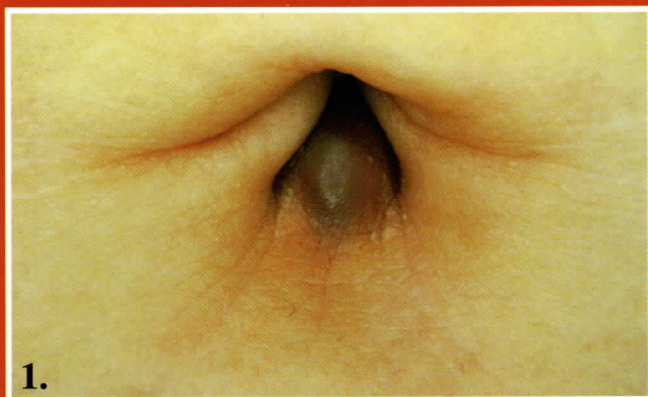
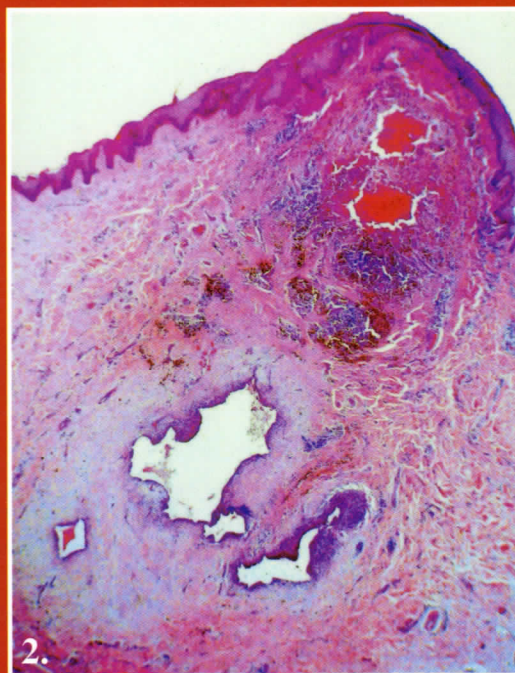


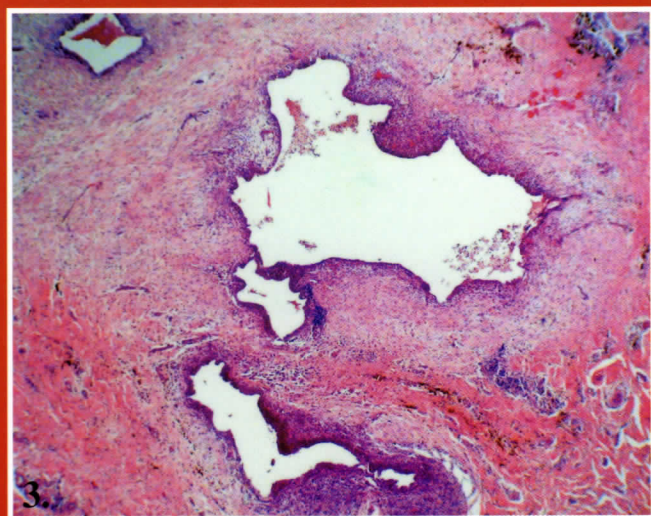
Ablonczy Éva dr., Hársing Judit dr., Somlai Beáta dr.
Umbilicalis endometriosis



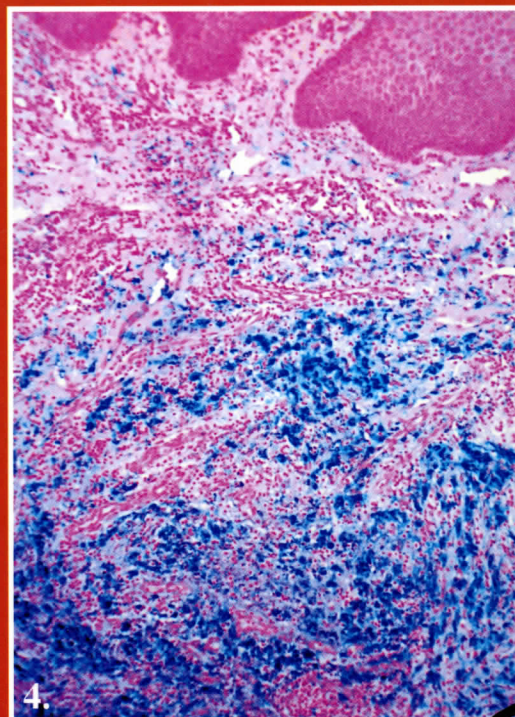
1. ábra: A köldökben 1,0x0,7 cm nagyságú, barnás, sima felszínű nodus



2. ábra:
Kis nagyítással az ép hám alatt, bevezett kötőszövetben hemosiderin pigmentek és hengerhámmal bélelt endometrialis mirigylumenek láthatók (HE)



3. ábra:
A mirigyek körüli stroma oedemas, sejtdús (HE)



4. ábra:
A sorozatos vérzések miatt helyenként tömegesen látható hemosiderin pigment (Berlini-kék reakció)

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

SEMMEI WEIS EGYETEM
BUDAPEST, 1087 JÚLIÓ UTCA 2
KÖNYVTÁR
2007 FEBR 01

Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

A szerkesztőbizottság tagjai:

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

TARTALOM

82. évf. 2006. 4. szám

Dallos Attila, Kiss Mária dr., Polyánka Hilda, Dobozy Attila dr., Kemény Lajos dr., Husz Sándor dr.:
Galantin receptorok azonosítása humán keratinocitákon és humán bőrben167

Fogarasy Anita dr., Sebők Béla dr., Harangi Ferenc dr.:
A gyermekkori atópiás dermatitis családra gyakorolt hatása és költségvonzata Magyarországon171

KAZUISZTIKA

Ablonczy Éva dr., Hársing Judit dr., Somlai Beáta dr.:
Umbilicalis endometriosis178

THERAPIA

Szalai Zsuzsanna dr., Csanády Kinga dr., Torma Katalin dr., Asbóth Dorottya dr., Molnár Katalin dr.:
Szintetikus tannin – új kezelési lehetőség a gyermekbőrgyógyászatban183

Emed Alexander dr.:
Emlékezés Grünfeld Józsefre (1840–1910)190

Beszámoló a Dr. Simon Miklós professzor emeritus 90. születésnapja alkalmából rendezett tudományos ülésről191

Az STD Centrum megnyitója a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán195

Könyvismertetés198

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

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszertudományi Centrum
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (igazgató: Dr. Kemény Lajos egyetemi tanár)¹
és a Magyar Tudományos Akadémia - SZTE Dermatológiai Kutatócsoport
(igazgató: Dr. Dobozy Attila egyetemi tanár)²

Galanin receptorok azonosítása humán keratinocitákon és humán bőrben

Galanin receptor expression in human keratinocytes and in normal human skin

DALLOS ATTILA¹, KISS MÁRIA DR.¹, POLYÁNKA HILDA², DOBOZY ATTILA DR.^{1,2},
KEMÉNY LAJOS DR.^{1,2}, HUSZ SÁNDOR DR.¹

ÖSSZEFOGLALÁS

A galanin (GAL) az idegrendszerben széles körben elterjedt neuropeptid, amely hatását különböző GAL receptorokon keresztül fejti ki. Humán bőrben GAL-szerű immunreaktivitást jelentettek a dermisz szabad idegvégződéseiben. Habár a GAL receptorok meglehetősen fontosak a biológiai funkcióhoz a kifejeződését az altípusoknak még nem vizsgálták tenyésztett humán keratinocitákon. A tanulmányunk célja volt megvizsgálni a különböző receptorok jelenlétét mind mRNS mind fehérje szinten. PCR segítségével csupán a GALR2 mRNS jelenlétét tudtuk igazolni HaCaT sejtekben és keratinocitákban. A GALR2 fehérje meglétének vizsgálata immunhisztokémiai módszerekkel feltárta a receptor jelenlétét mindkét sejtípuson továbbá a normál humán bőr immunhisztokémiai vizsgálatai feltárták, hogy a GALR2 főleg az epidermisz bazális rétegében fejeződik ki. A keratinociták galamin kezelése növekedést eredményezett a sejten belüli Ca^{2+} koncentrációban, amely támogatja azt az elképzelést, hogy a GALR2 egy működő receptor.

Kulcsszavak:
humán keratinocita - galanin receptorok

SUMMARY

Galanin (GAL) is a neuropeptide that widely distributed in nervous system. GAL exerts action via diverse GAL receptors. In human skin GAL-like immunoreactivity has been reported in free nerve ending of the dermis. Although the GALRs are essential for biological functions, the expressions of different GALR subtypes in cultured human keratinocytes have not yet been investigated. The aim of our study was to study the presence of the different receptors both on mRNA level and on protein level. Using RT-PCR only the presence of the GALR2 mRNA was identified in HaCaT cells and keratinocytes. To investigate the presence of GALR2 protein by immunohistochemistry has revealed its presence on both of the cell types in addition immunohistochemical investigations of normal human skin revealed that GALR2 was expressed mainly in the basal layer of the epidermis. GAL treatment of the keratinocytes resulted in an increase in Cytosolic Ca^{2+} concentration, suggesting that GALR2 is a functional receptor.

Key words:
human keratinocyte - galanin receptors

A humán bőr az ember legnagyobb szerve, amely részben elhatárolja a belső szerveket, részben felfogja a külvilág ingereit. Régebben a bőrt passzív szervnek tekintették, de mára ez a nézet jelentősen megváltozott. Ezt támasztja alá az ún. SIS (Skin immune System) a bőr immunrendszerének megléte is, melynek jellegzetes sejtjei a keratinociták, Langerhans sejtek, T-limfociták (1). Az utóbbi időkben egyre több kísérleti eredmény igazolja, hogy a SIS szorosan együttműködik a perifériás idegrendszerrel, amelynek rostjai gazdagon behálózzák a bőrt.

Ez az együttműködés egyaránt megtalálható a bőr fiziológiás és patofiziológiás folyamataiban. A perifériás idegrendszer elsősorban az idegvégződésekből felszabaduló neuro-

peptidek által befolyásolja a SIS működését. Ezen neuropeptidek egyik kevésbé vizsgált képviselője a galanin.

Az 1983-ban felfedezett neuropeptid emberben 30 aminosavból áll. A különböző emlős fajok között erős a szerkezeti homológia (2). A galanin széles körben megtalálható a központi és a környéki idegrendszerben, amely sokrétű biológiai szerepet sejtet. Humán bőrben Johansson és mtsai (3), majd legutóbb Kofler és mtsai (4) mutattak ki galanin immunreaktivitást. Hatásával kapcsolatban még sok a kérdőjel, de úgy tűnik, a bőrben felszabaduló többi neuropeptidhez hasonlóan a galanin is befolyásolja a vasculáris permeabilitást, immunmoduláló szerepet tölt be és feltehetően a sejtnövekedés és proliferáció szabályozásá-

ban is részt vesz (5). Kísérleti tény, hogy gátolja a vasodilatációt galamb bőrben és ez inflammatórikus hatást sejtet (6,7). *Jimenez-Andrade és mtsai* szintén arra a következtetésre jutottak, hogy a galanin aktívan részt vesz a bőr gyulladásos folyamatainak modulálásában (8,9).

Ezen sokrétű biológiai szerepét a galanin G-fehérjéhez kapcsolt receptorokon keresztül fejti ki. Három különböző receptor altípus ismert GALR1, GALR2 és GALR3 (10,11), melyek különböznek szerkezetükben, elhelyezkedéseikben, különböző gének kódolják őket, melyek különböző humán kromoszómákon helyezkednek el. GALR1 főleg a központi idegrendszerre jellemző (12) míg a GALR3 főleg a perifériás szövetekben fordul elő. A legsebésebb körben elterjedt receptor a GALR2. Kifejeződik mind a környéki, mind a központi idegrendszerben valamint számos perifériás szövetben (13). Munkánk célja volt annak megállapítása, hogy a humán keratinociták rendelkeznek-e receptorral a galanin számára és amennyiben rendelkeznek melyik altípussal.

Módszerek

Sejttenyésztés

A receptorok meglétének vizsgálata tenyésztett humán keratinocitákon történt, melyeket egészséges emberek plasztikai műtétei során nyert mintákból izoláltunk. Továbbá vizsgálatokat végeztünk spontán immortalizált humán keratinocita sejtvonalon (HaCaT sejtek) is.

Reverz transzkripció-polimeráz láncreakció

A sejtekből totál RNS-t izoláltunk Trizol-os módszerrel. Az így nyert RNS koncentrációját meghatároztuk és 1µg RNS-t írtunk át cDNS-é iScript cDNA Synthesis Kit (BIORAD) felhasználásával.

A receptorok mRNS szintű kimutatása PCR segítségével történt a megfelelő, specifikus primerek alkalmazásával. Az amplikonokat agaróz gélen megfuttattuk majd a kapott sávból a terméket visszaizoláltuk. A felamplifikált és a gélből visszaizolált termék azonosítása szekvencia analízissel történt.

Immuncitokémia és immunhisztokémia

Immuncitokémiai vizsgálatok céljára tenyésztett humán keratinocitákat és HaCaT sejteket üveg tárgylemezre vittük fel citocentrifuga segítségével, illetve plasztikai műtéten átesett emberek bőrmintáiból fagyasztott metszeteket készítettünk, amelyeken immunhisztokémiát végeztünk. Elsődleges ellenanyagként anti-humán GALR2 ellenes poliklonális antitestet használtunk.

Sejten belüli Ca^{2+} koncentráció mérése

A sejten belüli Ca^{2+} koncentráció változásának meghatározására tenyésztett humán keratinocitákat festettünk Fura-2-vel, egy Ca^{2+} kelátor festékkal 40 percig majd a sejteket indukáltuk galaninnal. A komplexképződés hatására létrejövő fluoreszcencia változásokat egy Hitachi F-2500 spektorfluorométerrel mértük. A kapott értékekből számoltuk ki a sejten belüli Ca^{2+} koncentrációt.

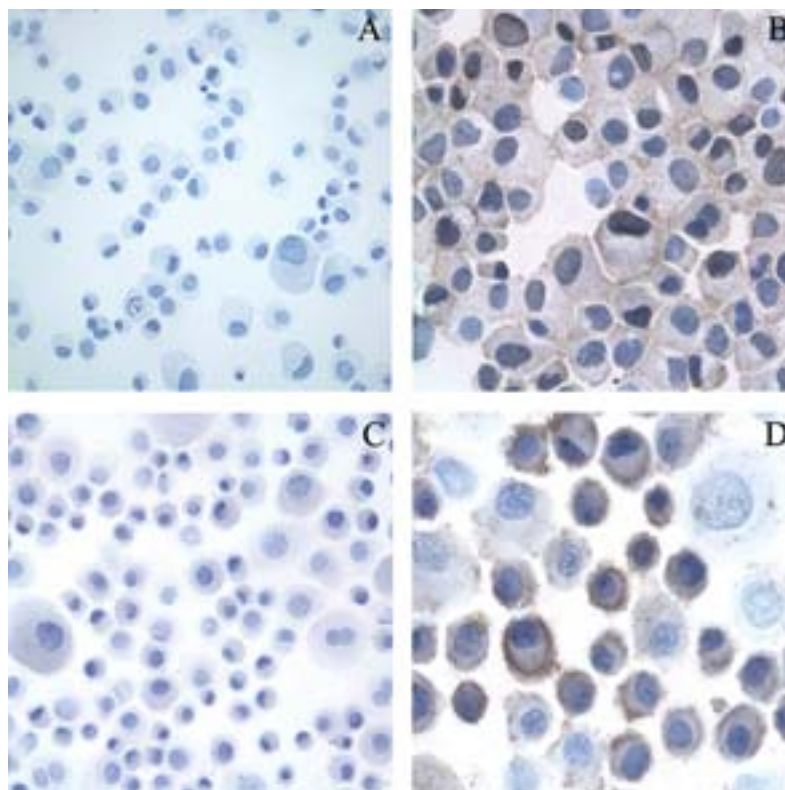
Eredmények

GAL receptor mRNS-k kifejeződése HaCaT sejtekben és tenyésztett humán keratinocitákban.

Első lépésben mRNS szinten vizsgáltuk a különböző galanin receptorok kifejeződését RT-PCR segítségével. Pozitív kontroll céljára humán vékonybelet használtunk a GALR1 és GALR2 esetében, illetve humán agy cDNS-t a GALR3 esetében. A PCR termékeket megfuttattuk agaróz gélen. HaCaT vagy keratinocita cDNS-t használva, nem kaptunk terméket sem a GALR1 sem a GALR3 esetében. Viszont megvizsgálva a GALR2 kifejeződését, kaptunk egy éles sávot az agaróz gélen a kívánt magasságban mind a HaCaT mind a keratinociták esetében. A kapott terméket visszaizoláltuk a gélből és megszekvenáltattuk. A szekvencia analízis igazolta hogy a termékünk a GALR2 mRNS.

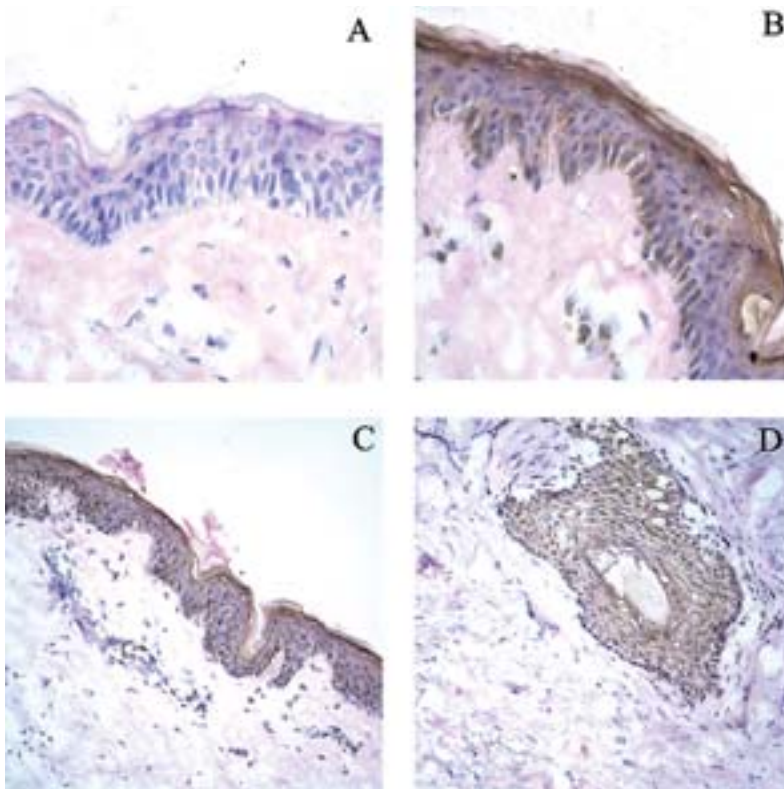
GALR2 fehérje vizsgálata HaCaT és tenyésztett humán keratinociták sejt felszínén

A GALR2 fehérje meglétét HaCaT sejteken és tenyésztett humán keratinocitákon immuncitokémiával igazoltuk poliklonális humán GALR2 antitest használatával. HaCaT sejteken az ellenanyag használatával egyenletes festődést tapasztaltunk a sejtek teljes felszínén. Szintén erős festődés volt látható a tenyésztett keratinocitákon is azzal a különbséggel, hogy a differenciálabb sejtek kevésbé festődtek. Készítettünk negatív kontrollokat, melyek egyik sejtípus esetében sem mutattak festődést (1. ábra).



1. ábra

GALR2 immuncitokémiai vizsgálata HaCaT sejteken és tenyésztett human keratinocitákon. Negatív kontroll HaCaT sejtekre (A) és human keratinocitákra (C). Pozitívan festődő HaCaT sejtek (B) és tenyésztett human keratinociták (D). A sejtmagok haematoxylinnal voltak megfestve.



2. ábra

GALR2 elhelyezkedése a human bőr különböző rétegeiben.

Negatív control (A) nem mutat festődést. A (B) ábrán egy erősebb festődés látható a bazális keratinocitákon. Pozitív festődésű véredek és hajhagyma keresztmetszet látható a (C) illetve (D) ábrán. A sejtmagok haematoxylinnel voltak megfestve.

GALR2 in situ kifejeződése human bőrben

Immunhisztokémiai vizsgálatokhoz plasztikai műtéten átesett emberek bőrét használtuk, melyekből fagyasztott metszeteket készítettünk. A metszeteken elvégezve az immunhisztokémiát intenzív festődést tapasztaltunk az epidermisz bazális rétegében és a dermiszben lévő véredek körül (2. ábra).

GALR2 szerepe a szignalizációs folyamatokban

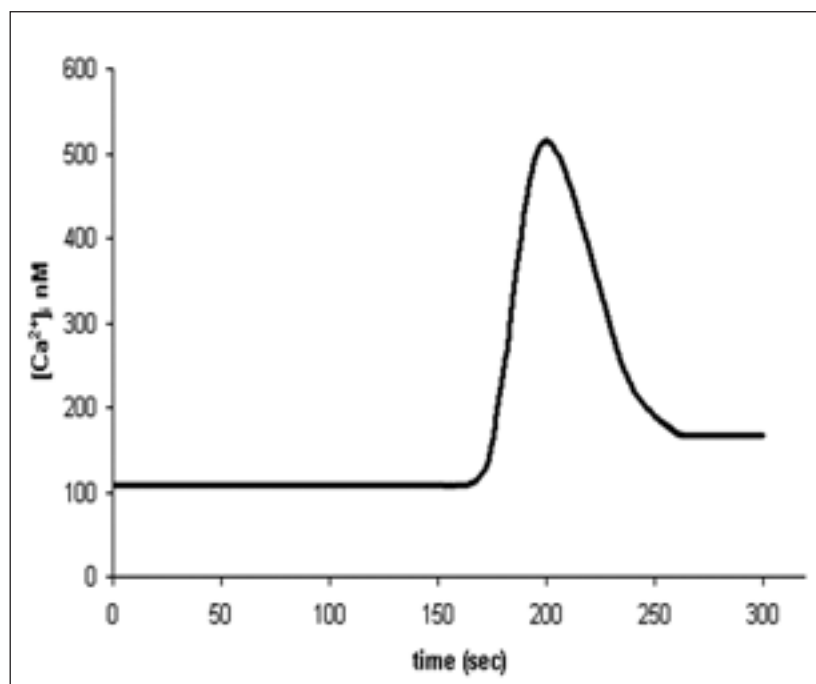
A galanin hatását a sejten belüli Ca^{2+} koncentráció befolyásolására human keratinocitákon vizsgáltuk. Az előzőleg Fura-2 festékkel feltöltött sejteket galaninnal indukáltuk majd mértük a sejten belüli Ca^{2+} koncentrációban bekövetkező változásokat.

A mérés kezdetétől számítva 107 másodperc múlva elkezdett növekedni a sejten belüli Ca^{2+} koncentrációja, amely a csúcspontját körülbelül 200 másodperc múlva érte el. Ekkor a kezdeti Ca^{2+} koncentráció 5-szörösét tapasztaltuk (3. ábra).

Megbeszélés

A jelen tanulmányban kimutattuk a GALR2 mRNS és fehérje jelenlétét tenyésztett human keratinocitákon és normal human bőrben, továbbá demonstráltuk a galanin hatását a sejten belüli Ca^{2+} koncentráció megváltoztatására. A galanin és annak receptorai számos helyen megtalálhatók mind az idegrendszerben, mind a perifériás szövetekben. Galanin kötőhelyek és galanin mRNS első leírása bőrben Ji és mtsai (14) nevéhez fűződik, akik patkány bőrt vizsgáltak. Human bőrben galanin-szerű immunreaktivitást sikerült kimutatni Kofler és mtsai-nal (4) akik galanin-kötőhelyeket is találtak a véredek és verejtékmirigyek körül autoradiográfiát használva.

A galanin hatása három G-fehérjével kapcsolatos receptoron keresztül valósul meg, GALR1, GALR2 és GALR3. Megvizsgáltuk mindhárom receptor mRNS jelenlétét HaCaT sejtekben és human keratinocitákban PCR segítségével. GALR1 és GALR3 mRNS jelenlétét csak a pozitív kontroll esetében tudtuk kimutatni. Viszont a GALR2 mRNS-t megtaláltuk HaCaT sejtekben és keratinocitákban egyaránt. Fehérjeszinten vizsgálva a GALR2 jelenlétét, mind HaCaT sejteken mind human keratinocitákon erős festődést találtunk a poliklonális anti-GALR2 antitest használatával.



3. ábra

A sejten belüli Ca^{2+} koncentráció változása galanin indukciót követően

Mivel a GALR2-ről korábban leírták, hogy szerepe lehet a Ca²⁺ mobilizációban (15) így nyilvánvalóvá vált ennek a hatásnak vizsgálata tenyésztett humán keratinocitákban. A GALR2 funkcionalitásának vizsgálata során mértük a ligand receptor kötődés hatására létrejövő változást a sejten belüli Ca²⁺ koncentrációban, amely tranzienst növekedést eredményezett. Mivel a Ca²⁺ egy fontos és gyakori másodlagos hírvivő számos jelátviteli folyamatban, így szerepe lehet a gyulladásos folyamatok befolyásolásától kezdve egészen a sebgyógyulás folyamatáig.

Összefoglalva, munkánk során elsőként sikerült kimutatni a GALR2-t keratinocitákon mind mRNS, mind fehérje szinten. A receptor jelenlétét igazoltuk *in vivo* humán bőrben is. A GALR2 funkcionalitásának vizsgálata során sikerült kimutatni egy tranzienst Ca²⁺ koncentráció emelkedést a keratinocitákban galanin indukciót követően.

Köszönetnyilvánítás:

Ezt a munkát a Magyar Tudományos Kutatási Alap támogatta (OTKA T 034 964, TS 044 826, T 061 541, NI 62007 és GVOP-0149)

IRODALOM

1. *Bos J. D., Kapsenberg M. L.*: The skin immune system, progress in cutaneous biology. *Immunol Today*. (1993) *14*, 75-78.
2. *Tatemoto K. és mtsai*: Galanin - a novel biologically active peptide from porcine intestine. *FEBS Lett* (1983) *164*, 124-128.
3. *Johansson O. és mtsai*: Immunohistochemical evidence of galanin in sensory nerves of human digital skin. *Acta Physiol Scand* (1988) *132*, 261-263.
4. *Kofler B. és mtsai*: Expression of neuropeptide galanin and galanin receptors in human skin. *J Invest Dermatol* (2004) *122*, 1050-1053.
5. *Holmes FE, Mahoney S-A, Wynick D.*: Use of genetically engineered transgenic mice to investigate the role of galanin in the peripheral nervous system after injury. *Neuropeptides* (2005) *39*, 191-199.
6. *Santha P., Pierau F. K., Jancso G.*: Evidence for an inhibition by endogenous galanin of neurogenic cutaneous vasodilatation in the pigeon. *Neurosci Lett* (1998) *243*, 101-104.
7. *Santha P., Pierau F. K., Jancso G.*: Inhibitory modulation of cutaneous vascular responses by endogenous galanin in the pigeon. *Neurosci Lett* (1999) *273*, 64-66.
8. *Jimenez-Andrade J. M. és mtsai*: Pro-nociceptive role of peripheral galanin in inflammatory pain. *Pain* (2004) *110*, 10-21.
9. *Jimenez-Andrade J. M. és mtsai*: Mechanism by which peripheral galanin increases acute inflammatory pain. *Brain Res* (2005) *1056*, 113-7.
10. *Habert-Ortoli E. és mtsai*: Molecular cloning of a functional human galanin receptor. *Proc Natl Acad Sci USA* (1994) *91*, 9780-9783.
11. *Branchek T. A., Smith K. E., Walker M. W.*: Molecular biology and pharmacology of galanin receptors. *Ann N Y Acad Sci* (1998) *863*, 94-107.
12. *Burgevin M. C. és mtsai*: Cloning, pharmacological characterization, and anatomical distribution of a rat cDNA encoding for a galanin receptor. *J Mol Neurosci* (1995) *6*, 33-41.
13. *Kolakowski L. F. Jr. és mtsai*: Molecular characterization and expression of cloned human galanin receptors GALR2 and GALR3. *J Neurochem* (1998) *71*, 2239-2251.
14. *Ji R. R. és mtsai*: Central and peripheral expression of galanin in response to inflammation. *Neuroscience* (1995) *68*, 563-576.
15. *Kerekes N. és mtsai*: Galanin increases membrane excitability and enhances Ca²⁺ currents in adult, acutely dissociated dorsal root ganglion neurons. *Eur J Neurosci* (2003) *18*, 2957-2966.

Érkezett: 2006. VI. 20.

Közlésre elfogadva: 2006. VII. 10.

*Baranya Megyei Kórház Kerpel-Fronius Ödön Gyermek-Egészségügyi Központ, Pécs
(egységvezető főorvos: Sulyok Endre dr., egyetemi tanár)¹
Dorozsmai és Társa Egészségügyi BT, Pécs²*

A gyermekkori atópiás dermatitis családra gyakorolt hatása és költségvonzata Magyarországon

The impact of childhood atopic dermatitis on the family and financial cost in Hungary

FOGARASY ANITA DR.,¹ SEBŐK BÉLA DR.,² HARANGI FERENC DR.¹

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők Magyarországon elsőként vállalkoztak arra, hogy a gyermekkori atópiás dermatitis (AD) családra gyakorolt hatását és költség vonzatát vizsgálják betegek körében. A felmérést 2004-ben a Baranya Megyei Kórház Kerpel-Fronius Ödön Gyermek-Egészségügyi Központ gyermek-bőrgyógyászati szakrendelésének 75 AD-es betege (1-16 év közöttiek, átlagéletkor: 9,1 év), ill. azok szülei körében végezték, kontrollként a légúti gondozó 77 asztmás (BA) betege (3-16 év közöttiek, átlagéletkor: 9,6 év) szolgált. A krónikusan beteg AD-es és BA-s gyermek családra gyakorolt hatásának vizsgálatára a Stein és Riessman által kifejlesztett „Impact on Family Scale” kérdőív magyarra fordított változatát használták. Az AD családot érintő költség vonzatát ugyancsak kérdőíves vizsgálattal tisztázták: meghatározták a vizsgálat előtti 6 hónap gyógyszer, diéta és egyéb költségeit, az orvosi vizitek számát, a kórházi ápolási napok számát, valamint bizonyos indirekt költségeket (pl. a szülő munkából való kiesését). A súlyos és közepesen súlyos AD-es és a BA-s gyermekek családra gyakorolt hatása tekintetében szignifikáns különbséget nem észleltek (2,4 vs. 2,2 és 2,1 vs. 2,2); az enyhe AD-es gyermekek családra gyakorolt hatása viszont szignifikánsan kisebb volt, mint az BA-s gyermekeké (1,8 vs. 2,2). A legutóbbi 6 hónapban az enyhe, közepesen súlyos és súlyos AD-ben szenvedő gyermekek családot érintő átlagos kezelési és ellátási költsége 28.418, 59.680 és 82.177 Ft volt. Az OEP-re háruló költségterhet jelentősen kisebbnek bizonyult, 14.382, 21.920 és 38.685 Ft volt. Eredményeik alapján a szerzők hangsúlyozzák, hogy az AD nem tekinthető banális megbetegedésnek, igen jelentős pszichológiai, szociális és finansziális terhet ró a családra és az egészségügyi ellátórendszerre.

Kulcsszavak:

atópiás dermatitis - családra gyakorolt hatás - költségvonzat

SUMMARY

Only a few studies have evaluated the impact of childhood atopic dermatitis (AD) on families and have assessed the economic burden of the illness. The aim of the study was to estimate the impact of AD on families and to assess the economic burden of caring for children with AD in Hungary. The target population comprised 75 children presenting with AD to the dermatological outpatient clinic at the Kerpel-Fronius Ödön Children Health Center of Baranya County Hospital in 2004. The control population was formed by 77 children presenting with bronchial asthma (BA) to the pulmonological outpatient clinic of the Hospital. To assess the burden of caring for a chronically ill child with AD and BA on its parents and the whole family, parents completed a Hungarian translation of the „Impact on Family Scale”, developed by Stein and Riessman. The financial cost were assessed by a questionnaire using four variables: cost the medication and the number of visits to health professionals during the past 6 months, the number of hospital admission days in the past 6 months and the indirect costs contributing to income loss. There was not a significant difference in impact on family score between the families of children with severe or moderate AD and families of asthmatic children (2.4 vs. 2.2; 2.1 vs. 2.2). Families of children with mild AD had significantly lower impact on score than families of asthmatic children (1.8 vs. 2.2). A conservative estimate of the annual personal financial cost of managing mild, moderate and severe AD was 28.418, 59.680 and 82.177 HUF, respectively, within the past 6 months. The community costs of managing mild, moderate and severe AD were significantly lower: 14.382, 21.920 and 38.685 HUF in the past 6 months. There is a real need for doctors and administrators to recognise that AD is not necessarily a minor skin disorder, but a major handicap with a considerable personal, social, and financial burden to the family and community.

Key words:

atopic dermatitis - impact on the family - financial cost

Az AD egy krónikus, recidiváló gyulladásoz bőrbetegség, melynek a prevalenciája jelentősen emelkedett az elmúlt évtizedekben (1,2). Újabbán némely fejlett ipari országban a prevalencia növekedésének megtorpanását, sőt csökkenését is megfigyelték (3). Magyarországon gyermekek körében 15,1-17,5% az AD prevalenciája és egyelőre emelkedő tendenciát mutat (4,5). A betegség prevalencia emelkedésének oka pontosan nem ismert, genetikai, immunológiai és környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak a folyamatban (6). A korszerű testápolóknak, kortikoszteroid és calcineuringátló készítményeknek köszönhetően ugyan lényegesen javultak a betegség befolyásolásának lehetőségei, mégis változatlanul jelentős hatást gyakorol a gyermekek életminőségére, mivel a betegségtünetek többnyire hosszú ideig fennállnak, gyakran kiújulnak, a betegek az állandó viszketés miatt vakaródzással, alvászavarral küszködnek (7,8,9). Igen jelentős az AD-ben szenvedő betegek családra gyakorolt pszichológiai, szociális és pénzügyi hatásai, hatalmas szakmai feladatot és anyagi terhet ró az egészségügyi ellátó rendszerre – az említett hatásokat több nemzetközi tanulmány elemezte az utóbbi években (10-16). Magyarországon elsőként vállalkoztunk arra, hogy felmérjük

a különböző súlyosságú AD családra gyakorolt szociális, emocionális és pénzügyi hatásait, és viszonyítsuk egy másik atópiás betegséggel, az asztma családra gyakorolt hatásaihoz.

Beteganyag, módszer

A kérdőíves felmérést a Regionális Kutatásügyi Bizottság engedélyével és az AD-es és BA-s gyermekek szüleinek beleegyezésével végeztük 2004-ben. A kérdőíveket a kórház gyermekbőrgyógyászati szakrendelésén gondozott AD-ben szenvedő betegek szüleinek adtuk át, akik a kitöltés után postán visszaküldték azokat. Az AD diagnózisát a *Hanifin és Rajka* (17) által felállított kritérium rendszer, a betegség súlyosságát a SCORAD index alapján határoztuk meg (18). 95 kérdőívből 75 érkezett vissza (78,9%), valamennyit maradéktalanul értékelni tudtuk. A 32 fiú és 43 lány beteg 1 és 16 éves életkor közötti volt, az átlagéletkor 9,1 év. A 75 AD-es betegből 10 volt a súlyos, 30 a közepesen súlyos és 35 az enyhe csoportba sorolható. A kontroll csoportot képező BA-s gyermekek a kórház pulmonológiai szakrendelésén álltak rendszeres ellenőrzés alatt, a betegség diagnózisát minden esetben pulmonológus szakorvos állapította meg. 95 kérdőívből 77 (81%) érkezett vissza, valamennyit maradéktalanul értékelni tudtuk. A 36 fiú és 41 lány beteg 3 és 16 éves életkor közötti volt, az átlagéletkor 9,6 év.

Az AD és a BA családra gyakorolt hatás felmérését a *Stein és Riessmann* (19) által összeállított kérdőív magyarra fordított változatával végeztük (1. sz. melléklet). A kérdőív 4 állítás-csoportot tartal-

1. sz. melléklet

Az atópiás dermatitis hatásai a családra

A kérdések után a pontozott helyre azt a számot írja, melynek jelentésével leginkább egyetért:

1: teljesen igaz 2: nagyjából igaz 3: csak részben igaz 4: egyáltalán nem igaz

1. Gyermekek ekcémájának kezelését plusz munkával megszerzett jövedelemből fedezem
2. Gyermekek ekcémája a család számára anyagi problémát jelent
3. Ekcémás gyermekem kórházi vizsgálata, kezelése munkaidő kiesést okoz
4. Rövidített munkaidőben dolgozom, hogy ekcémás gyermekemet elláthassam
5. Ekcémás gyermekem miatt a család több mindenről kénytelen lemondani
6. A szomszédok lekezelnek ekcémás gyermekem miatt
7. A rokonainkat és barátainkat ritkábban látjuk gyermekünk ekcémája miatt
8. Családom többi tagjára kevesebb idő marad gyermekem ekcémája miatt
9. Kevesebbet kirándulunk gyermekem ekcémája miatt
10. A lakóhelyünket szinte el sem hagyjuk gyermekem ekcémája miatt
11. Olykor az utolsó pillanatban le kell mondanunk terveinkről gyermekem ekcémája miatt
12. Olykor bizonytalan vagyok, hogy ekcémás gyermekemet speciálisan kezeljem, vagy úgy, mint egy egészséges gyermeket
13. Ekcémás gyermekem miatt több gyereket nem vállalom
14. Senki nem érti azokat a terheket, melyeket viselek
15. Megerőltető számomra a kórházba utazás
16. Úgy érzem az életünk rendkívül hullámzó: amikor ekcémás gyermekem súlyosan beteg krízisben vagyunk, amikor jól van minden rendben van
17. Nagyon nehéz olyan személyt találni, aki gyermekem gondját viseli
18. Egyik napról a másikra élek, a jövőre nem tervezek
19. Probléma számomra az állandó fáradtság, melyet gyermekem betegsége okoz
20. Beteg gyermekem megfelelő ellátásának elsajátítása jó közérzetet kölcsönöz
21. Az eddig elviselt nehézségek a családot összetartóbbá tették
22. Gyermekek problémáit társammal (házastárs, élettárs) megbeszéltem
23. Úgy bánunk gyermekünkkel, mintha teljesen egészséges lenne
24. Hozzá tartozóim megértők és segítőkészek gyermekemmel kapcsolatban

mazott: 4 állítás financiaális tényezőkre, 9 állítás a familiáris és szociális tényezőkre, 6 állítás a személyes terhekre, hátrányokra, 5 pedig az előnyökre vonatkozott. Az állítások után a szülők a válaszokat 1-4 közötti pontértékekkel jelölve adták meg: az 1-es érték teljes egyetértést, a 2-es többnyire egyetértést, a 3-as részleges egyetértést és a 4-es az egyetértés hiányát jelentette. Mivel az így kapott pontértékek esetében az alacsonyabb érték jelentett volna nagyobb családra gya-

korolt hatást, a pontértékeket megfordítottuk, hogy a magasabb érték jelentsen nagyobb hatást, az alacsonyabb pedig kisebbet.

A statisztikai számításokat a Mann-Whitney U-tesztel végeztük és az AD és a BA családra gyakorolt hatást kifejező átlag-pontértékeket egymáshoz viszonyítottuk.

Az AD költséghatásait kérdőíves felméréssel tisztáztuk az alábbi tényezők figyelembe vételével (2. sz. melléklet):

2. sz. melléklet

Atopiás dermatitis és a velejáró költségek

Gyermekének életkora:.....év Neme:.....

1. Az elmúlt 6 hónapban hány alkalommal járt ekcémás gyermekével a háziorvosnál (a), a bőrgyógyásznál (b), vagy a természetgyógyásznál (c)? a:..... b:..... c:.....
2. Az orvos milyen súlyosnak ítélte gyermeke ekcémáját? súlyos..... közepesen súlyos..... enyhe.....
3. Az elmúlt 6 hónapban állt-e kórházi kezelés alatt ekcémája miatt gyermeke és ha igen, hány napig?alkalommalnapig
4. Az elmúlt 6 hónapban hány napot hiányzott gyermeke a közösségből ekcémája miatt? bölcsődéből..... óvodából..... iskolából.....
5. Az elmúlt 6 hónapban Ön hány napot hiányzott a munkahelyéről gyermeke ekcémája miatt (vagy mert orvoshoz vitte, vagy otthon volt vele, vagy kórházban volt vele, stb.)?nap
6. Az elmúlt 6 hónapban hány tubus, vagy tégely kenőcsöt, krémet, fűrdőolajat, hány üveg ecsetelőt használt, hány doboz tablettát szedett gyermeke ekcémájának kezelése során? mosakodáshoz..... steroid készítmény (akár higított formában)..... testápoló..... ecsetelő..... antibiotikum tbl, vagy oldat..... antihistamin tbl, vagy oldat (Zyrtec, Claritine, Fenistil, stb)..... egyéb.....
7. Az elmúlt 6 hónapban kellett-e új ruhaneműt, vagy ágyneműt venni a gyorsabb elhasználódás miatt ekcémás gyermeke számára? nem..... igen..... Ft értékben
8. Az elmúlt 6 hónapban kellett-e valamilyen diétát biztosítani ekcémás gyermeke számára, ha igen, az kb. hány forint plusz költséget igényelt havonta? nem..... igen..... Ft
9. Az elmúlt 6 hónapban voltak-e indirekt plusz költségei ekcémás gyermeke miatt, ha igen, akkor az kb. hány forintot igényelt (szőnyegcsere, padlócsere, bútorcseré, stb, esetleg adósságot is vállalt)? nem..... igen..... Ft adósság:..... Ft
10. Naponta mennyi időt vesz igénybe ekcémás gyermekének kezelése? 10-30 perc..... 30-60 perc..... 60-90 perc..... 90-120 perc..... több, mint 120 perc.....
11. Éjszaka mennyi időt van ébren gyermeke az ekcéma valamilyen kellemetlensége miatt (pl. viszketés miatti sírás, kezelés, nyugtatás, etetés, itatás, stb)? 10-30 perc..... 30-60 perc..... 60-90 perc..... 90-120 perc..... több, mint 120 perc.....
12. Voltak-e családi problémák gyermeke ekcémája miatt (szülők közötti, szülő-gyermek közötti, testvérek közötti, stb)? nem..... igen..... nevezetesen.....
13. Mi az iskolai végzettségük és mi a foglalkozásuk? anya végzettsége..... állása..... apa végzettsége..... állása.....
14. Milyen a család anyagi helyzete? jó..... elfogadható..... rossz.....
15. Milyen lakásban laknak? családi ház..... saját lakás..... albérlet.....
16. Rendelkeznek-e személygépkocsival? igen..... nem.....

- A legutóbbi 6 hónapban felhasznált gyógyszer-készítmények és azok mennyisége
- A legutóbbi 6 hónapban történt orvosi vizitek száma (házi orvos, bőrgyógyász szakorvos, magánorvos, homeopathiás szakember, természetgyógyász megjelöléssel)
- A legutóbbi 6 hónapban a betegség miatt alkalmazott diéta járulékos költségei
- A betegséggel összefüggő egyéb kiadások (ruházat, ágynemű, padló csere, stb)
- A legutóbbi 6 hónapban kórházi kezeléssel töltött napok száma
- Indirekt költségek számításához:
 - munkából való kiesés napjainak száma orvosi vizit, kórházi kezelés miatt
 - az AD foglalkozásra gyakorolt hatása
 - napi kezelésre fordított átlagos idő

A kérdések kizárólag az AD-re vonatkoztak, az egyidejűleg fennálló más betegségeket nem vettük figyelembe (pl. BA, allergiás rhinitis). További kérdésekkel tisztáztuk a szülők iskolai végzettségét (felsőfokú, középfokú, alacsonyfokú), családi állapotát, jövedelmi viszonyait (átlag alatti <120.000 HUF, átlagos 120-160.000 HUF, átlag feletti >160.000 HUF), vagyoni helyzetét (lakás- és autó tulajdon), valamint a betegség súlyosságával összefüggésben levő alvászavar, alvászavar mennyiségét.

Eredmények

Családra gyakorolt hatás

Az 1. táblázat az AD-es gyermekek családjára gyakorolt hatást jelző pontértékeket, valamint viszonyításként a BA-s gyermekek családra gyakorolt hatást jelző pontértékeket tartalmazza. A legmagasabb átlagos pontértékek a súlyos betegek csoportjában, a legalacsonyabbak az enyhe betegek csoportjában voltak. A súlyos AD-es gyermekek csoportjának átlagos pontértéke magasabb a BA-sokénál: 2,4 vs. 2,2 ($p=0,27$); a közepsúlyos AD-es gyermekek csoportjának átlagos pontértéke alacsonyabb a BA-sokénál: 2,1 vs. 2,2, de nem szignifikáns a különbség ($p=0,23$); az enyhe AD-es gyermekek átlagos pontértéke szignifikánsan alacsonyabb a BA-sokénál: 1,8 vs 2,2 ($p=0,01$);

Betegség	Családra gyakorolt hatás	p-érték
Összes AD (n=75)	2,1	0,3
Súlyos AD (n=10)	2,4	0,27
Közepesen súlyos AD (n=30)	2,1	0,23
Enyhe AD (n=35)	1,8	0,01
Összes BA (n=77)	2,2	

1. táblázat

Az AD és a BA családra gyakorolt hatásának összehasonlítása

A 2. táblázat az átlagos napi kezelési időt és az alvászavar időtartamát tartalmazza. A súlyos AD-es gyermek átlagos napi kezelési ideje 60 perc (45-75 perc), a közepesen súlyosé 35 perc (15-50 perc), míg az enyhe AD-es gyermeké 20 perc (10-30 perc). Az átlagos alvászavar a súlyos AD-es csoportban 50 perc (30-80 perc), a közepesen súlyos csoportban 30 perc (10-60 perc), míg az enyhe AD-es csoportban 15 perc (0-35

Betegség	Napi kezelési idő (perc)	Napi alvászavar (perc)
Összes AD (n=75)	31 (10-75)	26 (0-80)
Súlyos AD (n=10)	60 (45-75)	50 (30-80)
Közepesen súlyos AD (n=30)	35 (15-50)	30 (10-60)
Enyhe AD (n=35)	20 (10-20)	15 (0-35)

2. táblázat

Az AD kezelésére fordított napi kezelési idő és a betegség miatt bekövetkező napi alvászavar

perc). A súlyos AD-es csoportba tartozó gyermekek körében gyakrabban fordult elő, hogy egyedül neveli valamelyik szülő a gyermeket, hogy magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, hogy magasabbak a jövedelmi viszonyok, jobb körülmények között élnek. Csak egy szülő említette, hogy gyermekének betegsége lényeges tényező volt a párkapcsolati problémák kialakulásában.

Országos Egészségbiztosítási Pénztár költségei

Az orvosi vizitek száma a betegség súlyosságától függően változott (3. táblázat): betegenként átlag 3,3 vizit az enyhe, 6,1 vizit a közepesen súlyos és 9,1 vizit a súlyos csoportban félévente. A vizitek nagyobb hányadát a háziorvosok teljesítik. A bőrgyógyász szakorvost a betegség súlyosságától függően 1-3 alkalommal keresik fel a betegek 6 hónap alatt. Az orvosi vizitek költsége az OEP-t terheli, 990 Ft (750 pont/vizsgálattal és 1,32 Ft pontértékkal) vizitdíjjal számolva az enyhe AD-esek esetében a 6 havi átlagos költség 3.267 Ft, a közepesen súlyos betegekénél 6.039 Ft és a súlyosaknál 9.009 Ft. Csak elvétve keresik fel a magánorvost, a természetgyógyászt, vagy a homeopathiával foglalkozó szakembert: enyhe betegség esetén nem fordult elő, a közepesen súlyos csoportban átlag 0,6 vizit, a súlyos csoportban 1,1 vizit félévente. Ez a költség (5.000 Ft /vizit) viszont a családokat terheli, ezért a költségeket a 4. táblázatban tüntettük fel. Kórházi kezelést az enyhe és közepesen súlyos AD-es betegek csak igen ritkán, többnyire szociális okokból 4-6 napig vettek igénybe (átlagosan 0,3 nap/fő, ill. 0,1 nap/fő), a súlyos AD-es gyermekek gyakrabban, 5-9 napig (átlagosan 2,7 nap/fő). 4.010 Ft átlagos napi ápolási költséggel számolva az enyhe AD-esek esetében 1.203 Ft, a közepesen súlyosaknál 401 Ft és a súlyosaknál 10.827 Ft költséget jelent. Az OEP-re háruló költségek tartalmazzák a gyógyszer költségek azon hányadát is, mely bizonyos készítmények megvásárlásakor támogatás formájában jelentkezik. Az enyhe AD-es csoportba tartozók OEP-ra háruló átlagos 6 havi gyógyszer költség: az enyhe csoportba tartozóké 9.912 Ft, a közepesen súlyos csoportba tartozóké 15.480 Ft, a súlyos csoportba tartozóké pedig 18.849 Ft. Az OEP-ra háruló fél éves összköltségek átlagosan betegenként: 14.382 Ft, 21.920 Ft és 38.685 Ft.

Vizit típusa	Enyhe AD	Közepesen súlyos AD	Súlyos AD
Összes orvosi vizit/fő	3,3 (0-7)	6,1 (0-18)	9,1 (2-21)
Házi-gyermekorvos	1,8 (0-5)	3,1 (0-10)	5,7 (1-16)
Bőrgyógyász	1,4 (0-5)	2,2 (0-9)	2,3 (0-7)
Természetgyógyász	–	0,6 (0-2)	1,1 (0-2)
Kórházi ápolási napok	0,3 (0-6)	0,1 (0-4)	2,7 (0-10)

3. táblázat

Az orvosi vizitek és a kórházi ápolási napok száma 6 hónap alatt

Költségtípusok	Enyhe AD	Közepesen súlyos AD	Súlyos AD
Gyógyszer (Ft)	9.912	15.480	18.849
Diéta	342	3.000	3.200
Egyéb (ruházat, stb)	7.664	21.200	33.628
Természetgyógyász	–	3.000	5.500
Munkából kiesés	10.500	17.000	21.000
Összes költség	28.418	59.680	82.177

4. táblázat

Az AD családra jutó költségterhei 6 hónap alatt

Költségtípusok	Enyhe AD	Közepesen súlyos AD	Súlyos AD
Orvosi vizitek (Ft)	3.267	6.039	9.009
Kórházi kezelés	1.203	401	10.827
Gyógyszer	9.912	15.480	18.849
Összesen	14.382	21.920	38.685

5. táblázat

Az AD Országos Egészségbiztosító Pénztárra jutó költségterhei 6 hónap alatt

Család költségei

A 4. táblázatban tüntettük fel azokat a költségeket melyek közvetlenül a családra hárultak. Az összes költség elsősorban a gyógyszer-készítményekkel, az otthoni környezet átalakításával és a speciális ruházatkódással összefüggő költségekből származott, kisebb hányadát képezték a diétával és a munkából való kieséssel összefüggő költségek. A gyógyszer-készítmények költségének kb.felét az OEP fedezi. A 6 havi átlagos gyógyszer költségek: az enyhe AD-esek körében 9.912 Ft, a közepesen súlyosaknál 15.480 Ft és a súlyosaknál 18.849 Ft. Némiképpen talán meglepő, hogy a fennálló betegség miatt diétára relatíve keveset költöttek a családok félév alatt: enyhe AD-ben 342 Ft, közepesen súlyos AD-ben 3.000 Ft, súlyos AD-ben 3.200 Ft. Jelentősnek mondhatók az egyéb kategóriába tartozó költségek, ahova a ruházatra, ágyneműre, speciális tisztítószerekre, lakás-átalakításra kiadott összegeket számítottuk. Az enyhe csoportba tartozóknál a félévi költség 7.664 Ft, a közepesen súlyosaknál 21.200 Ft, és a súlyosaknál 33.628 Ft. A szülők munkából való kiesése átlagosan nem mondható jelentősnek, mivel sok esetben az édesanya eleve otthon volt (nem dolgozott), vagy a gyermek felügyeletét másra tudta bízni. Az enyhe AD-sek szüleinél 2,1 nap/fő, a közepesen súlyos betegek szüleinél 3,4 nap/fő és a súlyos AD-esek szüleinél 4,2 nap/fő, ami 10.500 Ft, 17.000 Ft és 21.000 Ft bevétel kiesést jelent. A családot terhelő átlagos költségek szoros összefüggésben voltak az AD-es gyermek betegsége

ének súlyosságával. Az enyhe AD-es csoportba tartozó betegek családra háruló 6 havi költsége átlagosan: 28.418 Ft, a közepesen súlyos csoportba tartozóké: 59.680 Ft, a súlyos csoportba tartozóké pedig: 82.177 Ft.

Ha az OEP-re és a betegek családjára háruló költségeket összeadjuk, akkor az enyhe AD-es beteg átlagos költsége félévente: 42.800 Ft, a közepesen súlyosé: 81.600 Ft, a súlyosé pedig: 120.862 Ft. Az egy betegre eső átlagos költség félévente: 68.728 Ft.

Megbeszélés

Az egyes betegségek családra gyakorolt hatását és költségvonzatát kiterjedten az elmúlt évtizedben kezdték világszerte vizsgálni. 1997-ben a gyermekkori AD szociális, familiáris, emocionális és finansziális tényezőinek vizsgálatáról *Su és mtsai* (12) számoltak be tanulmányukban. Megállapították, hogy a súlyos és közepesen súlyos AD-esek családra gyakorolt hatása magasabb volt, mint az I. típusú diabetesesek családra gyakorolt hatása, míg az AD-es beteg ellátásának direkt költségei: 1255 Ausztrál

Dollár a súlyos, 818 Ausztrál Dollár a mérsékelt súlyos és 330 Ausztrál Dollár az enyhe AD esetén, a diabeteses gyermekek ellátási költségei csupán 440 Ausztrál Dollár voltak. A súlyos és közepesen súlyos AD-es betegek ellátási költségei tehát meghaladták a diabetesét, sőt más összehasonlításban az asztmáét is (15). Arra hívták fel a figyelmet, hogy a gyermekkori AD optimális ellátása rendkívül komplex és költséges, nem egyszer multidiszciplináris együttműködést igénylő megbetegedés, a beteg és a család számára nagyon sok életminőséget befolyásoló potenciális komplikációt rejt magában.

Emerson és mtsai (13) az 1-5 éves korú AD-esek kezelése során felmerülő költségterheket vizsgálták és eredményeikről 2001-ben számoltak be. Az egy betegre jutó átlagos évenkénti költségteher 79,59 Angol Font volt. A legjelentősebb költség összetevők a National Health Service-t érintő orvosi vizitek díja: átlagosan 28,62 Angol Font, az alkalmazott gyógyszer-készítmények átlagos költsége: 22,03 Angol Font és a családot terhelő átlagos költség: 28,94 Angol Font. Értékelésükben hangsúlyozták, hogy minden betegség esetében nagyjelentőségű az egészségügyi szolgáltatóra és a családokra háruló kezelési költségek feltárása, egyes elemeinek részletes vizsgálata, nem utolsósorban a bevezetésre kerülő új készítmények költség és hatékonyság (cost-effectiveness) szempontjából történő mérlegelése.

Warschburger és mtsai (16) AD-ben szenvedő gyermekek szülei körében végeztek felmérést annak tisztázása érdekében, hogy a betegség milyen emocionális és szociális hatást gyakorol a családokra. Tanulmányuk eredményeit 2004-ben közzétették és megállapították, hogy a betegség családra gyakorolt hatása általában mérsékelt volt, természetesen a súlyosabb betegek esetében igen kifejezett. Az eredmények alapján felhívták a figyelmet a helyes terápiás módszerek elsajátítását elősegítő képzések és pszichológiai foglalkozások jelentőségére a családok, azon belül is az édesanyák pszichoszociális jólétének megőrzése érdekében.

Verboom és mtsai (15) felmérésük során a családokra eső költségeket relatíve magasnak találták, míg az egészségügyi ellátó rendszerre eső hányadot alacsonynak, mivel az AD-ben szenvedő gyermekek nem igényeltek kórházi felvételt. A kezelési költségek egyébként is alacsonyak voltak, mivel sok enyhe AD-es gyermeket kezeltek.

A legtöbb tanulmányban az AD kezelési költségeit igen jelentősnek írták, más betegségekhez viszonyítva igen magasnak (10,12, 14), azonban előfordulnak mérsékeltbb családokra gyakorolt hatásról, költség kihatásról beszámoló tanulmányok is (11, 13, 15, 16). Azt feltétlenül hangsúlyozni kell, hogy az egyes tanulmányokban a vizsgált AD-es gyermek populáció súlyosság tekintetében nagyon különböző volt. Abban valamennyi szerző egyetért, hogy a súlyosabb AD-es betegek jelentős hatást gyakorolnak a családokra, elsősorban pszichoszociális vonatkozásban, ezen esetekben a kezelés rendkívül költség igényes, mely egyaránt nagy terhet ró a családra és az egészségügyi ellátó rendszerre.

Tanulmányunk eredményei is az idézett megállapításokat tükrözik, szoros korreláció áll fenn a költségek és betegség súlyossága között. Nagyon fontos annak hangsúlyozása, hogy hazánkban is csak ritkán igényel AD-es beteg osztályos felvételt, kórházi kezelést, a legtöbb beteg esetében a kezelés járó-betegellátás keretében megoldható. Vizsgált beteg-populációnkban 2004-ben a családokra eső költség-hányad nagyobb volt, mint az OEP-ra eső hányad. Véleményünk szerint hazánkban az AD-es gyermekek kezelése, ellátása során a beteg családját terhelő költségek relatíve magasak, még nemzetközi viszonylatban is; és különösen magasak, ha figyelembe vesszük az Európai Unió jóváérvélszinthez képest alacsony hazai jóváérvélszintet: ebben a megközelítésben a családok határozottan rosszabb helyzetbe kerülnek Magyarországon, mint az Európai Unió „régii” tagállamaiban. Amennyiben a 2005-ös év inflációját 3,6%-osnak és a 2006-os év várható inflációját 3%-osnak tekintjük, könnyen kiszámítható, hogy a 2004-es költségek milyen mértékben emelkedtek, vagy fognak emelkedni.

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a jövőben is törekednünk kell a betegek optimális gyógyszeres kezelésére, a készítmények alkalmazása során mindig mérlegelnünk kell a költség és hatékonyság (cost-effectiveness) kérdését. Elő kell segíteni a szülők és betegek számára a helyes kezelési technikák elsajátítását, pszichológiai támogatással a kedvező családi légkör fennmaradását,

vagy újra kialakulását, a betegek családba, társadalomba való zavartalan beilleszkedését.

Köszönetnyilvánítás:

Ezúton köszönjük az ekcémás gyermekek szüleinek a kérdőívek kitöltésével nyújtott önzetlen segítséget. Ez a munka az OTKA T 038227 sz. támogatásával készült.

IRODALOM

1. *Williams H., Robertson C., Stewart A. és mtsai.*: Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood. *J Allergy Clin Immunol* (1999) 103, 125-138.
2. *Downs S. H., Marks G. B., Sporik R., és mtsai.*: Continued increase in the prevalence of asthma and atopy. *Arch Dis Child* (2001) 84, 20-23.
3. *Yura A., Shimizu T.*: Trends in the prevalence of atopic dermatitis in school children: longitudinal study in Osaka prefecture, Japan, from 1985 to 1997. *Br J Dermatol* (2001) 145, 966-973.
4. *Harangi F., Hartmann Á., Lőrinczy K. és mtsai.*: Atópiás dermatitis előfordulási gyakorisága Baranya megyei iskolás gyermekek körében. *Orv Hetil* (2003) 144, 429-433.
5. *Kuhnyár Á., Hunyadi J., Kósa L., Szabó I.*: Az atópiás dermatitis előfordulási gyakoriságának vizsgálata a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élő 19 év alatti lakosok körében. *Gyermekgyógyászat* (2005) 56, 419-425.
6. *Harangi F., Schneider I., Sebők B. és a Baranya megyei házi gyermekorvosok*: Atópiás dermatitis gyermekkorban. Baranya megyei felmérés. *Gyermekgyógyászat* (2002) 53, 569-577.
7. *Ben-Gashir M. A., Seed P. T., Hay J. R.*: Quality of life and disease severity are correlated in children with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* (2004) 150, 284-290.
8. *Dahl R. E., Berwhisel-Broadment J., Scanlon-Holford S. és mtsai.*: Sleep disturbance in children with atopic dermatitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* (1995) 149, 856-860.
9. *Bartlett R. B., Westbrook R., White J. E.*: Sleep patterns in children with atopic eczema. *Acta Derm Venereol* (Stockh) (1997) 77, 446-448.
10. *Lapidus C. S., Schwarz D. F., Honig P. J.*: Atopic dermatitis in children: Who cares? Who pays? *J Am Acad Dermatol* (1993) 28, 699-703.
11. *Herd R. M., Tidman M. J., Prescott R. J., Hunter J. A. A.*: The cost of atopic eczema. *Br J Dermatol* (1996) 135, 20-23.
12. *Su C. J., Kemp A. S., Varigos G. A. és mtsai.*: Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch Dis Child* (1997) 76, 159-162.
13. *Emerson R. M., Williams H. C., Allen B. R.*: What is the cost of atopic dermatitis in preschool children? *Br J Dermatol* (2001) 143, 514-522.
14. *Ellis C. N., Drake L. A., Prendergast M. M. és mtsai.*: Cost of atopic dermatitis and eczema in the United States. *J Am Acad Dermatol* (2002) 46, 361-370.
15. *Verboom P., Hakkaart-van Roijen L., Sturkenboom M. és mtsai.*: The cost of atopic dermatitis in the Netherlands: an international comparison. *Br J Dermatol* (2002) 147, 716-724.
16. *Warschburger P., Buchholz H. T. H., Petermann F.*: Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life? *Br J Dermatol* (2004) 150, 304-311.
17. *Hanifin J. M., Rajka G.*: Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* (Stockh) (1980) 92, 44-47.
18. *European Task Force on Atopic Dermatitis*: Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. *Dermatology* (1993) 186, 23-31.
19. *Stein R.E.K., Riessman C. K.*: The development of an Impact-on-Family Scale: preliminary findings. *Med Care* (1980) 18, 465-472.

Érkezett: 2006. I. 16.

Közlésre elfogadva: 2006. V. 9.

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

Umbilicalis endometriosis Umbilical endometriosis

ABLONCZY ÉVA DR., HÁRSING JUDIT DR., SOMLAI BEÁTA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A cutan endometriosis jól körülírt, de nem gyakori kórkép. A szerzők 23 éves nőbeteg esetét ismertetik, aki a köldökben 6 hónap alatt 1,0 x 0,7 cm nagyságúra növekvő, barnás színű csomó miatt jelentkezett vizsgálatra. A betegnek ez szubjektív panaszt nem okozott, menstruáció alatt nem vérzett. A terime in toto sebészi eltávolítása történt. A szövettani vizsgálat endometriosiszt igazolt. A fiatal nőbeteg soha nem volt terhes, nőgyógyászati műtete nem volt. Az umbilicalis endometriosis nagyon ritka megbetegedés, amelynek a köldökben fellépő egyéb elváltozások differenciáldiagnosztikájában van szerepe.

Kulcsszavak:
**umbilicalis endometriosis -
differenciáldiagnózis**

SUMMARY

Cutaneous endometriosis is a well recognized although uncommon entity. A 23-year-old woman presented with a nodule in her umbilical region. The nodule was brownish in colour and had enlarged slowly, reaching a size of 1,0 x 0,7 cm over the last 6 months. The patient had no symptoms and there was no oozing of blood or pain during menstruation. The nodule was removed under local anaesthesia and histological examination was diagnostic for endometriosis. She was never pregnant before and had no pelvic surgery. Umbilical endometriosis is a very rare disease, but should be considered in differential diagnosis of umbilical tumors.

Key words:
**umbilical endometriosis -
differential diagnosis**

Jól ismert, hogy az endometriosis felléphet különböző szervekben, beleértve a bőrt is. Az umbilicalis endometriosis jól körülírt, de ritka entitas. A jellegzetes tünetek nincsenek mindig jelen, így a klinikai diagnózis gyakran nehéz. Számos egyéb kórképtől való elkülönítése szükséges, beleértve a nodularis melanomát, primer vagy secunder adenocarcinomát.

Esetbemutató

A 23 éves nőbeteg kórtörténetében 3 éves korban végzett jobb oldali inguinalis herniotomián kívül egyéb említésre méltó megbetegedés nem szerepel. Ambulanciánkon való jelentkezése előtt kb. 6 hónappal vette észre köldökében a lassan növekvő barnás színű terimét. Elváltozása semmilyen szubjektív panaszt nem okozott, nem nedvezett és nem vérzett. Vizsgálatakor a köldökben a felszínből kiemelkedő 1,0 x 0,7 cm nagyságú barnás, helyenként lividbarna színű, sima felszínű nodust észleltünk (1. ábra). Dermatoszkóppal csaknem homogén lividvörös elszíneződést láttunk. Tekintettel arra, hogy sem melanocytar, sem pedig nem melanocytar eredetre vonatkozóan nem találtunk eltérést, ezért visszatértünk az algoritmus 6. lépcsőjéhez, mely szerint a melanocytar eredetű kiindulás mégsem zárható ki. A nodust in toto helyi érzéstelenítésben eltávolítottuk.

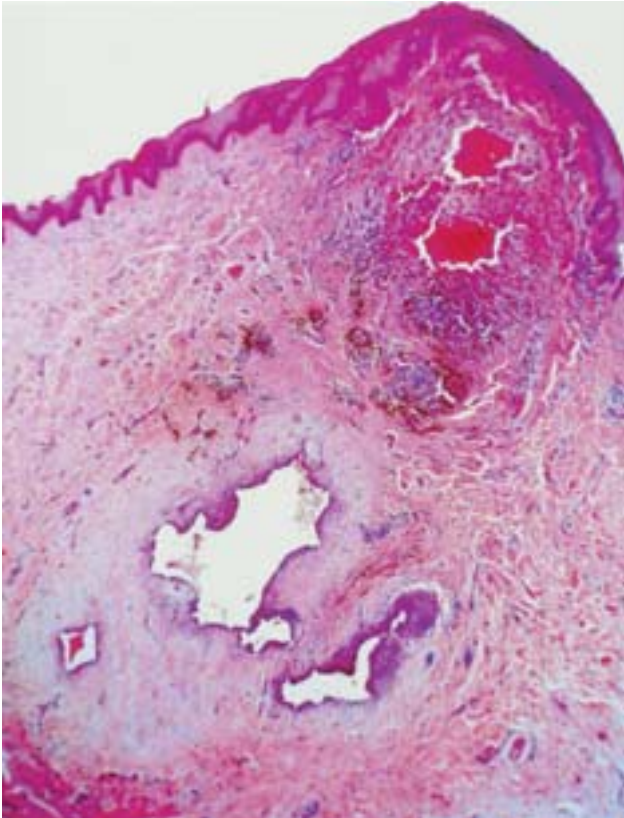
Szövettan: Mérsékelt aszimmetrikus szerkezetű képlet. A fibrotikus, heges chr. lobsejtekkel átjárt dermis felső részében viszonylag nagy kiterjedésű bevérzés látható, amelynek környezetében a lobos beszűrődésben igen sok hemosiderinnel telt macrophag jelenik meg. Mélyebben néhány jellegzetes endometrialis

mirigyllumen és a környező, jellegzetes, részben decidualis átalakulást mutató stroma alapján állítható fel egyértelműen a diagnózis (2. és 3. ábra). A pigmentált szemcsék Berlini-kék reakcióval hemosiderinnek felelnek meg (4. ábra). Diagnózis: Cutan endometriosis.



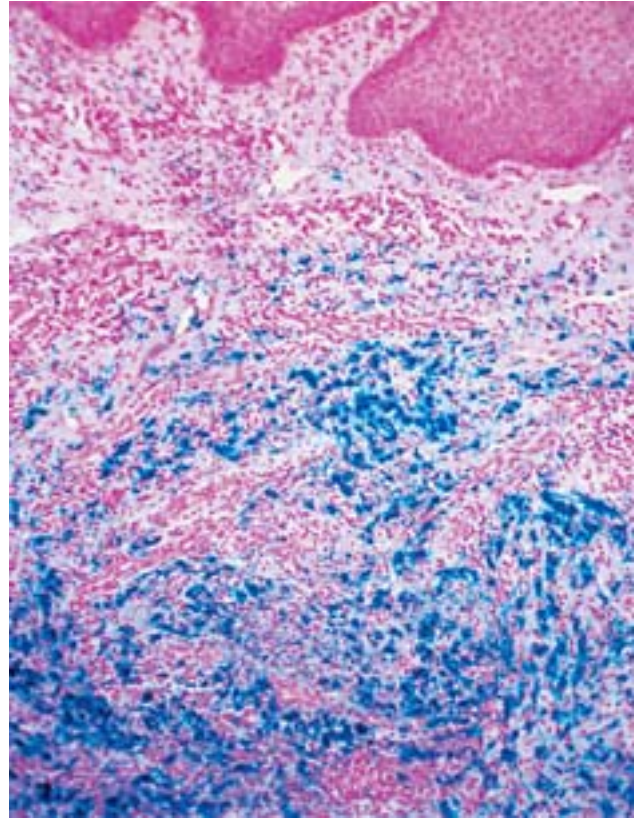
1. ábra

A köldökben 1,0 x 0,7 cm nagyságú, barnás, sima felszínű nodus



2. ábra

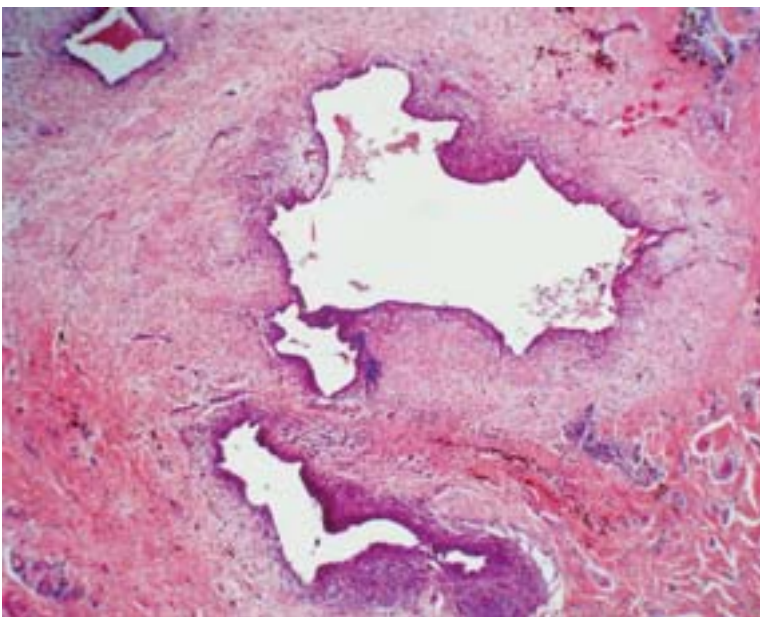
Kis nagyítással az ép hám alatt, bevezített kötőszövetben hemosiderin pigmentek és hengerhámmal bélelt endometrialis mirigylumenek láthatók (HE)



4. ábra

A sorozatos vérzések miatt helyenként tömegesen látható hemosiderin pigment (Berlini-kék reakció)

A fiatal beteg soha nem volt terhes, menstruációs panaszai nem voltak; több éve szed fogamzásgátlót. Az elvégzett részletes nőgyógyászati-, belgyógyászati- és képalkotó vizsgálatok nem mutattak eltérést.



3. ábra

A mirigyek körüli stroma oedemas, sejtdús (HE)

Megbeszélés

Endometriosis – döntően fiatal nőknél – megfigyelhető a hüvelyben, peritoneumon, vulván, hólyagban, vékony- és vastagbélben, appendixben, vesében, ureterben és tüdőben is (5, 10).

A cutan endometriosis általában műtéti hegekben hysterectomia, sectio caesarea, laparoscopia, episiotomia után lép fel.

Villar 1886-ban írta le az umbilicalis endometriosis (cit. 10). Azóta több mint 100 esetet publikáltak, amelyek 0,5–1%-t jelentik a leírt összes ectopias endometrialis előfordulásnak. A betegek döntő többségénél a hormonális befolyásnak megfelelően havonként fellépő duzzanat, fájdalom, esetlegesen vérzés észlelhető (3, 6, 9, 12). Fiatal nőbetegünkönél nem tapasztaltuk ezeket a jellegzetes, menstruációval együtt jelentkező tüneteket. Az irodalomban az ilyen panaszmentes esetekről még ritkábban számolnak be és ilyenkor a diagnózis felállítása nyilván nehezebb (2, 10).

Az endometriosis, – különösen az umbilicalis endometriosis etiológiája nem tisztázott. Nincs egyetlen teória arra sem, amely megfe-

lelően megmagyarázná az endometriosis patogenezisét. Feltételezik, hogy az endometrialis sejtek sebészi úton vagy nyirok- vagy vérereken keresztüli implantációja lehet az első lépés (7, 8). Úgy gondolják, hogy a köldök fiziológiás hegként szerepel (11).

A megoldást a sebészi eltávolítás jelenti lehetőség szerint a köldök megőrzésével (2). Néhány publikáció beszámol danazol adásáról (7, 9). Menopausa idején spontán regressiót is megfigyeltek (4).

Differenciáldiagnosztikai szempontból nodularis melanoma, primer- vagy metasztatikus adenocarcinoma, különféle granulomák, keloid, omphaloma jön szóba (7, 10, 12). Olasz szerzők elsőként értékelték a cutan endometriosis dermatoszkópos képét, mely szerint a homogén vöröses pigmentáción belül mélyen ülő, általuk „vörös atolloknak” nevezett kis, vörös struktúrák láthatók. Ezen utóbbi eltéréseket a multiplex, különböző nagyságú és alakú mirigylumeneket kitöltő vörösvértestgyülemmel magyarázzák. Véleményük szerint a homogén livid színt a mirigylumeneket körülvevő, myxoid stromában elszórva elhelyezkedő extravasált erythrocyták adják. Kiemelik, hogy ez a kép igen hasonló lehet a melanoma esetén észlelhető, mélyenülő vascularizált globulusokhoz (1).

A melanoma, mint differenciáldiagnosztikai lehetőség tehát első helyen szerepel ezekben az esetekben.

IRODALOM

1. *De Giorgi V. és mtsai*: Cutaneous endometriosis: non invasive analysis by epiluminescence microscopy. *Clin. Exp. Dermatol.* (2003) 28, 315-317.
2. *Friedman P. M., Rico M. J.*: Cutaneous endometriosis. *Dermatol. Online J.* (2000) 6, 8.
3. *Igawa H. H. és mtsai*: Umbilical endometriosis. *Ann. Plast. Surg.* (1992) 29, 266-268.
4. *Krumbholz A. és mtsai*: Umbilical endometriosis. *JDDG* (2006) 4, 239-241.
5. *Ludwig M. és mtsai*: Ureteric and pulmonary endometriosis. *Arch. Gynecol. Obstet.* (2001) 265, 158-161.
6. *Okunlola M. A. és mtsai*: Isolated umbilical endometriosis- a rare finding. *Afr. J. Med. Sci.* (2002) 31, 281-282.
7. *Schwayder T. A.*: Umbilical nodule and abdominal pain. *Arch. Dermatol.* (1987) 123, 106-107.
8. *Steck W. D., Helwig E. B.*: Cutaneous endometriosis. *Clin. Obstet. Gynecol.* (1966) 9, 373-383.
9. *von Stemm A.M.R. és mtsai*: Umbilical endometriosis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* (1999) 12, 30-32.
10. *Williams H. E., Barsky S., Storino W.*: Umbilical endometrioma (silent type). *Arch. Dermatol.* (1976) 112, 1435-1436.
11. *Yu C. Y. és mtsai*: MR appearance of umbilical endometriosis. *J. Comput. Assist. Tomogr.* (1994) 18, 269-271.
12. *Zollner U. és mtsai*: Umbilical endometriosis without previous pelvic surgery: a case report. *Arch. Gynecol. Obstet.* (2003) 267, 258-260.

Érkezett: 2006. VII. 17.

Közlésre elfogadva: 2006. VIII. 2.

„Allergiás betegségek” 3. továbbképző tanfolyam

Szeged, 2006. szeptember 14-16.

Javasoljuk házi orvosoknak, házi gyermekgyógyászoknak valamint bőrgyógyász, fül-orr-gégész, gastroenterológus, pulmonológus, gyermekgyógyász, allergológus és klinikai immunológus szakorvosoknak. **Kreditpont: 20, vizsgával 40.**

Szervező: SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
Prof. Dr. Husz Sándor egyetemi tanár 6720 Szeged, Korányi fasor 6.
Tel: (62) 545-249 Fax: (62) 545-954 E-mail: hs@derma.szote.u-szeged.hu

Szervező iroda: Congress & Hobby Service 6701 Szeged, Pf.: 1022.
Tel: (62) 484-531 Fax: (62) 450-014 E-mail: info@prof-congress.hu

Információk, részletes program az Interneten, bejelentkezési lehetőséggel:

<http://prof-congress.hu/2006/allergia3>

*Heim Pál Gyermekkórház Bőrgyászati Osztály Budapest
(osztályvezető: dr. Szalai Zsuzsanna PhD)*

Szintetikus tannin – új kezelési lehetőség a gyermekbőrgyógyászatban

Synthetic tannin – A new treatment option in paediatric dermatology

SZALAI ZSUZSANNA DR., CSANÁDY KINGA DR., TORMA KATALIN DR.,
ASBÓTH DOROTTYA DR., MOLNÁR KATALIN DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők beszámolnak a szintetikus tannin alkalmazásával szerzett tapasztalataikról különböző gyermekkori bőrbetegségek kezelése során. A lokális kezelés esetében különösen lényeges szempont, hogy az alkalmazott készítménynél ne jelentkezzenek mellékhatások, mint például bőrirritáció, bőrelszíneződés vagy kontakt allergia. Negyven gyermek esetében alkalmaztunk szintetikus tannint tartalmazó készítményt járóbetegellátás keretében különböző etiológiájú felszínes nedvedző, hólyagképződéssel járó bőrgyulladásos kórképekben. A szintetikus tannin adsztringens hatása következtében jó kezelési eredményeket mutatott a fenti bőrgyógyászati kórképekben, és a betegek a kezelést jól tolerálták. A fentiek alapján a szintetikus tannin ajánlható a felszínes, nedvedző, hólyagképződéssel járó bőrgyulladásos kórképek, mint a pelenkadermatitisz, vírusos eredetű laesiók, illetve rovarcsípések adjuváns kezelésére.

Kulcsszavak:

**szintetikus tannin - helyi kezelés -
gyermekbőrgyógyászat - adsztringens hatás**

SUMMARY

We report our experience with the use of a synthetic tannin in various paediatric dermatological disorders. It is of particular importance that local treatment does not cause side effects like skin irritation, skin staining or contact allergy. 40 children with superficial oozing or bullous inflamed skin conditions of different etiology were treated with a synthetic tannin containing product on an outpatient basis. Due to its astringent effect the synthetic tannin showed good results in the treatment of these skin conditions. Additionally, the treatment with synthetic tannin was tolerated very well. We conclude that synthetic tannins can be recommended as adjuvant therapy of superficial weeping and inflamed skin conditions like nappy rash, virus induced lesions or insect bites.

Key words:

**synthetic tannin - local therapy - paediatric
dermatology - stringent effect**

A 2005. évi Európai Gyermekbőrgyógyászati Kongresszuson R. Fölster-Holst és munkatársai ismertették a szintetikus tanninkezeléssel szerzett jó tapasztalataikat (2). Az általuk bemutatott, hosszú időre visszanyúló, jó eredmények vetették fel a Magyarországon nemrégiben forgalomba került Tanno Hermal rázókeverék/szuszpenzió hazai alkalmazásának lehetőségét. A készítmény fő hatóanyagához hasonló természetes vegyületeket, a csersavakat évszázadok óta használja az orvostudomány.

A **csersav (tannin)** név a növényi polifenolok családjába tartozó vegyületcsoportot jelöl. Ilyen vegyületeket számos növény szintetizál és tárol gyökerében, kérgében, levelében vagy gyümölcsében. A cseranyagok bőrre gyakorolt hatásait, elsősorban szárító hatását a sebkezelésben már évszázadok óta felhasználták, pl. áfonyából, tölgyfakéregből illetve fekete teából készült borogatások formá-

jában. A tannint és szalicilsav-származékot tartalmazó legyezőfű (*Filipendula ulmaria*) a druidák szent füve volt, és már a középkorban sikerrel alkalmazták a bányahimlő helyi kezelésére.

A növényi tanninkészítmények hátrányaként említhető nem megfelelő tisztaságuk, nem kontrollálható koncentrációjuk és stabilitásuk, valamint helyi mellékhatásaik, köztük az egyéb összetevők által kiváltott allergia. A szintetikus tannin (szintetikus polifenolok standard keveréke) évtizedek óta ismeretes. Ez a keverék rendelkezik a növényi cseranyagok összes hasznos jellemzőjével, kémiai tisztasága megfelel a jelenlegi követelményeknek és nincs bőrelszínező hatása.

Számos tanulmányt végeztek a természetes és szintetikus tanninok terápiás hatásaival és esetleges mellékhatásaival kapcsolatban. A tannin bőrgyógyászati irodalma el-

sősorban az égett bőrterületek kezelésével kapcsolatos (4, 6). Az irodalom konklúziója szerint a 10%-nál nem nagyobb testfelületre kiterjedő égési sebek kezelésében a tannin nem okozott szignifikáns mellékhatásokat, viszont igen hasznosnak bizonyult a nedvesség visszaszorítására, az égett sebek fertőződésének megakadályozására, valamint elősegítette a hámosodást. Mindezt adsztringens, gyulladásgátló valamint antimikrobás hatásának tulajdonítják.

A tanninok fő hatásmechanizmusa a sebkezelésben a szárító-összehúzó (adsztringens) hatás, ezáltal a varképződés elősegítése. E hatást a sebváladék struktúrfehérjéi között kialakított keresztkötéseknek tulajdonítják. E keresztkötések a fehérjék bázikus aminosavainak aminos csoportjai és a tannin-fenolok hidroxilcsoportjai között jönnek létre. E keresztkötések révén egy proteinhálózat jön létre, mely vékony filmet képez a seb felszínén. Ezáltal megszűnik a szövetnedv felszínre kerülése – a nedvezés –, és egyúttal akadályozottá válik kívülről a mikrobák behatolása is (5, 11).

A szintetikus tannin gyulladásgátló hatását részben a neutrophil leukocyták elasztáz enzimének szelektív gátlásával magyarázzák (9). A szintetikus tannin ezenkívül klinikailag igazolt viszketéscsillapító hatással is rendelkezik (1, 12).

Bár a tannin számos előnyös bőrgyógyászati hatással rendelkezik, Magyarországon használata mégsem terjedt el széles körben. Ezzel szemben Nyugat-Európában a tannintartalmú készítmények használata igen elterjedt (Németországban például évtizedek óta használnak ilyen termékeket). Gyermekkorban elsősorban viszkető hólyagos dermatózisokban, valamint pelenkadermatitiszben alkalmazzák (1, 2, 13), felnőttkorban többnyire ajakherpeszben, intertriginosus folyamatokban, tenyéri-talpi dyshidrosisban kéz-, illetve lábfürdő formájában kerül felhasználásra (2, 8).

Az általunk vizsgált szintetikus tannint tartalmazó szuszpenzió (Tanno-Hermal[®] rázókeverék/suszpenzió, Hermal, Reinbek) további fontos alkotóeleme a cink-oxid és a talkum. A **cink-oxid** használata a bőrgyógyászatban szintén rég elfogadott. Elsősorban nyugtató, gyulladásgátló hatása miatt használatos. A cink rázókeverékek, paszták alkotórészeként számos magisztrális készítmény része, de gyógyszergyári készítményekben is használják, pl. az akne kezelésében.

A **talkum** (mikroszemcsés magnesium szilikát) nedvfelszívó képessége miatt a bőrgyógyászatban régóta ismert és alkalmazott hatóanyag.

Az egyéb alkotórészek (**segédanyagok**) nem vesznek részt a klinikai hatás kialakításában. Közülük elsősorban a parabénre (metil-4-hidroxibenzoátra) szükséges felhívni a figyelmet, mert ismert parabén-érzékenységben szenvedő betegeknél nem adható.

Fontos megjegyezni, hogy a szintetikus tannint tartalmazó termékek szemek közelében történő használata nem ajánlott.

Vizsgálati módszer és eredmények

A szintetikus tanninok alkalmazásának fő javallatai a felszínes, viszkető, nedvező dermatitiszek és hólyagképződéssel járó dermatózisok (pl. varicella, herpes simplex) lokális kezelése.

A szintetikus tannint tartalmazó szuszpenziót összesen 40 gyermek bőrtüneteinek kezelésére alkalmaztuk járóbetegektől keretében. A kezelt gyermekek átlagéletkora 3,7 év (életkortartomány: 13 hónap – 8 év) volt. A kezelt betegek diagnózis, esetszám, átlagos kezelési időtartam és átlagéletkor szerinti megoszlását az 1. táblázat mutatja.

Diagnózis	Esetszám	Átlagos kezelési időtartam	Átlagéletkor
Bullosus strophulus	6	4,5 nap	4,5 év
Bullosus morsus insecti	2	4,5 nap	2,3 év
Varicella	2	1,5 nap	4 év
Herpes zoster	2	5 nap	6,5 év
Herpes simplex labialis	5	1,5 nap	5,1 év
Kéz-láb-száj betegség	3	5 nap	3,6 év
Pelenkadermatitisz	8	2 nap	1,2 év
Molluscum contagiosum	12	12 nap	3,1 év
Összesen:	40	4,5	3,7 év

1. táblázat

A szintetikus tannint tartalmazó szuszpenzióval kezelt gyermekek diagnózis, esetszám, kezelési időtartam és átlagéletkor szerinti megoszlása

A **viszkető bullosus betegcsoportba** soroltuk a hólyagossá vált rovarcsípési reakciókat és a bullosus strophulust (1. ábra), míg a fertőző betegségek közül az ajakherpeszt, a varicellát, és két erős viszketést panaszoló övsömörös betegünket. A herpes labialisban szenvedő betegek közül egy kisdédnél herpeses paronychia is fennállt az ujjszopás miatt a bal kéz I. ujján.

Az ezen csoportba sorolt összes beteg (n = 17) a szuszpenziót napi 3-5 alkalommal használta a korábbi ecsetelőmaradvány óvatos lemosása után. Felülfertőződés egy esetben sem fordult elő, a hólyagok varicella és herpes labialis esetén 1-2 nap, strophulus esetén 4-5 nap alatt gyógyultak. Tizennégy beteg (illetve a szülő) a viszketés lényeges csillapodásáról számolt be. Egy strophulusban és egy övsömörben szenvedő betegnél nem volt elegendő a viszketéscsillapító hatás, itt a kezelést belsőleg antihisztammal egészítettük ki. Herpes zoster és kiterjedt herpes simplex fertőzés esetén az alkalmazott antivirális terápia kiegészítőjeként helyi kezelésként alkalmaztuk az ecsetelőt. Mellékhatás egyetlen esetben jelentkezett, amikor a szülő nagyobb területet kezelt egybefüggően a szuszpenzióval, majd azt erőteljes tisztítással kívánta eltávolítani. Az így kezelt területen átmenetileg xerosis, enyhe irritáció alakult, ki, de a készítménnyel történő kezelés átmeneti felfüggesztése, klórhexidin-tartalmú externa alkalmazása



1. ábra
Bullosus strophulus



3. ábra
Molluscum contagiosum

mellett mind irritatív tünetei, mind az alapbetegség tünetei gyógyultak.

A **kéz-láb-szaj** betegség bár általában nem okoz subjektív tüneteket, és a hólyagok néhány napi fennállás után gyógyulnak, azonban néhány esetben a beteg enyhe viszkető érzésről számol be (2. ábra). Négy betegnél került alkalmazásra a szuszpenzió. Mind a négy esetben a hólyagok gyorsan felszívódtak, mellékhatás nem fordult elő.



2. ábra
Kéz-láb-szaj betegség

A szintetikus tanninok javallatai között szerepel a **pelekkadermatitisz** is. Döntően intertriginosus jellegű erythema gluteale esetekben került a szuszpenzió alkalmazásra napi 2 alkalommal, langyos vizes lemosás, és gézlapos szárítás után a hajlati nedvedző bőrterületre. Ezenkívül minden pelenkacserénél a pelenkás táj többi részére semleges externát (borax-cink-talkumtartalmú paszta) alkalmaztunk. Mellékhatás egy esetben sem jelentkezett. A hajlati tünetek nedvedzése átlagosan a második kezelési napon megszűnt. Ezt követően a hajlati területre is egységesen a borax-cink-talkumtartalmú pasztát alkalmazták a szülők.

A **molluscum contagiosum** kezelése nem szerepel a vizsgált szuszpenzió javallatai között. Szárító hatásából kiindulva került sor alkalmazására recidiváló molluscum contagiosum miatt kezelt betegeinknél. 12 olyan betegnél alkalmaztuk a vizsgált szuszpenziót, akiknél az ismételt mechanikus molluscum eltávolítások után is maradtak fenn éretlen növedékek (4 eset), illetve az eltávolítás után gyorsan jelentkezett recidíva (8 eset). E betegeknél tehát „ultima ratio”-ként, az éretlen molluscumok leszárítása céljából került sor a készítmény alkalmazására. Az oldatot naponta kétszer (reggel és este) használták, minimum 10 napon át (3-4. ábra).

A vizsgált 12 esetből ötben az éretlen molluscumok átlagosan 12 nap után leszáradtak. Hat esetben nem észlel-



4. ábra
Molluscum contagiosum

tünk javulást, a jelenségek érett molluscumokká váltak, mechanikus eltávolításuk szükségessé vált. Egy esetben észleltünk mellékhatást, ez esetben azonban a szülő a szuszpenziót naponta többször alkalmazta, és a szárító hatást mechanikus dörzsöléssel próbálta kiegyensúlyozni. Ennek eredményeképpen a kezelt területeken irritatív dermatitis alakult ki, egy helyen nedvezéssel. A szuszpenzióval végzett kezelést elhagytuk és semleges hidratáló externa alkalmazása mellett az irritatív tünetek rendeződtek.

Megbeszélés

A szintetikus tannintartalmú szuszpenzió alkalmazásával szerzett tapasztalataink igen kedvezőek voltak. A hólyagos illetve nedvező bőrelváltozások kezelése során jó gyógyító, hámosító hatással rendelkezett ugyanakkor a szülők a viszketés jelentős enyhüléséről is beszámoltak.

Az éretlen molluscumok kezelésében elért eredmény valószínűleg nem csupán a tannin, hanem a szuszpenzió

másik két hatékony komponense (cink és talcum) szárító hatásának is köszönhető. A vizsgált készítmény alkalmazása során nem figyeltünk meg a készítmény alkalmazásával összefüggő jelentős mellékhatást, nem okozott égő, csípő érzést, bőrelszíneződést valamint nem tapasztaltunk kontakt allergiát. Enyhe irritatív bőrreakció két esetben fordult elő, ezt a készítmény kifejezett szárító hatása mellett a nem kellő compliance-nek tulajdonítjuk. Az irritatív tünetek a készítmény átmeneti elhagyása és semleges hidratáló externa mellett néhány nap alatt mindkét esetben megszűntek.

IRODALOM

1. *Dierlich, E.*: Rasche Abheilung und Juckreizlinderung bei Varizellen mit Hilfe von Tannosynt Lotio. *Jatros Püd* (2001) 17, 2: 6-9.
2. *Fölster-Holst R.*: Indications for tannin therapy in dermatology. *Eur. J. of Ped. Derm. Abstracts 8th Congress of the ESPD 2005* May: 31
3. *Gali-Muhtasib H. U., Yamout S. Z., Sidani M. M.*: Plant tannins as inhibitors of hydroperoxide production and tumour promotion induced by ultraviolet B radiation in mouse skin in vivo. *Oncol Rep.* (1999) 6 (4), 847-853.
4. *Halkes S, van den Berg A, Hoekstra M, du Pont J., Kreis R.*: Transaminase and alkaline phosphatase activity in the serum of burn patients treated with highly purified tannic acid. *Burns* (2002) 28 (5), 449-453.
5. *Haslam E, Williamson M. P., Baxter N. J. et al.*: Astringency and Polyphenol Protein Interactions. In: Romeo, ed. *Phytochemicals in Human Health Protection, Nutrition, and Plant Defense*. New York: Kluwer Akademie / Plenum, 1999.
6. *Hupkens P, Boxma H., Dokter J.*: Tannic acid as a topical agent in burns: historical considerations and implications for new developments. *Burns* (1995) 21 (1), 57-61.
7. *Khanna S., Venojarvi M., Roy S., Sharma N., Trikha P., Bagchi D., Bagchi M., Sen C. K.*: Dermal wound healing properties of redox-active grape seed proanthocyanidins. *Free Radic. Biol. Med* (2002) 15; 33 (8), 1089-1096.
8. *Kröber G.*: Herpes simplex-Infektionen. Potente synthetische Gerbstoffe. *Der Allgemeina* (2001) 3, 181.
9. *Mrowietz U., Ternowitz T., Wiedow O.*: Selective inactivation of human neutrophil elastase by synthetic tannin. *J. Invest. Dermatol.* (1991) 97 (3), 529-533.
10. *Navindra P., Seeran L., Adams S.*: In vitro anti proliferative, apoptotic and antioxidant activities of punicalagin, ellagic acid, and a total pomegranate tannin extract are enhanced in combination with other polyphenols as found in pomegranate juice. *Nutr. Cancer* (2000) 37 (1), 73-77.
11. *Ney K., Ernert M.*: Untersuchungen zur Wirkung von Adstringentien im Mundbereich. *SÖFW* (1989) 115, 183-186.
12. *Puschmann M., Matthies C.*: Synthetischer Gerbstoff im antipruriginösen und lokalanästhetischen Wirksamkeitstest. *Der Kinderarzt* (1985) 16, 715-716.
13. *Schmersahl P.*: Experimentelle und klinische Untersuchungsergebnisse mit einem syntetischen Gerbstoff. *TW Dermatologie* (1990) 20, 222-227.

Érkezett: 2006. II. 27.

Közlésre elfogadva: 2006. IV. 25.

Emlékezés Grünfeld Józsefre (1840-1910)

In Memory of Josef Grünfeld (1840-1910)

DR. ALEXANDER EMED, Haifa Israel

Stephan Zweig Búcsú a tegnaptól c. könyvében írta, hogy a 19. század végén Bécsben a nemi betegségek kezelője volt, a legkeresettebb orvos. Virágzott a prostitúció, terjedtek a nemi kórok, s még nem voltak a betegek gyógyítására a hatásos modern gyógyszerek.

Grünfeld József a szifilisz és a gonorrhoea nagy tudósa és köztisztelőben álló orvosa volt Bécsben.

1840. november 19-én született Gyöngyösön. Kassán járt középiskolába, Pesten kezdte el orvosi tanulmányait, s Bécsben avatták orvossá 1867-ben.

Érdeklődése a nemi szervek és húgyutak betegségeire irányult, és munkásságát *Sigmund Károly Lajos* venerológiai klinikáján kezdte el. Sigmund erdélyi származású német volt. Grünfeld pedig felvidéki zsidó. A közös magyar kultúra azonban összekapcsolta őket.

Grünfeld hallatlan szorgalmas és munkabíró egyéniség volt, 1872 óta olyan endoszkóp szerkesztésén dolgozott, amely lehetővé tette a húgyutak megtekintését. Az első Grünfeld-féle uretereszkóp a laryngológusok által használt gégetükörhöz hasonlított, három részből állott, s a világitását a napsugarak adták. Tíz év telt el, amíg az endoszkóp egy miniatűr lámpa beszerelésével egyetlen műszerré alakult át.

Grünfeld számos közleményben ismertette vizsgálati eredményeit. 1875-ben „*Auto-Endoskopie der Urethra*” címmel írt az *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*-ban, majd 1887-ben *Der Harnröhrenspiegel, seine diagnostische und therapeutische Anwendung* című munkájában boldogan jelentette, hogy endoszkópja segítségével sikerült betekintést nyernie a női uréterszájadékba.

Grünfeld 1881-ben magántanári kinevezést kapott a szifilisz és a dermatológia tárgykörében. Abban az évben jelent meg a „*Die Endoskopie der Harnröhre und Blase*” c. könyve.

1885-ben ő lett a poliklinika osztályvezetője, és 20 évi munkásság után, onnan vonult nyugdíjba 1905-ben. Ugyancsak 1885-ben adta ki a „*Die Lokalbehandlung der Syphilisformen*” c. munkáját. Talán nem lesz érdektelen megjegyezni, hogy abban a korszakban, a 19. század végén a bécsi *Allgemeines Krankenhaus* mindkét dermatoló-

giai és venerológiai osztályát magyar származású orvostanárak vezették. Az első számú klinika élén *Kaposi Mór* állott, míg a második osztályt *Láng Eduard* igazgatta.

Grünfeld József egyetemi előadásában a nemi betegségek diagnosztikáját és kezelését ismertette. A poliklinikán fogadta a különféle országok orvosait, akik nála tanulták a második bécsi iskola legújabb kezelési módszereit.

A nemi betegségek kezelésére többféle gyógyszert alkalmaztak Grünfeld idejében, de nem ismerték a gyógyítás útját. A szifilisz világszerte óriási számú áldozatot követelt, s köztük sokan voltak híres művészek és tudósok is. A legismertebb talán Heinrich Heine, a német költő, ki éveken át feküdt megbénultan im „*Matrazengruben*”-ben, matrac-sírban.

A gonorrhoea okozóját, a *Gonococcust* 1879-ben *Albert Neisser* német dermatológus fedezte föl. *Fritz Schaudinn*, a zoológus, 1905-ben ismertette először a szifilisz kórokozóját a *Trepanoma pallidumot*. *Wassermann* 1906-ban közölte a nevérről ismert diagnosztikai vizsgálatot, és *Paul Ehrlichnek* köszönhetjük az első hathatós gyógyszert, a *Salvarsant* (1907).

E történelmi jelentőségű események idején Grünfeld már nyugdíjas volt, s eredményeiket nem értékesíthette betegei javára. Ureteroszkópja azonban nemcsak a nemi betegségek vizsgálatában, hanem az urológia fejlődésében is fontos szerepet játszott.

Grünfeld sokoldalú tudós volt. Élete utolsó évtizedében figyelmét a szemészet kötötte le. Ennek köszönhető a „*Compendium der Augenheilkunde*” c. könyve, amely több kiadást ért.

Barátságos, melegszívű ember volt, s tevékeny, részt vett a bécsi orvosok társadalmi életében.

1910-ben, 70 éves korában hunyt el Bécsben.

IRODALOM

1. *Österreichisches biographisches Lexicon*: 1815-1950. Bd. IV. 90.
2. *Prof. Josef Grünfeld*: *Wiener Klinische Rundschau*. 1910, 23, 365. I.
3. *Salomon R. Kagan*: *Jewish Medicine*, Boston, 1952., 440 I.
4. *Ujvari Péter*: *Magyar Zsidó Lexikon*, 1929, 325 I.

Beszámoló a Dr. Simon Miklós professzor emeritus 90. születésnapja alkalmából rendezett tudományos ülésről

A 90. születésnapját ünneplő *dr. Simon Miklós emeritus professor* tiszteletére 2006. május 12-én a Szegedi Akadémiai Bizottság székházában nagyszabású tudományos ülést rendeztek a szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika munkatársai. Mintegy harminc külföldi vendég, barátok, tanítványok, munkatársak, tanártársak tisztelték

meg jelenlétükkel és magasszintű tudományos előadásaikkal a rendezvényt.

A tudományos ülés bevezetéseként *Prof. Dr. Kemény Lajos*, a Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika igazgatója a tanítványok nevében méltatta Simon Professzor úr életpályáját. Egyetemi vezetőink, *Prof. Dr. Szabó Gábor*, a Szegedi Tudományegyetem rektora, *Prof. Dr. Lonovics János*, az SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum elnöke, *Prof. Dr. Benedek György*, az SZTE ÁOK dékánja mondott köszöntőt. Simon professzor urat, Szeged Város díszpolgárát *Dr. Botka László* Szeged Város polgármestere nevében Kozma József alpolgármester üdvözölte. Rácz Jenő egészségügyi miniszter jókívánságait *Dr. Dima Mária* főtanácsos asszony tolmácsolta. *Prof. Dr. Gernot Rassner*, a Német Bőrgyógyászati Társaság egykori elnöke és *Prof. Dr. Husz Sándor*, a Magyar Dermatológiai Társulat elnöke köszöntötte a szakmai tudományos társaságok nevében az ünnepeltet. Levélben méltatta Simon Professzor úr szakmai munkásságát Frau Ursula Seiler-Albring német nagykövet asszony és szintén levélben küldte üdvözlését és jókívánságait testvérvárosunk, Darmstadt főpolgármestere is.

Külföldi vendégek, barátok, pályatársak köszöntötték angol és német nyelven elhangzott magas szintű tudományos előadásaikkal az Európa-szerte elismert tudóst és klinikust.

A tudományos program után a régi szegedi kongresszusokat hagyományosan záró áosztalmi „Nosztalgia party” következett. Németh József, a Magyar Állami Operaház magánénekes és Kismarton Ilona operaénekesnő magyar nótákkal szórakoztatta az ünneplő közönséget. Igényes cigányzenével aláfestett házias menüsorból álló ízletes vacsora és szép homoki borok tették teljessé az igen emlékezetes születésnapot.

Dr. Oláh Judit
egyetemi docens



Az ünneplő közönség, az első sorban
Dima Mária az Egészségügyi Minisztérium képviselőjében,
Prof. Dr. Szabó Gábor, az SZTE rektora,
Prof. Dr. Dobozy Attila akadémikus, Dr. Kozma József,
Szeged város alpolgármestere, Prof. Dr. Husz Sándor, az MDT elnöke



A vendégek, köztük a tudományos programban is részt vevő Martin Black és Aniko Kobza-Black



Virág a tanítványoktól.



Az Magyar Dermatológiai Társulat nevében
Dr. Marschalkó Márta főtitkár és Prof. Dr. Husz Sándor
köszönti az ünnepeltet



Simon professzor úr családjával,
a háttérben Steigleder professzor úr és felesége



Prof. Dr. Kemény Lajos köszönti
Dr. Simon Miklós emeritus professzort



Az üléselnökök:
Prof. Dr. Schneider Imre és Prof. Dr. Hunyadi János



Csoportkép a tudományos ülés szünetében

1. sor:

Prof. Dr. Kemény Lajos, Frau Steigleder, Dr. Wilfried Seipp, Dr. Simon Miklós emeritus professzor,
Prof. Dr. Carl Schirren, Prof. Dr. Szarvas Ferenc

2. sor:

Prof. Dr. Gerd Klaus Steigleder, Prof. Dr. Gernot Rassner, Frau Fischer, Frau Seipp, Prof. Dr. Eckart Haneke, Prof. Dr.
Hans-Dieter Göring, Prof. Dr. Petur Krasznai és felesége

3. sor:

Prof. Dr. Dobozy Attila, Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Morvay Márta, Prof. Dr. Farkas Beatrix,
Prof. Dr. Aniko Kobza-Black, Frau Göring

4. sor:

Dr. Böleskei Lajos, Bea Simon, Prof. Dr. Simon Miklós jr., Dr. Kiss Mária, Dr. Kuhnyár Ágnes,
Dr. Korom Irma, Dr. Garaczi Edina, Prof. Dr. Wolf Meinhof és felesége, Prof. Dr. Martin Black,
Prof. Dr. Max Hundeiker, Dr. Varga Albert, Prof. Dr. Marie Nozicková, Dr. Kószó Ferenc,
Prof. Dr. J. Hendrik Hulsebosh, Prof. Dr. Husz Sándor, Dr. Berkó Györgyi

*Igen tisztelt Professor Úr, Tanítómesterünk, kedves Miklós bátyám!**

Nekem jutott az a megtisztelő feladat, hogy a Magyar Dermatológiai Társulat nevében köszöntselek 90. születésnapodon. Engedtesse meg nekem, hogy ez a laudáció ne csak az MDT nevében történjen, hanem a saját nevemben is, mint jelenleg a klinikán dolgozó legrégebbi munkatársad. Ezért a korábban már részletezett nagyívű tudományos tevékenység, különböző nemzetközi társasági tagságok jelentős nemzetközi és hazai állami kitüntetések részletezése helyett az embert méltassam.

Amikor pályakezdőként a végzés közeledtével gondolkodtam a hogyan továbbról, az akkori főnököm és mentorom a híres Jancsó professzor által vezetett Gyógyszertani Intézetben azzal ajánlotta a bőrgyógyászatot, hogy most került ide egy fiatal, agilis, nagy terveket szövő professzor Debrecenből a Bőrgyógyászati Klinikára. Biztosan jól fogod ott érezni magad. Akkor találkoztam először Simon Miklós professzor úrral, aki elfogadta a jelentkezésem egy feltétellel: már a szigorló évben be kell járni és gyakorlati munkát kell végezni. Ez így történt és a végzés után Professor úr ígéretéhez híven kaptam egy helyet a Bőr-klinikán, amelyet azóta is őrök. Ez is mutatja azt, hogy az ígéret nála szent.

Ekkor kezdődött az a munka, amellyel a meglehetősen elhanyagolt, lenézett Bőrgyógyászati Klinikából Simon professzor úr vezetése alatt jól felszerelt, a betegellátás és tudományos tevékenység tekintetében is nemzetközileg elismert intézmény lett. Természetesen ez nem volt könnyű. Az átalakítások, szervezeti intézkedések óhatatlanul személyeket sértettek, de az intézetvezető határozott egyéniségével ez is megoldódott.

Ha meggondoljuk, hogy ez az időszak a 60-as évek vége, 70-es évek eleje, akkor, aki vissza tud emlékezni, tudja, hogy milyen nehéz volt külföldre utazni kongresszusokra, tanulmányutakra. Simon professzor úr ebben sem ismert lehetetlent. Évente rendeztünk nemzetközi részvételű kongresszusokat, neves külföldi résztvevőkkel és előttünk is megnyíltak a határok. Számos munkatársunk utazott külföldre, rövidebb-hosszabb tanulmányútra és onnan visszatérve a kint alkalmazott módszereket itthon is be lehetett vezetni a betegellátó és tudományos munkába.

Az intézetvezetés módszerére jellemző, hogy igen korán támaszkodott a fiatalokra, igyekezett azokat gyorsan bedobni a mély vízbe, és aki tudott az úszott, aki nem, az elmenekült. Példamutatásával (reggeltől estig a klinikán tartózkodott) senki nem a 8 órát dolgozta, hanem sokkal többet, mert csak úgy tudott a felszínen maradni. Igaz, előfordult, hogy az ügyeleti szobában Dobozy Attilával sakkoztunk és a többi fiú ott drukkolt, hogy ki győz és

mit ad isten betoppán Simon professzor úr az Attilát keresve.

Megjegyzése csak annyi volt: ki áll jobban? – Attila majd, ha befejezted gyere le, beszélni akarok veled. Nem volt fegyelmi, ledorongolás, egyéb következmény. Még ez is belefért ebbe az intézetvezetői tevékenységbe.

Ezek az emberi tulajdonságok és vezetői nagyság volt az alapja annak, hogy egy jól működő, nemzetközileg elismert klinikát adott át utódjának Dobozy professzor-nak.

Simon professzor igen aktív tevékenységet fejtett ki a Magyar Dermatológiai Társulatban is. Hasznos javaslatai rendre megvalósultak. Több éven át elnökként tevékenykedett. 1994-ben addigi munkássága elismeréseként a Magyar Dermatológiai Társulat örökös tiszteletbeli elnökének választották.

Nyugdíjba vonulása után sem szakította meg kapcsolatát a klinikával, tanszéki utódaival, a klinika tagjaival. Nap, mint nap megtalálható a szobájában reggeltől-estig. Oktat, kutat, közleményeket ír és rendszeresen részt vesz a klinika által rendezett közösségi megmozdulásokban. Mindig megjelenik az MDT vezetőségi ülésein, észrevételeit és javaslatait elmondja. Részt vesz a tudományos rendezvényeken és előadásokat is tart, sokszor külföldön is.

Ez az aktivitás, elvei mellett történő aktív kiállás mindenki számára példamutató lehet. Befejezésül Simon professzor úr igen vonzó emberi tulajdonságainak értékelésére had idézzem Albert Schweitzer néhány mondatát, amelynek pozitív vonásai teljesen illenek az ünnepletre: „A fiatalság mércéje nem az életkor, hanem a szellem és a lélek állapota. Csak az öregszik meg, aki lemond eszményeiről. Az évek múlásával ráncossá lesz az arcod, de ha kiálszik benned a lelkesedés, akkor a lelked ráncosodik meg. Az ember – akár 16 éves, akár 66 – csodára szomjazik, elámul a csillagok örökkévalóságán a gondolatok és a dolgok szépségén. Olyan fiatal vagy, mint reményeid, olyan öreg, mint kétségeid. Olyan fiatal vagy, mint önbizalmad, olyan öreg, mint félelmed. Fiatal, mint hited, öreg, mint csüggedésed. Fiatal vagy amíg befogadod a szépség, az öröm, a merészség, a nagyság, az ember, a föld és a végtelenség hírnökeit.”

Tisztelt Professor Úr, kedves Miklós Bátyám! 90. születésnapodon az MDT és magam nevében azt kívánom, hogy még sokáig maradj közöttünk, és ehhez továbbra is legyen erőd és egészséged.

Az Isten éltesen sokáig!

Kérem, hogy fogadd szeretettel az MDT ajándékát, melyet Marschalkó főtitkár asszony ad át.

* Elhangzott Dr. Simon Miklós professzor emeritus 90. születésnapja alkalmából rendezett tudományos ülésen

Az STD Centrum megnyitója a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán

The Opening Ceremony of the STD Centre at the Department of Dermatology, Venerology and Dermatooncology of Semmelweis University

A Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán 2006. június 1-jén ünnepélyes keretek között nyílt meg az STD Centrum.

A megnyitón meghívott vendégként részt vett dr. Huszár András az Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztályának vezetője, dr. John Anna a Minisztérium Népegészségügyi Főosztályának vezetője, dr. Brunner Péter az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ főigazgatója, dr. Visontai Ildikó a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ igazgató helyettes főorvosa. A Semmelweis Egyetem részéről az ünnepélyes eseményen vendégünk volt dr. Karádi István az Általános Orvostudományi Kar dékánja és dr. Stubnya Gusztáv az

Egyetem Stratégiai és Működésfejlesztési főigazgatója.

Az STD Centrumot Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, intézetvezető, egyetemi tanár nyitotta meg a Klinika vezetői és munkatársai részvételével.

A venerológiai betegek ellátása nagy hagyományokra tekintett/tekint vissza a Semmelweis Egyetem Bőrklinikáján és a Klinikával szoros egységben működő, a 2005. március 31-ével megszűnt- Országos Bőr-, Nemikórtani Intézetben. Az Országos Intézet egyik fő feladata volt az ország gondozóinak összefogásán, szakmai és módszertani irányításán kívül a nemi betegek országos szintű és megfelelő ellátása, fontos és elengedhetetlen járványügyi szerepet töltve be hazánkban. Fenti feladat ellátását az Or-



A megnyitón résztvevők:

balról: Prof. Dr. Kárpáti Sarolta tanszékvezető egyetemi tanár, Dr. Várkonyi Viktória STD Centrum, vezető, Dr. Somlai Beáta egyetemi docens, Dr. Ablonczy Eva egyetemi adjunktus, Dr. Brunner Péter Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ (OSZMK), főigazgató, Dr. John Anna Egészségügyi Minisztérium, főosztályvezető, Dr. Huszár András Egészségügyi Minisztérium, főosztályvezető, Dr. Karádi István tanszékvezető egyetemi tanár a Semmelweis Egyetem dékánja, Stubnya Gusztáv SE Stratégiai és Működésfejlesztési Főigazgatóság, főigazgató

szágos Intézetben belül több mint tíz évig működő STD Ambulancia keretei tették lehetővé. Az Országos Bőr-, Nemikórtani Intézet egy évvel ezelőtti megszűnésével a betegellátásnak ez a fontos szele nem maradt megoldatlan, jogutódként, minisztériumi döntés alapján, a Semmelweis Egyetem Bőrklínikája vette át az STD esetek ellátását, és a nemi betegek gondozását a Bőrklínika STD Ambulanciáján. A Klínika munkatársai által az elmúlt évben benyújtott, és sikeresen elnyert kapacitásbővítésnek, valamint alapítványi segítségeknek köszönhetően ez a régi/új STD Centrum újulhatott az utóbbi hónapokban meg, lehetővé téve a jövőben a megfelelő körülmények közötti betegellátó/gondozói tevékenységet.

Az STD Centrumot vezető dr. Várkonyi Viktória főorvos asszony meghatódva beszélt az Országos Bőr-, Nemikórtani Intézetben eltöltött több mint három évtizedről. Hangsúlyozta az STD betegek ellátásának, és a most megnyíló Centrum kiemelkedő jelentőségét a jelenlegi járványügyi helyzetben: hiszen a szifilisz incidenciája jelentősen emelkedik hazánkban.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által 2006. június 1-jétől elfogadott STD Centrum feladata a szexuális

úton terjedő fertőző-, illetve egyéb, a nemi szerveket érintő, nem fertőző betegségek kivizsgálása, kezelése a betegségek esetleges mikrobiológiai hátterének tisztázását követően. A központ további tevékenysége a klasszikus nemi betegséggel érintettek (szifilisz, gonorrhoea) gondozása, az országos gondozási feladatok összefogása, valamint a HIV fertőzött betegek megfelelő ellátása az STD Centrum gondozásában, illetve a HIV anonim szűrések biztosítása. A Centrum szorosan együtt működik a Bőrklínika Mikrobiológiai (Bakteriológiai, Mikológiai), Szifilisz és az OEK HIV Laboratóriumával. A központ további feladatának tekinti a betegségmegelőző tevékenységet, melyet az ún. „Ifjúsági Szakrendelés” keretein belül próbálunk majd megvalósítani.

Kiemelkedő fontosságú esemény tanúi voltunk az STD Centrum megnyitóján résztvevők, mindannyian. Mi, az STD Centrum dolgozói bízunk benne, hogy nem csupán a betegek távoznak tőlünk gyógyultak és elégedettek, de a sikeres gondozói tevékenységünk eredményeként mind több maradt egészségesek, elősegítve ezzel a napjainkban meglehetősen rosszul alakuló járványügyi helyzet javulását.

Dr. Pálfi Zsuzsanna

HAZAI HÍREK

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztőbizottsága
a lap **2005. évi Nívódíját** az alábbi közleményeknek ítélte:

Legjobb kísérletes munka:

Benkő Réka, Csikós Márta dr., Becker Krisztina dr., Sárdy Miklós dr., Kárpáti Sarolta dr.:
Comel-Netherton szindróma és molekuláris biológiai háttere
(81. évf. 2. szám 54-57.)

Legjobb összefoglaló munka (szavazategyenlőség miatt megosztva):

Husz Sándor dr.: Vasculitis
(81. évf. 5. szám 182-185.)

*Remenyik Éva dr., Emri Gabriella dr., Balogh Attila dr., Bégány Ágnes dr.,
Hunyadi János dr., Horkay Irén dr.:*
A melaninpigmentáció patofiziológiája
(81. évf. 5. szám 197-208.)

Legjobb kazuisztika:

Török László dr., Krenács László dr., Krischner Ágnes dr., Kocsis Lajos dr., Bagdi Enikő dr.:
Primer cutan CD30-pozitív nagysejtes anaplasiás lymphoma spontán regresszióval
(81. évf. 4. szám 147-149.)

Legjobb terápiás munka:

Károlyi Zsuzsanna dr.:
A fluconazol terápia helye a bőr felületen gombás fertőzéseinek kezelésében
(81. évf. 4. szám 151-155)

KÖNYVISMERTETÉS

Török László:

A BŐRTÜNETEK DIAGNOSZTIKUS JELENTŐSÉGE

Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2006

ISBN 963 226 028 7

A Medicina Kiadó gondozásában a közelmúltban jelent meg a könyv, átdolgozott, klinikai képekkel és táblázatokkal bővített harmadik kiadása. A korrelációs dermatológiával foglalkozó kézikönyv méltán népszerű a klinikusok körében, sikerét nemcsak harmadik kiadása, hanem az a tény is bizonyítja, hogy időközben német és cseh nyelvre is lefordították.

A 350 oldalas könyv 25 fejezetre tagolódik, 465 kiváló minőségű színes klinikai képet, 65 táblázatot tartalmaz. Az 1999-es második kiadás óta több mint 100 színes fotóval, 6 új táblázattal és 180 irodalmi hivatkozással egészült ki. Újdonságként bekerültek a könyvbe olyan bőrtünetek is, melyekből psyches zavarokra lehet következtetni, valamint néhány diagnosztikus értékű dysmorphoeas bőrelváltozás is.

A korrelációs dermatológia a bőrgyógyászatnak az a szakterülete, mely a belszeri betegségek és a hozzájuk tartozó bőrjelenségek etiológiájával, patomechanizmusával és jelentőségével foglalkozik. Az orvostudomány az elmúlt évtizedekben robbanásszerű fejlődésen ment át, ma már számtalan betegség molekuláris biológiai és genetikai háttere ismert. A modern diagnosztikai és képalkotó eljárások mellett sem veszítették el azonban jelentőségüket azok a bőrtünetek, melyek mögött a felkészült klinikus olvasni tud. Sajnos az egyre inkább elgépiesedő orvoslásban, a számítógép monitor előtt felvett anamnesis során gyakran elsikkadnak azok az értékes, néha talán jelentéktelennek tűnő apró jelek, melyek hozzásegíthetnek az orvost munkadiagnózisának felállításához. A szerző érdeme, hogy megtanítja az olvasót a bőrtünetek aprólékos vizsgálatának, elemzésének fontosságára. A bőrjelenségek felől indul el, úgy ahogy az a klinikus a napi munkája során találkozik. Feldolgozza, és rendszerbe foglalja azokat a bőrtünetmintákat, melyeknek diagnosztikus, prognosztikus és differenciáldiagnosztikai jelentősége van. Egyszerre tükröz morfológiai és funkcionális szemléletet. Rávilágít az ismert és újonnan felfedezett összefüggésekre, fejezetenként ismerteti az adott témával kapcsolatos fontosabb külföldi, és hazai irodalmi hivatkozásokat.

A bevezetésben a könyv a korrelációs dermatológia orvostörténeti vonatkozásaival foglalkozik, ismerteti a dermadromák megjelenési formáit, etiopatogenezisét. Az ezt követő egyes fejezetekben főleg makromorfológiai megközelítésben tárgyalja a legfontosabb bőrtünetmintákat (pl. erythemákkal, értágulatokkal, pigmentzavarokkal, haemorrhagiával, urticariával, oedemával, beszűrődéssel, csomóképződéssel járó dermadromák). Külön fejezet foglalkozik a szőrzet rendellenességeivel, a köröm- és szájnyálkahártya tünetek diagnosztikus jelentőségével, a pruritus etiológiai tényezőivel, valamint a cutan diagnosztikában felhasználható egyéb dysmorphiás tünetekkel. A rendkívül impresszionáló, demonstratív klinikai fotók mellett didaktikus táblázatok segítik a gyors tájékozódást. A fejezetek végén található friss, lényeges információkra mutató irodalomjegyzékben a szerző nem feledkezik meg a magyar szakemberek idevonatkozó adatairól sem. Az egész könyvön áthat Török professzor hihetetlen klinikai tapasztalata, kiváló diagnosztikus készsége. A klinikai képek zömmel saját anyagból, a Kecskeméti Megyei Kórház Bőrgyógyászatának anyagából származnak.

A szép kiállítású, igényesen szerkesztett könyv nemcsak a bőrgyógyászoknak nyújt segítséget a napi diagnosztikus munka során, hanem minden klinikus számára hasznos információkkal szolgál.

Dr. Károlyi Zsuzsanna

Bachert, C., Lange, B., Virchow, J. C.:

ASTHMA UND ALLERGISCHE RHINITIS, EINE ERKRANKUNG MIT ZWEI GESICHTERN

Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 2005

ISBN 3-13-133991-8

A belga és német szerzők által jegyzett, zsebkönyv formátumú, 88 oldalas kis mű az „egy betegség két arca” mottójával lényegre tö-

rően foglalja össze a rhinitis allergica és az asthma bronchiale diagnózisával, differenciáldiagnózisával, terápiájával kapcsolatos ismeretanyagot.

A könyv öt nagyobb fejezetre tagolódik, ezt egy tárgymutató egészíti ki. A szerzők az egyes fejezetek végén válogatott irodalmi jegyzékkel segítik a további tájékozódást az adott területen. Külön tárgyalják a rhinitis allergica és az asthma bronchiale epidemiológiáját, patofiziológiáját, klasszifikációját. A könyvben a célzott anamnézis felvételhez, fizikális vizsgálatokhoz használható, rövid, jól áttekinthető vezérfonalat találunk. A szerzők a differenciáldiagnosztikai lépéseket táblázatokba, algoritmusokba rendezve teszik jól követhetővé. Külön alfejezetet szentelnek az allergia és légzősfunkció vizsgálatoknak, valamint ezek gyakorlatban hasznosítható értékelésének. Az utolsó fejezetben kitérnek az allergén elkerülésének fontosságára, a farmakológiai megfontolásokra és lehetőségekre, többek között az intranasalis, illetve inhalatív és szisztémás kortikoszteroidok, az orális és intranasalis antihisztaminok, a leukotrién antagonisták és a theophyllin szerepére a kórkepek terápiájában. Rövid összefoglalót szentelnek a terhesség és asthma illetve rhinitis problematikájának, valamint a kórkepek gyermekkori vonatkozásainak. Tárgyalják a jövő szempontjából sokat ígérő, a Th2 túlsúlyt a Th1 irányába korrigáló, bizonyítottan hatásos, ám súlyos mellékhatásoktól (urticaria, asthmás roham, anafilaxia) sem mentes allergénspecifikus immunterápia indikációit és kontraindikációit.

A könyvet 16 ábra és 17 táblázat színesíti. Témája miatt elsősorban pulmonológusok, valamint allergológusok és orvostanhallgatók érdeklődésére tarthat számot.

Pónyai Györgyi dr.



Jorgen Serup, Gregor B. E. Jemec, Gary L. Grove:
**HANDBOOK OF NON-INVASIVE METHODS
AND THE SKIN**
Second edition.
CRC. Taylor and Francis
Boca Raton, London, New York. 2006.
ISBN: 0-8493-1437-2

A bőr különböző funkcióinak vizsgálatában az elmúlt évtizedben tapasztalt technológiai fejlődés indokolta a non-invazív vizsgálatokról összeállított (1995-ben megjelent) kiadvány második kiadásának megjelenését.

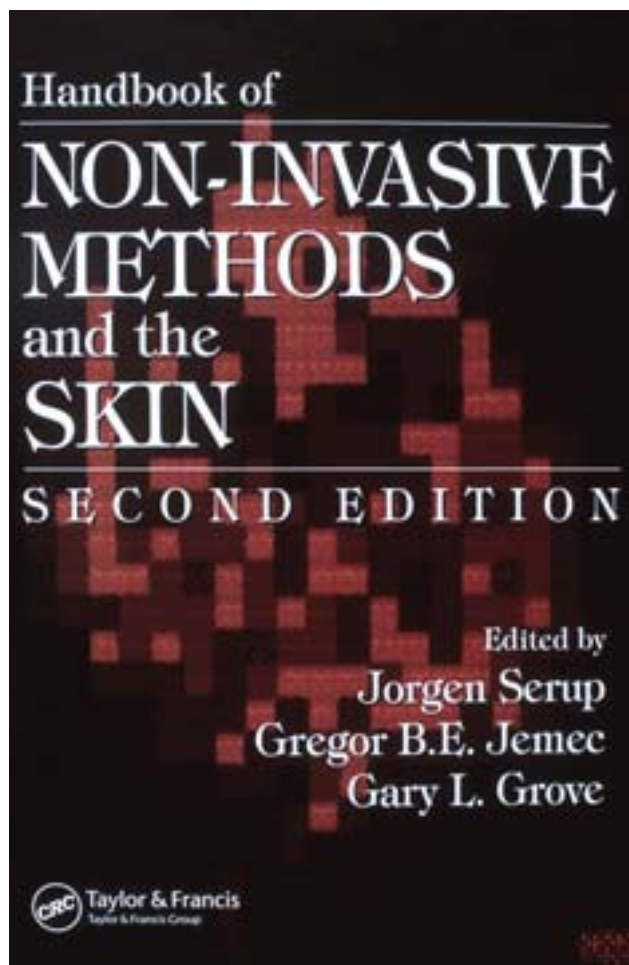
Az 1029 oldalas könyv összeállításában résztvevő 158 szerző munkáját három nagy fejezet foglalja össze. A fejezeteken belül az elsőben a non-invazív metodikák eredményeit és adatait befolyásoló tényezők soroltak fel (pl. nem, életkor, testfelület, évszak szerinti variációs lehetőségek, stb.), valamint a felhasználható statisztikai analízisek és standard lehetőségek ismertettek.

A második fejezet a bőr vizsgálatának technikai lehetőségeit, ezek felhasználását és validitását részletezi: a bőrfelület, az epidermalis funkció és struktúra vizsgálatában, továbbá metodikai lehetőségek tárházát adja az epidermis hidratációja, a hámreakciók, a barrier funkciók, a bőr mikroflóra, továbbá a cutan érellátás, a hő és hőreguláció, a fájdalom érzet, a verejtékmirigy eltérések és funkciók, a faggyútermelés, és a haj-, köröm elváltozások mérésére.

A harmadik fejezet elsősorban a pathológiai eltérések (többek között a fényhatások, fotoszenzibilizáció, fototoxicitás) követésének technológiai lehetőségét taglalja.

A kiadvány elsősorban a bőrfunkciókat kutató bőrgyógyászoknak (gyógyszerkutatóknak) ajánlható, de ismeretanyaga gyakorló szakorvosoknak is felhasználható információkat ad.

Temesvári Erzsébet dr.



Rebat M. Halder:
**DERMATOLOGY AND DERMATOLOGICAL THERAPY OF
PIGMENTED SKINS**
CRC Taylor and Francis
Boca Raton, London, New York 2006
ISBN 0-8493-1402

A könyv – a szerkesztő bevetőjének megfelelően – a sötétebb pigmentált ill. a nem kaukázusi bőr elváltozásainak jellegzetes tüneteit és terápiás lehetőségeit foglalja össze. A bevezető fejezetben az ezen bőrtípusokra jellemző strukturális és funkcionális eltérések összehasonlítása található.

A kórképek közül elsőként az acne, rosacea, atopias és kontakt dermatitis, valamint a gombás fertőzések típusos klinikai megjelenésével ill. kezelési lehetőségeivel ismerkedhetünk meg.

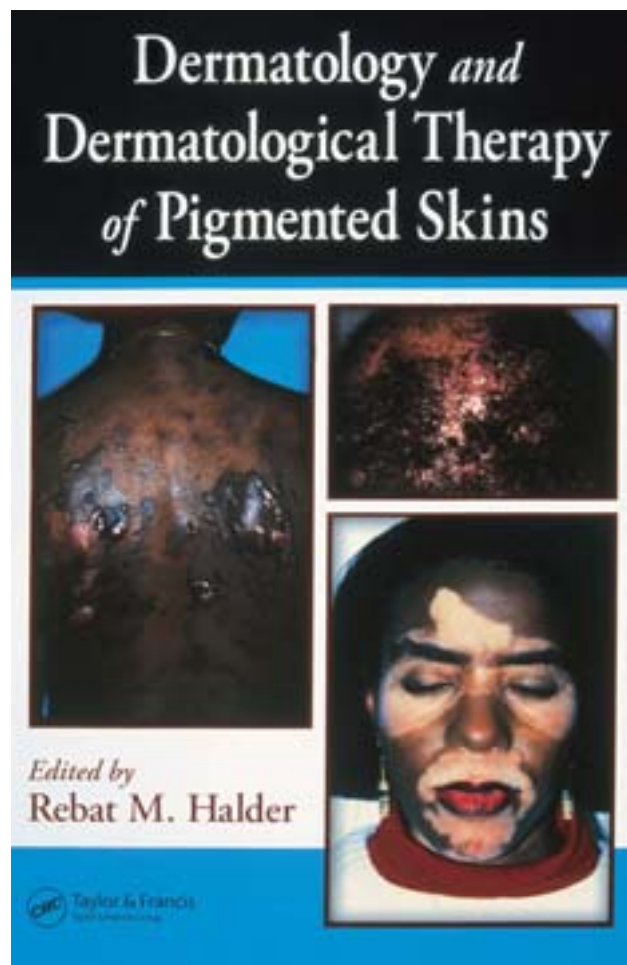
Önálló fejezetek foglalják össze a csecsemő és gyermekkori bőrbetegségek pigmentált bőrön fellépő tüneteit, valamint a haj és hajas fejbőr lokalizációban megjelenő kórképeket. A pigment eltérések, a fertőző betegségek, a szisztémás kórképek, valamint a bőr tumorok eltérő, ezen bőrtípusra jellemző megjelenéseit a további fejezetekben találhatjuk.

A szisztémás és a helyi gyógyszer mellékhatások mellett a kozmetikumok valamint a kozmetikai beavatkozások jellemző klinikai megjelenéseit továbbá a hajtranszplantáció és a lézerkezelések hatásait és mellékhatásait részletező fejezetek szép fotodokumentációval demonstráltak.

A könyv második része önálló fejezetekben ismerteti az ázsiai, a fekete bőrű, a „hispanlatin” és az ún. „native american” azaz indián bőr jellegzetességeit a leggyakoribb bőrelváltozások esetében.

A könyv ismeretanyaga hazai tekintetben sem elhanyagolható, elsősorban gyakorló bőrgyógyászoknak ajánlott.

Temesvári Erzsébet dr.



Claus Garbe, Holger Reimann:
**DERMATOLOGISCHE REZEPTUREN
SCHLÜSSEL ZUR INDIVIDUALISIERTEN TOPISCHEN
THERAPIE**

Georg Thieme Verlag
Stuttgart New York 2005
ISBN 3-7741-1034-4

A szerzők által a receptírás „egyszeregy”-jeként aposztrófált, immár második kiadását megérő könyv 280 oldalon, 43 táblázattal és 9 ábrával kiegészítve a bőrgyógyászati külső kezelés alapelveit ismerteti. Kifejezetten hasznos mindazoknak, akik magistralis receptet írnak betegeknek.

A szerzők célja egy olyan receptgyűjtemény összeállítása, amelynek alapján minden betegnek személyre szabott kezelést lehet adni. Céljuk egy szabványos vényminta arzenál bemutatása, amelyek tartósságukban és minőségükben felveszik a versenyt a gyári készítményekkel, a betegek egyéni igényeikhez – bőrtípus, vagy ismert kontakt érzékenység – igazíthatóak, ugyanekkor jelentősen olcsóbbak is, amely szempont főként a nagyobb mennyiségek felírásánál érvényesül.

Az egyes hatóanyagok és vivőanyagok részletes ismertetése mellett, a bőrgyógyászati lokális terápia alapelvei is megtalálhatóak ebben a könyvben. A hatóanyagok és vivőanyagok kémiai tulajdonságai mellett az indikációs területeket is részletesen tárgyalják a szerzők, külön hangsúlyt fektetve az egyes anyagok összeférhetlenségére. A felsorolt 137 recept mellett gyógyszerészeti kommentár, bőrgyógyászati indikációs spektrum, pontos használati útmutató és ár kalkuláció is olvasható. Ezen kívül 43 táblázat foglalja össze az alapanyagok kompatibilitását, tartósságát, ill. árát.

A kézikönyv könnyen áttekinthető, logikus felépített, így a mindennapi gyakorlatban nagyon jól használható.

Pónyai Katinka dr.



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

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2006

AZ MDT RENDEZVÉNYEI

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

JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

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

FONTOSABB HAZAI RENDEZVÉNYEK

A Szakdolgozói Szekció ülése és vezetőség választás

2006. október 20.

Helyszín: Stadion Szálló, Budapest

(Novartis Hungaria támogatásával)

**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

Adress of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu