolta.

A beteg az elmúlt fél évben 10 kg-ot fogyott. A jobb emlő pp. gyógyult hegvonalától cranialisan a mellkasfalhoz részben rögzült 2 cm-es, egyenetlen felszínű, tömött terimét tapintottunk, a jobb axillában 1 cm-es, lapos nycs-t. Felvételnél 2 hónappal megelőzően a beteg onkológiai osztályon feküdt mozgáskorlátozottságot is okozó deréktáji fájdalmak miatt, amelyek hátterében csontmetastasis nem igazolódott, konzervatív terápia mellett panaszai csaknem megszűntek. A zárójelentés azonban nem említi sem a hajás fejbőr, sem az emlő kóros statusát.

Különböző irodalmi adatok alapján a belszervi rákok 3-10%-ban adnak cutan metastasisat. (Az adatok eltérőek attól függően, hogy a vizsgált betegcsoportban van-e disszeminált metastatisatio.) 1%-ban a bőrátét a daganatos betegség 1. tünete. A belszervi rákok közül leggyakrabban az emlőrák ad bőrátétet. Majd a tüdő, a vese, a gastrointestinalis rendszer alsó szakasza és a petefészek következik gyakorisági sorrendben. Ha a hajás fejbőrön találunk cutan metastasisra gyanús képletet, az emlő, a tüdő, a vese és a pajzsmirigy a legvalószínűbb primer daganatforrásként. Az emlőrák áttétei kopasz területet okoznak az érintett részen, esetenként alopecia areatát utánozva. A vese és a pajzsmirigycc. hajás fejbőrre adott áttétei haemangiomaszerű növedékek lehetnek, klinikailag Kaposi-sarcomát utánozhatnak. Az emlőrák leggyakrabban a mellkas, hát bőrére ad cutan áttétet, de kiemelt helyen szerepel az arc, szemhéj, hajás fejbőr is. Az emlőrák leggyakrabban közvetlen terjedéssel vagy lymphogen úton környéki kis csomócskák formájában ad áttétet a bőrre. A narancsbőr-tünet a nyirokerekek érintettségének a jele. Az erysipelas carcinomatosa superficiális lymphogen metastasisok képe, melyek elzárják a nyirokereket, éles, fogazott szélű, gyulladtnak tűnő területek képé-

ben jelentkeznek. Ezek széles, merev réteggé folyhatnak össze, pán-cél- vagy sclerodermaszerűen övezve a mellkast. Ez a cancer en cuirasse. A clown-orr az emlő vagy bronchuscc. áttét különleges lokalizációjából ered, az orrcsúcs rhinophymára hasonló deformitását okozza.

Horváth Barbara dr.:

Disszeminált granuloma annulare

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikóráni és Bőronkológiai Klinika)

60 éves nőbetegünk távolabbi kórelőzményében ismert hypertonia, katarakta ill. prolapsus uteri miatti opusok szerepeltek.

2002-ben kezdődtek bőrtünetei a jobb felkar mediális felszínén. Tünetei jelentős progressziót mutattak, kis idő elteltével mindkét kézen, lábon, mellkason is megjelentek tünetei. Területileg illetékes bőrgyógyászati osztályon lichen ruber planus diagnózissal szisztémás Delagil, majd Neotigason, ill. lokális szteroid terápiában részesült sine effecto.

2004. júniusában hospitalizáltuk először betegünket. Akkori felvételi statusát mutatja a 2a, b, c, d. ábra. Szövetvettani mintavétel granuloma annulare típusos szöveti képét mutatta. A folyamat háttérében csökkent glükóztoleranciát igazoltunk. Az alkalmazott lokális hidratáló és gyulladáscsökkentő kezelést szénhidrát szegény diéta mellett ambulanter fotokemoterápiával egészítettük ki, amely mellett tünetei regressziós tendenciát mutattak. A beteg jelen felvételére további kivizsgálás céljából került sor. Rutin laboratóriumi vizsgálattal a diéta mellett normális vércukor szinteket, novumként emelkedett koleszterin szintet találtunk. A folyamat kiterjedt volta miatt a betegnél epicutan tesztlés végeztünk, az esetleges kontaktprovokáció kizárására, negatív eredménnyel.

A granuloma annulare (GA) először 1885-ben írták le először. Relatív gyakori kórkép, amelyben jellegzetes az erythemás papulák, plakkok, ritkán nodusok gyűrű alakban történő elhelyezkedése. A tünetek legtöbbször aszimptomatikusak. Gyakori gyermekekben, de felnőtteknél, elsősorban nőknél sem ritka. Egyes szerzők megfigyelték a tünetek szezonális, nyár elejei jelentkezését. A legtöbb esetben a folyamat „selflimited”, a betegek 80%-a nem számol be recidíváról. Diabeteses populációban a GA incidencia kétszerese a normál populációénak. Klinikailag 4 jól definiált formája ismert, a lokalizált, ez az esetek 50%-át teszi ki, a generalizált, a subcutan és a perforáló.

A generalizált forma az esetek kb. 15%-ban figyelhető meg, középkorú és idősebb felnőttek betegsége. HIV + betegeknél a leggyakoribb klinikai forma. Mélyebb szövetekre terjedve a generalizált GA destruktív arthritishoz, ill. a mély fascia, inak ízületek granulomatosis folyamatához és végül ankylosishoz vezethet. Generalizált GA esetében összefüggést találtak a HLA-A31 és a HLA-Bw35 allélekkel, míg lokalizált esetben nem volt ezen allélek incidenciájában eltérés a kontrollcsoportok között.

A GA-ban megfigyelt hisztopathológiai elváltozások háttérében a IV. típusú hiperszenzitivitási reakciót valószínűsítik. A megváltozott kollagén és elasztin egy antigén triggerként szerepel. Immunhisztokémiai vizsgálatokkal aktivált TH1 sejtek dominanciáját mutatták ki, melyek az ott felszabaduló IFN- γ és TNF- α forrásai. Az aktivált lymphocyták által termelt macrophag funkciót gátló citokinek hatására a macrophagok helyben maradnak. A sejtek olyan proinflammatorikus citokineket kezdenek termelni mint a TNF- α , elasztáz, kollagenáz, mátrixmetalloproteináz a kollagén és az elasztikus rostok további destrukciójához vezetve.

A GA diabetessel való kapcsolódása régi klinikai megfigyelés. Számos szerző számol be a szignifikánsan csökkent glükóz toleranciáról. Orális glükóz tolerancia teszt során a nemcsak 2 órás vércukorszint és maga a görbe volt emelkedett, hanem az 1 órás plazma inzulinszint és az inzulingörbe is. Ezzel ellentétben intravénás glükóz tolerancia teszt során az azonnali kibocsátott inzulin pool nem tért el a normálistól. Ezek az adatok alapján, a csökkent glükóz tolerancia mellett egy perifériás inzulin rezisztencia is fennáll a betegeknél.

A terápia szempontjából az irodalom monoterápiaként a szisztémás retinoid, ill. PUVA és re-PUVA kezelések jó terápiás effektusáról tesz említést. Kiemelendő, hogy ezek elsősorban a generalizált, terápia rezisztens esetekben választandó lehetőségek.



2a, b, c, d. ábra

Mindkét alkar hajító felszínén, combokon proximális túlsúllyal, a bokák feszítő felszínén 1-2 mm-es, ép hámmal fedett, helyenként annuláris elrendeződésben, livid erythemás, kissé kiemelkedő, beszárt, fénylő felszínű papulák, a felkarok laterális felszínén, a mellken, hason és a gluteális régióban hasonló halvány livid maculák.

Horváth Barbara dr., Hársing Judit dr., Wikonkál Norbert dr.:
Morbus Kaposi-Irgang
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika)

59 éves nőbetegünk távolabbi anamnézisében tonsillectomia, appendectomia, ulcus duodeni, majd H.pylori eradikáció szerepel.

A beteg elmondása szerint menopausát követően jelentkeztek tünetei szimmetrikusan, gluteális tájon. A beteget 1999-ben hospitalizáltuk első ízben, ekkor szövettani vizsgálat lupus erythematosus profundust igazolt. 2000-ben a beteg 1 évig Delagil terápiában részesült, amelyet azonban szemészeti szövödmények miatt meg kellett szakítani. Azóta lokális kezelésben részesül, amely mellett tünetei lassú regressziót mutatnak. Kiemelendő még az anamnéziséből a 2003 tavaszán diagnosztizált autoimmun hypothyreosis, jelenleg 50 µg/die L-Thyroxin szubsztitúcióban részesül.

A beteg jelen felvételekor igen kedvező, nagy fokban regrediált bőrtüneteket észleltünk. Elsősorban status felmérés volt a célunk. 2003. óta immunszerológiai paramétereiben konzekvensen emelkedett anti-TPO, anti-DNS, SS-A szinteket és kromatin-antitest pozitívítást észleltünk. Vérvképében eltérés nem volt, sülyyedése és 24 órás vizelet-fehérje ürítése a normál tartományban mozgott, serosa érintettség nem igazolódott.

A lupus erythematosus profundus, vagy lupus panniculitis a krónikus cutan LE egy csoportja. 1883-ban Kaposi írta le először subcutan csomók jelenlétét lupusos betegeknél, majd 1940-ben Irgang használta először a LEP kifejezést az irodalomban. Erre az igen ritka kórformára a perzisztens, jól körülírt nodusok jelenléte jellegzetes arci, fejtetői, mell, felkar ill. csípő lokalizációban. Epidermális eltérések ritkán figyelhetők meg, ilyenkor DLE-szerű elváltozás fedti a csomókat és ulceráció is előfordul. Maga a gyulladásos reakció a mély dermisben és a subcutisban található. Szövettanilag trabeculáris és lobularis panniculitis jellemzi, DIF-tal az alsó dermisben és a subcutan zsírban van érfestődés.

Az epidermis a nodusokkal szorosan összekapcsolódik és idővel a felszín lehúzódása vezet a besüppedéshez. A betegek közel 70%-nak vannak tipikus DLE-s, és 50%-nak vannak enyhe szisztematizációra utaló tünetei. Leggyakoribb differenciál diagnosztikai lehetőségek emlő esetében a mamma carcinoma, lineáris megjelenésnél a scleroderma, a morphea és a morphea profunda. Kiterjedt arci érintettség lipoatrophia látszatát keltheti.

A tünetek gyakran fájdalmasak.

A betegség pathogenezeise nem ismert. A 70 éves vége felé parmyxovírus részecskéket mutattak ki az elváltozásokban, mások genetikai parciális C2, C4 komplement deficienciákat észleltek LEP-es betegeknél. Ismert a kórkép rheumatoid arthritissel, Sjögren szindrómával, colitis ulcrosával, Hashimoto thyreoiditissel és thrombocytopeniás purpurával való asszociációja. Más szerzők a LEP-nek az SLE-hez való kapcsolatát kutatták. Egyik vizsgálatban 16 szövettanilag igazolt LEP-ben szenvedő beteget követtek évtizedekig. 2 beteg már a vizsgálat kezdetekor megfelelt SLE-nek az ARA kritériumok alapján. További 2 betegnél alakult ki SLE a későbbiekben. 75%-uk betegsége sosem teljesítette az ARA kritériumokat. Mindezek alapján, a szerzők szerint, a Kaposi-Irgang betegség egy enyhe lefolyású kórképnek tekinthető. Más adatok szerint a LEP-esek 24-59% előbb-utóbb SLE-be alakul, bár betegsége enyhe lefolyású. Hasonló arányokat találtak ázsiai populációkban is, de itt a betegek átlagéletkora jóval fiatalabb volt az európainál.

Magának a lupus erythematosus profundusnak nincs meghatározott autoantitest profilja. Az immunszerológiai paraméterek közül a legtöbb szerző az ANA pozitívítást hangsúlyozza, s bár a gyakorisága nagy szórást mutat (27-67%), abban valamennyi szerző egyetért, hogy az ANA+ betegeknél a szisztematizáció valószínűsége nagyobb. Emellett anti-DNS és RF antitestek jelenléte is jellemző, német szerzők ANCA pozitívítást találtak.

Kezelésében lokálisan is az agresszív terápia vezet. Erős lokális szteroidokat alkalmazva a kezdeti gyulladásos stádiumban a későbbi hegesedés mértéke csökkenthető. Szisztémásan antimaláriás szereket, terápia rezisztens esetben Dapsont lehet adni. Szisztémás szteroidot csak igen ritkán adnak, irodalmi adatok beszámolnak Tallidomid kedvező hatásáról is. Betegünket a ritka klinikai kép miatt mutattuk be.

Tóth Veronika dr., Somlai Beáta dr., Bottlik Gyula dr.,
Hársing Judit dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Amelanotikus melanoma malignum

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika)

Klinikánk ambulanciáján jelentkezett a 80 éves férfibeteg azzal a panasszal, hogy a felkarján lévő vérző, nem gyógyuló szövetszapórolat összepiszkítja az ingét.

Vizsgálatakor a bal felkaron 8 cm átmérőjű, kocsányos, exophyticus, rendkívül vérzékeny, amelanotikus tumort észleltünk. A tumor alapján 2 cm-es szakaszon élesen áttűnő pigmentcsík látszott (3. ábra).



3. ábra

Amelanotikus melanoma a felkaron

A klinikai kép alapján a diagnózis melanoma malignum volt.

A további vizsgálatok során negatív belgyógyászati státuszt észleltünk. Kórosan megnagyobbodott nyirokcsomó nem volt tapintható.

Laboreredményeiben lényeges eltérés nem volt, mellkas röntgenfelvétele negatív lett.

A tumort in toto eltávolítottuk, a szövettani vizsgálat eredménye a klinikai diagnózissal megegyezett: melanoma malignum, Clark IV., maximális tumorvastagság 38 mm, epitheloid sejttípus, mitózis index 22, gyulladás nincs, erodált daganat.

Ezt követően a beteg jó állapotban távozott klinikánkról, azonban kontrollvizsgálatra már nem jelentkezett, így további terápia, diagnosztikus lépésekre nem kerülhetett sor. Sajnos a tumor előrehaladt volta igen nagy mértékben valószínűsíti a metastasisok kialakulását. Az eset hangsúlyozottan felhívja a figyelmet a beteg, a család, a háziorvos felelősségének a szerepére.

Csikós Márta dr.:

Szery syndroma

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika, Budapest)

56 éves férfibeteg anamnézisében appendectomia, cholelithiasis, hyperuricaemia, gonarthrit, degeneratív gerinczületi elváltozások, a jobb kéz III. ujj traumás amputációja szerepel.

1998. szeptemberében testszerte erythema, pruritus jelentkezett. 1999. márciusában a SE III. sz. Belgyógyászati Klinikáján hospitalizálták, mély-izom bőriopsziás mintavétel szövettani feldolgozása cutan T-sejtes lymphomát igazolt. Crysta biopsziával nyert csontvelő mintában malignitást nem igazoltak, lymphocytosissal társult granulocytar-megakariocytar hyperplasiát írtak le. Belső szervek érintettségét nem találtak, mellkas rgt. és hasi UH vizsgálata eltérés nélküli volt.

1999. májusában kezeltük első alkalommal klinikánkon. Felvételekor a törzsön egybefüggő beszűrt, korpádzóan hámló erythema, a végtagokon közepes fokú infiltrált, erythemás, részben konfluáló plakkok, tenyéren és talpon lividvörös beszűródés, hyperkeratosis, rhagadok voltak láthatóak. A hajas fejbőr korpádzóan hámlott, kö-

römtünete nem volt. A nyak bal oldalán lévő megnagyobbodott nyirokcsomót eltávolítottuk, reaktív sinus histiocytosis és dermatopathiás lymphadenitis igazolódott, pozitív clonalis T-sejt receptor génátrendeződés mellett. A perifériás vér natív kenet vizsgálata eosinophiliát és 4%-ban atípusos, Sezary sejteknek megfelelő morfológiájú sejtalakokat írt le, a perifériás vér elektronmikroszkópos vizsgálata során is a lymphoid sejtek 4%-a felelt meg jellegzetes gyűrűformagvú Sezary sejteknek. CD4/CD8 ratio értéke extrém magas volt (32, 75). Mellkasi, hasi és kismedencei CT vizsgálata megnagyobbodott nyirokcsomókat észlelt mindkét oldali axilláris és inguinális régióban. A mediastinalis, retroperitonealis és egyéb hasi nyirokcsomók, a hasi parenchimas szervek nem voltak érintettek, agyi MR vizsgálata is negatív eredményt adott. RE-PUVA kezelést kezdtünk (50mg/die Neotigason, heti három PUVA kezeléssel) lokális szteroid kezelés mellett, melynek hatására az erythema és az infiltráció mérséklődött.

A későbbiekben interferon és alacsony dózisu per os szisztémás szteroid kezelésre térünk át, és átmenetileg Leukeran és Roferon adását folytattuk. 1999. decembere óta a bécsi AKH bőrgyógyászati részlegén OEP támogatással közel 70 alkalommal extracorporalis photopheresisben részesült. Az utóbbi 5 évben lassú javulás volt tapasztalható, az utóbbi fél évben bőre minimális erythema és felszarkadozó infiltrátum mellett szinte tünetmentes volt.

Hosszú tünetmentesség után 2004. tavaszától generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodás volt észlelhető. Mellkas rgt., hasi UH negatív volt, a jobb axilla egyik kiszélesedett corticalisú nyirokcsomójából FNAB mintavétel történt, a cytológiai vizsgálat csupán follicularis hyperplasiát igazolt. A lelet és a klinikai kép diszkrpanciája miatt 2004. novemberében a bal axilla nyirokcsomó biopsziáját végeztük, a szövettani vizsgálat nyirokcsomó-perifériás T-sejtes lymphomát igazolt, melynek morfológiája és fenotípusa mycosis fungoides/Sezary syndromának felelt meg. A szövettani molekuláris genetikai vizsgálata során immunoglobulin nehézlánc génátrendeződést nem mutattak ki, azonban a T-sejt receptor génátrendeződés vizsgálatok két klón expanzíóját észlelték. A flowcytometriai vizsgálat a nyirokcsomó immunhisztokémiával megegyezően T-sejtes túlsúlyt mutatott.

A nyirokcsomó biopsziát követő postoperatív subfebrilitás miatt alkalmazott Augmentin terápiát követően fellépő toxicodermaszerű bőrtünetek és láz miatt hospitalizáltuk ismét. Parenterális antibiotikum (Tavanic) kezelés mellett láza megszűnt, ekkor átmenetileg interferon (heti 3x6 ME Roferon A) és alacsony dózisu Prednisolon adása mellett bocsátottuk otthonába. A nyirokcsomó érintettség miatt, a beteget évek óta követő nemzetközi orvos csoporttal egyeztetve a terápiát módosítottuk, az interferont elhagytuk, és a szteroid (15 mg/die Prednisolon) mellett Leukeranra (4 mg) váltottunk, azonban emellett progressziót tapasztaltunk, testszerte infiltrált papulák és erythroderma jelent meg.



4. ábra

A felső végtagon kiterjedten plakkokká összefolyó, livid-erythemás 0,2-0,5 cm-es papulák

A beteget bőr állapotának progressziója miatt hospitalizáltuk ismét. Testszerte, erythrodermába hajlóan a mellkason és a háton, az alsó és felső végtagokon, az orcákon helyenként különálló, máshol kiterjedten plakkokká összefolyó, erythemás 0,2-0,5 cm-es papulákat és vérezékeny excoriatiókat észleltünk (4. ábra). A nyak mindkét oldalán és az occipitális régióban, az axillákban és a felkarok hajlító felszínén, az inguinában és a femoralis csatornában tömeges, tömött tapintatú nyirokcsomó konglomerátum volt tapintható. Hepatosplenomegaliát észleltünk. A beteg febrilis-subfebrilis volt, fokozott pruritusra, éjszakai izzadásra, alvászavarra és nyugalmi dyspnoera volt panaszos. Kivizsgálása során mérsékelt anaemiát, fokozott vvt. süllyedés értéket, normális fehérvérsejtszámot, és eosinophiliát (12%) észleltünk. Mellkas rgt. vizsgálata eltérés nélküli volt, hasi UH vizsgálata mérsékelt hepatomegaliát, és számos régióban kiszélesedett corticalisú nyirokcsomókat írt le. A perifériás vér CD4/CD8 ratio értéke normális volt, azonban a T-sejt receptor génátrendeződés vizsgálata pozitív eredményt adott.

A papulosus bőrtüneteket klinikailag az alapteregség progressziójának tartottuk, amit szövettani, immunhisztokémiai és molekuláris biológiai vizsgálatokkal is megerősítettünk.

Bevezető terápiként interferont (heti 3x3 ME Roferon A) és emelt dózisu per os szteroidot (32 mg/die Prednisolon), valamint antibiotikumot adtunk. A stáginghoz elengedhetetlen vizsgálatok komplettálása után cytostatikus kezelést tervezünk.

Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

2005. február 10. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Szandányi Réka dr., Hársing Judit dr., Somlai Beáta dr.,
Kárpáti Sarolta dr.:

Melanoma duplex

(Semmelweis Egyetem, ÁOK, Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

Idős nőbetegünk anamnézisében strumectomia, cholecystectomia, diabetes mellitus hypertonia, ISZB, háromér betegség szerepelnek.

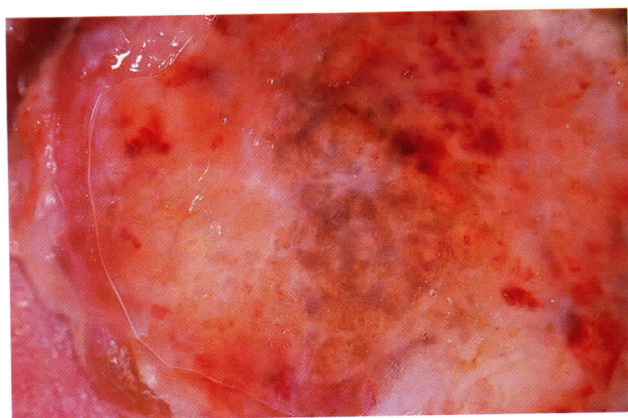
2004 nyarán észlelte a bal lábszár alsó harmadában mediálisan kialakult elváltozást, melyet a gyógyszerterápiában vásárolt szerrel otthon „fagyasztott”. Ezt követően a növedék vérezkenyvé vált, fokozatosan növekedett, utóbbi hónapban két kisebb elváltozást is észlelt kb. 10 cm-rel a korábbitól craniálisan illetve caudálisan.

Felvételekor a bal lábszár alsó harmadában mediálisan 3x3 cm-es, bőr szintjéből előemelkedő, nedvedző, amelanotikus tumort láttunk. (1. 2. ábra). Az elváltozás közelében két 0,5 cm-es livid, tömött tapintatú, bőr szintjéből előemelkedő nodust észleltünk.



1. ábra

A lábszáron a bőr szintjéből előemelkedő, nedvedző amelanoticus melanoma malignum



2. ábra

A daganat dermoscopic képe

Dg: amelanotikus nodularis melanoma, két cutan metastasis.

További vizsgálata során észleltük a bal lábszár dorsalis felszínén 2x3 cm-es, laposan kiemelkedő beszűrt, pigmentet tartalmazó, szabálytalan alakú plakkot, melyben dermoscopic vizsgálva sötétbarna pigmentrögöket, pontokat, centrálisan struktúramentes területet, bizarr lefutású finom ereket láttunk. Dg: SSM

Utánkövetéses vizsgálatokból kiderül, hogy a melanomás betegek 3-8%-ában alakul ki második melanoma malignum. Ez 25-szörös kockázatot jelent az átlagpopulációhoz képest. Ugyanazon a végtagon előforduló két melanoma irodalmi ritkaság.

Esetünkkel a melanomás betegek utánkövetésének, és alapos vizsgálatának kiemelkedő fontosságára hívtuk fel a figyelmet.

Tabák Réka dr.:

Angioneuroticus oedema

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 72 éves férfi felvételére ügyeletben sürgősséggel került sor. Felvétele napján kombinált ACE-gátlót és thiazid diureticumot tartalmazó tablettát kezdett szedni (Duopril = fosinopril + hydrochlorthiazid). Tejet, kávé, májas hurkát, bablevest fogyasztott. Este 9-kor indultak tünetei, éjfél körül mentővel érkezett a klinikára. Felvételekor fulladt, az ajkak, a bal orca extrém mértékben duzzadt volt. A törzsön, karon igen diszkrét, livedo rajzolatú erythemát láttunk. Tensiója 210/140 Hgmm volt normál pulzusszámmal. Ca-csatornablokkoló (nifedipin) adása után 2x0,3 ml s. c. Tonogent és 40 mg i. v. Solu-Medrolt kapott. Hajnali 5-kor fulladásra ébredt, az arci oedema szimmetrikussá vált, stridoros légzést észleltünk. Újabb 2x0,4 ml s. c. Tonogen és 80 mg i. v. Solu-Medrol mellett légzése javult. Másnap reggel a perzisztáló kifejezett arci oedema miatt kért gégeszeti konzílium újabb 250 mg Solu-Medrol mellett inhalatív szteroid, antihisztamin adását javasolta. Stridort nem észlelt, a nyelv és a garatívek statusa normális volt. A tünetek harmadnap reggelre fokozatosan enyhültek.

A betegnek 2000-ben jelentkezett először Quincke-oedemája, mely 1 nap alatt spontán szűnt, fulladással nem járt. 2001-ben 3 alkalommal volt ilyen epizódja. 2001-es, fulladás miatti hospitalizációjakor provokáló tényezőként reflux oesophagitis, élelmiszer-intolerancia, inhalatív tényezők (kőfaragó, nagy mennyiségű port lélegzett be, Prick-tesztel parlagfű, feketeürom érzékenység igazolódott), fogászati góc merült fel. A C1 észteráz inhibitor szint normális volt, a feltételezett HANO diagnózist nem támasztotta alá. 2003-ban feküdt még klinikánkon Quincke-oedema miatt. A tünetek hátterében ekkor pollen-expozíció, orális allergia szindróma merült fel. Ebben az időben szedett ACE-gátlót (captopril).

Az ACE-gátlók széles körben használt szerek a hypertonia és a szívelégtelenség kezelésében. Ismert és gyakori mellékhatásuk a száraz köhögés, ritkább az angioneuroticus oedema. Mindkét mellékhatás kialakulásában ugyanazt a hatásmechanizmust feltételezik, van azonban néhány érdekes és tisztázatlan eredetű tapasztalati tény. Az egyik, hogy mindkét mellékhatás kialakulhat röviddel a kezelés megkezdését követően, de tartós adagolás során is bármikor. Az angiooedema időnként hosszabb tünetmentes periódusokat követően visszatérően jelentkezik, ami ahhoz vezethet, hogy nem ismerjük fel az ok-okozati összefüggést. A másik megfigyelés, hogy bár a feltételezett mechanizmus azonos, a köhögés és az angiooedema nem ugyanazokban a betegekben alakul ki. A feltételezett mechanizmus: az ACE-inhibitor gátolja az angiotenzin (AT) I – angiotenzin II átalakulást, valamint részt vesz a bradykinin lebontásában. Így ACE-gátló adagolással a bradykinin, arachidonsav-metabolitok, prosztaglandinok, nitrogén-monoxid szintjét növeljük, melyek értágító, érpermeabilitást fokozó anyagok. Az angiotenzin II receptorblokkolók, mivel nem szólnak bele a bradykinin-útba, elvileg alkalmazhatók alternatív antihypertensivumként. Az erre vonatkozó klinikai adatok azonban nem teljesen egyértelműek. Köhögés és rhinitis kb. az ACE-gátlót szedők 20%-ában jelentkezik, angiooedema 0,1-0,68%-ban. Azon bete-

gek, akiknek anamnesisében idiopathiás angiooedema vagy C1 észteráz inhibitorhiány szerepel, veszélyeztetettek a gyakoribb és súlyosabb ilyen epizódokra, tehát esetükben célszerű elkerülnünk az ACE-gátlók adását. Az ACE-gátlók kiváltotta angiooedema nem, vagy nem kellőképpen reagál a szokásos szerekre. Esetismertetések beszámolnak ACE-gátlók kiváltotta angiooedemában a friss fagyasztott plazma (FFP) jó hatásáról. Az FFP angiotenzin konvertáló enzimet tartalmaz, így v.s. a felhalmozódott bradykinin lebontásában játszik szerepet. Egyes adatok az ACE-gátlók indukálta köhögés megelőzésében nifedipin megelőző hatását írják le. Esetünkben a nifedipin antihypertensív szerként való adása véletlen egybeesés, de szerepet játszhatott a Quincke-oedema megszüntetésében is.

Tóth Veronika dr., Marschalkó Márta dr., Ablonczy Éva dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Macskakarmolás betegsége (benignus lymphoreticulosis Cat-Scratch Disease)

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

30 éves nőbeteg 2005. februárjában jelentkezett klinikánk ambulanciáján.

Panaszai 2004. decemberében kezdődtek, 40 C-fokos láz kíséretében jobb hónaljában fájdalmas terimét tapintott.

Mellkas röntgen, mammográfiás vizsgálat történt negatív eredménnyel, az axilláris UH a jobb oldalon egy 26x16 mm-es és egy 17x11 mm-es patológiás nyirokcsomót véleményezett. Az UH vizsgálat során vékony tű biopszia is történt, ami reaktív, granulomatosus elváltozást írt le, malignitásra utaló jelek nem voltak láthatók. A cytológiai kép megfelelt macskakarmolás betegség okozta nyirokcsomó megnagyobbodásnak.

Klinikánkon ambuláns vizsgálata során a jobb kézháton az alkarra is ráterjedve, valamint jobb alsó végtagon több vonalas excoriatio, varral fedett erosio, a jobb kézen 0,8 cm-es erythemás papula látszott. A jobb axillában 3 cm-es nyomásérzékeny, mobilis terime volt tapintható (3. ábra). A beteg subfebrilitást, ízületi fájdalmakat, fejfájást, rossz közérzetet panaszolt.



3. ábra

Erythemás papula és excoriatiók a jobb kézháton, megnagyobbodott lymphoglandula a jobb axillában

A bőr és nyirokcsomó tünetek, valamint a cytológiai vizsgálat alapján macskakarmolási betegséget (cat-scratch disease) diagnosztizáltunk. Az anamézis felvételekor derült fény arra, hogy a beteg otthon macskát tart. A Bartonella szerológiai vizsgálat folyamatban van.

Terápiaként claritromycin (2x500 mg) kezelést alkalmaztunk. Mivel a betegnél előzetes gastroscopia során H. pylori pozitivitásra derült fény, a terápiát kiegészítettük a H. pylori eradikációs kezelésben alkalmazandó egyéb gyógyszerekkel, amoxycyllinnel (2x1000 mg) és omeprazollal (2x20 mg).

Horváth Barbara dr., Hársing Judit dr., Wikonkál Norbert dr.:

Pyoderma gangrenosum

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

47 éves betegünk távolabbi anamnézisében ismert és kezelt hypertonia szerepelt.

Jelen betegsége 2004 karácsonykor kezdődött a jobb arcfélen egy erythemás papulával, mely igen rapidan progrediált, kifehélyesedett. Lokális antiszeptikus kezelés hatására fekélye begyógyult. Azonban ezzel párhuzamosan újabb apró 0,5-1 cm-es fekélyek jelentkeztek occipitálisan, a kézen szimmetrikusan a II. metacarpophalangeális ízület felett, illetve egy fokozatosan, rapidan progrediáló a jobb comb mediális felszínén. A beteg felvételekor a jobb combon egy 10x7 cm-es, livid, alávájt szélű, erythemás haloval övezett, necrotikus alapú 3 mm mély fekélyt észleltünk.

A fekélyből ambulanter szövettani mintavétel történt, amely a klinikai diagnózist igazolta.

A pyoderma gangrenosumot Brocq írta le 1916-ban. Ritka kórkép. Etiológiája, pontos pathomechanizmusa a mai napig ismeretlen. Különböző immunológiai kórképekkel való társulása és az a klinikai megfigyelés, hogy szisztémás kortikoszteroid terápiára, ill. cyclosporinra jól reagál, az immunológiai mechanizmust valószínűsíti. Szinte valamennyi immunológiai effektor folyamat szerepe felmerül a pathogenezisben. A neutrophil és monocyták kemotaxis, phagocytosis abnormalitását, a hízósejtek aktivációját írták le. A cyclosporin hatékonysága bizonyítja a T-lymphocyták szerepét is. Egy másik új elmélet szerint egy eddig még ismeretlen autoantigen van jelen a bőrben.

A betegség leggyakrabban gyulladásos bélbetegségekkel, reumás ízületi megbetegedésekkel és haematológiai malignitásokkal társul. Régebben IBD-vel való asszociációját 30-60%-ra becsülték, ma ennél sokkal kevesebbnek gondoljuk.

A diagnózis a klinikai kép és a szövettanon alapszik. A kórkép terápiája az agresszív immunmoduláción alapszik. Az irodalomból ismert, hogy bár betegség aktivitása jól korrelál a gyulladásos bélbetegség aktivitásával, colectomiát követően a betegeknek csak kb. 1/3-a válik tünetmentessé, 1/3-nál szisztémás gyógyszeres terápia mellett mutatkozik regresszió, míg maradékuknál a terápia ellenére is progrediál a folyamat.

Betegünkönél sem az immunszerológiai vizsgálatok, sem a colonoscopia, sem az immunelfo eltérést nem mutatott. Így ő abba a nem kevés betegből álló csoportba tartozott, ahol a pyoderma gangrenosum hátterében más betegséget nem lehetett egyelőre kimutatni. Ezért véltük őt bemutatásra alkalmasnak.

Pónyai Katinka dr.:

Neurosyphilis. Paralysis progressiva

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

47 éves kamionsofőr férfibetegünk anamnézisében említésre méltó megbetegedés nem szerepel. 2003 szeptemberében észlelték először viselkedészavarát. Ekkor egy autótutat megszakítva a beteg 3 órán keresztül a kormányra borult, kontaktusba nem volt vonható. A későbbiekben több alkalommal elkóborolt, beszéde megváltozott, járása imbolygóvá, széles alapúvá vált. Figyelmetlenné, feledékennyé, ingerlékenyvé vált, környezete észlelte furcsa viselkedését. 2003 decemberében pszichiáter látta a beteget. Antidepresszáns terápiát javasolt, amely mellett progressziót észleltek.

2004 decemberében az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben vizsgálták személyiségváltozása, ill. progresszív dementia miatt. Neurológiai vizsgálata során minimális disarthrián, és széles alapú járáson kívül eltérést nem írtak le. Koponya CT-n és MRI-n enyhe frontális atrophia, SPECT vizsgálattal frontotemporalis perfúziós zavar ábrázolódott. Az agytörzsi kiváltott válasz (BAEP) vizsgálat a hallópályán definitív funkciózavart nem mutatott, EEG-n mérsékelt diffúz funkciózavar ábrázolódott. A liquorban emelkedett összfehérje szint, ill. kisfokú fehérvérsejtszám emelkedés mellett intrathecalis IgG szintézis volt verifikálható, barrier diszfunkcióval. Szérum, ill. liquor TPHA vizsgálat eredménye pozitív, HIV szerológiai negatív volt. Mindezek alapján neurosyphilis diagnózisát állított

ták fel. Felvételére Klinikánkra kezelés céljából került sor. EKG ill. echocardiographia cardialis érintettségét nem igazolt. Mellkas RTG-en kóros nem ábrázolódott. Fül-orr-gégészeti eltérést kimutatni nem tudunk. Szemészeti vizsgálat során szűk, egyenlő, fényre alig, accommodationa jól reagáló pupillát, ill. a jobb maculában hyperreflexivitást írtak le, amely miatt felmerült a látóideg érintettsége is. Emiatt a beteget VEP (vizuálisan kiváltott corticalis potenciál), és OCT (optikai koherencia tomográfia) vizsgálatokra előjegyeztük. Pszichiátriai konzílium történt a beteg kritikátlansága, és paranoid kényszerképzetei miatt: meglassult gondolkodást, betegségek, fertőzéstől való félelmet, szótlálási nehézséget írtak le, amely jellemző a neurosyphilisben megjelenő mnestic-intellectualis zavarra. Serum RPR, és TPHA vizsgálat pozitív eredménnyel zárult.

A beteget a jelenleg érvényben lévő módszertani levél alapján, 12 napon keresztül 4x6 ME iv. Penicillin G terápiában részesítettük. A kezelés során mellékhatást, általános tünetet nem észleltünk. A beteg gondozásba vétele megtörtént, kontroll liquor vizsgálatra előjegyeztük. Syphilisben a központi idegrendszer a betegség minden stádiumában érintett lehet, idegrendszeri szövödmény azonban leggyakrabban a fertőződés utáni 2-hét és 30 év között jelenhet meg.

Az acut lueses meningitis 6. héttől, 1 évig terjedő időtartamban alakulhat ki. Tünetei: vomitus, izgatottság, zavartság, epilepsziás rohamok, agyidegbénulások (VII., VIII.), ill. a meningovasculitisnek megfelelően a hajnali órákban fokozódó, NSAID gyulladáscsökkentőkre nem szűnő fejfájás, álmatlanság, nyugtalanság, koncentrációhiány.

Krónikus meningitis általában 2-20 évvel a fertőződés után jelentkezik. Tünetei: fejfájás, ill. a vascularis elváltozások miatt agyi ischaemiának megfelelő gócjelek. Fiatal, nem hypertoniás egyénnél, különösen, ha agytörzsi ischaemia tünete is jelen vannak gondolni kell a kórképre. Tabes dorsalis 15-30 évvel a fertőzöttség után alakul ki a betegek kb. 1,5%-ban. Meningealis fibrosis, ill. az idegyökökben krónikus gyulladás, majd hegesedés alakul ki. A gerincvelői hátsó rostokat érinti, a gerincvelő hátsó kötél degenerációjához vezet. Jellemző tünetei: hasi ill. alsó végtagi lancináló fájdalom, spinalis ataxia, Romberg-tünet, főként az alsó végtagok izületi helyzetérzés,

és mozgászavara- kakasjárás, tabes arthropatia. Az alsó végtagok mélyreflexei kiesnek, a mélyérzés zavarai miatt vizelési és széklet-tartási probléma, incontinentia, potencia zavar, hypaesthesia, malum perforans pedis jelenik meg. Szemészeti rendellenességek: izolált pupillatünet, anisocoria, pupillamerevség- iridoplegia reflectorica, Argyll-Robertson tünet.

Paralysis progressziva (dementia paralytica- krónikus lueses encephalitis) 10-25 évvel a fertőződés után jelenik meg. A központi idegrendszer érintett, súlyos agyi atrophia alakul ki. A központi idegrendszer szöveti képe jellemző a perivascularis infiltráció, gliosis, neuronpusztulás, microglia szaporulat, esetleg maguk a spirochaeták is kimutathatóak. Négy formáját különíthetjük el: 1. dementiával járó, 2. expanszív-agitativ, 3. depressziós, és 4. paranoid-hallucinatoros forma. Tünetei: dementia, emlékezetkiesés, kritikátlanság, személyiségváltozás, paranoid hallucinációk, téveszmék, psychosis, érzés-beszédzavar, aphasia, epilepszia, tremor, spasticitás, intellectus leépülése, hyperaktiv reflexek, szemészeti eltérések.

A diagnózis felállításához szükséges a liquor vizsgálata. Több mint 5 lymphocyt/mm³, 40 mg% feletti fehérje szint, fokozott liquor IgG szintézis, oligoclonalis gammopathia, ill. pozitív VDRL teszt esetén fogadható el a neurosyphilis diagnózisa. Az EEG-n mérsékelten lassult, esetenként izgalmi jelek, CT-n kéreg atrophia látható. Szemészeti, neurológiai, és fül-orr-gégészeti vizsgálatok elvégzése feltétlen javasolt. Terápiája: kristályos Penicillin G iv. 18-24 ME/nap 6 óránként elosztva 10-14 napig. 3 hónappal a kezelés után várható, hogy a liquorban a sejtszám, az összfehérje mennyisége, és a VDRL titer csökken. A gyógyulás jele, ha fél évvel később a sejtszám, és összfehérje normális, és a VDRL teszt negatív.

Az acut syphilitikus meningitis jól reagál, krónikus syphilitikus meningitis progressziója csökken a kezelés hatására. A paralysis progressziva egy éven belül megkezdve a kezelést jól reagál, azonban egy éves fennállás után a beteg demenciája visszafordíthatatlan. A tabes dorsalis prognózisa a legrosszabb, de a penicillinkezelés ebben is javulást hozhat.

Betegünket a jellegzetes klinikai kép, és a tanulságos kórtörténet miatt mutattuk be.

**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

Beszámoló a Német nyelvű Mikológiai Társaság 39. kongresszusáról

2005. szeptember 8-10. között Lipcsében rendezték meg a társaság évi kongresszusát, amelyen mintegy 200-an vettek részt. A kongresszus szervezője Dr. A. Rodloff a Lipcsei Mikrobiológiai Intézet vezető professzora volt. Az előadások két szekcióban zajlottak: az Egyetemi Klinikum központi épületében, valamint a bőrklinika előadótermében.

A kongresszus súlyponti témája az újabb antimycoticumok: a posaconazol, caspofungin, micafungin és az icofungipen ismertetése volt. A gyógyszerek bevezetését szükségessé tette az a tény, hogy a súlyos alapbetegségek mellett fellépő aspergillosisok, candidosisok és egyéb ritka kórokozók által okozott kórképek, mint az alternariosis, fusariosis, geotrichosis előfordulása gyakoribbá vált. Az eddigi terápiák: fluconazol, itraconazol, 5FC kitermelték a rezisztens törzseket. Az újabb gyógyszerek mind a candidosisban, mind az aspergillosisban a dimorf és a ritka kórokozók okozta kórképekben előnyösen vehetők be, különösen, ha azok a korábbi kezelésekre nem reagáltak.

Az előadások másik csoportja a molekuláris-biológiai eljárások előnyét hangsúlyozta a szerológiai és a gomba tenyésztési módszerekkel szemben. PCR-el a DNA, RNA kimutatása jóval specifikusabb és szenzitívebb, mint az ELISA technikával végzett antigén vagy antitest kimutatás. A diagnosztikában az egyes gombák elkülönítésében, valamint az epidemiológiai célból végzett vizsgálatokban a PCR jóval előnyösebb a tenyésztési módszereknél. Gyors módszerek, mint a DNA chip technológia 24 órán belül elkülöníti a fluorescens szenzitív kórokozókat. Az onychomycosis diagnosztikában a PCR-el egy napon belül 77%-os specificitású eredmény születik, szemben a 22%-os szenzitivitású tenyésztéssel, és a nem specifikus

mikroszkópos vizsgálattal összehasonlítva. A szabad választású előadások közül a dermatomikológiai vonatkozásúak tartottak széles körű érdeklődésre számot. A sportolók körében 2000 évben végzett felmérések szerint 1193 sportoló közül 160-nál fordult elő a lábmízkózis. Erosio interdigitalis 72 esetben, tinea pedig 7, onychomycosis pedig 122 esetben fordult elő. A leggyakoribb kórokozó a *T. rubrum*, a *C. albicans* és a *C. parapsilosis* voltak. Az életkorral együtt nőtt az infekciók előfordulási gyakorisága. Növekvőben van a Tinea incognita a lakosság körében, a legkülönbözőbb bőrbetegségekkel összetéveszhető, a pontos diagnosis több ízben csak hisztológiai vizsgálattal állítható fel.

A gomba allergiás megbetegedések világ és Európa szerte növekvőben vannak. Mintegy 80 gombatorzs okozhat allergiát, legtöbb megbetegedés az altemariától és a chladospóriumtól származik. Gyakori a polivalens szenzibilizáció is, az ascomiceták és basidiomiceták között keresztreakciók vannak. A kezelésükben az antiallergikumok mellett specifikus vakcina kezelések is alkalmazhatók, amelyek az IgE mediált esetekben eredményesek. A kezeléseket 10-12 hónapon át kell folytatni.

Az előadások mellett a színvonalas posterok növelték a kongresszus értékét. Posterem a krónikus dermatophyton fertőzések vizsgálataival és kezelésével foglalkozott. Az esetek nagy részében atopiával való társulás kimutatható. A terbinafin terápia a klinikai tüneteket javítja, a gomba tenyésztések negatívvá válnak, és a kórképre jellemző csökkent celluláris immunitás is az esetek felében javul.

A tudományos program mellett Lipcse város történelmi műemlékeinek megtekintésére is érdemes volt időt szentelni.

Halmy Klára dr

Jegyzőkönyv

A Magyar Dermatológiai Társulat vezetőségi üléséről Simmelweis Egyetem Elméleti Tömb 2005. december 8.

A Vezetőségi ülésen jelen voltak:

Prof. Dr. Husz Sándor (elnök), Prof. Dr. Kárpáti Sarolta (alelnök), Dr. Marschalkó Márta (főtitkár), Prof. Dr. Horváth Attila, Dr. Juhász István, Prof. Dr. Baló-Banga J. Máttyás, Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna, Dr. Battyáni Zita, Prof. Dr. Dobozy Attila, Prof. Dr. Horkay Irén, Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Károlyi Zsuzsanna, Prof. Dr. Kemény Lajos, Dr. Korom Irma, Dr. Oláh Judit, Dr. Remenyik Éva, Dr. Simon Gyula, Dr. Somlai Beáta, Dr. Szalai Zsuzsanna, Prof. Dr. Temesvári Erzsébet, Prof. Dr. Török László, Dr. Várkonyi Viktória, Prof. Dr. Schneider Imre, Dr. Nebenführer László, Prof. Dr. Farkas Beatrix, Dr. Kuhnyár Ágnes, Dr. Kása Margit

Meghívottként: Dr. Kovács János (volt pénztáros)

A Vezetőségi ülésről kimentette magát:

Dr. Morvay Márta, Prof. Dr. Simon Miklós

Napirendi pontok:

1. Pénztáros beszámolója
2. Pénztáros választás előkészítése
3. Szekcióalakítások, Felügyelő Bizottsági tagválasztás
4. MDT Alapszabály módosítás előkészítése
5. Jövő évi tudományos program megtárgyalása
6. Egyebek (Gerda Frenzt ösztöndíj, Alkotmánybírói ügy, határmenti magyarok, etikai kódex)

Elnöki megnyitó

Prof. Dr. Husz Sándor

Megnyitja a Vezetőségi ülést, köszönti a Vezetőséget.

Elmondja, hogy a Nagygyűlés szervezésével problémák voltak. Az előadások és az absztraktok küldésénél az időpontokat nem tartották be a szerzők, sőt néhány absztraktot később sem küldtek el. Így a Tudományos Bizottság nem tudott érdemben dönteni arról, hogy melyik előadás fogadható el előadásként és melyik poszterként, ezért a Tudományos Bizottság úgy határozott, hogy absztrakt nélküli előadást poszterként fogadták el. Ez a magyarázata annak, hogy több előadásként bejelentettek munka poszterként lett elfogadva. Azt kérte, hogy a következő Nagygyűlésen, az absztraktok beküldésének határidejét mindenki tartsa be, különben sem a programot nem lehet megfelelően összeállítani, sem a Szemle nem tudja leköszölni az absztraktokat időben. Legközelebb nem a MOTESZ-hez kell beküldeni az absztraktokat, hanem az MDT irodájába.

Bejelenti, hogy a Szakdolgozói szekció munkáját megkezdte. Nagyon jó programot sikerült összeállítani, a Millennium Hotelben lesz a Szakdolgozói szekció tudományos ülése. Nagy az érdeklődés, az előzetes információk alapján 160-180 szakdolgozó jelentkezett. Úgy gondolja, hogy minden évben ugyanilyen formában, a Nagygyűléssel egy időben lehetne megtartani a szekcióülést. Szavazásra bocsátja, hogy a Vezetőség egyetért-e ezzel az elgondolással. A Vezetőség egyhangúan megszavazta, hogy a Szakdolgozói szekció a Nagygyűléssel egy időben legyen megtartva a jövőben is.

A szakdolgozók nem fizetnek tagdíjat, az MDT mellett működnek és működésüket az MDT támogatja. Ez azért lényeges, mert ha MDT tagok lennének, az megnövelné az MDT taglétszámát, és így a külföldi kötelezettségeink nagymértékben megnövekednének.

Elmondja, hogy a nyugdíjasok eddig ingyen vehettek részt a Nagygyűlésen. Javasolja továbbá, hogy a hallgatók is – egyre több hallgató van, aki szeretne részt venni a Nagygyűlésen – ingyen látogathassák a rendezvényt. Szavazásra bocsátja, a hallgatók ingyenes részvételét. A Vezetőség egyhangúan megszavazta.

Dr. Marschalkó Márta: Javasolja, hogy a rezidensek, akik előadást tartanak, ingyen vehessenek részt a Nagygyűlésen.

Örömet fejezi ki, hogy ki számít rezidensnek.

Prof. Dr. Husz Sándor: Szavazásra bocsátja, hogy rezidensek, szakorvos jelöltek és Ph.D hallgatók, akik első előadók vagy poszterben első szerzők, ha a munkájukat a Tudományos Bizottság elfogadja, ingyen vehessenek részt a Nagygyűlésen.

A Vezetőség egyhangúan elfogadta a javaslatot.

Örömet fejezi ki, hogy több határon túli magyar részt vesz meghívott vendégként a Nagygyűlésen.

Kéri, hogy a Fekete Zoltán Alapítvány az előadások és absztraktok bejelentésének határidejét figyelembe véve döntsön a pályadíjról.

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás: Nincs akadálya, előbbre hozzák a beadási határidőt. **1. Pénztáros beszámolója**

Dr. Marschalkó Márta: Felkéri Dr. Kovács Jánost, hogy a 2005. szeptember 1-ig terjedő időszakban végzett pénztárosi tevékenységéről számoljon be.

Dr. Kovács János: Elmondja beszámolóját, amely a 2005. január 1. és szeptember 1. közötti időszakot foglalja magába (A beszámoló csatolt 1. sz. mellékletben)

Prof. Dr. Husz Sándor: Megköszöni Dr. Kovács János beszámolóját és megkéri, hogy azt a közgyűlésen is ismertesse.

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás: Kérdezi, hogy a 2004 évi EADV Kongresszusnak az MDT-t illető hányada miért ilyen későn folyt be.

Prof. Dr. Husz Sándor: Nem a MOTESZ hibája, az EADV vezetőségben nem tudtak megegyezni, hogy hova utalják a pénzt. Adózási probléma volt Luxemburg, Svájc és Brüsszel között.

Dr. Marschalkó Márta: Ismerteti a 2005 szeptember 1.–október 31-ig történt pénzügyi akciókat (*ld. 2. sz. melléklet*). Eszerint a tendencia ugyanaz, amit Kovács doktor elmondott.

Kötelezettségeket fizettünk ki, megérkezett néhány kintlevőségünk és október 31-én 11.174 ezer forint van az MDT számláján.

Dr. Katona Mária volt megbízva a pénztárosi funkció ellátásával, erről a rövid időszakról egy rövid beszámolóval kiegészíti Kovács doktor beszámolóját.

Dr. Kovács János: megköszöni a Vezetőség figyelmét és elhagyja az ülést.

2. MDT pénztáros választás előkészítése

Dr. Marschalkó Márta: Dr. Katona Mária volt megbízva az MDT pénztárosi funkció ellátásával az átmeneti időszakra.

A pénztáros választás szempontja, hogy az MDT Elnöke, Alelnöke dolgozni tudjon a következő pénztárossal. Egy jelöltre, Erős Nóra doktornőre érkezett javaslat Kárpáti professzor asszonytól. Erős Nóra doktornő ezt a funkciót el is vállalta, Katona Mária doktornő nem kívánja magát jelöltetni a funkcióra.

Prof. Dr. Husz Sándor: Van-e valakinek kérdése, megjegyzése ezzel kapcsolatban.

Dr. Marschalkó Márta: Dr. Erős Nóra a Budapesti Bőrklínikán dolgozik. Miskolcon Károlyi főorvosnőnél volt adjunktus. Sokszor szerepelt a Társulat tudományos ülésein, több nemzetközi díjat is nyert. Tavasszal került fel a Budapesti Bőrklínikára, azóta itt ugyanolyan megbízhatóan és aktívan dolgozik.

Prof. Dr. Husz Sándor: Károlyi főorvos nőnek van-e megjegyzése.

Dr. Károlyi Zsuzsanna: Kiváló, precíz kolléganő, biztos alkalmas erre a funkcióra.

Prof. Dr. Husz Sándor: Szavazásra terjeszti, hogy a Vezetőség támogassa-e Erős Nóra doktornő MDT pénztárosi funkcióra jelölését.

A Vezetőség egyhangúan támogatja a jelölést.

3. Szekcióalakítások, Felügyelő Bizottsági tagválasztás

Dr. Marschalkó Márta: az MDT Alapszabálya szerint szekciót úgy lehet alapítani, hogy két tudományos minősítéssel rendelkező személy javasolja a szekció létrehozását és a létrehozandó szekció minimum 10 fő alapítótagsággal rendelkezik. Két szekcióról van most szó, az egyik a magánbőrgyógyászok szekciója, amely a szeptemberi Vezetőségi ülésünkön megalakult. Azért kell ezt a Közgyűlésen elfogadtatni, hogy az Alapszabályt módosítani lehessen. A másik a szakdolgozók szekciója. Ezzel a szekcióval nem ilyen egyértelmű a helyzet, mert a tagok nem fizetnének tagdíjat részben azért, hogy a Társulat ne legyen nagyobb létszámú a nemzetközi kötelezettségek miatt, valamint a szakdolgozóknak ne kelljen anyagi terhet felvállalniuk. A Társulat ügyvédje levélben tájékoztatott, hogy jogilag azt látná helyesnek, ha a szakdolgozói szekció hivatalosan, alapszabály szerint nem jönne létre, ellenkező esetben ugyanolyan jogai és kötelezettségei vannak, mint a többi szekciónak. A jegyzőkönyvben rögzíthető, hogy ez a szekció megalakult, de nem minősül a Társulat teljes jogú szekciójának.

Prof. Dr. Hunyadi János: Legyen a neve Szakdolgozói Munkacsoport, és deklarálni kell az előbb elmondottakat is.

Dr. Marschalkó Márta: Ezt az Alapszabályban is rögzíteni kell.

A Felügyelő Bizottság elnöke jelezte, hogy a FB két tagját meg kellene választani. Erre a Vezetőségnek van joga, a szavazást nem kell a Közgyűlés elé vinni. Három jelölt van: Daróczy professzor asszony, Szegedi Andrea tanárnő és Wikonkál Norbert adjunktus úr. Mindhárom kolléga elfogadta a felkérést.

Prof. Dr. Husz Sándor: Megkérdezi, ezen kívül van-e még más jelölt.

Dr. Marschalkó Márta: Egyéb jelölt nincs, a szavazócédulák szétosztásra kerülnek. Az egyik nevet egyértelműen ki kell húzni.

Gaal Olga: A FB tagok szavazásának eredménye: Daróczy professzor asszony 13 szavazatot kapott, Szegedi doktornő 17-et és Wikonkál adjunktus úr 14-et.

Dr. Marschalkó Márta: Tehát akkor dr. Szegedi Andrea és Wikonkál adjunktus úr lesz a FB tagja.

Az MDT Alapszabálya előírja, hogy a Közgyűlés választja meg a Vezetőség választást megelőző évi közgyűlésen a Jelölő Bizottságot.

Prof. Dr. Husz Sándor: Mivel addig újabb Közgyűlés már nem lesz, azt kéri, hogy a Vezetőség most javasoljon tagokat a következő évi Vezetőség választás előkészítésére, akiket a Közgyűlés elé terjesztünk elfogadásra. A jelöltek minden területet képviseljenek.

Prof. Dr. Dobozy Attila: Javasolja Korom Irma főorvosnőt, Battyáni tanárnőt, akik a jelölést elfogadják.

Temesvári tanárnő, Török professor úr is elfogadja a jelölést.

Nebenfűrer főorvos Hunyadi professor úr az FB tagok szavazásától teszi függővé, hogy Szegedi doktornőt vagy Remenyik tanárnőt javasolja-e.

Prof. Dr. Husz Sándor: A jövő évi jelölő bizottság tagjai tehát a következők: Korom Irma főorvosnő, Battyáni Zita tanárnő, Temesvári professzor asszony, Török László professor úr, Remenyik Éva tanárnő. Ha nincs más javaslat, akkor az öt személyre egyöntetűen kéri a Vezetőség szavazását.

A Vezetőség egyhangúan megszavazta a jelölő bizottságot. Ezek a nevek kerülnek a Közgyűlés elé, de természetesen a Közgyűlés még javasolhat jelölteket.

Dr. Marschalkó Márta: Az EADV Spring Symposium, Gerda Frentz ösztöndíjára a jelentkezési határidő december 15, eddig nem érkezett jelölés. Minden évben előbb kell az absztraktot beadni és utána lehet az ösztöndíjra pályázni. Kéri a vezetőségi tagokat, hogy a jövőben erre figyeljenek.

Az Alkotmánybíróságra készült, a magánorvosok receptírási korlátozásával kapcsolatos beadványra válasz érkezett. Az időközbeni törvénymódosítás miatt ennek a jelentősége annulálódik.

Prof. Dr. Kemény Lajos: Javasolja, hogy ez a Közgyűlés előtt is hangozzék el, - mert a Szemlében nem biztos, hogy mindenki elolvasta azt, hogy a Társulat Vezetősége és a Szakmai Kollégium a magánbőrgyógyászok érdekéért kiállt.

Prof. Dr. Husz Sándor: Kárpáti professzor nő levélben javasolta, hogy támogassuk az Országos Tudományos Diákköri Tanács Budapesti konferenciáját. Amennyiben a Vezetőség jóváhagyja, egy tudományos díjat felajánlunk.

Prof. Dr. Dobozy Attila: Jogosnak tartja, 20 ezer forintot javasol. Javasolja, hogy a többi egyetem TDK konferenciáját is támogassuk. Négy egyetemre összesen 80 ezer forint.

Prof. Dr. Husz Sándor: Szavazásra bocsátja Dobozy professzor úr javaslatát, hogy mind a négy egyetem diákköri konferenciájának ajánljon fel a Társulat egy különdíjat, ami az MDT különdíja lenne.

Prof. Dr. Dobozy Attila: Meg kell határozni, hogy ki nyerheti el a díjat.

Dr. Marschalkó Márta: Mindenképpen legyen bőrgyógyászati vonatkozása.

Prof. Dr. Husz Sándor: Szavazásra bocsátja, hogy ilyen formában egyet ért-e a Vezetőség a javaslattal.

A Vezetőség egyhangúan egyetértett a javaslattal, a társ egyetemetket értesíteni kell a döntésről.

Dr. Marschalkó Márta: Kéri, hogy küldjék el a Tudományos Diákköri Tanácsok pontos címét, a referens személyeket és értesíteni fogjuk őket.

Prof. Dr. Husz Sándor: A Nagygyűléssel kapcsolatban felhívja az elnökök és az előadók figyelmét, hogy az időpontokat szigorúan be kell tartani, hogy maradjon idő a hozzászólásokra is.

Tájékoztatja a Vezetőséget, hogy a Vezetőségi ülés előtt Szerkesztő Bizottsági ülés volt. Felmerült, hogy a Szerkesztő Bizottság összetételét változtatni kellene. Megkéri Temesvári professzor asszonyt, hogy vázolja a problémát.

Prof. Dr. Temesvári Erzsébet: a Szerkesztő Bizottság tagjai közül jó néhányan nem vesznek részt aktívan a Bizottság munkájában, évek óta még bizottsági üléseken sem jelennek meg. Aktuális lenne új tagokat delegálni a Szerkesztő Bizottságba, hogy a lap munkája megfelelő szinten folytatódhasson. A nemzetközi hírnevet növelné, ha külföldön élő, magyarul jól beszélő kollégák részt vennének a munkában. *Ifj. Dr. Simon Miklós* és *Anikó Black* merültek fel. Őket most kellene a Vezetőségnek megszavazni. A megújulásról pedig a következő Vezetőségi ülésen kellene dönteni.

Prof. Dr. Farkas Beatrix: Felmerült egy jól magyarul beszélő, szakmailag is elismert nemzetközi lektor bevonásának lehetősége. Professzor *Frau Birnbam-ot* (Izrael, Haifa) javasolja.

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás: *Peter Kohl-t* javasolja a Szerkesztő Bizottságba.

Prof. Dr. Hunyadi János: Azt javasolja, hogy a Vezetőség a további személyekről a döntést halassa el, mert több jelölt lehet még. Elhamarkodott döntés esetén esetleg fontos emberek kimaradnak, túl nagy listát nem lehet összeállítani. Aki nem volt aktív a Szervező Bizottságban, annak kell írni egy köszönőlevelet. Az elhangzott két javaslattal egyetért.

Prof. Dr. Schneider Imre: Egyetért az előző javaslattal

Prof. Dr. Temesvári Erzsébet: Mindenképpen nagy segítség lenne, ha a két új embert most megszavazná a Vezetőség. Kéri az Elnök Urat, hogy erről levélben értesítse őket, és azután felveszi velük a kapcsolatot.

Prof. Dr. Farkas Beatrix: Két listát kellene összeállítani. Az egyik tartalmazná a Szerkesztő Bizottsági tagokat, a másik a nemzetközi lektorokat.

Prof. Dr. Török László: Egyet ért Hunyadi professzorral, de meg kellene kérdezni a jelölteket, hogy elvállalják-e.

Prof. Dr. Husz Sándor: Simon professzor és Black Anikó főorvosnő elvállalná.

Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna: A lektorságra nem kell szavazni, mert a Szerkesztő Bizottság eldönti, hogy az illetőt felkéri egy anyag lektorálására, vagy levélben megkérdezi, hogy esetleg vállal-e rendszeres lektorálást. A Szerkesztő Bizottsági tagság egy másik dolog.

Prof. Dr. Husz Sándor: Kérdezi a Vezetőséget, hogy most szavaznak-e a már biztos két névről.

Javasolja egy ad hoc bizottság megalakítását, amely a Szerkesztő Bizottság átalakításával kapcsolatban tájékoztodik és a Főszerkesztő asszonnyal egyetértve javaslatot tesznek a következő Vezetőségi ülésen. Az ad hoc bizottságba javasolja Bata tanárnőt, Hunyadi professzor urat, Várkonyi tanárnőt, a kórházak részéről Török professzor urat. Ez a négytagú bizottság és a Főszerkesztő asszony előterjesztést tennének a következő Vezetőségi ülésen az új Szerkesztő Bizottságról. Szavazásra bocsátja a döntést. A Vezetőség egyhangúan elfogadja az ad hoc bizottság létrejöttét.

Szavazásra bocsátja, hogy Dr. Simon Miklós professzor tagja legyen-e a Szerkesztő Bizottságnak. A Vezetőség megszavazza Simon Miklós professzor tagságát.

Szavazásra bocsátja Black Anikó doktornő Szerkesztő Bizottsági tagságát. A Vezetőség megszavazza Black Anikó főorvosnő tagságát.

Szintén a Szerkesztő Bizottsági ülésen merült fel, hogy a nívódíjak összegét 40 ezer forintról emeljék fel 50 ezer forintra. A Vezetőség egyetért a javaslattal.

Felmerült a Főszerkesztő asszony és a Szerkesztő asszony díjazása. Ezzel kapcsolatban már volt egy Vezetőségi határozat a nettó bevétel 10%-áról, ennek végrehajtása elmaradt. Mivel a Szemle eredményesen és nyereséggel működik, jogos valamilyen formában a két Szerkesztő asszonyt díjazása.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: Régebben valamilyen díjazásban részesültek, de ez megszűnt. A 10%-ot jónak tartja megosztva kettőjük között vagy külön-külön, feltétlenül javasolja a díjazást.

Dr. Szalai Zsuzsanna: Feltétlenül támogatja a javaslatot.

Dr. Simon Gyula: Annak idején nem a nettó árbevétel, hanem a nettó nyereség 10%-a volt díjazásra szánva, tehát az előállítási költség le volt vonva.

Prof. Dr. Husz Sándor: A könyvelővel majd tisztázni kell, hogy a díjazás szabályos formában legyen kiutalva.

Dr. Marschalkó Márta: A Szerkesztő bizottsági ülésen a titkárnő díjazásának emelése is felmerült.

Prof. Dr. Temesvári Erzsébet: Három hónap múlva erre a kérdésre visszatérünk, mert új munkaerő.

Prof. Dr. Husz Sándor: Egy év múlva döntsünk a fizetés emeléséről. **Prof. Dr. Hunyadi János:** A három hónapos intervallumot tartja jónak.

Dr. Kuhnyár Ágnes: A Vezetőség szavazzon meg a Szerkesztő Bizottság két tagjának egy tiszteletdíját, mely ne nyereség százalékos legyen.

Prof. Dr. Dobozy Attila: A százalékos díjazást tartja jónak, - a Szemle bevételéből az így kiszámított összeg az elvégzett munkához képest így is csekély.

Prof. Dr. Husz Sándor: Felteszi a kérdést, hogy Dobozy professzor úr javaslatát, mely szerint a nyereség 10%-a + járulékok lenne a juttatás mértéke, a Vezetőség elfogadja-e. A Vezetőség egyhangúan megszavazza Dobozy professzor úr javaslatát.

A 2006 évi szakmai rendezvényekkel kapcsolatban megkérdezi, hogy az előre kiosztott listán kívül van-e még valamilyen rendezvény.

Prof. Dr. Farkas Beatrix: Német-magyar ülés lesz Münsterben 2006. április 4-6-án, egybekötvé a Dermato-Farmakológiai X. kongresszussal, amely 5-én lesz. A szervezést Luger professzor úr intézte végzi. A jelentkezési határidő december 15. Az absztrakt beadási határideje március 1.

Absztraktokat dermató-kozmetológia, ráncatlanítás, egészségügyi ökonómia a dermatológiában, a helyi kezelés, sebgyógyulás, farmakológiai technológiák és bio-farmakológia, dermató-farmakológiai kémia, biokémia és biológia, dermató-kozmetikumok, dermató-farmakológia és dermató-terápia köréből várnak.

Három fő csoportot soroltak fel: dermató-chirurgia, onkológia, dermató-farmakológia.

A németek a költségek jelentős részét térítik: 4-5-6-ra biztosítanak szállást, az esti programok ingyenes látogatását és a kongresszuson való ingyenes részvételt.

Minden évben megszavazza a Vezetőség, hogy melyik intézet kb. hány fővel vesz részt. A támogatás azoknak jár, akik aktívan részt vesznek.

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás: Nincs még kuratóriumi határozat, de támogatást tud nyújtani a kiutazók számára a Fekete Zoltán Alapítvány.

Prof. Dr. Husz Sándor: Kérdezi, hogy a Vezetőség az MDT költségvetéséből szintén ad-e támogatást, ugyanúgy, mint megelőzően.

Prof. Dr. Kemény Lajos: Akkor lehetne erről dönteni, amikor már ismert, hogy hányan akarnak menni, mert 50 ezer forintos támogatást fizetni 40 ember után egy kicsit problémás lenne. A mások dolog, hogy meg kellene nézni, hogy kik voltak azok, akik két évvel ezelőtt lefoglalták a szállást, nem mentek el és nem is mondták le, és ezért kínos helyzetbe kerültünk a kifizetett szállások miatt.

Prof. Dr. Husz Sándor: Kéri, hogy Farkas professzor asszony és Kemény professzor úr ezzel kapcsolatban tegyenek javaslatot a Vezetőségi ülésre, és ha másképp nem megy, akkor e-mailes szavazással fog a Vezetőség dönteni, hogy egyetért-e vagy nem.

Prof. Dr. Farkas Beatrix: A német szervező titkárság december 15-re szeretné tudni, hogy hány magyar résztvevőre számíthatnak.

Prof. Dr. Husz Sándor: Kérdezi, hogy a programokkal kapcsolatban van-e még valakinek bejelenteni valója.

Dr. Szalai Zsuzsanna: Azt tervezi, hogy a prof. Török Éva emlék ülés kapcsán egy plakett és díj kerül kiadásra. A Heim Pál kórház finanszírozná a plakettet, és egy jelképes díjat gondolt évente egy alkalommal kiadni az aktuális gyermek bőrgyógyászati ülések alkalmával, gyermekgyógyászok, bőrgyógyászok részére.

Az EADV Rhodosi konferenciáján feladatult kapta a Sister Society Meeting megszervezését. Kéri a résztvevőket, hogy akinek gyermek-bőrgyógyászati témájú előadása van, jelezze, mert szép lenne, ha most nagyobb számban jelentkeznének előadók Magyarországról.

Dr. Simon Gyula: A legutóbbi Vezetőségi ülésen megszavazza a Vezetőség, hogy egy mycológiai konferenciát tartana a Mycológiai Szekció. Úgy gondolja, hogy októberben vagy áprilisban lenne erre lehetőség. Áprilist javasolja, a német-magyar ülés után valamikor, mert az őszi program nagyon zsúfolt.

Dr. Somlai Beáta: Az Országos Onkológiai Intézet február 26-27-én szervez egy dermatoonkológiai programot.

Dr. Juhász István: Mint az MDT Vezetőség tagja, az MDT Tiszteletbeli Tagságára terjeszti elő Prof. Dr. Rainer Rompelt a Klinikum Kassel Bőrgyógyászati osztályának vezetőjét. Tevékenyen részt vett a Német-Magyar Dermatológiai Társaság létrehozásában.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: Kérdezi, hogy az MDT megkapta-e a 2009-es ESDR támogatást, amit megpályázott. Beérkezett-e ez a pénz, mekkora összeget kapott az MDT?

Dr. Marschalkó Márta: Úgy tudja, hogy 500 ezer forintot nyert el a pályázattal az MDT. A pénzügyi kimutatásban még nincs benne, de ezek az adatok október 31-vel záródnak.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: Tiszteletbeli tagságra terjeszt fel Timo Reunala professzor urat. 1983 óta dolgozik együtt az Intézettel. Sok közös publikáció volt, ösztöndíjakokat fogadott Finnországban. Ő most az ideai egyik meghívott előadó. Szoros a kapcsolat a Budapesti Bőrklínika és a Tamperei egyetem között.

Prof. Dr. Husz Sándor: Kéri, hogy Professzor asszony írásban küldje el javaslatát.

Prof. Dr. Hunyadi János: Rompel professzor úr felterjesztésével egyetért, nagyon aktív szerepe volt, a közös társaság létrehozásában.

Prof. Dr. Husz Sándor: Mivel ez a felterjesztés most érkezett, kérdezi, hogy a Vezetőség most akar-e szavazni róla vagy később. Az ilyen javaslatokat mindig írásban előre be kell nyújtani.

Prof. Dr. Hunyadi János: Mindegy, hogy három hónappal később kerül sor a szavazásra vagy most. Jó, hogyha előre tud a Vezetőség arról, amiről szavaznia kell.

Megítélése szerint a szakmát fenyegető veszélyekkel szemben legjobb védekezés a szekciók léte, amelyek próbálják összefogni az embereket. Az infektológia területéről érez erős offenzívát: infektológiai tanszékert hoztak létre klinikájukon. Kötelességünk lenne egy olyan szekciót létrehozni, amely több mint a mycológia, infektológia, nem csak STD, hanem dermató-infektológia, amely magában foglalja az összes fertőzéses bőrgyógyászati betegséget.

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás: Emlékezteti a jelenlevőket, hogy az Infektológia c. folyóirat egész október száma a nemi betegségekkel foglalkozik, kizárólag infektológiai keretben. Átvettek egy WHO anyagot, amely a fejlődő országok szintjén határozza meg a nemi betegségekkel kapcsolatos teendőket. Algoritmusokat közöltek, ahol diagnosztika szinte egyáltalán nem szerepel.

Prof. Dr. Török László: Amit Hunyadi professzor úr felvetett, az nagyon aktuális nem csak az infektológia, hanem az onkológia szempontjából is. Javasolja, hogy a Társulat vezetése és a Szakmai Kollégium vitassa meg ezeket a veszélyes forrásokat és azt, hogy mit lehet ez ellen közösen tenni. Nem biztos, hogy ki tudja a szakma védeni a támadásokat, tisztán szekció alakítással.

Prof. Dr. Horváth Attila: Támogatja Hunyadi professzor úr javaslatát, hogy jöjjön létre egy dermató-infektológiai szekció, beleértve az STD-t is. Ezekkel a problémákkal ugyanígy küzdenek Európában is. Valóban a dermató-infektológia ilyen formában nin-

csen lefedve. Az STD társaságban a nőgyógyászatot, urológiát és a többi szakmát figyelembe véve bizonyos bőrgyógyászati vezetést sikerült elérni. Támogatja a javaslatot, és a Közgyűlés elé is javasolja vinni.

Dr. Szalai Zsuzsanna: Úgy gondolja, hogy úgy lehet védekezni, ha egy kicsit rugalmasabb egy vezetőség, olyan értelemben, hogy van egy kör e-mail lista és sokkal többször, több információt küldenek körbe.

Dr. Marschalkó Márta: Kör e-mail nálunk is működik. Körülbélül kéthetente küld információkat a tagoknak. Csak azokat az információkat tudjuk körözni, amiket megkapunk. Ha visszaigazolás nincs, ezt úgy vesszük, hogy mindenki egyetért.

Prof. Dr. Kárpáti Sarolta: Mindkét javaslatot támogatja. Hunyadi professzor úrét, hogy legyen egy dermato-infektológia vagy dermato-venero-infektológia szekció és Török főorvos úrét is, hogy ettől függetlenül ki kell dolgozni egy stratégiát, a Szakmai Kollégium bevonásával.

Dr. Marschalkó Márta: Szekcióalakítás úgy történhet az Alapszabály szerint, ha legalább két országos tudományos minősítéssel

rendelkező személy javasolja azt és 10 fő alapító tagsággal rendelkezik. Az így létrehozandó szekció létrejöttéhez szükséges, hogy azt az MDT közgyűlése elfogadja, és utána az Alapszabály módosításához a Közgyűlés hozzájáruljon. Tehát formailag, ha a Vezetőség azt akarja, hogy a Közgyűlés elé kerüljön, akkor ezeket a pontokat be kell tartani.

A két minősített ajánló Horváth professzor úr és Hunyadi professzor úr.

Tagok: Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, Prof. Dr. Temesvári Erzsébet, Dr. Kuhnyár Ágnes, Prof. Dr. Baló-Banga Mátyás, Prof. Dr. Farkas Beatrix, Dr. Remenyik Eva, Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna, Dr. Oláh Judit, Prof. Dr. Kemény Lajos, Dr. Szalai Zsuzsanna, Dr. Simon Gyula, Dr. Juhász István.

Prof. Dr. Husz Sándor: Ezek után a dermato-infektológiai szekció megalapítását is a Közgyűlésen bejelenti és megszavaztatja a Vezetőség.

Az Elnök megköszöni a részvételt és bezárja az ülést. Budapest, 2005. december 20.

Dr. Marschalkó Márta főtítkár

Jegyzőkönyv

**Készült a Magyar Dermatológiai Társulat 2005. december 9-én
17.30 órakor megrendezett közgyűlésén
Budapest SE NET, Nagyváradi tér 4. sz. alatt**

Jelenlévők:

A mellékelt jelenléti ív szerint (117)

Prof. Dr. Husz Sándor

A mai közgyűlés létszámtól függetlenül érvényes lesz. Az első pont, hogy meg kell választani a levezető elnököt. Levezető elnöknek Marschalkó Márta főtítkár asszonyt javaslom. Kérem az egyetértést kézfeltartással jelezni.

Megállapítom, hogy egyhangúan Marschalkó Mártát levezető elnöknek megválasztottuk. Ezután átadom a szót a levezető elnöknek.

Dr. Marschalkó Márta

Kedves kollégák, mindannyian megkapták a meghívót a közgyűlésre. A közgyűlés hitelességéhez egy jegyzőkönyvvezetőt és két jegyzőkönyv hitelesítőt kell választanunk. A jegyzőkönyvvezetésre Somlai Beáta tanárnőt kérem meg, és a hitelesítésre Baló tanár urat és Podányi főorvosnőt. Elvállalják ezt a feladatot? A jelöltek a feladatot elvállalták.

Kérem a közgyűlés tagjait, hogy szavazzanak a jegyzőkönyv vezető személyéről. A közgyűlés Dr. Somlai Beáta docensnőt megszavazta a jegyzőkönyv vezetésére.

A közgyűlés a két jegyzőkönyv hitelesítőt: Dr. Podányi Beáta főorvos asszonyt és Prof. dr. Baló-Banga Mátyást megszavazta.

A meghívó szerint az első programpontunk az Alapszabály módosítása, amire azért van szükség, mert időközben két új szekció és egy munkacsoport megalakult. Ezeknek a megalakulása az Alapszabályunkat módosítani fogja. Ahhoz, hogy ez az Alapszabályba bekerüljön, a közgyűlésnek el kell fogadnia, kétharmados egyetértéssel. Ez a két szekció a magán bőrgyógyászok szekciója, és a dermatoinfektológiai szekció, a harmadik a szakdolgozói munkacsoport. A szekciók alakításának a feltétele az Alapszabályunk szerint, hogy két minősített, elismert szakember javasolja a szekció létrehozását, és 10 fő jelentkezzen, mint- alapító tag a szekcióba. A magánbőrgyógyász szekciót a szeptember -8-i vezetőségi ülésünkön Hunyadi és Kemény professzor urak javasolták. 13, tehát 10 fölötti vezetőségi tag, - a pontos listát a jegyzőkönyvben meg lehet tekinteni – belépett a szekcióba. A dermatoinfektológiai szekciót Hunyadi professzor úr és Horváth professzor úr javasolta a tegnapi vezetőségi ülésen és szintén 10 feletti fő lépett be a szekcióba. A szakdolgozói munkacsoport létrehozását Husz professzor úr és Kárpáti professzor asszony javasolta. A szakdolgozói munkacsoport tagjait - mivel nem orvosok a résztvevői – nem célszerű anyagilag terhelni a tagdíj fizetéssel, másrészt az MDT létszámát sem célszerű tovább bő-

víteni, mert akkor a nemzetközi társulatok felé a fizetési kötelezettségünk megnő. Ezért a Társulat Ügyvédjével való egyeztetés során az a vélemény alakult ki, hogy ez a csoport nem mint szekció, hanem mint munkacsoport működne, azokkal a feltételekkel, hogy nem fizetik a tagsági díjat és a Társulat sem fizeti a külföldi kötelezettségeket.

Tehát ennek a két szekciónak és egy munkacsoportnak a megalakulását kellene nyílt szavazással megszavaznia a közgyűlésnek. A szavazás előtt még annyit mondanék, hogy a szakdolgozói munkacsoport már a mai nap folyamán egy tudományos ülést is szervezett és úgy tudom, hogy a munkacsoport középkader képviselői itt is jelen vannak. A tegnapi közgyűlésünkön is jelen voltak egy páran. Szeretettel köszöntjük őket. Husz professzor úr pár szóban elmondja, hogy mi történt a mai tudományos ülésen, és utána szavazunk.

Prof. Dr. Husz Sándor

A szakdolgozói munkacsoport a mai napon ülést tartott és az első napirendi pont az volt, hogy egy ideiglenes vezetőséget választottak, ideiglenes vezetővel, az egész országot lefedve próbálták a vezetőséget megválasztani. Ideiglenes vezetőként Unginét választották meg a Szegei Bőrgyógyászati Klinikáról, és a későbbiek során a munkacsoport össze fog ülni és a végleges vezetőséget meg fogja választani. A Magyar Dermatológiai Társulat részéről azt tudtam megígérni, hogy mindenben segítjük a munkacsoport munkáját, és egy évben legalább egy szakmai ülést, egyidejűleg a Társulat nagygyűlésével, ők is fognak rendezni.

Dr. Marschalkó Márta Van-e hozzászólás. Dr. Stehlich Gábor

Szeretnénk plusz napirendi pontot kérni, ha lehet, ha már úgy is Alapszabályt módosítunk. Ami a következő lenne: az MDT Vezetőségének az arányát szeretnénk úgy módosítani, hogy az reprezentálja a tagságot, tehát ugyanannyi magánorvos legyen, ugyanannyi klinikai orvos legyen, ugyanannyi kórházi orvos legyen, ugyanannyi gondozói orvos legyen benne. Ezt szeretném, ha megszavaztatnánk, hogy ezt is napirendi pontba vegyük ma. Köszönöm.

Dr. Marschalkó Márta

Amennyiben az alapszabály engedi, felvehetjük természetesen, csak amíg szavazunk, átnézem az Alapszabályt. Egyetértünk abban, hogy felvegyük a napirendre a Vezetőség arányának megváltoztatását? Össze kellene számolni, hogy hányan értenek ezzel egyet.

78 fő kívánja ezt a változtatást.

Ki ellenzi a javaslatot?

A további szavazások előtt kér szót.

Prof. Dr. Husz Sándor

Kedves Gábor, a kérdést jogással meg kell beszélni, tehát úgy gondolom, hogy ezt most a közgyűlés nem szavazhatja meg. Meg kell beszélni, hogy az egyesülési törvény alapján ilyen választási lehetőség van-e vagy nincs. Azt tudom ígérni, hogy meg fogjuk beszélni a jogással, és a következő alkalommal – akár a kérésekre egy rendkívüli közgyűlést össze fogunk hívni – meg fogjuk tárgyalni.

A napirendi pontot fel lehet vetni, de nem tudom, hogy jogi szempontból ezzel egyet lehet-e érteni, hogy a vezetőséget célszerű-e különböző szempontok szerint tagolni.

Prof. Dr. Kemény Lajos

Azt gondolom, hogy a szavazás arról szólt, hogy a napirendre felvesszük vagy sem. Annak nincs akadálya, hogy erről most beszéljünk, a napirendi pontok között megszavaztuk, és később beszéljünk róla.

Prof. Dr. Husz Sándor Egyetérték.

Dr. Marschalkó Márta

Viszont a szavazást félbeszakítottuk. Tehát 78-an kívánták, hogy vegyük fel, 7-en azt, hogy nem. Ki tartózkodik? 3 fő. Összesen hányan vagyunk, mert ha mindent összeadunk, nem jön ki a létszám. Erre a szavazásra, amikor a számokat pontosítottuk, még egyszer visszatérünk.

Sipos Alice

Az utolsó szám 109 volt, de azóta lehet, hogy még valaki aláírt.

Dr. Marschalkó Márta

Ha nem is jön ki a szám, a többség, 78-an akarják, hogy felkerüljön a napirendi pontok köz. Egyetérték azzal, hogyha számszakilag nem is stimmel, felvesszük a napirendi pontok közé Stéhlich doktor javaslatát.

Szavazzunk arról, hogy a magánbőrgyógyász szekció megalakulásával a közgyűlés egyetért. Illetve, aki egyetért azzal, hogy ez a szekció létrejöhön, az szíveskedjen szavazni, és most pontosan össze kellene számolni a szavazatokat. Úgy látom, hogy a többség egyetért, úgyhogy talán azt kellene számolnunk, hogy ki nem ért egyet. És ki tartózkodik.

Tehát 2 tartózkodás és 2 ellenvetés van.

A következő szavazás Magyar Dermatológiai Társulat dermatoinfektológiai szekciójának megalakulásáról fog történni. Megint az ellenpróbával kellene kezdeni. Ki nem ért egyet azzal, hogy létrejöhön egy dermatoinfektológiai szekció? Egy ellenvélemény.

Dr. Podányi Beáta: a kérdése, mivel fog foglalkozni ez a szekció és mi lesz a viszonya az mykológiai szekcióval.

Dr. Marschalkó Márta: A javasló két professzor közül Hunyadi professzornak adnám át a szót.

Prof. Dr. Hunyadi János

Azt hiszem, azzal, ami a nevében van, dermatoinfektológival. Azért, mert az egyetemünkön létezik egy infektológiai tanszék, amely igényt tart a dermatoinfektológiára. Emiatt úgy gondolom, hogy ezekkel a kérdésekkel úgy kell foglalkoznunk, hogy fel tudjuk venni a harcot azokkal, akik infektológusokként el akarják tőlünk venni a bőrhöz tartozó infektológiát. Ez nem egyenlő a mykológiával. A mykológia egy másik dolog, felmerült a Vezetőségi ülésen, hogy a mykológiai szekció foglalkozzon ezzel a kérdéssel is. Az egy jól működő szekciónk, amely nemzetközi rendezvényt szervez, mykológiával foglalkozik és nem dermatoinfektológiával.

Dr. Marschalkó Márta Kielégítő volt? Igen.

Miután tudjuk, hogy mi a célja a szekciónak, ki nem ért egyet ennek a szekciónak a megalakításával? Nem ellenzi senki. Ki tartózkodik? 7 fő.

A következő a szakdolgozói munkacsoport, amely nem egy rendes szekció és így fog bekerülni a Társulat Alapszabályába is. Úgy látom ehhez is van hozzászólás.

Prof. Dr. Soós Gyöngyvér

Más társaságokban hasonló formában a szakdolgozók társult tagoknak számítanak, hiszen csak tagok alkothatnak szekciót, ha nem fizetnek tagdíjat, akkor nem rendes tagok. Azt hiszem, hogy társult tagságot kell nekik adni. Ez más társaságokban is így van. Pontosan azért, hogy a nemzetközi társaságok felé ne kelljen nekünk ezt normál tagságként nyilvántartani. Azt javaslom, hogy ilyen címszó alatt vegyük fel a középkadereket.

Dr. Marschalkó Márta

Felolvassam, hogy az ügyvédő mit írt, de azt gondolom, mindegy, hogy hogy hívjuk, hívhatjuk társult tagoknak is. Az ügyvédő dr. Bánkné dr. Szabó Márta azt írta kérdésünkre, hogy: jogilag azt látna helyesnek, ha a szakdolgozói szekció hivatalosan nem az alapszabály szerint jönne létre, ugyanis ha létrejön, akkor ugyanolyan jogai és kötelezettségei vannak, mint a többi szekciónak. Ezt a jegyzőkönyvben rögzíteni kell, hogy ilyen szekció is megalakult, azonban nem mint a Társulat teljes jogú szekciója.

Mi most az alapszabályt módosítjuk. Tehát mi módosíthatjuk úgy az alapszabályt, hogy a közgyűlés arról döntött, hogy létrehoz egy, az eddiektől eltérő jogi konstrukciójú szekciót, ha ezt elfogadjuk. Hiszen az alapszabályt mi állítjuk össze. Mi úgy neveztük, hogy szakdolgozói munkacsoport, de hívhatjuk társult tagokból álló szekciónak is, vagy munkacsoportnak, hogy a szekciótól elkülönüljön. Azt gondolom, hogy az a lényeg, hogy ez az alapszabályba bekerüljön, hogy ez a munkacsoport vagy társult tagokból álló munkacsoport létrejött, hiszen évekkkel ezelőtt már volt egy ilyen kezdeményezés, és talán éppen azért halt el ez a munkacsoport, mert nem volt rögzítve a létük, és így mégis a Magyar Dermatológiai Társulat alapszabályában – ha nem is teljes joggal – de szerepelnek.

Van-e még ehhez hozzászólás, kérdés. Ha nincs, akkor most is csináljunk egy ellenpróbát. Tehát ki nem ért egyet azzal, hogy a szakdolgozók egy nem teljes jogú munkacsoportot, amely a Társulatnak egy társult munkacsoportja létrehozhatnak? A munkacsoport tevékenységét az alapszabályban rögzített, a szekciókra vonatkozó szabályok szerint fogja végezni. Azt gondolom, hogy ennek a fontosságát nem kell ezen a fórumon hangsúlyozni. Egy ellenszavazat. Ki tartózkodik? 2 tartózkodás. A többi kolléga egyetért. Azt gondolom, hogy az ügyvéd dolga lesz, hogy ezt olyan módon fogalmazza meg az itt felvett jegyzőkönyv alapján, hogy jogilag helyes legyen.

Megállapítom, hogy a közgyűlés egyetértett azzal, hogy az alapszabályban rögzített szekciók mellett két új szekciót megalakítottunk (Magánbőrgyógyászok szekciója és Dermatoinfektológiai szekció). Megalakítottuk a szakdolgozói munkacsoportot is. A szakdolgozói munkacsoport az alapszabályban rögzített, a szekciókra vonatkozó szabályok szerint fog tevékenykedni.

Ha már alapszabály módosításról van szó, még egy dolgot meg kell beszélni. A jelenlegi alapszabályunk 11. oldalán egy elírás van, mely szerint közgyűlést évenként, vezetőségválasztással egybekötött közgyűlést 3 évenként kell összehívni. 2 évenként van a vezetőségválasztás, tehát egyértelmű, hogy ezt 2 évenként kell összehívni. Hogy ezt kijavítsuk, ahhoz megint a közgyűlés egyetértése szükséges. Ki nem ért egyet azzal, hogy ezt a sajtóhibát kijavítsuk? Mindenki egyetért. Tartózkodás? Nincs.

Akkor ezt a fontos napirendi pontunkat, hogy az alapszabályt módosítjuk, lezártuk.

Dr. Szakos Erzsébet

Nem ismerem pontosan az alapszabályt, de azt szeretném tudni, hogy a szekciók működését szabályozza-e valamilyen szinten, a megalakuláson kívül az alapszabály.

Dr. Marschalkó Márta

Igen. Minden szekció működése azonos feltételekkel történik. Le van rögzítve a mostani alapszabályban, hogy hány szekciónk él. Ez most kibővül a két rendes szekcióval és a munkacsoporttal. Amíg szavazunk, bele lehet tekinteni.

A következő napirendi pontunk a pénztáros beszámoló. A kollégák tudják, hogy Kovács János, a választott pénztárosunk szeptember 8-án, a vezetőségi ülésen lemondott. Ennek a vezetőségi ülésnek a jegyzőkönyve megtalálható a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemlében. Gondolom, Kovács János a beszámolója előtt pár mondatral esetleg utal a lemondás okára. Megkérném Kovács János dok-

tort, hogy a választástól szeptember elejéig eltelt időszakról számoljon be.

Dr. Kovács János

Köszönöm szépen. Tisztelt Főtitkár asszony, tisztelt Elnök úr, tisztelt vezetőség, közgyűlés, kedves kollégák. Az MDT pénztárosi funkciójáról való lemondásomra azért került sor, amint bizonyára sokan értesültek róla, 2005. augusztus 30-án megalakítottuk a Magyar Magán Bőrgyógyászok Közhasznú Egyesületét, amelynek az alakuló ülésén a tagság elnökévé választott. A két funkció összeférhetetlensége miatt – amit egyébként az MDT alapszabálya is tartalmaz – követve Husz Elnök úr előzetes telefonos tájékoztatását, megalakulás után lemondtam és ezt az MDT rákövetkező vezetőségi ülésén nyújtottam be írásban, amelyet a vezetőség elfogadott. A továbbiakban tehát a szeptember 1-i állapotot jellemző adatokat mondanám el. (Beszámoló a mellékletben.)

Még egyszer szeretném megköszönni a bizalmukat, amikor erre a számomra rendkívül megterhelő feladatra két alkalommal is megválasztottak, és ezt a tisztséget körülbelül négyéves időszakra elláthatam. Köszönöm a figyelmüket és kérem a beszámoló elfogadását.

Dr. Marschalkó Márta

Köszönjük szépen. Van-e valakinek hozzászólása, kérdése, megjegyzése? Azt hiszem, hogy nagyon világos és átlátható volt, talán ezért is nincs hozzászólás.

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás

Nagyon jónak és áttekinthetőnek tartom ezt a beszámolót. Tulajdonképpen a pénztáros úr abszolút kézben tartotta ezeket a dolgokat és sok újítást is vezetett be, amiért azt hiszen nagyon hálásak lehetünk neki. De mint az MDT valamikori pénztárosa egy-két tételhez szeretnék hozzászólni, amiről azt hiszem jó, ha ilyen nagy nyilvánosság előtt is beszélhetünk. Nekem feltűnt az MDT honlapjának a fenntartására kifejezett 374.188 forint, amiért úgy gondolom, nem kapjuk meg az ellentételt. Példaként említeném, hogy ennek a nagygyűlésnek a részletes programja a MOTESZ honlapján volt olvasható és nem a Dermatológiai Társulatén. Nagy nehézségek közepette lehet valamit fellelni. És nem nagyon változott az MDT honlapja az elmúlt időkben.

Dr. Marschalkó Márta

Azt hiszem nekem kell erre reflektálnom. Azért csodálkozom ezen a megjegyzésen, hiszen Baló professzor úr is a vezetőség tagja, tehát ott volt azon a vezetőségi ülésen, amikor körülbelül fél órát tárgyaltuk ezt a témát. Pontosan azt beszélve meg, hogy nem jó a honlapunk. Több hozzászólás hangzott el arról, hogy a vezetőség hogyan tudná a honlapot jobbra tenni. Sajnos határozat nem született, illetve az a határozat született, és ezt meg lehet tekinteni a Szemlében, hogy minden intézetvezető kijelöl az intézetéből vagy klinikájáról egy fiatal, aki az ő területéről gondozza a honlapot. Hiszen a honlapnak a gondozása – ahogy Horváth professzor akkor a vezetőségi ülésen elmondta – olyan, mint egy újság, egy szakmai folyóirat, amiért a vezetőség a felelős. Ezért a kritika abszolút jogos, csak azt nem érzem jogosnak, hogy a vezetőség tagja mondja, de ha mondja, akkor ez önkritika. Ilyen értelemben elfogadható.

A másik, hogy az MDT honlapján rajta van a program, csak nem kongresszusi naptár címszó alatt, hiszen ez nem egy kongresszusi naptár, hanem a hírek címszó alatt. És rajta van 3-4 hete. Ez nem mentesíti azt, hogy a honlap valóban nem jó. A vezetőség döntése az volt, hogy annak ellenére, hogy nem igazán jó a honlap, fizessük ki ezt a havi vagy évi bizonyos összeget. Ezt lehet újra tárgyalni.

Ha nincs hozzászólás, lehet úgy tekinteni, hogy elfogadjuk a beszámolót? Kezdjük az ellenpróbával. Ki nem fogadja el Kovács doktor beszámolóját?

Ki tartózkodik?

Egyhangúan elfogadtuk és a Vezetőség nevében még egyszer megköszönöm Kovács János doktornak a munkáját, aminek az alaposságát és a megbízhatóságát ez a beszámoló tükrözte. Az előjelzések a jelenlegi adatok tükrében teljesen helytállóak. Erről most nem számolnánk be, hiszen az elmúlt két hónapban ügyvezető pénztárosként Katona Máriát bízta meg a Vezetőség, aki a sürgős

folyó ügyeket intézte csak. Ilyen részletes beszámolóra ez alatt a rövid időszak alatt nem volt módja, hiszen a közgyűlés választja a pénztárost.

A következő napirendi pontunk az új pénztáros megválasztása.

A Vezetőség részéről érkezett egy jelölés a pénztárosi funkcióra, amellyel a vezetőség egyetértett és a jelölt is elfogadta. Erős Nóra doktornő személyére érkezett javaslat. Erős Nóra doktornő a -Miskolci Kórház Bőrosztályán dolgozott és ez év -tavasza óta a Budapesti Bőrklínika dolgozója. Természetesen egyéb jelölésre is van lehetőség. Most azt kérdezném meg, egyetértene-e azzal, hogy a jelölőlistára Erős Nóra doktornő felkerüljön. Aki nem ért egyet azzal, hogy Erős Nóra felkerüljön a szavazólistára, a szíveskedjen feltenni a kezét. Ki tartózkodik? Akkor Erős doktornő, mint pénztáros jelölt szerepel a listán. Megkérdezném, hogy kit javasolnának még. Nincs más javaslat. Erős doktornő egyedül marad a listán. Ezt a listát osszuk ki, és ezután már ne írjunk rá más nevet. A szavazatszedő bizottságba Varga Erika doktornőt és Szegedi Andrea adjunktusnőt kérem szépen. Aki nem ért egyet, szíveskedjen egyértelműen áthúzni, vagy odaírni, hogy nem. És amelyek lapon semmiféle megjelölés nincs, azt úgy vesszük, hogy egyetért vele.

Amíg a szavazócédulákat összeszedik, tovább mehetünk.

A közgyűlés jogköre, kötelesség az, hogy megválasztja a vezetőség választást megelőző évi közgyűlésen a jövő évi választáshoz a jelölőbizottságot. Tehát most kell megválasztanunk a vezetőség választó jelölőbizottságot. És azt gondolom, hogy az alapszabály különleges módosítása nélkül joga van itt mindenkinek a magánorvosok képviselőjében, a kórházi orvosok képviselőjében, a gondozók képviselőjében jelöltet állítani, aki azután annak az illető rétegnek a jogait jobban tudja talán képviselni, mint az a lista, amit mi tegnap összeállítottunk a vezetőségi ülésen. De ez egy olyan lista, ami egyrészt megszavazásra kerül, bővíthető – nem célszerű, azt gondolom, túl sok fővel bővíteni – de mindenképpen lecserélhetőek ezek az emberek, akik valóban nem tükrözik teljes mértékben a tagság érdekeit. Most mód van arra, hogy az arányokon változtassanak. Stehlich Gábor kérdésére nem ezzel akarok válaszolni, csak ezzel a programmal lehet cselekedni valamit.

Dr. Stehlich Gábor

Nem személyeket kellene, hanem arányokat kijelölni. Van még egy év, tehát ezt nem most kell. Tudomásul kéne venni, az alapszabályba ezt rögzíteni kellene, és van egy év arra, hogy kidolgozzuk.

Dr. Marschalkó Márta

Igen, de célszerű akkor most a jelölőbizottságba már az általatok kívánt arálynak megfelelő személyeket javasolni.

Dr. Stehlich Gábor

Azt is lehet, de ezt az alapszabályba vegyük be.

Dr. Marschalkó Márta

Alapszabályt nem tudunk módosítani.

Dr. Stehlich Gábor

De tudunk módosítani. Kétharmados többséggel lehet az alapszabályt módosítani.

Prof. Dr. Hunyadi János

Természetesen lehet, de kérdés, hogy lesz biztosítva, hogy egyenlő arányú legyen a nő meg a férfi, meg a magán bőrgyógyász meg a klinikai. Hogy lehet azt biztosítani, hogy a különböző arány összejöjjen? A legutóbbi vezetőség választáson Kemény professzor téged javasolt, de nem kerültél be a listára, mert kevesen szavaztak rád. Ezt nem tudjuk megváltoztatni azzal, hogy te ki akarsz harcolni magadnak egy olyan posztot, ami innentől kezdve a tied lesz akkor is, ha nem lesz elegendő ember, aki téged megválaszt. Tehát én nem így gondolnám az egészséget megközelíteni. Hanem valahogy úgy, hogy most van rá lehetőségünk, hogy válasszunk olyan embereket, akik előkészítik azt, hogy kik lesznek benne legközelebb a vezetőségben, ezeknek a tagjai közé te nyugodtan bekerülhetsz, és ott képviselheted azt az érdeket, hogy ez a paritás létrejöjjen akkor, amikor a jövő évben felírjuk a neveket. Egyébként amit kérsz, az nyitott ka-

pu, hiszen az összes szekciónak a vezetője jelen van ma a vezetőségi gyűléseken és ott képviselheti azt az érdeket, amit az ő szekciójában kidolgoztak.

Dr. Stehlich Gábor

De nem szavazhat. A szekcióvezető nem szavazhat.

Prof. Dr. Hunyadi János

És gondolod, hogyha ő valami jót mond, akkor mi ellene fogunk tenni?! Mert eddig nem ezt tettük.

Dr. Stehlich Gábor

Visszatérve a tavalyi választásra, megköszönve Kemény Lajosnak előterjesztését, - az ülés végén, a hatóság szekcióértékelések után volt 20 ember. A 20 ember nem tud szavazni. Tehát vagy ezeket a választásokat olyan időre kell tenni, amikor az egész tagság itt van, és nem 20-30 ember van, mint tavaly. Én még mindig azt mondom, hogy a taglista alapján kell egy arányszámot összeállítani, és nem személyeket, hanem arányszámot.

Prof. Dr. Kemény Lajos

Tisztelt Kollégák, egy évvel ezelőtt javasoltam, hogy mivel a magánbörgyógyászat nagyon fontos, úgy éreztem, hogy a Társulat vezetőségén belül is valakinek kellene képviselni a magánbörgyógyászokat, a speciális igények, problémák miatt. Sajnálatos módon akkor a szavazáson, ami a társulat életében nagyon fontos, nagyon kevesen voltak. De ha mindenki érzi a jelölésnek és a választásnak a felelősségét, akkor igen is itt van, úgy, mint most is. Biztos vagyok benne, hogy ha jövő ilyenkor, karácsony előtt lesz a vezetőség választás, és ugyanilyen sokat itt vagyunk, akkor a magánbörgyógyászok képviselőjében bekerül a jelölőlistán a jelöltek közé, egészen biztos vagyok benne, hogy meg lesz választva és a vezetőség tagja lesz. Ennek ellenére azt gondolom, hogy mivel ilyen igények felmerültek, javasolnék egy bizottságot, aminek legyen tagja Stehlich Gábor, Török professzor úr, illetve a Társulatnak a főtitkára, Marschalkó tanárnő. Jogász bevonásával nézzék meg annak a lehetőségét, hogy egyáltalán alapszabály változtatásról ilyen módon lehet-e szó, van-e értelme, érdemes-e ilyen csinálni és a vezetőségnek terjesszenek elő egy javaslatot ezzel kapcsolatban.

A másik napirendi pont, a jelölőbizottság megválasztás lett volna. Jó lenne, ha Főtitkár asszony felolvasná a neveket, akikben megegyeztünk. A listát egészítsük ki Stehlich doktorral. A következő napirendi ponthoz pedig javasolnám egy bizottság létrehozását, megvizsgálni annak a lehetőségét, hogy azon túl, akik itt vagyunk és reprezentáljuk majd jövőre a tagokat, azon túl szükség van-e külön helyekre szökeknék, barnáknak, illetve másoknak. Úgy érzem, hogy ez nem biztos, hogy fontos, de egy bizottságot kellene létrehozni, megvizsgálni annak jogi és egyéb lehetőségét, hogy ilyen lehet-e csinálni.

Dr. Stehlich Gábor

Én azt hiszem, hogy ezt az előbb megszavaztuk. Jogással mi is beszéltünk, az alapszabályt lehet 2/3-os többséggel módosítani. Ezt beadtuk alapszabály módosításnak, akkor most szavazzunk.

Dr. Marschalkó Márta

Gábor most a jelölőbizottságtól kanyarodtunk el. Fejezzük talán be ezt a napirendi pontot, és akkor az utolsó lenne a te javaslatod. A jelölőbizottságot meg kell szavaznunk én csak azért vettem fel a javaslatodat, hogy a jelölőbizottság összeállításánál legyünk erre figyelemmel, attól függetlenül, hogy majd mit fogunk utána szavazni. Akkor ismertetném azokat a személyeket, akik tegnap a vezetőségi ülésen rákerültek a jelölőlistára. Temesvári professzor asszony, Korom Irma tanárnő, Battyáni Zita tanárnő, Török professzor úr, Remenyik Éva tanárnő. Ez öt személy. Ha jól értem, akkor Stehlich doktor vegyük fel a listára, eddig az ő neve hangzott el határozottan. Azt kérdezném meg a közgyűlés résztvevőitől, hogy kit vegyünk még fel a listára. Mindenkit fel lehet venni, de nagyon sokat nem célszerű, mert akkor az már nem lesz egy funkcióképes társaság.

Prof. Dr. Török László

Gondozóból javasolnám Egyed Katalin főorvosnőt Nyíregyházáról.

Dr. Marschalkó Márta

Majd egyenként meg fogjuk szavazni a neveket, hogy egyetértene-e azzal, hogy felkerüljenek a listára.

További javaslatok:

Körmenyi doktor, és Bihari Ágnes doktor neve hangzott el.

Dr. Marschalkó Márta

Akkor azt gondolom, hogy tovább ne bővítsük a listát. Tehát Temesvári Erzsébet, Korom Irma, Battyáni Zita, Török László, Remenyik Éva, Egyed Katalin, Stehlich Gábor, Bihari Ágnes és Körmenyi doktor lennének a listán.

Egyenként szavazunk nyílt szavazással arról, hogy a listára ezek a személyek felkerülhetnek-e, és után megszavazzuk, hogy egyetértene-e azzal, hogy a jelölőbizottságba bekerüljenek. Egyetértene-e azzal, hogy a bölcs javaslattal, hogy együttesen szavazzuk meg a 9 személyt, ne külön-külön? Ki nem ért egyet? És akkor azt, hogy ez a 9 fő jelölje ki a jövő évben választandó vezetőséget, készítse elő az egész vezetőség jelölést. Ki nem ért ezzel egyet? ... Ki tartózkodik? 2 tartózkodás.

Akkor ez a jelölőbizottság megszületett. Meg fogják kapni majd a listát az érintettek, és gondolom, választanak majd maguk közül egy-két koordináló embert és elvégzik a feladatukat.

A pénztáros választás eredményét a szavazatszedő bizottság ismerteti. 114 érvényes szavazat volt, és mindegyik Erős Nóra doktor-nőt javasolta.

Dr. Marschalkó Márta

Gratulálunk Erős Nórának, és jó egészséget kívánunk a munkához.

A mai napra tervezett feladatokat elvégeztük, és akkor most jönne az utolsó pont, amit Stehlich doktor javasolt.

Kedves Kollégák, megkérném Stehlich doktort, hogy még egyszer pontosan mondja el, hogy mit kíván, és hogyan kívánja technikailag véghezvinni.

Dr. Stehlich Gábor

Annyit, hogy a társaság tagságát reprezentálja a vezetőség, ami felé most történtek lépések, de ezt az alapszabályba kellene módosítani. És arányszerűen, hogy klinikák, kórházak, gondozók, magánorvosok. Itt azért probléma, hogy a börgyógyász társaság kb. 80 %-a magán rendelést is folytat, itt a tagoknak meg kell határozni, hogy melyiket tekinti elsődleges munkahelyének. Így egy arányt ki kell dolgozni. Ha már felállt ez a bizottság, ez is kidolgozhatja ezt az arányt, de ez legyen rögzítve az alapszabályban, hogy arány szerint osztjuk meg ezt.

Prof. Dr. Husz Sándor

Kedves Gábor, azt szeretném, ha egy pontos szöveget mondanál, amit az alapszabályba bele kell venni, mert ezen tudunk akkor vitatkozni. Ez csak egy feltételezés így.

Dr. Stehlich Gábor

Arány, meg kell határozni. Nem tudom megmondani, hogy a klinika 15%, a gondozó 36%, a magánorvos 21%. Van még egy évünk, hogy ezt kidolgozzuk. Vegyük be, hogy ezt tudomásul vesszük, és szavazás alapján, ha ezt megszavazzák, akkor így fogunk tenni.

Dr. Marschalkó Márta

Akkor meg kell változtatnunk a Társulat célját is. Jól meghatározott céljai vannak a Társulatnak, és ezeknek megfelelően kell működnie a Társulatnak. Azt gondolom, hogy nem ilyen egyszerű ennek a megváltoztatása. Akkor az egész alapszabályt végig kell gondolni, hogy ha a vezetőség összetétele változik, akkor azokat a célokat meg tudja-e valósítani, vagy más célokat kívánunk kitzúzni.

Dr. Korom Irma

Honnan tudjuk, hogy a mai állapot, amikor itt 25 magánorvos van jelen – csak mondtam egy számot – ez egy év múlva, amikor a vezetőségválasztás lesz, szintén 25 lesz. Lehet, hogy 2 lesz, vagy lehet, hogy 150 lesz. Most számadatokkal, százalékokkal Stehlich doktor, nem gondolom, hogy tudunk számolni. Nem lát senki a jövőbe. Úgy

gondolom, ez alaposabb előkészítést igényel, ahogy azt Főtitkár asszony, Elnök úr és még egy páran mondtuk.

Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna

Ez egy szakmai társaság, ami elsősorban a szakma művelésére jött létre. És nem feltétlenül érdekképviseleti társaság, legalábbis eddig úgy gondoltam. Nem is értem egyébként a koncepciót, hogy a tagság arányában legyen választható a vezetőségben levő emberek száma. Csak azért nem értem, mert ha százan itt vagyunk és feltesznek egy listát, minden választásnál fel lehet állni, és fel lehet a listára venni még embereket. Ha azt mondod, hogy 20% magánorvos, 10% klinikus, akkor hiába akar a 20% magánorvos esetleg még egy klinikust a vezetőségbe, ezt nem teheti meg. És akkor még azt is definiálnunk kell pontosan, hogy kit tekintünk magánorvosnak. Azt a klinikust, aki magánrendel is, vagy csak azt az orvost, aki teljes állásban magánorvos. Tehát én nem értem az egészet, és azt kell, hogy mondjam, nem tartom helyesnek. Ez egy társaság, mindenki szavaz arra, akire akar, demokratikusan, mindenféle porciók nélkül.

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás

Azt hiszem, nagyon nagyok az átfedések. Nincsenek tiszta csoportok. Van valaki, aki magánrendelő, másrészt ugyanakkor állami állásban van. Van, aki egyetemi dolgozó és magánrendelő. Gyakorlatilag eléggé átfedi egymást. Definiálnunk kellene ezeket a csoportokat egészen pontosan. Tehát magánrendelő bőrgyógyász az, aki ebből él.

Dr. Stehlich Gábor

Úgy gondolom, Bata tanárnő nagyon sok igazságot mondott, de akkor ebből így lesz demokrácia, hogy demokratikusan ezt megbeszéljük, elosztjuk. A másik dolog, hogy mindenki a bőrgyógyászatot, mint tudományt műveli, a magánorvos is, a klinikus is, a kórházi orvos is és a „gondozó orvos is. Tehát a tudomány nem egy privilégiuma a klinikának. Egy gondozóban is nagyon magas szintű tudományt folytatnak. Mindegyik tudománynak megvan a maga értéke. Értéke van annak is, ami akadémiai tudomány, értéke van annak is, ami a beteggel foglalkozó tudomány. Hogy hogyan lehet ezt megvalósítani, azért vetem fel most ezt, mert van még egy évünk. Kell egy frissített tagnyilatkozatot készíteni, amiben mindenki nyilatkozik, hogy mit vall – ahogy mondja Baló tanár úr – pénzbevételi forrásának. A végén kiderül, hogy mindenki magánorvos.

Dr. Kuhnyár Ágnes

Nem lehet erre kényszeríteni az embert. Mert mondjuk én is azt mondom, hogy elsődleges pénzbevételi forrásom a magánrendelő, de napi 10 órát robotolok hobbyból a kórházban. És, hogy ebből mi a gondozó és mi a fekvő, azt sem mérem centiméterben. És hogy ebből mennyi a gyerek és mennyi a felnőtt, azt sem mérem centiméterben. Tehát erre nem kell rákényszeríteni az embert. Az megfontolandó, hogy olyan időpontban legyen a közgyűlés, hogy ilyen szép számban legyünk. Ez tényleg fontos, és akkor semmi mást nem kell figyelembe venni, hanem akit érdekel a választás, az eljön a közgyűlésre és választ. A különböző érdekeket, a megjelenés arányában lehet képviselni, de erre kényszeríteni senkit nem lehet. Nekem érdelem az is, hogy a magánrendelők érdekei képviselve legyenek, meg az is, hogy a kórházak, meg az is, hogy a járóbeteg, államilag finanszírozott rendelések érdekei is képviselve legyenek. Azzal nem értek egyet, hogy most választani kelljen.

Prof. Dr. Kemény Lajos

Egy bizottságot javasoltam, akik megnézik annak lehetőségét, hogy a magán bőrgyógyászok hogy tudnák magukat reprezentálni a vezetőségben belül. Ebben a bizottságba nem csak a magán bőrgyógyászok, hanem mindenki bekerülhet. Egyébként megint nyitott kapukat „döngetünk”, mert az összes szekció képviselője ott ül a vezetőségi ülésen. Kétségtelen, Gábor, hogy nem szavazati joggal, de azt kell, mondjam, még nem volt olyan szavazás, hogy 12, 13. Hanem kb. olyanok a szavazati arányok, hogy mondjuk a 18 vezetőségi tagból 17 igen, és egy tartózkodik. Igazából ez nem probléma, hogy valakinek szavazati joga van vagy nincs. Azt mondanám, hogy az a jelölőbizottság, amelyet itt most megszavaztunk, vizsgálja meg annak lehetőségét is, hogy a választáson kell-e, jogilag lehet-e, a magán illetve az egyéb szekciók képviselőjék magukat, bár az, hogy a

szekciók demokratikusan megválasztott vezetői egyben a vezetőségnek a tagjai, az önmagában ezt a célt teljesíti. Ennek ellenére a jelölőbizottságnak meg van a lehetősége, hogy megvizsgálja ezt a kérdést, hogy az egyes, különféle érdeklődésű bőrgyógyászok, hogyan tudnák magukat még inkább reprezentálni a vezetőségben belül.

Prof. Dr. Horváth Attila

Tisztelt Polgárok, a tagokat a Magyar Bőrgyógyászat Társaságban egyetlen egy dolog delegálja, saját jogon, mint bőrgyógyászok vesznek ebben részt. Nincs, vagy az lenne jó, ha nem lenne gondozói bőrgyógyászat, klinikai bőrgyógyászat, teljes idős kereskedelmi, magán bőrgyógyászat és illegális magán bőrgyógyászat az intézményben, és heti két órában nyugdíjasként, nyugdíj kiegészítésként végzett bőrgyógyászat. Ezen lépünk is túl. Konkrét kérdés, amit Gábor felvetett, azzal kapcsolatban szeretnék az átdolgozott három éves alapszabály módosításán szerzett tapasztalatom alapján néhány érvet mondani. Ezt végig lehet természetesen vinni. Egyébként 83 éves a társaságunk. Azt hiszem kár, ennek most a szétszedését megpróbálni bármilyen indok alapján. Egyik: Közhasznú társasággá alakultunk, és lehet, hogy az a 16-20% akkor itt levő kolléga megszavazta. Tehát közhasznú társaság vagyunk és ebből két dolog következik: a közhasznú társaság vezetőségében delegált tagok összeférhetlenségét magas szintű jogszabályok szabályozzák. Tehát végig kell nézni, hogy pl. egy magán vállalkozás, és egy közhasznú társaságnál hogyan lehet összefésülni ezeket a jogi lépéseket. Meggyőződésem, hogy össze lehet, de ehhez jó szándék kell. A másik, hogy próbáltunk már ebben az alapszabályban is biztosítani bizonyos rugalmasságot. Erre szolgál, hogy a szekciók vezetői bent legyenek. Az tehát a javaslatom, hogy most ne szavazzunk arról, hogy most betesszünk egy teljesen rossz vagy nem jól megfogalmazott betétet az alapszabályba. Ezt az egy évet, úgy gondolom, kibírjuk, de ezt akkor készítsük elő. Tehát én is támogatom Kemény professzor új javaslatát. Vannak hozzáértő jó szakemberek, jogászok. Ti is delegáltok jogászt ebbe a bizottságba és fizetitek. Mi is delegálunk. Üljenek le és tisztázzák, hogy ezt hogyan lehet összefésülni. A Társaság érdeke, hogy jó hangulatban, együttműködve próbáljatok a saját érdekeitekért, de nem mások érdekeivel ellentétben dolgozni. Próbáljuk ezt úgy megoldani, hogy nézzük meg, jelenleg milyen kizáró okok vannak. Amiket nem tudunk átlépni, azt nem tudunk átlépni. Az az igazság, hogy 85%-ban mindnyájan magánorvosok is vagyunk. Ilyen értelemben pedig akkor, akiket választunk, 81%-ban akár magánorvosként is választottuk.

Dr. Marschalkó Márta

Ha jól értem, akkor megegyezünk abban, hogy létrejöjjön egy bizottság, amelyik a közeljövőben kidolgozza a javaslatot, megtárgyalja, ahogy Kemény professzor úr javasolta, és a következő közgyűlésen újra a közgyűlés tagjai elé viszi. Evvel egyetértünk?

Dr. Stehlich Gábor

Ezzel teljes mértékben egyetértek. Azzal is egyetértek, hogy amit napirendi pontba felvettünk, arról szavazzunk. Alapszabály módosítást vettünk fel.

Dr. Marschalkó Márta

Azt gondolom, hogy nagy felelőtlenség lenne most alapszabályt módosítani. Prof. Dr. Kemény Lajos

Ha hangfelvétel készül, vissza lehet hallgatni, amikor a Husz professzor úrnak említettem, hogy arról szavazzunk, hogy erről napirendi pontként külön beszéljünk. Pontosan ez a szó hangzott el, hogy beszéljünk. Ez most megtörtént. Ennek a napirendi pontnak a végén javasoltam, hogy egy bizottságot alakítsunk, aki megvizsgálja, hogy magán és egyéb bőrgyógyászat érdekeit hogyan tudjuk a vezetőségben belül jobban reprezentálni. Most mondhatjuk, hogy szavazzunk arról, hogy változtassuk meg az alapszabályt. Igen, de mit írjunk bele, magánbőrgyógyászokat? Szekciókat? Mit? Azt ki kell találni. Arról nem dönthetünk most, hogy változtassuk meg. Mert mit változtassunk meg? Arról kell határozni, hogy szándék van bennünk abban, hogy erről gondolkodjunk. De hogy a változtatásban mi legyen benne, azt ki kell dolgozni. Afelől dönthetünk, hogy egy bizottságot hozunk létre, aminek javasolom, hogy Stehlich Gábor legyen tagja, Török professzort javasoltam, Juhász tanár úr legyenek még benne, mások engem javasoltak, akik előké-

szítenek jogászok bevonásával egy javaslatot, megvizsgálják, hogy milyen teendőink lehetnek és a vezetőség illetve a közgyűlés elé tárják. Javasolom, hogy afelől szavazzunk, hogy ilyen bizottságot létrehozunk, és ha a tagok elvállalják, hogy ebben dolgoznak a jogászokkal együtt, egy fix határidőig, áprilisig terjesszék a vezetőség elé, hogy mire jutottak.

Dr. Marschalkó Márta

Azt hiszem, ez világos és egyértelmű.

Dr. Kuhnyár Ágnes

Szeretném felhívni a figyelmet, hogy a közgyűlés előkészítésénél két héttel korábban ki kell küldeni a tagoknak, hogy mi lesz a közgyűlés témája, amiről szavazni kell, és a Társulat egész komoly alapjait változtató döntéseket kell hozni. Kemény professzor úr tett egy javaslatot, van egy vezetősége az MDT-nek, van egy tagnak egy javaslata, azt terjessze be, vizsgálja meg a vezetőség, készítse elő, terjessze közgyűlés elő, úgy hogy pro és kontra mindenféle

Dr. Marschalkó Márta

Kemény professzor új javaslatával értenék egyet, hogy jöjjön létre egy bizottság, azután, hogy ez mit csinál, előterjeszti a vezetőségnek vagy a tagságnak, vagy a jogással konzultál, az már a bizottság dolga.

Dr. Szabó Éva

Csak azt szeretném elmondani, hogy akik ebben a teremben ülünk, mindannyian gyógyító orvosok vagyunk, akár főfoglalkozású magán bőrgyógyász, akár klinikai, rendelőintézeti, vagy tudományos munkát végzünk. A betegekért dolgozunk. Másod sorban úgy gondolom, hogy a magán bőrgyógyászoknak is az az elsődleges célja, hogy a hozzá beérkező betegek pénzért vagy ingyen, megelégedetten, gyógyulóban vagy gyógyultan menjenek el. A másik célja az, hogy együttműködhessen bármilyen állami rendszerrel, ahova, ha ő nem tudja ellátni a beteget, akkor átküldhesse az állami intézménybe, és az állami intézményeknek is az elsődleges célja, hogy a bőrgyógyászat minél jobb minősítést kapjon az országban. Nincs értelme a csatabárdot kiásni, és nincs értelme, hogy ledegradáljuk a magánbőrgyógyászokat, mert rengeteg személyes problémájuk van. És úgy gondolom, hogy Stehlich Gábor ezek miatt szeretne az állami és a bőrgyógyászati társulattól támogatást kapni. Úgy gondolom, hogy Stehlichéknek, és a másik megalakuló magánbőrgyógyász társaság-

nak is az a célja, hogy együtt, közösen, kellő képvisellel, nem túl hangosan, de megfelelően el tudjuk mondani azokat a problémákat, amik segíthetnek az egész bőrgyógyászati ellátáson.

Dr. Marschalkó Márta

Akkor szavazhatunk? Tehát arra a javaslatra, amit Kemény professzor most összefoglalt, nem akarom ismételni. Ki ellenzi ezt a javaslatot, hogy összeüljön ez a bizottság? Javasoljál légy szíves professzor úr egy gondozó vezetőt.

Károlyi Zsuzsanna, nő és azt hiszem megfelel mindenkinek. Ne utólag bővítsük a bizottságot. Ne utólag döntünk el, hogy ki legyen benne.

Prof. Dr. Kemény Lajos

Pont ez volt a javaslatom, hogy bármikor bővíthető legyen a bizottság. Négy tagjára kértem, hogy szavazzunk. Az volt a kérésem, hogy ne csak négyen legyünk benne vagy öten, hanem egyéb embereket szabadon hívjunk meg, akiket úgy gondolunk, hogy még szükséges lehet. Most ne kezdjünk el még 15 másik emberről szavazni, viszont meg van a lehetőség, hogy ha eljutnánk addig, hogy szavazunk, hogy akit javasolt ezt követően, az részt vesz ebben az előkészítő munkában.

Dr. Marschalkó Márta

Akkor szavazunk. Ki ellenzi? Úgy látom, senki. Ki tartózkodik? Jó, akkor ez a bizottság megalakult. Jó munkát kívánok nekik. Ajánlom a bizottságnak is, és minden tagnak, hogy olvassa el az MDT alapszabályát, a honlapon rajta van.

Azt gondolom, hogy ezek után bezárjuk a közgyűlést, és holnap folytatjuk a konferenciát.

Budapest, 2005. december

Dr. Marschalkó Márta
Levezető elnök

Dr. Podányi Beáta
Jegyzőkönyv hitelesítő

Dr. Somlai Beáta
Jegyzőkönyv vezető

Prof. Dr. Baló-Banga Máttyás
Jegyzőkönyv hitelesítő

1. sz. melléklet

**Beszámoló az MDT 2005. évi gazdálkodásáról
a 2005. szept. 1-i állapot szerint**

Bevételek (Ft) N: nettó

Értékesítés árbevétele	6.837.370 Ft	N
Jelentősebb tételek:		
Szemle hirdetés árbevétele	4.480.000 Ft	* N
Szemle előfizetés	234.000 Ft	N
MOTESZ kongresszus árbevétel	3.282.000 Ft	
2004. Gyerekbőr kongresszus (jan. 7.):	367.000 Ft	
2004. Nagygyűlés (aug. 18.):	2.915.000 Ft	
Tagdíj bevételek	2.123.370 Ft	
Kapott kamat	17.901 Ft	
* dec. 6-i adatok alapján (titkársági analitika): Szemle hirdetési bevétel: 11.475.000 Ft (2004-ben 11.400.000 Ft) Szemle kiadás (nyomda ktg): 5.286.454 Ft (2004-ben 6.698.064 Ft) (bruttó)		

2005. évi MDT tagdíjbefizetések

Tagsági díjak :

Aktív tagoknak:	5000.-Ft
Rezidenseknek :	2000.-Ft
Nyugdíjasoknak :	1000.-Ft

2005-ben fizetett: 597 fő 2005-ben tartozik: 204 fő

Kiegészítés:

Összes taglétszám: 801 fő

Novartis befizetés: 1.615.000 Ft
(284 fő 2005-re, 39 fő 2004-re is)

Az MDT Titkárságáról 2005. dec. 6-án kapott adatok szerint:
Befizetett tagdíjak (aktív, nyugd. és rezid): **2.572.000 Ft**

Janssen befizetés: 184.000 Ft
(pontos taglista a Titkárságon az előző titkárnő idejéből nem fellelhető)

Ebből vezetőség: 110.000 Ft
Vezetőség EADV tagdíj hozzájárulása: 119.490 Ft

Tagdíjhátralék: 800.000-1.000.000 Ft (becslés)

Beszámoló az MDT 2005. évi gazdálkodásáról a 2005. szept. 1-i állapot szerint

Bevételek (Ft) N: nettó

Értékesítés árbevétele	6.837.370 Ft	N
Jelentősebb tételek:		
Szemle hirdetés árbevétele	4.480.000 Ft *	N
Szemle előfizetés	234.000 Ft	N
MOTESZ kongresszus árbevétel	3.282.000 Ft	
2004. Gyerekbőr kongresszus (jan. 7.):	367.000 Ft	
2004. Nagygyűlés (aug. 18.):	2.915.000 Ft	
Tagdíj bevételek	2.123.370 Ft	
Kapott kamat	17.901 Ft	
* dec. 6-i adatok alapján (titkársági analitika): Szemle hirdetési bevétel: 11.475.000 Ft (2004-ben 11.400.000 Ft) Szemle kiadás (nyomda ktg): 5.286.454 Ft (2004-ben 6.698.064 Ft) (bruttó)		

Beszámoló az MDT 2005. évi gazdálkodásáról a 2005. szept. 1-i állapot szerint

Kiadások/költségek/ráfordítások (Ft)

Szállítók	6.606.677 Ft
Szemle nyomda ktg (bruttó)	2.500.238 Ft
Egyéb rövid lejáratú kötelezettségek	
Társasági adó	0 Ft
Iparüzési adó	63.900 Ft
Jövedelem elszámolási szia.	2.282.796 Ft
Társadalombizt. kötelezettség	809.387 Ft
Nyugdíjbizt. alap járuléka	507.186 Ft
Egészségbizt. Alap	302.201 Ft
SZJA	336.626 Ft
Munkavállalói járulék	16.182 Ft
Munkaadói járulék	48.546 Ft
Táppénz hj.	0 Ft
Egészségügyi hj.	47.495 Ft
Szakképzési hozzájárulás	34.000 Ft
Kulturális járulék	91.000 Ft
Bírság, önellenőrzési pótlék	0 Ft
Fizetendő AFA	367.606 Ft
Értécsökkenési leírás	203.319 Ft

**Kiegészítő adatok az MDT 2005. évi kiadásaihoz,
a 2005. szept. 1-i állapotszerint (Ft-ban) N: nettó, B: bruttó**

Irodaszer	92.259 N
Belső ellenőrzés díja (bruttó)	0 (2004-ben :1.000.000)
Könyvelés/számviteli szolgáltatás	480.000 N
Postaköltség	334.352 N
Nívódíjak	636.286 B
Nexum Marsnet (MDT honlap)	374.188 B
RICOH fénymásoló	296.000 N
Monitor TFT 17" 2db	159.800 N
HP Laser 1320 nyomtató	95.500 N

A Társulat 2005. évi tevékenységének (szept. 1-ig) számviteli eredménye:

336.006 Ft

a könyvviteli adatok alapján 2005. szept. 1-én.

Ehhez tiszta bevételként (nyereségként) azóta realizált, ill. várható még

- a Szemle 5-6. számának nyeresége: 1.500.000 Ft (becslés)
- 2004-es EADV Spring Symposium MDT-t illető, 2005. novemberben befolyt nyereséghányada: 3.807.218 Ft
- 2005-ös Gyerekbőr Kongresszus (magyar nap) bevételhányada (Convention): 365.904 Ft (még nem utalták)
- 2005-ös Kozmetológiai Kongresszus Bevételeinek MDT-t megillető hányada: 3.564.000 Ft (utalva 09.28.)
- MDT 2005. évi Nagygyűlés nyereséghányada: kb. 3.500.000 Ft
- Befolyó tagdíjhátralékok- óvatos becsléssel 500.000 Ft

Így a 2005-es év gazdálkodásának várható adózás előtti eredménye kb.

13.573.000 Ft

Likviditás	2005. jan. 1-én	2005. szept. 1-én
OTP bankszámla:	6.177.212 Ft	6.389.541 Ft
Pénztár:	94.926 Ft	54.264 Ft

2. sz. melléklet

Erre az időszakra eső adók	
SZJA	22 680
Munkavállalói járulék	3 556
Munkaadói járulék	10 668
Egészségügyi hozzájárulás	10 350
Nyugdíjbiztosítási járulék	11 026
Egészségbiztosítási járulék	53 340
Magánnyugdíj pénztár	19 200
Iparűzési adó	43 577
Kulturális járulék	16 000
ÁFA	389 000

Kiegészítő információk:

10.31-én a pénztár záróegyenlege: 56 417
 Bankban lévő pénzkészlet egyenlege: 11 177 932
 (Megjegyezném, hogy le kellene kötni belőle, hogy kamatbevételt kapjon a Társaság.)
 Tárgyi eszköz vásárlás nem volt.

Kifizetett költségek	
Nyomtatvány	49 805
Weblap karbantartás	70 563
Taxi ktg.	7 008
Posta ktg.	161 060
Telefon ktg.	8 750
Számviteli munkadíj	150 000
Bank ktg.	54 420

Bevételek	
Szemle előfizetés	21 050
Hírdetés bevétele	1 950 000
Tagdíj bevétel	655 000
Banki kamat	3 626

Beszámoló az I. Budapesti Bőrgyógyászati Továbbképző Tanfolyamról, melyet a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika szervezett

2006. január 27-28-án rendezték meg Budapesten az I. Budapesti Továbbképző Tanfolyamot. A Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika munkatársai által összeállított szakmai program méltó helyszínéül a Sofitel Budapest Atrium Hotel szolgált. A rendezvény gördülékenységét a Convention Budapest Kft. biztosította.

A továbbképzés iránti érdeklődés a kezdeti várakozásokat jócskán felülmúlta: a regisztráltak végső száma meghaladta az 550-et. A jelentkezők nagy száma híven mutatja a szakma igényét a hasonló rendezvényekre, ugyanakkor a szervezők felelősségét is növeli a megfelelő színvonal biztosításában.

A Dr. Kárpáti Sarolta professzor asszony vezetésével összeállított szakmai program tükrözte a mindennapi gyakorlat problémáit, kiemelve a bőrgyógyászat néhány hangsúlyt érdemlő területét, mint onkológia, venerológia, allergológia, infektológia és immunológia. A szoros értelemben vett szakmai programot művészeti betétek tették színesebbé. Az esemény mindkét napján a korai keléstől álmos nagyszámú résztvevőt Benkő Réka és társai által előadott dalok ébresztették, míg a konferencia termében osztrák kollégák festményei és a budapesti Bőrklinika munkatársainak fotói, képei, üvegfestményei voltak láthatók.

Pénteken Dr. Kárpáti Sarolta professzor asszony rövid megnyitóját onkológiai témájú előadásokat hallhattak a résztvevők. Dr. Somlai Beáta docens asszony a dermatoscopia rejtelmeibe avatta be a jelenlévőket, majd Dr. Marschalkó Márta egyetemi docens a Sézary szindróma diagnosztikájának aktuális ismereteit mutatta be.

A következő blokk a syphilis aktuális kérdéseivel foglalkozott. Dr. Várkonyi Viktória főorvos asszony epidemiológiai témájú előadása után Dr. Pálfi Zsuzsanna neurosyphilisről szóló összefoglalójának aktualitását illetően nem maradt kétség. Dr. Marschalkó Márta docens asszony a betegség diagnosztikájában nyújtott segítséget.

Rövid kávészünet után Dr. Holló Péter egyetemi adjunktus a psoriasis kezelésében hozzáférhetővé váló biológiai terápiákról adott át gyakorlati ismereteket. Dr. Wikonkál Norbert adjunktustól a fotodinámiai terápia indikációjáról, kivitelezéséről hallhattunk, míg – meghívott előadóként – Dr. Engloner László professzor, a SE II. Belgyógyászati

Klinika munkatársa beszélt a bőrgyógyászati da-ganatok ellátásában is szerephez jutó izolált perfúziós cytostatikus kezelésekről.

Ebédszünet után Dr. Temesvári Erzsébet professzor asszony a sok félreértéssel övezett fogászati kontakt allergia kérdését tisztázta. Pónyai Györgyi doktornő az egyre többet emlegetett felnőttkori atopiás dermatitisről adott át naprakész ismereteket, majd a Lamotrigin okozta Lyell syndroma három esetéből Dr. Ablonczy Éva adjunktusnő vonta le a tanulságokat.

A délután folyamán a dermatoscopus továbbképzés-sorozat második előadását hallhattuk, majd Temesvári Erzsébet professzor asszony a calcineurin gátlókról tartott előadást.

A délután további része az infektológiáról szólt: Ludwig Endre főorvos a fluorokinolonok használatának távlatait körvonalazta, Veress Katalin doktornő a lymphogranuloma venereum Európában is járványveszéllyel fenyegető terjedéséről számolt be. Dr. Lajos Zoltán mikrobiológus előadása a lábszárfelekély bakteriológiai diagnosztikájában adott támpontokat. Nagy Károly professzor a HIV infekció akvirálásának aspektusairól beszélt ismertette a legfrissebb felfedezéseket.

A kimerítő tudományos program után egy kis pihenés, majd Kútvolgyi Erzsébet maradandó élményt nyújtó előadástje következett. Akinek alkalma volt részt venni, biztosan maradandó élményben volt része. A bankett mindig a szakmai szocializáció fontos eseménye, ez esetben



1. ábra

Georg Stingl professzor és Kárpáti Sarolta professzor asszony



2. ábra

SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika előadói

sem volt másként, némi kulináris kényeztetéssel a Gerbeaud söröző munkatársai részéről vegyítve.

A tervezett program abszolválásához a másnapi korai kezdés elengedhetetlen volt, ennek ellenére az ülésterem már 8.30-ra megtelt. A meglepetést már nem okozó Bach kantáta után a résztvevők egy csokrot kaptak a budapesti Bőrklinika főleg immunológiai jellegű eseteiből.

A rendezvény díszvendégeként meghívott Georg Stingl professor, a bécsi egyetem bőrklinikájának vezetője a bőrt, mint részben autonóm működésre is képes immunszervet mutatta be. Az angol nyelven elhangzott előadás feldolgozható módon foglalta össze mindazt, ami a témában ma tudható, ezen ismeretek gyakorlati aspektusait is felvetítve. A szombati nap sem telt el Somlai Beáta docens asszony didaktikus dermatoscopos ábrái nélkül.

Az utolsó blokkban Csikós Márta doktornő beszélt az ichthyosisok elkülönítéséről, diagnosztikájukról és a gon-

dozás gyakorlatáról. Az utóbbi évek irodalmában körvonalazódott kórképekről Kárpáti Sarolta professor asszony előadásából értesülhettünk. Nagy port kavartak a gyógyszerrendelés szabályozásának változásai, amelyeket Soós Gyöngyvér professor asszony lendületes előadása tudatosított a jelenlévőkben.

A továbbképzés során szerzett ismeretekről a résztvevők teszt megírásával adtak számot. Az előadássorozat hatékonyságát a helyes válaszok betűjelének morajlásszerű felhangzása igazolta, mely valószínűleg a szervezőket már ott helyben meglegedettséggel töltötte el.

Össességében egy jól szervezett, szakmailag magas színvonalú rendezvénynek voltunk részesei, amely remélhetőleg hagyománnyá válva emeli a magyar dermatológia színvonalát.

Szakonyi József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Steven R. Feldman, Kathy C. Phelps, Kelly C. Verzino:
HANDBOOK OF DERMATOLOGIC DRUG THERAPY
 Taylor and Francis Group, London, New York 2005.
 ISBN 10: 1-84214-260-7

A könyv célja a szerzők szerint, hogy a gyakorló bőrgyógyász használja mindennapi munkájában.

A 294 oldalas kötet a kezelt kórképek alfabetikus sorrendjében oszlik fejezetekre. Az acne kezelésére alkalmazott terápiával kezdődik és a szedatívumokkal zárul. A legutolsó fejezet foglalja össze a be nem sorolható gyógyszereket így pl. az aleandron savat (Fosamax), gabapentint (Neurontin), pentoxifyllint (Trental) stb. Az egyes fejezetekben a gyógyszerek felsorolása szintén abc sorrendben történik. Minden gyógyszernél a dózist, alkalmazás módját, terápiás javaslatot, farmakológiai tulajdonságokat, ellenjavallatokat, interakciókat és a kiszérelést tüntetik fel. Fentiek mellett a különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvatossági intézkedések- különösen a terhességre és szoptatásra vonatkozó adatok-, valamint ahol szükséges a monitorozás és a kiválasztott, legfontosabb irodalmi hivatkozások szerepelnek.

A könyv egyik legbővebb fejezete a citosztatikumokkal és immunosuppresszív szerekkel foglalkozik. Ezek között található olyanok, amelyek Magyarországon nincsenek forgalomban, így a mechlorethamine (helyileg alkalmazandó mustár nitrogen), thalidomine, más gyógyszerekkel pl. alefacept, etanercept, efalizumab folynak vizsgálatok.

A gyulladáscsökkentőkkel foglalkozó gyógyszerek közül kiemelt szerepet kaptak a kortikoszteroidok. A helyileg alkalmazandó szereket igen részletesen tárgyalják. A különféle kiszérelési formák:

krém, kenőcs, gél, oldat, tapasz, spray, hajás fejbőrre alkalmazott hab, orrspray egyaránt ismertetésre kerülnek.

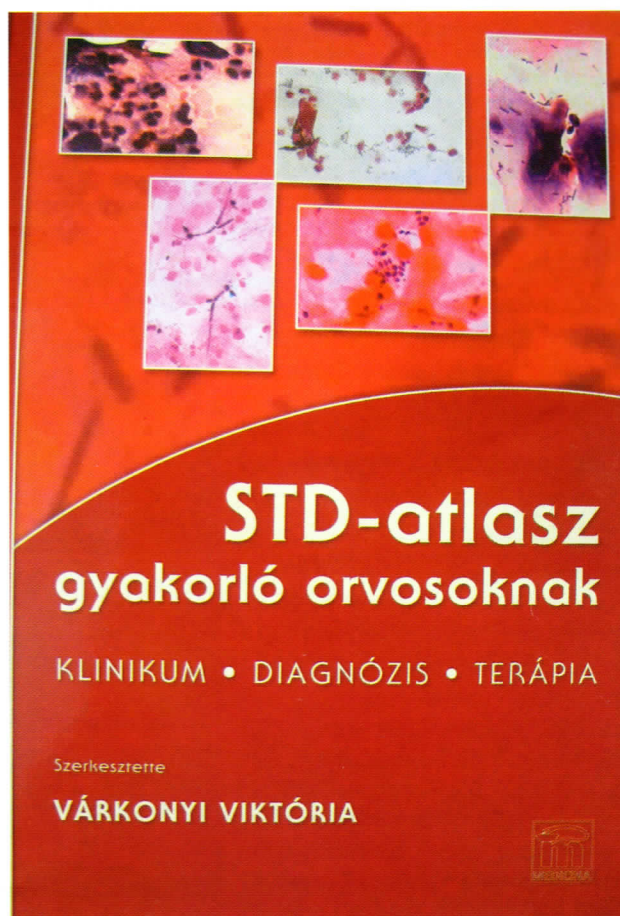
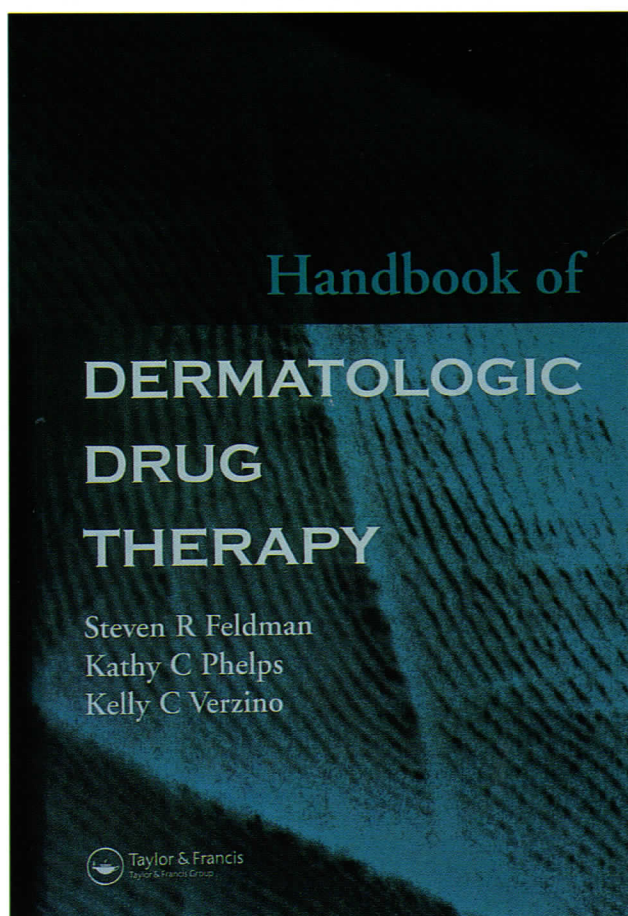
A könnyen kezelhető, jól áttekinthető könyv a gyakorló bőrgyógyászoknak, szakorvos jelölteknek ajánlható, de haszonnal forgathatják a háziorvosok is.

Ablonczy Éva dr.

Várkonyi Viktória:
STD-ATLASZ GYAKORLÓ ORVOSOKNAK
 Klinikum-Diagnózis-Terápia
 Második, átdolgozott, bővített kiadás.
 Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2006.
 ISBN 963 226 020 1

A szexuális úton terjedő betegségek a XX. század utolsó két évtizedében világszerte az érdeklődés előterébe kerültek. Ez a figyelem elsősorban a HIV-infekció megjelenése és járványszerű terjedése, valamint a népesség jelentős részét érintő szexuálisan átvihető betegségek más szakmákat is érintő klinikai tünetei valamint az új diagnosztikai lehetőségek miatt irányult e témakörre.

Az STD atlasz az előző kiadáshoz hasonló szerkezetben, bővített ismeretekkel (elsősorban a HIV fertőzés, Chlamydia trachomatis, HPV, mycosisok témakörében) és demonstratív képanyaggal jelent meg. A betegellátó szakorvosoknak nagy gyakorlati segítséget nyújt a beteg vizsgálattal kapcsolatos teendők részletezése, valamint az ehhez kapcsolódó metodikák pontos, képanyaggal illusztrált követhetősége. Az egyes fejezetek/témakörök olvasása során nagy segítséget nyújt a jól áttekinthető táblázatok ismertető jellege. Az egyes kórképek részletezése során különösen az extragenitalis megjelené-



sek klinikai kép demonstrációi, melyek szakorvosoknak is új diagnosztikai szemléletet adhat.

A fejezetekhez kapcsolódó esetismertetés a gyakorlatban tapasztalható szakmai és ellátási gondokra hívja fel a figyelmet.

A kötet a hivatkozások irodalmával, ill. a módszertani ajánlásokkal, valamint a témaköröknek megfelelő aktuális irodalomjegyzékekkel zár.

Az atlasz gyakorlati hasznossága gyakorló bőrgyógyász szakorvosok számára sem vitatható, a régióval foglalkozó egyéb társszakmák számára is alapkönyvként ajánlható.

Temesvári Erzsébet dr.

Arielle N. B. Kauvar, George J. Hruza (eds):

PRINCIPLES AND PRACTICES IN CUTANEOUS LASER SURGERY

Taylor & Francis Group 2005.

ISBN: 0-8247-58331

A lézeres terápia a bőrgyógyászat, plasztikai sebészet, fül-orr-gégészet és a phlebológia területén egyre nagyobb teret kap.

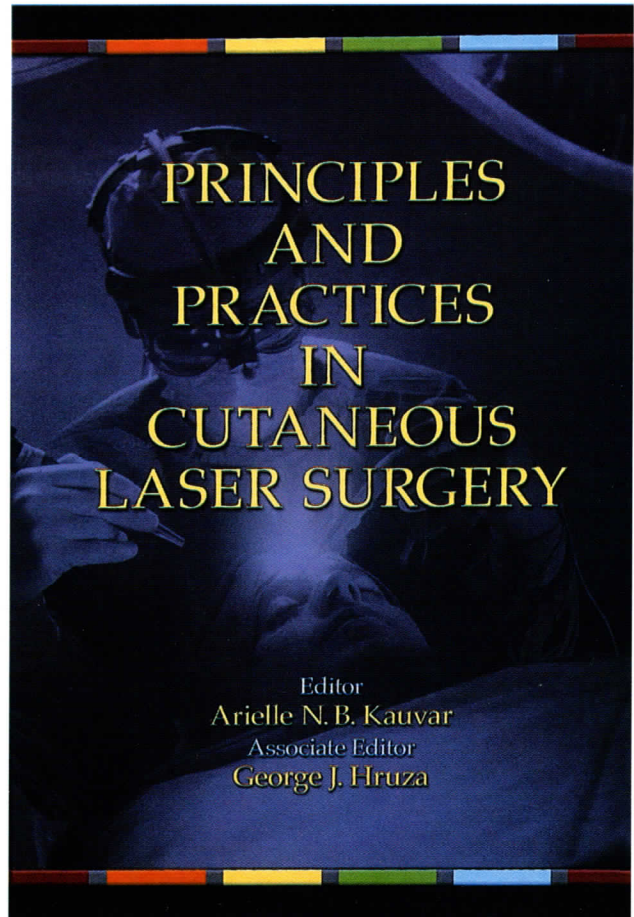
A könyvet 60 szerző írta, akik az Egyesült Államok orvosegyetemén, lézereközpontokban és magánpraxisban dolgoznak. A 815 oldalas kötet 39 fejezetre oszlik és négy nagy részre tagolódik.

Az első rész a lézer történetét tárgyalja, kitérve Albert Einstein tevékenységére és Leon Goldman 1960-as évekbeli úttörő munkásságára. Több fejezetben foglalják össze az alapvető információkat a különböző lézerek működésének megértéséhez.

A könyv legerjedelmesebb része ismerteti a lézerek paramétereit és az indikációs területeket. Így tárgyalásra kerülnek: a folyamatos hullámhosszú argon, KTP, krypton lézerek, folyamatos hullámhosszú és pulzáló CO₂ lézerek, Er: Yag lézerek, pulzáló festék lézerek, pulzáló KTP (532 nm) lézerekészülékek, Q-switched-rubin lézer, Nd: Yag, alexandrit-, dióda lézerek, Nd: Yag (1064 nm), excimer lézerek stb. Minden készülék esetében a kezelési technikák, azok esetleges nehézségei, a beteg felvilágosítása a beavatkozás előtt, az utókezelésre vonatkozó információk és a különböző lézerekkel elért terápiás eredmények is összehasonlításra kerülnek.

A harmadik rész lépésről lépésre ismerteti a különböző bőrgyógyászati kórképek terápiajának módszereit. Külön fejezet foglalkozik a tűzfolt, haemangioma, pigmentált elváltozások, tatuk, hegek és striák kezelésével, az epidermalis és dermalis növedékek eltávolításával, az alsó végtag vénáinak terápiajával, a szőrtelenítéssel és a hajtranszplantációval. Négy fejezetet szentelnek a különféle lézerekkel történő resurfacing kivitelezésének és külön fejezet tárgyalja az arc és nyak esztétikai sebészetével együtt történő alkalmazását.

A negyedik rész hangsúlyozza a betegek kiválasztásának fontosságát; a standard kezelési elvek, módszerek betartásának elmulasztásából adódó jogi következményeket illusztrálva öt eset részletes is-



mertetésével. Foglalkozik a lézeres egység kialakításával, valamint az anaesthesia kérdésével is.

A könyvben nagy hangsúlyt kap az irodalom igen széleskörű ismertetése. Minden fejezet végén számos – olykor több száz – publikáció található, amely segíti az egyes témakörök iránt érdeklődő olvasó alapos tájékozódását.

A kötetet számos színes rajz és nagyszámú fotó – döntően színes kép – illusztrálja.

A könyv teljesíti a szerkesztők által kitűzött célt, hogy a gyakorló orvosnak nyújtson jól áttekinthető és a napi terápiaiban hasznosítható ismereteket a különböző lézeres beavatkozásokról.

Ablonczy Éva dr.

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2006

AZ MDT RENDEZVÉNYEI

Az MDT Allergológiai, Fotodermatológiai, Pszichodermatológiai szekcióinak tudományos ülése

2006. március 31.
Budapest, Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika előadóterem
Prof. Dr. Temesvári Erzsébet

DUDG 10. Tagung der Gesellschaft für Dermatopharmazie

2006. április 4-6.
Münster
Prof. Dr. Farkas Beáta

Ünnepi, tudományos ülés Prof. Dr. Simon Miklós tiszteletére

2006. május 12.
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Szegedi Tudományegyetem Szent-györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum

MDT VII. Kozmetológiai Kongresszusa

2006. június 1-3.
Budapest, Danubius Thermal Hotel
Dr. Kuhnyár Ágnes

EORTC Cutan Lymphoma Task Force és MDT Konferencia

2006. szeptember 22-23.
Budapest, Danubius Thermal Hotel
Dr. Marschalkó Márta

Fővárosi Szent István Kórház – Továbbképző Konferencia

A viszkető bőrbetegségek klinikuma és kezelése

2006. november 10.
Budapest, TIT Stúdió
Prof. Dr. Daróczy Judit

MDT 79. Nagygyűlése

2006. december 14-16. Budapest
Dr. Marschalkó Márta

FONTOSABB HAZAI RENDEZVÉNYEK

I. Budapesti Bőrgyógyászati Továbbképző Tanfolyam

Semmelweis Egyetem Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

2006. január 27-28.
Sofitel Budapest Atrium Hotel
Prof. Dr. Kárpáti Sarolta

Novartis symposium. Mycológia, atópiás dermatitis

2006. március 17-18
Siófok

Rezidens képző fórum – Richter Gedeon Rt.

2006. március 24-25.
Helyszín: Budapest Tervezett tematika:
Immunológia és onkológia

Magyar Dermatológiai Társulat Gyermekbőrgyógyászati Szekció Továbbképző Napok és Prof. Török Éva Emlékülés

2006. május 5-6.
Helyszín: Novotel Centrum Budapest Hotel

JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

4th EADV Spring Symposium

2006. február 9-12
Helyszín: Saariselkä, Lappföld, Finnország
Website: www.eadv.org/lapland2006
www.congrex.fi/lapland2006

15th EADV Congress

2006. október 4-7
Helyszín: Rodosz, Görögország

21 st. World Congress of Dermatology

2007. október 1-5.
Helyszín: Buenos Aires, Argentina
Információ: www.dermato2007.org

FELHÍVÁS SZERZŐINKHEZ!

Kérjük szerzőinket, hogy a szerkesztőség és a nyomda munkájának megkönnyítése érdekében a kézirat szerkesztését – figyelembe véve a lap formai változását is –, a következő irányelvek szerint végezzék!

Az első oldalra kerüljön:

A *fejléc* tartalmazza az intézet pontos megjelölését. Klinikák, országos intézetek, elméleti intézetek esetében az igazgató, kórházi osztályok esetében az osztályvezető főorvos nevének említésével (pl. Semmelweis Orvostudományi Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika, igazgató: Horváth Attila dr., egyetemi tanár).

A dolgozat *magyar nyelvű* címe (legyen rövid és fedje a tartalmát), alá kerüljön a dolgozat *angol nyelvű* címe. Mindezek alá a szerzők teljes neve, doktori címük (dr.) megjelölésével.

Az intézet-, illetve osztályvezető a kéziratot láttatja.

A *magyar nyelvű összefoglalás* (fél oldalnál nem lehet több), gondos megfogalmazású legyen, többes szám 3. személy használatával ismertesse röviden a munka célkitűzéseit, eredményeit és megállapításait. Ezt kövessék a Kulcsszavak (4–6 szónál ne legyen több).

A kézirat 2. oldalára kerüljön:

Angol nyelvű összefoglalás, alá az angol kulcsszavak.

A *kéziratokat angol összefoglalóval és angol kulcsszavakkal* kérjük beküldeni a szerkesztőségbe.

A kézirat 3. oldalától kezdődik a közlemény szövege.

A kéziratot A/4 méretű papírra, egyoldalas gépeléssel, kettes sortávolsággal, oldalszámozva, egy sorban kb. 60 leütés, egy oldalon 28–30 gépelt sorral készítsék. A kéziratban oldalanként 5-nál több javítást ne végezzenek. A dőltbetűs kiemelések (kurzív): a szerzők nevei, az ábrákra és a táblázatokra történő hivatkozások a kéziratban egyszer húzandók alá, a félkövér szedést kétszeri aláhúzás jelöli. Az apróbetűs (petit) szedésre szánt szövegrészeket is kettes sortávolsággal gépeljék és azt a szöveg bal oldalán vonallal jelöljék. A módszert, esetismertetést, kevésbé fontos szövegrészeket apróbetűs szedéssel kérjük jelölni. A táblázatokat, ábrákat külön lapra, hátoldalán a szerző nevének, közlemény címének és az elhelyezés jelzésére szolgáló nyílra a bejelölésével kérjük elkészíteni.

A *kézirat terjedelme*: referátum, összefoglaló 10–20 oldal, eredeti közlemény 10–15 oldal, kazuisztika, terápiás közlemény 20 oldalt ne haladja meg. A dolgozatban lehetőleg a szokásos tagolást alkalmazzák. A dolgozat *bevezetése* exponálja a kézirat tárgyát. Az *anyag és módszer* fe-

jezetben az alkalmazott módszereket olyan mértékig kell részletezni, hogy az reprodukálható legyen. Az *eredmények* között csak a lényeges adatokat sorolják fel.

A *megbeszélés* alfejezet csak akkor indokolt, ha megvitatható anyag van.

A *köszönetnyilvánítás* a dolgozat szövege és az irodalomjegyzék közé kerül petit jelzéssel.

Az irodalomjegyzék külön oldalra kerüljön, az oldalszámolás folytatásával. Az irodalom a *szerzők neve*, az *idézett cikk címe*, a *folyóirat nemzetközi rövidítése*, *megjelenés éve*, *kötetszám és oldalszám* (-tól, -ig) adatait tartalmazza.

Háromnál több szerző esetén csak az első nevét írják ki, a társszerzők helyett „*mtsai.*” rövidítéssel.

A dolgozatban kerüljék az idegen szavak halmozását. A rövidítéseket első használatkor zárójelben adják meg. *Nem alkalmazható rövidítés a címben és az összefoglalásban.*

Az egységes helyesírás érdekében szíveskedjenek figyelembe venni az Orvosi Helyesírási Szótár szójegyzékét (Akadémiai Kiadó, 1992. Szerkesztő: Fábíán Pál és Magasi Péter).

Betegek fotójának közzétevése előtt minden esetben szükséges ehhez a *beteg írásbeli beleegyezése*, melyet a kézirat-tal együtt kérünk mellékelni.

A felismerhetőség elkerülésére a *szemek takarása* kötelező, és a szövegben is a *monogramok mellőzését* kérjük. Csak igen jó minőségű fotók, ábrák közzétevése lehetséges, tekintettel az *Interneten* való megjelenésre.

Az ábrákat lektorhoz való küldés előtt a szerkesztőbizottság több tagja véleményezi.

A fotókat, ábrákat borítékban kell mellékelni, az ábrák hátoldalán ceruzával, nyílal jelölendő elhelyezésük.

Az *ábraalírás* külön lapra írandó, az ábraszöveg legyen rövid. Az *ábrák és a táblázatok* helyét minden esetben jelöljük a margón, vagy a szövegben.

A közlemények írásakor kérjük a Helsinkii deklaráció figyelembevételét.

A kéziratban végzett szerkesztői és stílszerkesztői javításokon kérjük ne változtassanak.

Kéréseink figyelembevételével megtakarítható a kézirat visszaküldése és a nyomdai kiválmakat kielégítő újragépelgetés, valamint ezzel rövidülhet az átfutási idő is.

Szerkesztőség