

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI

# szemle

2006 DEC 22

82. ÉVFOLYAM

2006. 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés  
2006. december 14–16.**

**BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

 DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
 OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

**Szerkesztőbizottság elnöke:**

Dobozy Attila dr.

**Főszerkesztő:**

Temesvári Erzsébet dr.

**Szerkesztő:**

Ablonczy Éva dr.

**A szerkesztőbizottság tagjai:**

Baló Mátyás dr.	Marschalkó Márta dr.
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. 6. szám

Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlése 2006. december 14-16. ....	259
Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés absztraktjai 2006. december 14-16. ....	267
Szerzők névsora .....	297
<i>Schneider Imre dr.:</i> Krompecher Ödön professzor halálának 80. évfordulójára .....	301

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

## Magyar Dermatológiai Társulat 79. Nagygyűlése

Budapest, 2006. december 14-16.

Helyszín: Semmelweis Egyetem, Nagyváradi téri Elméleti Tömb  
(1089 Budapest, Nagyváradi tér 4.)

**2005. december 14., csütörtök**

### TOVÁBBKÉPZŐ NAP

#### 13.00 Elnöki megnyitó

*Elnökség:* Husz Sándor, Marschalkó Márta

#### 13.05 – 14.05 Referátumok

*Elnökök:* Kárpáti Sarolta, Horkay Irén

1. *Bagdy Emőke (Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet, Budapest):* Az érintés szerepe a gyógyító kapcsolatban
2. *Pálfi Zsuzsanna, Pónyai Katinka, Hársing Judit, Kárpáti Sarolta, Várkonyi Viktória, (SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, STD Centrum, Budapest):* Valóban nehéz a syphilis diagnózisa?
3. *Altmayer Anita (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika):* Immunsuppressív terápiák az autoimmun betegségekben
4. *Nagy Gabriella (Semmelweis Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc):* Biogén aminok szerepe a táplálékintoleranciák kialakulásában

#### 14.05 – 15.00 Symposiumok

1. *Novartis Hungária Kft. Consumer Health OTC (20 perc)*  
*Korting Hans Christian:* Single-dose treatment of tinea pedis using terbinafine 1% film forming solution: a break-through
2. *Zeneus Pharma (20 perc)*  
*Marschalkó Márta (Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest):* Bexarotene kezelés cutan T sejtjes lymphomában
3. *Fito-Trade Kft. (15 perc)*  
*Kohánka Valéria (Fodor József Közegészségügyi Központ Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézete, Bőrgyógyászati Szakrendelés, Budapest):* Pr bőrvédő készítmények szerepe a foglalkozási bőrbetegségek megelőzésében

15.00 – 15.20 Szünet

#### 15.20 – 16.40 Professzori kurzus

*Elnökök:* Dobozy Attila, Horváth Attila

1. *Kárpáti Sarolta (Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest):* Mit tegyünk örökletes bőrbetegségek kivizsgálása, gondozása esetén?

2. *Kemény Lajos (Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika):* Korszerű sebkezelés
3. *Hunyadi János (Debreceni Egyetem OEC, Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen):* A dermatoinfekció aktuális kérdései
4. *Robert Knobler (Department of Dermatology, Division of Special and Environmental Dermatology, Medical University of Vienna, Austria):* Extracorporeal photopheresis (vendéglőadás)

16.40 – 17.00 Szünet

#### 17.00 – 18.15 Kísérletes szekció

*Elnökök:* Kemény Lajos, Bata Zsuzsanna

#### Referátum:

*Remenyik Éva, Balogh Attila<sup>1</sup>, Paragh György<sup>2</sup>, Juhász Attila<sup>1</sup>, Köbling Tamás<sup>3</sup>, Mikó Irén<sup>4</sup>, Scholz Beáta<sup>4</sup> (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem OEC I. Bőrgyógyászati Klinika<sup>3</sup> és Debreceni Egyetem OEC Klinikai Genomika Központ, Debrecen<sup>4</sup>):* Kvantitatív nehézségek RT-PCR kapcsán

#### Előadások:

1. *Gál Mónika, Dezső Balázs\*, Csuth Ágnes, Hunyadi János, Szegedi Andrea (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debreceni Egyetem OEC Patológiai Intézet, Debrecen\*):* Immunhisztokémiai vizsgálatok poratka pozitív atópiás patch teszt reakciókban
2. *Varga Viktória, Illés Krisztina\*, Balogh Attila, Emri Gabriella, Remenyik Éva, Horkay Irén: (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen, ÁOK orvostanhallgató\*):* Genetikai vizsgálatok erythropoieticus protoporphyriában
3. *Wikonkál Norbert, Wunderlich Livius\*, Paragh György, Bánhegyi Gábor\*, Kárpáti Sarolta, Mandl József\* (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Orvosi Vegytani, Molekuláris Biológiai és Pathobiokémiai Intézet\*, Budapest):* UVB besugárzás a HIE-L kétfázisú válaszreakcióját indukálja HaCaT sejteken
4. *Blazsek Antal<sup>1,2</sup>, Kárpáti Sarolta<sup>1,2</sup> (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest, Szentágothai János Tudásközpont<sup>2</sup>, Budapest):* Torque Teno vírus autoimmun bullosus betegségekben
5. *Szegedi Krisztina, Sonkoly Enikő<sup>1</sup>, Nagy Nikolett<sup>1</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna<sup>1,2</sup>, Kemény Lajos<sup>1,2</sup>, Dobozy*

Attila<sup>2</sup>, Széll Márta<sup>2</sup>, (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>): A PRINS nem-kódozó RNS funkciójának vizsgálata géncsendesítéssel

6. Dózsa Anikó<sup>1,2</sup>, Tóth Balázs<sup>3</sup>, Bíró Tamás<sup>3</sup>, Remenyik Éva<sup>4</sup>, Christos Zouboulis<sup>5</sup>, Dezső Balázs<sup>6</sup>, Nagy László<sup>2</sup>, (MMJV Semmelweis Oktató Kórház, Miskolc<sup>1</sup>, DEOEC Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet, Debrecen<sup>2</sup>; DEOEC, Élettani Intézet, Debrecen<sup>3</sup>, DEOEC Bőrgyógyászati Klinika<sup>4</sup>, Bőrgyógyászati és Immunológiai Intézet, Klinika Dessau, Dessau, Németország<sup>5</sup>, DEOEC Pathológiai Intézet, Debrecen<sup>6</sup>): A PPAR $\gamma$  (peroxiszóma proliferáció aktiváló receptor gamma) molekula funkciójának vizsgálata ép és kóros faggyúmirigyben

## 18.15 Közgyűlés I.

19.30 Fogadás

### 2006. december 15., péntek

#### A Nagygyűlés hivatalos megnyitója

Husz Sándor, MDT elnöke

#### 8.00 – 9.10 Betegbemutatók

Elnökök: Török László, Károlyi Zsuzsanna, Battyáni Zita

1. Csitos Ágnes, Mihályi Lilla, Bata Zsuzsanna, Korom Irma, Varga Erika, Kiss Mária, Kemény Lajos (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged): Atípusos Mycobacterium fertőzés fiatal nőbetegnél
2. Károlyi Zsuzsanna, Tóth Gyöngyi<sup>1</sup>, Ködmön Csaba<sup>2</sup> (Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, ÁNTSZ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Intézete Mikrobiológiai Laboratórium, Miskolc<sup>2</sup>): Sporotrichoid Mycobacterium marinum infekció
3. Gaál Magdolna, Korom Irma, Husz Sándor, Kiss Mária, Gulyás Mária\*, Jedlinszki Mária\*\*, Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászat és Allergológiai Klinika, Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet, Szarvas\*, Tüdőgondozó Intézet, Szarvas\*\*: Tuberculosis verrucosa cutis
4. Szalay Csilla, Gál Mónika<sup>1</sup>, Kovács Tamás<sup>3</sup>, Szládek Györgyi<sup>4</sup>, Remenyik Éva<sup>1</sup> (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika DEOEC, Debrecen<sup>1</sup>, B-A-Z Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központ, Miskolc<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem OEC Neonatológia Tanszék, NIC, Debrecen<sup>3</sup>, Debreceni Egyetem OEC Gyermekklinika, Regionális genetikai labor, Debrecen<sup>4</sup>): Perinatalis HSV infekció koraszülöttnél
5. Fábos Beáta, Battyáni Zita Ws. (Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár): Secunder syphilis ritka megjelenési formája
6. Sziray Ágnes, Vízi Márta<sup>1</sup>, Mórocz István<sup>2</sup>, Károlyi Zsuzsanna (Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>1</sup>; Semmelweis Kórház Patológiai Osztály,

Miskolc<sup>2</sup>): Kézhátak neutrophil dermatosisa – egy új klinikai entitás

7. Nyíró Ilona<sup>1</sup>, Laczó Andrea<sup>2</sup>, Kutasi Zsuzsanna<sup>1</sup>, Battyáni Zita<sup>1</sup> (Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászat Osztály<sup>1</sup>, Kaposi Mór Oktató kórház Patológia<sup>2</sup>): Sweet szindróma esete colitis ulcerosus betegen
8. Németh Réka, Korom Irma, Oláh Judit, Kemény Lajos (Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika): Langerhans sejtes histiocytosis
9. Csász Judit, Krenács László, Bagdi Enikő, Kosztolányi Gábor, Kocsis Lajos, Mareczky Zsuzsanna (Bács-Kiskun Megyei önkormányzat Kórháza, Kecskemét): Diffúz nagy B-sejtes lymphoma legtype
10. Varga Viktória, Rejtő László<sup>2</sup>, Kiss Attila<sup>2</sup>, Hunyadi János<sup>1</sup>, Remenyik Éva<sup>1</sup> (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem OEC II. Belgyógyászati Klinika Debrecen<sup>2</sup>): Necrobioticus xanthogranuloma és myeloma multiplex együttes előfordulása
11. Tóth Veronika, Marschalkó Márta<sup>1</sup>, Hársing Judit<sup>1</sup>, Nagy Eszter<sup>1</sup>, Nagy Katalin<sup>2</sup>, Szigeti Ágnes<sup>1</sup>, Réti Mariann<sup>3</sup>, Masszi Tamás<sup>3</sup>, Kárpáti Sarolta (Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat<sup>2</sup>, Országos Gyógyintézeti Központ<sup>3</sup>): Scleromyxoedema, monoklonális gammopathia
12. Lengyel Zsuzsanna, Laczó Andrea, Kovács Tibor\*, Battyáni Zita (PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, PTE ÁOK II sz. Belgyógyászati Klinika\*): Kaposi sarcoma regressziója vesetranszplantált betegnél sirolimus terápiára történt váltást követően

#### 9.10 – 10.20 Hagyományörző Munkacsoport Ülése

Elnökök: Schneider Imre, Husz Sándor

Az 1956-os felkelés hatásai a magyar dermatológiára

1. Schneider Imre: Bevezetés
2. Palikó Barna: A fővárosi dermatológia, a Bőrgyógyászati Klinika veszteségei
3. Hetei Péter dandártábornok: Radó György főorvos, a Magyar Központi Honvédkórház névadójának életútja
4. Schneider Imre: Dr. Krompecher Ödön professzor halálának 80-ik évfordulója
5. Horkay Irén: In memoriam prof. Dr. Balogh Éva (1931-1986)

10.20-10.40 Szünet

#### 10.40 -12.00 Előadások

Elnökök: Hunyadi János, Remenyik Éva, Várkonyi Viktória

1. Remenyik Éva, Farkas Anikó<sup>2</sup>, Hunyadi János<sup>1</sup> (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem OEC Kórházhigiénés Osztály, Debrecen<sup>2</sup>): Nekrózissal járó lágyrészfertőzések
2. Várkonyi Viktória, Együd Katalin<sup>2</sup>, Pálfi Zsuzsanna<sup>1</sup>,

Marschalkó Márta, Szolyka Gizella<sup>1</sup>, Dudás Mária<sup>3</sup>, Kárpáti Sarolta<sup>1</sup> (SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, STD Centrum, Budapest<sup>1</sup>, Józsa András Kórház Rendelőintézet Megyei Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézete, Nyíregyháza<sup>2</sup>, Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztálya, Budapest<sup>3</sup>): Venerológiai megbetegedések az ezredfordulót követően. Az STD centrum és a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye megyei BNGI 2000-2005. évi adatainak összehasonlító értékelése

3. Simon Miklós Jr. (Department<sup>3</sup> of Dermatology, Univ. Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Germany): Chancroid / Ulcus molle worldwide
4. Mihály Lilla, Bata Zsuzsanna, Korom Irma, Németh Réka, Dósa Pirooska, Kemény Lajos (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged): Tularaemiával társuló bőrtünetek
5. Szepes Éva (Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, PTE ÁOK): A fej-nyak régió dermatophyton fertőzései
6. Halmy Klára (Hajdú-Bihar Megyei Kórház-Rendelőintézet Mikológiai Laboratóriuma, Debrecen): Malassezia furfur által okozott infekciók. A pityriasis versicolor kezelése omoconazol nitrát oldat és krém kombinációjával
7. Nagy Károly (Orvosi Mikrobiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest): Kaposi szarkómához társult herpeszvírus és HIV coreceptor DNS vizsgálatok 18. sz. múmiákban
8. Pecze Tímea, Sziray Ágnes<sup>1</sup>, Lengyel Enikő<sup>2</sup>, Takács István<sup>2</sup>, Tamáska Péter<sup>2</sup>, Matolcsy András<sup>3</sup>, Kiszely Péter<sup>4</sup>, Károlyi Zsuzsanna (Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>1</sup>; Semmelweis Kórház Hematológiai Osztály, Miskolc<sup>2</sup>; Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató intézet, Budapest<sup>3</sup>, Semmelweis Kórház Patológiai Osztály, Miskolc<sup>4</sup>): A scabies norvegica ivermectin kezelése – tapasztalatok egy nosocomialis járvánnyal kapcsolatban

## 12.00 – 13.30 Astellas Pharma Kft. Symposium

Astellas Pharma Kft.

Elnökök: Kemény Lajos, Gilde Katalin

1. Markovich György (Astellas Pharma Kft.): Partner a bőrgyógyászatban. SkinSenseTMA, az egymásra épülő, egymást kiegészítő atopiás dermatitis kezelési lehetőség bemutatása
2. Becker Krisztina: Az atopiás ekzema kezelés terápiás eredményének optimalizálása
3. Várkonyi Viktória: Az Aldara helye és szerepe a condyloma acuminatum kezelésében
4. Papp Ildikó: Új terápiás lehetőség: Aldara az actinicus keratosis kezelésére
5. Iványi András: A basalioma és az actinicus keratosis a histológus szemszögéből
6. Gilde Katalin: Az Aldara helye a superficialis basalioma terápiajában: kinek, mikor, hogyan?

## Discussio

Moderátor: Kemény Lajos

13.30 – 14.00 Ebédszünet

## 14.00 – 16.00 Közgyűlés II.

16.00-16.20 Szünet

## 16.20 – 18.00 Előadások

Elnökök: Gilde Katalin, Korom Irma, Somlai Beáta

1. Török László (Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét): A leukaemiák specifikus bőr manifesztációi
2. Somlai Beáta, Hársing Judit, Rempert Ádám\* és Földes Katalin (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest\*): Vesetranszplantáltakon jelentkező melanoma
3. Oláh Judit (Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi és Gyógyszerésztudományi Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged): Az epidermális növekedési faktor receptor gátló daganatellenes szerek bőrgyógyászati mellékhatásai
4. Ócsai Henriette, Varga Erika<sup>2</sup>, Korom Irma<sup>2</sup>, Gyulai Rolland<sup>2</sup>, Oláh Judit<sup>2</sup> (Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház-Rendelőintézet Dermatológiai Szakrendelés, Gyula<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati- és Allergológiai Klinika, Szeged<sup>2</sup>): Spitzoid tumorok differenciáldiagnosztikája
5. Battyáni Zita, Kutasi Zsuzsanna<sup>1</sup>, Lakosi Ferenc, Hadzsiev Janak<sup>2</sup> (Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati osztály<sup>1</sup>, Kaposvári Egyetem Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet<sup>2</sup>): Óriás, nem melanoma eredetű bőrdaganatok sugárterápiája
6. Plótár Vanda, Vereczkey Ildikó<sup>1</sup>, Szőke János<sup>2</sup>, Papp Andrea<sup>3</sup>, Liszky Gabriella<sup>3</sup>, Gilde Katalin PhD<sup>3</sup>, Bánfalvi Teodóra<sup>3</sup> (Országos Onkológiai Intézet, Daganatpatológiai és Molekuláris Patológiai Osztály<sup>1,2</sup>, Bőrgyógyászati Osztály<sup>3</sup>): A bőr posztirradiációs vaszkuláris daganatszerű elváltozásainak és daganatainak szövettani differenciáldiagnosztikája

Elnökök: Juhász István, Gyulai Rolland

7. Szegedi Andrea, Herédi Emese, Schmidt Emese, Bodnár Edina, Hunyadi János (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen): Biológiai terápiák psoriasis vulgarisban történő alkalmazása során szerzett tapasztalataink
8. Gyulai Rolland (Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika): A biológiai terápiák alkalmazásának gyakorlati szempontjai

9. *Kosztolányi Gábor, Mari Béla (Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászat):* A hajás fejbőr hiányainak pótlása
10. *Kálló Antal (Bőr- és cryosebészeti rendelők Budapest, Szentendre):* A kültakaró elváltozásainak cryosebészeti kezeléséről
11. *Varjú Gábor, Garay Géza (Dr. Derm Bőrgyógyászat és Esztétikai Lézercentrum, Budapest):* Multi-Layer Non-Ablativ Rejuvenáció

#### 18.00 – 18.30 Bayer Hungária Kft. Symposium

1. *Ludwig Endre (Szent László Kórház, Semmelweis Egyetem, ÁOK Infektológiai Tanszéki Csoport):* A 4. generációs fluorokinolonok (moxifloxacin) lehetséges szerepe a bőr és légyszív inféktiók kezelésében
2. *Juhász István (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen):* Esetismertetések és tapasztalatok moxifloxacinnal

19.30 Műsoros est

### 2006. december 16., szombat

#### 8.00 – 9.00 Betegbemutatók

Elnökök: Temesvári Erzsébet, Oláh Judit

1. *Hodosi Balázs, Csete Béla, Laczó Andrea, Szepes Éva (PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika):* Atorvastatin indukálta dermatomyositis
2. *Fekete Gyula, Oanta Alexandru<sup>1</sup> (Transilvania Orvosi Egyetem, Brassó<sup>1</sup>, MOGYE Bőrgyógyászati Klinika Marosvásárhely Románia<sup>2</sup>):* Papulosis atrophicans maligna-Degos
3. *Boros Gyevi Márta, Gyulai Rolland, Mohos Gábor, Sós Anna, Kemény Lajos, Husz Sándor (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged):* Chronicus discoid lupus erythematoses talaján kialakult laphámcarcinoma
4. *Varga János, Kapitány K., Mohos G., Kiss E., Kemény L. (SZTE ÁOK Bőrgyógyászati -és Allergológiai Klinika, Égés-Plasztikai Részleg):* Felső ajak rekonstrukció Kazanjian lebennyel
5. *Mohos Gábor, Kis Erika, Kapitány Klára, Varga János (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged):* Lábszáron lévő bőrtumor kombinált műtéti megoldása
6. *Veres Gábor, Simola Margit (VIII. kerületi Bőr- és Nemibeteg Gondozó):* Atrophoderma lineare Moulin congenitalis előfordulása
7. *Wikonkál Norbert, Ganovszky Ema, Hüttl Károly, Kárpáti Sarolta (Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest):* Vena cava superior syndroma
8. *Erdei Irén, Lukács Péter, Takács István\*\*, Juhász István, Hunyadi János (Debreceni Egyetem OEC*

*Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék\*, Debreceni Egyetemi OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debreceni Egyetem OEC II. Sebészeti Klinika, Debrecen\*\*):* Az anamnézis és a fizikális vizsgálat jelentősége a dermatológiában egy eset kapcsán

9. *Újfaludi Adrienn, Hársing Judit<sup>1</sup>, Csomor Judit<sup>2</sup>, Erős Nóra<sup>1</sup>, Marschalkó Márta<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta<sup>1</sup> (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>2</sup>):* Mycosis fungoides- IA. Differenciál diagnosztikai nehézségek

#### 9.00 – 9.10 Fekete Zoltán pályadíj nyertes előadása

Elnök: Baló-Banga J. Mátyás

*Oroján Iván:* Dithranol által kiváltott orofaciális gyulladás befolyásolja a calmodulin génextpressziót a patkány nyúltvelői magvaiban

#### 9.10 – 10.00 Előadások

Elnök: Daróczy Judit, Baló-Banga J. Mátyás, Farkas Beatrix

1. *Daróczy Judit, Szitkay Sándor, Rédling Mariann, Rácz Anikó, (Szt. István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphológiai Osztály, Budapest):* A krónikus sebek kezelése: irányelv követése, evidenciák figyelembe vétele, kompetenciák meghatározása és továbbképzés
2. *Szabad Gábor (Szegei Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika):* Maggot-terápia a sebkezelésben
3. *Bihari Imre (Semmelweis Egyetem, Főiskolai Kar, Klinikai Tanszék, Budapest):* Varicectomy jelentősége az ulcus cruris gyógyításában és a recidiva megelőzésében
4. *Hoffmann Gerd, Farkas Beatrix<sup>2</sup>, Hunyadi János<sup>3</sup>, (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main<sup>1</sup>, MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet Budapest<sup>2</sup>, DEOEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>3</sup>):* Vízsűrűt infravörös-A (Wira) fény alkalmazása a sebkezelésben és egyéb dermatológiai betegségekben
5. *Szántó Hajnalka, Mareczky Zsuzsanna, Török László (Bács-Kiskun megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét):* Livedo racemosas betegek extracutan manifesztációinak vizsgálata

10.00 – 10.20 Szünet

#### 10.20 – 11.20 Novartis Hungária Kft. Symposium

Elnök: Hunyadi János

1. *Kemény Lajos (Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika):* Az atopiás dermatitis korszerű kezelése
2. *Simon Gyula (MikroMikoMed Kft.):* Onychomycosis és életmód – az Ásóka I. PMS vizsgálat értékelése

## 11.20 – 12.10 Előadások

Elnök: Marschalkó Márta, Szegedi Andrea, Szalai Zsuzsa

1. *Horkay Irén ( Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen):* UV szenzitív szindróma (UVs-S)
2. *Baló-Banga J. Mátyás, Schweitzer Katalin<sup>2</sup>, Eördögh Imre<sup>3</sup>, Fűrész József<sup>2</sup>, MH. Dr. Radó György (Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati osztály<sup>1</sup>, MH Egészségvédelmi Intézet Kóréletani Osztály<sup>2</sup>, MTA-KFKI Anyagtudományi Intézet<sup>3</sup>):* Az IL-6 release a gyógyszerallergián átesettek mononukleáris sejtjeiből megbízhatóan jelzi a szenzibilizáló gyógyszerrel
3. *Makó Sarolta, Benkő R., Gonzalez R., Marschalkó Márta, Soós Gyöngyvér, Kárpáti Sarolta (Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest):* LTT: gyógyszerallergiát okozó leggyakoribb hatóanyagok nyolc év vizsgálatának tükrében
4. *Hídvégi Bernadett, Pónyai Györgyi, Temesvári Erzsébet, Kárpáti Sarolta (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika):* Kontakt és aeroallergén provokáció vizsgálata atopiás dermatitisben. Első tapasztalataink atopy patch teszttel
5. *Szalai Zsuzsanna, Szabó Ágnes\*, Asbóth Dóra\*, Kis Péter\*\* (Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály Budapest, Schöpf-Mérei Ágost Kórház Budapest\*\*):* Acrodermatitis enteropathica gyermekkorban, a cink alkalmazásának aktuális kérdései

## 12.10 – 12.30 Symposium

Medicine Business Kft.

1. *Gyulai Rolland (Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika):* Lokális kezelés szerepe a psoriasis terápiájában – helyi kezelés a biológiai szerek korában
2. *Hoffer Gábor:* A krónikus plakkos psoriasis hosszú távú lokális kezelésének legújabb eredményei

## 12.30 – 12.40 Symposium

Dr. August Wolff GmbH.

*Ables Christoph, Hans-Peter Nissen<sup>1</sup>, Ehrhardt Proksch<sup>2</sup>, Dr. Wolff, Bielefeld (DermaConsult Bonn<sup>1</sup>, Dept of Dermatology, University of Kiel, Germany<sup>2</sup>):* Linola® with unsaturated fatty acids proves to be as effective as 0.25% hydrocortisone cream

## 12.40 – 13.40 Poszter szekció

Elnökség: Wikonkál Norbert, Remenyik Éva,  
Nebenführer László

## 13.40 Kongresszus zárása

A Bőrgyógyászati és Venerológia Szemle 2005. évi névódjainak átadása

## Szakdolgozói Szekció

Helyszín: Zöld előadó

Elnök: Szabóné Juhász Julianna,  
Dr. Kálmánné Simon Mária

- 9.30 – 9.40 *Németh Ilona (Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest):* Orális allergiás szindróma (OAS)
- 9.40 – 9.50 *Lángné Deák Katalin (Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőr és Nemi beteg Gondozó, Budapest):* STI betegségek növekedő tendenciája a VIII a BNG-ben 2000-2005 között
- 9.50 – 10.00 *Tóth Márta, Kovácsné Bubrik Gabriella, Nagyné Schmidt Zsuzsanna (Országos Onkológiai Intézet Kemoterápia „C” Osztály, Budapest):* A kemoterápia, immunterápia, röntgen, és a szteroidkezelések mellékhatásai a bőrön
- 10.00 – 10.10 *Kosikné Vasas Judit, Sánta Csilla, Szabad Gábor (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged):* Maggot terápia alkalmazása sebkezelési osztályon
- 10.10 – 10.20 *Sánta Csilla, Szabad Gábor (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged):* V.A.C. terápia alkalmazása a modern sebkezelésben
- 10.20 – 10.30 *Bársony Krisztina, Sánta Csilla, Szabad Gábor (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged):* Manuális nyirokdrenázs kezelés szerepe lábszárfelekéyek félvastag graft transzplantációjában
- 10.30 – 10.40 *Molnár Erzsébet (Semmelweis Kórház, Bőrgyógyászati Osztály Mycológiai Laboratórium, Miskolc):* „Adj szót fájdalomnak” Gondolatok a daganatos betegek pszichés hátteréről
- 10.40 – 10.50 *Gyurita Beatrix (Pécsi Tudományegyetem, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs):* Az ápoló szerepe a psoriasis vulgaris korszerű kezelésében
- 10.50 – 11.00 *Varga Krisztina (Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Szekszárd):* Az ápolók érzései a reménytelenül beteg emberekkel kapcsolatban A FAL

11.00 – 11.10 Szünet

Elnök: Ungi Lászlóné, Puskás Andrea

- 11.10 – 11.50 Nagy Kamilla (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum Kórházhigiénés Osztály, Szeged): Mit tegyünk, hogy a veszélyes üzemben ne tegyünk veszélyben?
- 11.50 – 12.00 Bakóné Bodnár Katalin (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen): A fekvőbeteg szakellátás finanszírozása
- 12.00 – 12.10 Szabóné Juhász Julianna (Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőr és Nemi beteg Gondozó, Budapest): Fertőző nemi betegségek előfordulása a VIII. BNG-ben, különösen a prostituáltak és homoszexuálisok között
- 12.10 – 12.20 Prekup Tímea (Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőr és Nemi beteg Gondozó, Budapest): Az ápoló szerepe a lábszárfekélyes beteg oktatásában

12.20 -12.30 Szünet

Elnök: Juhász Ilona, Szabó Andrásné

- 12.30 – 12.40 Szabó Judit (Debreceni Egyetem OEC Bőr és Nemikórtani Klinika, Debrecen): Daily dose rendszer szerinti gyógyszerelés számítógépes nyilvántartása a DE OEC Bőr- és Nemikórtani Klinikán
- 12.40 – 12.50 Tarné Czifjék Krisztina (Jósa András Oktató Kórház Bőr-Nemibeteg Gondozó Intézet, Nyíregyháza): „Venereus helyzetkép Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyében”
- 12.50 – 13.00 Lakatosné Varga Marianna, Ungi Lászlóné (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged): Az ápoló szerepe a psoriasis vulgarisban szenvedő betegek biológiai terápiájának alkalmazása során, különös tekintettel a Remicade terápiára
- 13.00 – 13.10 Berendiás Imréné (Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár): Betegtájékoztottság vizsgálata az anyajegyekkel kapcsolatban, különös tekintettel a bőrdaganatokra
- 13.10 – 13.20 Széllné Andóczy-Balog Mónika, Magony Mónika (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászat és Allergológiai Klinika, Szeged): „Az ápolók betegsége a kiégés-szindróma”
- 13.20 – 13.30 Vüncs Ferenc Imréné (Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár): Az ulcus cruris lokális kezelése a gazdaságosság és komfort érzet tükrében

### 13.30 A szekció ülés zárása

Díjak átadása

### Poszterek

- Burján Zsuzsanna, Plótár Vanda<sup>1</sup>, Csáki Gábor<sup>2</sup>, Remenár Éva<sup>2</sup>, Vámosi-Nagy István<sup>3</sup>, Borbola Kinga<sup>4</sup>, Gilde Katalin<sup>4</sup> (Országos Onkológiai Intézet Daganatpatológiai Osztály<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet Fej-nyak Sebészeti Osztály<sup>2</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Általános- és Mellkassebészeti Osztály<sup>3</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály<sup>4</sup>): Szokatlan szövettani megjelenésű, áttétet adó bőrfüggelék tumorer.
- Hudacsek Katalin, Vajda Adrienne, Baló-Banga J. Mátyás (MH. Radó György Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati osztály; Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászati osztály\*): Autoimmun overlap syndroma
- Szabó Ágnes, Szalai Zsuzsanna (Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza): Neonatalis lupus erythematosus
- Szántó Hajnalka, Csősz Judit, Mareczky Zsuzsanna, Török László (Bács-Kiskun megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét): Acut cutan lupus erythematosus
- Vajda Adrienne, Lévy Bernadett<sup>2</sup>, Tamás Róbert<sup>2</sup> (MH. Dr. Radó György Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati osztály<sup>1</sup>, Égés-plasztikai osztály<sup>2</sup>): Sister Mary Joseph csomó
- Borbola Kinga, Liszkay G., Bánfalvi T., Plótár V., Góbor L., Gilde K., Kásler M. (Országos Onkológiai Intézet, Budapest): A sentinel nyirokcsomó status és a szérum S 100 protein szint közötti korreláció melanoma malignumban
- Juhász Zsófia, Baló-Banga J. M.<sup>2</sup>, Vajda A.<sup>2</sup>, Hudacsek K.<sup>3</sup> (MH. Dr. Radó György Központi Honvédkórház Égés-plasztikai és Bőrgyógyászati osztály<sup>3</sup>, Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászat, Budapest<sup>2</sup>): Noduláris melanoma malignum és lentigo maligna melanoma előfordulása és húszéves perzisztálása ugyanazon betegen
- Bikszádi Ilona, Mónus Ágota, Szakos Erzsébet (Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermekegészségügyi Központ): Danbolt-Closs szindróma
- Balogh Attila, Vanczák Viktória, Varga Viktória<sup>1</sup>, Katona Evelin<sup>2</sup>, Horkay Irén<sup>1</sup>, Remenyik Éva<sup>1</sup> (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen, Debreceni Egyetem OEC I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>2</sup>): Acnés betegek peroxiszóma proliferátor-aktivált receptor gamma gén DNS szekvenciája
- Szász Orsolya, Kovács András<sup>1</sup>, Szepes, Éva<sup>1</sup>, Zibotics Hilda<sup>2</sup> (PTE ÁOK, Bőr-, Nemikórtani- és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>, Baranya Megyei Kórház, Tüdőgyógyászat<sup>2</sup>): Sarcoidosis tüdő és bőr érintettséggel



11. Pokol Evelin, Szládek Györgyi<sup>2</sup>, Remenyik Éva<sup>1</sup> (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem OEC Gyermekklinika, Debrecen<sup>2</sup>): Ekzema herpeticum calcineurin gátlók alkalmazása mellett – két eset kapcsán
12. Asbóth Dorottya, Torma K., Szabó Á., Noll J., Szalai Zs. (Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): Pityriasis rubra pilaris juvenilis
13. Németh Katalin, Lengyel Zsuzsanna<sup>1</sup>, Szepes Éva<sup>1</sup> (PTE ÁOK, Bőr-, Nemikórtani- és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>): Pityriasis rubra pilaris
14. Garay Géza, Varjú Gábor (Dr. Derm Bőrgyógyászat és Esztétikai Lézercentrum, Budapest): Az alsó végtag visszártágulatainak lézeres kezelése
15. Bodnár Edina, Szegedi Andrea, Juhász Éva\*, Horvay Irén (Debreceni Egyetem DEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen, Debreceni Egyetem OEC, Gyermekklinika, Debrecen\*): Pseudoporphyria
16. Bodnár Edina, Szegedi Andrea, Kiss Borbála, Veres Imre, Krenács László\*, Hunyadi János (Debreceni Egyetem OEC, Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen, Szegedi Tudományegyetem\*, Daganatpatológia és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium): Lymphomatoid papulosis
17. Tóth Gyöngyi, Károlyi Zsuzsanna<sup>1</sup>, Nagy Gabriella<sup>1</sup>, Takács István<sup>2</sup>, Matolcsy András<sup>3</sup> (Szemmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>3</sup>): Primer cutan anaplasztikus CD30 pozitív nagy T-sejtes lymphoma
18. Noll Judit, Siklós Krisztina<sup>1</sup>, Molnár Katalin<sup>1</sup>, Hársing Judit<sup>2</sup>, Szalai Zsuzsanna<sup>1</sup> (Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Kórháza, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>2</sup>): Naevus syringocystadenomatosus papilliferus
19. Juhász Attila, Szabó Éva<sup>1</sup>, Ötvös Rita<sup>1</sup>, Vanczák Viktória<sup>1</sup>, Veress Imre<sup>1</sup>, Német Tamás<sup>2</sup>, Hunyadi János<sup>1</sup> (Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem OEC Patológiai Intézet, Debrecen<sup>2</sup>): Parapoxvírus zoonosis különleges megjelenése a hajás fejbőrön, esetismertetés
20. Kunos Csaba, Mari Béla, Kosztolányi Gábor (Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászat, Kecskemét): Bőrdefektus pótlása ujjon Emmet lebbenyel
21. Fekete Gyula, Oanta Alexandru<sup>2</sup>, Irimie Marius<sup>2</sup> (MOGYE, Bőrgyógyászati Klinika, Marosvásárhely<sup>1</sup>, Transilvania Orvosi Egyetem, Brassó Románia<sup>2</sup>): Parciálisan kiterjedt unilaterális lentiginosis
22. Fekete Gyula, Fekete Júlia-Edit<sup>2</sup> (MOGYE, Bőrgyógyászati Klinika, Marosvásárhely<sup>1</sup>, Közegészségügyi Központ, Marosvásárhely, Románia<sup>2</sup>): Mal perforans plantaris (MPP) – Megfigyelések 75 eset kapcsán
23. Tamás Ildikó, Veres Imre<sup>2</sup>, Remenyik Éva<sup>2</sup> (ÁOK<sup>1</sup> és Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>2</sup>): Medúzacsípésről egy eset kapcsán
24. Markó L., Paragh Gy.<sup>1,3</sup>, Ugocsai P.<sup>1</sup>, Böttcher A.<sup>1</sup>, Orsó E.<sup>1</sup>, Wikonkál N.<sup>3</sup>, Remenyik É.<sup>2</sup> és Schmitz G. (Institute for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, University of Regensburg, Germany<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest<sup>3</sup>): UV-fény hatása ABC-transzporter gének expressziójára keratinocitákban
25. Belső Nóra, Széll Márta<sup>2</sup>, Kohajda Mónika<sup>1</sup>, Dobozy Attila<sup>1,2</sup>, Kemény Lajos<sup>1,2</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna<sup>1,2</sup>, (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>): A D típusú ciklinek szerepének vizsgálata a sejtciklus szabályozásában géncsendesítéssel
26. Kormos Bernadett, Szabad G.<sup>1</sup>, Pivarcsi A.<sup>2</sup>, Szélt M.<sup>2</sup>, Kenderessy Sz. A.<sup>1</sup>, Dobozy A. prof.<sup>1,2</sup>, Kemény L. prof.<sup>1,2</sup>, Bata-Csörgő Zs.<sup>1,2</sup> (SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged<sup>1</sup>, MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged<sup>2</sup>): Egészséges humán felnőtt melanociták dedifferenciálódnak kémiai mitogénektől mentes tenyésztő környezetben
27. Gyulai Rolland: A CD4+CD25+foxp3 regulátoros sejtek karakterizálása pikkelysömörös bőrben
28. Szabó Kornélia, Kis Kornélia, Nagy István, Kemény Lajos (Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, MTA Dermatológiai Kutatócsoport): A béta defenzin családba tartozó gének kifejeződésének vizsgálata tenyésztett keratinocitákban
29. Nagy Nikolett: A fibroblaszt növekedési faktor receptor 2 (FGFR2) gén szerepe a vénás eredetű lábszárfekély kialakulásában
30. Kiss Mária, Dallos Attila, Polyánka Hilda, Dobozy Attila, Kemény Lajos, Husz Sándor (Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged): A cutan neuropeptidek növelik az idegnövekedési faktor prekursor molekulájának (proNGF) termelését és az érett NGF szekréciót tenyésztett humán keratinocitákon
31. Kinyó Ágnes, Kiss-László Zsuzsanna<sup>2</sup>, Polyánka Hilda<sup>3</sup>, Széll Márta<sup>3</sup>, Nagy Ferenc<sup>4</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna<sup>1,3</sup>, Kemény Lajos<sup>1,3</sup> (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, SZTE Orvosi Genetikai Intézet<sup>2</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>3</sup>, MTA SZBK Növénybiológiai Intézet<sup>4</sup>): Gén és protein expressziós vizsgálatok COP1 csendesített humán keratinocitákban UVB besugárzás után
32. Ócsai Henriette<sup>1,2</sup>, Jakucs János<sup>1</sup>, Varga Erika<sup>2</sup>, Krenács László<sup>3</sup>, Bagdi Enikő<sup>3</sup>, Gyulai Rolland<sup>2</sup>, Oláh Judit (Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház-Rendelőintézet Dermatookológia Szakrendelés és Hematológia<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati- és Allergológiai Klinika<sup>2</sup>, Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány, Szeged<sup>3</sup>): Leukaemia tutis B-sejtes chronicus lymphoid leukae-miában

33. *Bakos Beáta, Hegyesi Hargita, Molnár Viktor, Falus András (Semmelweis Egyetem Genetikai Sejt és Immunbiológiai intézet): Mikro RNS mintázat elemzése melanocita sejt kultúráján, primer és metasztatikus melanóma sejteken*

34. *Bogdányi Edit (Ecto Derma Polyklinika): A bőrgyógyászati softlaser kezelések gyakorlata*

35. *Tóth Béla, Somlai Beáta<sup>1</sup>, Marschalkó Márta<sup>1</sup>, Erős Nóra<sup>1</sup>, Hársing Judit<sup>1</sup>, Szigeti Ágnes, Matolcsy*

*András<sup>2</sup>, Demeter Judit<sup>3</sup>, Kárpáti Sarolta (Bőr-, Nemi-kórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet<sup>2</sup>, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem<sup>3</sup>): Leukémiák bőrtünetei*

### **Bemutatandó poszterek:**

2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 31, 32, 33

# Magyar Dermatológiai Társulat 79. Nagygyűlése

Budapest, 2006. december 14-16.

## Absztraktok

*Bagdy Emőke dr.:*

### Az érintés szerepe a gyógyító kapcsolatban

(Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet, Budapest)

A pre- és perinatális pszichológiának az intrauterin történéseket monitorozó, feltáró megfigyelései a haptónia irányzatában foglalták össze az érintés, érintkezés, bőrérzékelés, bőrkontaktus korai fejlődést elősegítő hatásait.

Kipillantásunk célja, hogy mind a korai testi érintkezési formák (simogatás, különféle test-érintő mozgások, stb.) idegrendszeri szerveződést stimuláló hatásait megvilágítsuk, mind a felnőttkori, kedvező egészségpszichológiai korrelációira rámutathassunk (endorfin termelés aktiválása, immunstimuláció, relaxáció, stb.)

A gyógyítás ősi „kezelési” eljárásától („kézrátétel”) a kapcsolatot emocionalizáló hatásokig – kísérleti pszichológiai bizonyítékokon át tekintünk rá az érintés hatalmára, és felhívjuk a figyelmet ennek tudatos felhasználási lehetőségeire a gyógyító orvos-beteg kapcsolatban.

*Pálfi Zsuzsanna dr., Pónyai Katinka dr., Hársing Judit dr., Kárpáti Sarolta dr., Várkonyi Viktória dr.:*

### Valóban nehéz a syphilis diagnózisa?

(SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, STD Centrum, Budapest)

Az utóbbi években a syphilis esetszám emelkedésével párhuzamosan Intézetünkbe egyre több olyan eset kerül, ahol a diagnózis felállítása elmarad, jóllehet a klinikai tünetek alapján a vizsgáló orvosnak erre a lehetőségre is gondolnia kellett volna.

Tankönyvi adat, hogy a syphilis kórlefordulását akcidentális antibiotikum szedése erősen befolyásolja. A spontán regresszió miatt, valamint a betegek álszemérméből fakadóan a Treponema infekcióban szenvedő betegek az orvosi vizsgálatot elkerülve évekig, évtizedekig ellátás nélkül fertőzöttek és fertőzőképesek maradnak: végül esetleg kontaktusként, rutin szűrővizsgálat kapcsán, – legrosszabb esetben – csak a késői syphilis tünet kialakulásakor kerülnek ellátásra, a tercier szakaszban már igen rossz terápiás effektussal. Számos Syphilis eset soha nem kerül diagnosztizálásra.

Tény, hogy éveken át generációk kerültek ki az orvosi egyetemről anélkül, hogy tünetes syphilis esetet láttak volna.

A jelenlegi járványügyi helyzetben a bőr-, és nemigyógyászokon kívül a társzakká, és az alapellátásban dolgozó kollégák részére is elengedhetetlen a syphilis pontos ismerete.

Összefoglaló előadásunkban ehhez kívánunk segítséget nyújtani a kórkép klasszikus-, és nem mindig típusos, lefordulásának, tüneteinek ismertetésével, Klinikánkon az utóbbi évek során diagnosztizált néhány esetünk bemutatásával.

*Altmayer Anita dr.:*

### Immunsuppressív terápiák az autoimmun betegségekben

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az autoimmun betegségek számának növekedésével párhuzamosan egyre inkább előtérbe kerülnek a még mindig bázisterápiának számító corticosteroidok mellett az újabb, modernebb immunsuppressív szerek. Az előadás célja, hogy áttekintő képet adjon az immunsuppressív szerek legfontosabb csoportjairól, hatásmechanizmusukról, mellékhatásairól, valamint alkalmazhatóságukról a bőrgyógyászati gyakorlatban.

*Korting, H Ch.:*

### Single-dose treatment of tinea pedis using terbinafine 1% film forming solution: a break-through

(München)

Tinea pedis and in particular its by far most frequent variant, i.e. tinea pedis of the interdigital type is the most frequent infectious disease in adults in highly industrialized countries like those to be found in western and central Europe. Prevalence amounts to about 30%. During the last decades therapeutic progress has been tremendous: dyes like Castellani's tincture could be replaced by topicals like clotrimazole antifungal cream and later terbinafine 1% cream. The former preparation initially had to be used for 3 to 4 weeks twice daily, the latter twice daily and now once daily for just one week. Most recently a 1% film forming solution of terbinafine has been devised and tested on clinical grounds. Reflecting the extremely high in vitro activity against dermatophytes as causative pathogens of tinea pedis and high bio-availability for a long time (13 days) in the upper strata of the skin (depot effect) clinical efficacy and safety of single-shot treatment is high: the mycological cure rates amount to about 80% as does the effective cure rate which also reflects clinical in addition to mycological aspects. According to a recent meta-analysis efficacy thus is comparable to the one found with previous preparations to be used for at least 7 days. As compliance was the problem even with 7-day-treatment single shot treatment offers the opportunity to eradicate tinea pedis of the interdigital type not only in a given case but in the population at large.

**A tinea pedis kezelése egyszeri gyógyszer alkalmazással – az 1%-os terbinafin filmképző oldat.**

#### Áttörés a terápiában

A lábgomba és különösen a lábujjak között érintő változata a felnőttek leggyakoribb fertőző betegsége az erősen iparosodott Kelet és Nyugat Európában. Prevalenciája körülbelül 30%.

Az elmúlt évtizedekben a kezelési lehetőségek sokat fejlődtek: a Castellani ecsetelőt a clotrimazol krém váltotta fel, majd később megjelent az 1%-os terbinafin krém is. A clotrimazol krémet 3-4 héten keresztül naponta kétszer, a terbinafin krémet pedig egy héttől naponta kétszer, manapság pedig már csak egyszer alkalmazzuk.

Az 1%-os terbinafin filmképző oldat (film forming solution) kifejlesztésére és klinikai alkalmazására a közelmúltban került sor.

Az egyszeri kezelés klinikai hatékonysága és biztonságossága kiváló, mely egyrészt a tinea pedis okozó Dermatophytonok elleni kiemelkedően magas in vitro hatásnak köszönhető, másrészt annak következménye, hogy a hatóanyag a bőr felső rétegeiben sokáig – 13 napig is – jelen van (depot hatás).

Mind a mikológiai, mind a klinikai hatékonyság 80% körül van, mely figyelemre méltó.

Egy nemrégiben végzett meta-analízis szerint az 1%-os terbinafin filmképző oldat hatékonysága hasonló a többi, korábban bevezetett készítményéhez. Ez utóbbiakat azonban legalább 7 napig alkalmazni kell.

Tekintettel arra, hogy gyógyszer alkalmazásának betartása (compliance) jelenti a legnagyobb problémát a 7 napos terápiában is, az egyszeri kezelés kiváló lehetőséget ígér a tinea pedis nemcsak egyedi, hanem népegészség szintű kezelésében is.

*Marschalkó Márta dr.:*

### Bexaroten kezelés cutan T sejt lymphomában

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

Mycosis fungoides és Sezary syndroma a cutan T sejt lymphomák

leggyakoribb klinikai formái. A kezelésben a biológiai válasz módosító szerek szerepe elsősorban, a stádiumtól függően választva meg a kezelési módot. A bexaroten a retinoidok családjába tartozó, retinoid X receptorhoz kötődő molekula, melyet cutan T sejt lymphoma kezelésére 1999-ben az FDA elfogadott. A bexarotene az első szintetikus retinoid x receptor szelektív szer, az x receptorhoz kötődése révén közvetlenül hat a gén átíráásra, sejt differenciációt, tumor sejt növekedést, apoptosist, gyulladásozó reakciókat befolyásoló hatással rendelkezik. Klinikai vizsgálatokban mycosis fungoides minden stádiumában kedvező hatásának bizonyult. Kombinációs kezelések (PU-VA, IFN, denileukin difitox, TSEB ) eredményei is biztatóak. A kezelés egyéb terápiát nem toleráló, ill. arra rezisztens korai stádiumú esetek kezelésére és egyéb kezelésekre rezisztens, előrehaladott stádiumú esetek kezelésére javasolt, kombinált betegcsoportban a kezelési eredmény 48% volt. A kezelés Sezary szindrómában, erythrodermális mycosis fungoidesben és nagy sejtes transzformáció esetén is eredményesnek bizonyult. A mellékhatások: hypertrigliceridémia (82%), hyperkoleszterinémia (30%), centralis hypothyreosis (29%) leukopenia (11%) dózis függőek.

*Kohánka Valéria dr.:*

### **Pr bőrvédő készítmények szerepe a foglalkozási bőrbetegségek megelőzésében**

(Fodor József Országos Közegészségügyi Központ Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézete Bőrgyógyászati Szakrendelés, Budapest)

A munkahelyi bőrvédő készítmények a vegyi anyagok okozta bőrkárosító hatások csökkentését, a foglalkozási kontakt dermatitisz megelőzését szolgálják. Funkciójuk szerint a következő csoportjai vannak: 1. védőkenőcsök, fényvédők 2. ipari kéztisztítószer 3. utánszívók. Az előadó ismerteti az egyes készítmény típusok szokványos összetételét, hatásmechanizmusát, ill. a munkahelyi bőrvédőlemben betöltött szerepét. Kiemelten foglalkozik a Magyarországon is forgalomban lévő Pr bőrvédő készítményekkel. A termékcsalád tagjai: Pr 88 bőrvédő krém, Pr 99 bőrvédő oldat, Pr UV bőrvédő oldat, Pr Clean R kéztisztító, Pr 2000 kéz- és testápoló, Pr Basis Pflge kézápoló oldat. Felhívja a figyelmet, hogy a Pr bőrvédő program a munkahelyi prevenció mellett sikerrel alkalmazható a háztartási munka és a hobby tevékenységek során is.

*Kemény Lajos dr.:*

### **Korszerű sebkezelés**

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az elmúlt években a sebgyógyulással kapcsolatos kutatások eredményeként, a sebkezelésben használatos terápiás eljárások száma megsokszorozódott. A lehetőségek bővülése a gyógyításban résztvevő egészségügyi személyzettől egyre nagyobb felkészültséget és körültekintőbb döntést kíván a legalkalmasabb terápiás módszerek kiválasztásában. A sebkezelés hagyományosan sebészeti és bőrgyógyászati diszciplína volt, azonban ma már mindenképpen multidiszciplináris területnek tekintendő. A sebkezelő „team”-hez ma már hozzátartozik orvosi oldalról a belgyógyász, diabetológus, és háziorvos is, elengedhetetlen tagja a gyógytornász, a sebkezelésben képzett és jártás nővér, a megfelelő ortopédiai és cipészeti ismeretekkel felvértezett lábász. Jelen referátumban a kezelésében alkalmazott „új”, modern terápiás eljárások kerülnek ismertetésre.

*Hunyadi János dr.:*

### **A dermatoinfektológia aktuális kérdései**

(Debreceni Egyetem OEC, Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

Az utóbbi évtizedek során lényegesen megnőtt az infekciós eredetű bakteriális, virális és mikotikus betegségek jelentősége. Ennek legfontosabb okai a következők: új kórokozók jelentek meg, számos antibiotikum rezisztens baktériumtörzs alakult ki, valamint az immunhiányos állapottal rendelkező egyének száma különböző okok

miatt megnőtt. Ennek megfelelően fontos e betegségekre vonatkozó ismeretek áttekintése s a gyakorlati kérdések aktualizálása. Az előadás a dermatoinfektológia kiemelt területére vonatkozóan tárgyalja a legfontosabb gyakorlati kérdéseket.

*Robert Knobler MD:*

### **Extracorporeal Photoimmunotherapy**

(Department of Dermatology, Division of Special and Environmental Dermatology, Medical University of Vienna, Austria)

Extracorporeal Photoimmunotherapy (ECP, extracorporeal photochemotherapy, photopheresis) was originally developed by R. Edelson and co-workers in 1985 and initially tested for its efficacy in the treatment of cutaneous T-cell lymphoma. After its successful use for this indication and FDA(U.S.A.) approval for its palliative use in the treatment of CTCL, clinical and experimental studies in recent years have provided important leads to better understand its mechanisms of action (apoptosis, induction of regulatory T-cells, confirming indications such as GVHD with equivalent animal models) as well as documentation for potential major new indications including the treatment of acute and chronic Graft versus Host disease after allogeneic bone marrow transplantation, control of rejection in solid organ transplantation (heart, lung, kidney), systemic sclerosis, and possibly other T-cell mediated diseases including Cohn's disease, rheumatoid arthritis and nephrogenic fibrosing dermopathy(NFD) and refractory atopic dermatitis.

Both FDA and recent EC (Europe) approval of the extracorporeally applied form of liquid psoralen (e.g.: UVADEX) has further improved efficacy and reliability associated with a very low side effect profile of this exciting form of cellular photoimmunotherapy. Data obtained from the results of recent prospective randomized clinical trials, particularly in the fields of hematology (acute and chronic GVHD), dermatology (systemic sclerosis, NFG), rheumatology (refractory rheumatoid arthritis), gastroenterology (refractory Chron's disease) and solid organ transplant rejection (heart and lung) have provided important information to better define its role in photomedicine in inter-disciplinary medicine.

As the mechanisms of action responsible for the already observed effects get further unraveled, it is clear that the potential remains significant for further contributions of this therapy in the areas of photomedicine, photoimmunology, oncology and medicine in general.

### **References:**

1. R. Knobler, L. French, Y. Kim & al.: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of photopheresis in systemic sclerosis. *J Am Acad Dermatol* 2006 (Vol. 54): 793-799.
2. R. Edelson, C. Berger, F. Gasparro & al.: Treatment of Cutaneous T-Cell-Lymphoma by Extracorporeal Photochemotherapy: Preliminary Results. *New England J of Medicine* 1987 (Vol 316(6): 297-303.
3. R. Knobler, M. Girardi: Extracorporeal Photochemoimmunotherapy in Cutaneous T Cell Lymphomas. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 941, Sept. 2001: 123-138.
4. H. Greinix, B. Volc-Platzer, P. Kahls & al.: Extracorporeal photochemotherapy in the treatment of severe steroid-refractory acute graft-versus-host disease: a pilot study. *Blood* 2000, Vol. 96 (7): 2426-2431.
5. F. M Foss, G. M. DiVenuti, K. Chin & al.: Prospective study of extracorporeal photopheresis in steroid-refractory or steroid-resistant extensive chronic graft-versus-host disease: analysis of response and survival incorporating prognostic factors. *Bone Marrow Transplantation* 2005 (35): 1187-1193.
6. D. R. Couriel, Ch. Hosing, R. Saliba & al.: Extracorporeal photochemotherapy for the treatment of steroid-resistant chronic GVHD. *Blood* 2006, Vol. 107 (8): 3074-3080.
7. J. Bladon, P. C. Taylor.: Extracorporeal Photopheresis Induces Apoptosis in the Lymphocyte of Cutaneous T-cell Lymphoma and Graft-Versus-Host Disease Patients. *Br J Haematology* 1999 (107): 707-711.
8. A. Maeda, A. Schwarz, K. Kernebeck & al.: Intravenous Infusion of Syngeneic Apoptotic Cells by Photopheresis Induces Antigen-Specific Regulatory T Cells. *J Immunol* 2005: 5969-5976.

Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>, Balogh Attila<sup>1</sup>, Paragh György dr.<sup>2</sup>,  
Juhász Attila dr.<sup>1</sup>, Köbling Tamás dr.<sup>3</sup>, Mikó Irén<sup>4</sup>, Scholtz Beáta dr.<sup>4</sup>:  
**Kvantitatív nehézségek RT-PCR kapcsán**  
(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>1</sup>,  
Simmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>2</sup>,  
Budapest, Debreceni Egyetem OEC I. Belgyógyászati Klinika<sup>3</sup> és  
Debreceni Egyetem OEC Klinikai Genomika Központ, Debrecen<sup>4</sup>)

Napjainkban a tudományos kutatásban a real-time kvantitatív reverz transzkriptáz-polimeráz láncreakció (qRT-PCR) a leggyakrabban használt módszer az mRNS szintű gén-expresszió vizsgálatára különböző biológiai rendszerekben. A qRT-PCR érzékeny, gyors és nagyon pontos lehetőséget teremt az mRNS-ek mennyiségi meghatározására, ezért válhatta fel az évekig arany standardként használt northern-blot-ot. A különböző mintákban egy adott mRNS mért abszolút szintje önmagában azonban nem teszi lehetővé a génextpresszió pontos összehasonlítását. A mérési eredményt az egyes mintákban különböző mértékben befolyásolhatja az RNS minősége és mennyisége, valamint a reverz transzkripció és PCR hatékonysága. Viszonyítási alap, normalizálás szükséges a qRT-PCR reakció során kapott adatok interpretálásához, a minták összehasonlíthatóságához. Ilyen normalizálási lehetőség például a minta sejtszáma, a DNS vagy a totál RNS mennyisége, valamint referencia gének alkalmazása. Az előadás a különböző normalizálási stratégiák előnyét és hátrányát tárgyalja saját eredmények bemutatásával.

Gál Mónika dr., Dezső Balázs dr.\*<sup>1</sup>, Csuth Ágnes dr.,  
Hunyadi János dr., Szegedi Andrea dr.:

**Immunhisztokémiai vizsgálatok poratka pozitív atópiás patch teszt reakciókban**  
(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debreceni Egyetem OEC Patológiai Intézet\*, Debrecen)

Az aeroallergénekkal végzett atópiás patch teszt reakciók az atópiás ekzema in vivo modelljeként szerepelnek számos bőrgyógyászati-immunológiai tanulmányban. A pozitív tesztreakciók lehetőségét adnak a kialakuló gyulladás pathomechanizmusának vizsgálatára, a sejtes eltérések tanulmányozására.

Vizsgálataink során 5 beteg poratkával szembeni erős pozitív bőrreakciójából próbaexciót végeztünk. Ezek immunhisztokémiai feldolgozása történt, kontrollként atópiás dermatitisben szenvedők és nem atópiás kontrollok bőrből származó mintákat használtunk.

Vizsgáltuk a CD1a+, CD207+, CD4+, CD8+, CD68+, CD138+, valamint Ckit, CD20+, CD25+ és  $\epsilon$ -kaderint expresszáló sejtek megjelenését, számát, lokalizációját a kontrollokhoz képest.

Az atópiás reakció in vivo modelljeként szolgáló pozitív tesztreakciókban a CD1a+ dendritikus sejtek, a CD207+ Langerhans-sejtek, illetve a CD4+ sejtek számának a növekedése volt a legszembetűnőbb, valamint a fenti markerekkel megjelenített antigénprezentáló sejtek migrációja volt kimutatható az epidermis felsőbb rétegei felé és a dermis perivascularis régióiba.

Eredményeink közül legfontosabbnak tartjuk azon új- az irodalomban eddig nem közölt – megfigyelést, miszerint a vizsgált antigénprezentáló sejtek aktív szereplői az atópiás gyulladás akut folyamatait létrehozó immunreakcióknak. Az egyéb sejtípusok tekintetében vizsgálataink az irodalmi adatokat támasztották alá.

Varga Viktória dr., Illés Krisztina\*, Balogh Attila,  
Emri Gabriella dr., Remenyik Éva dr., Horkay Irén dr.:

**Genetikai vizsgálatok erythropoieticus protoporphyriában**  
(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen ÁOK orvostanhallgató\*)

Az erythropoieticus protoporphyria (EPP) autosomalis domináns módon öröklődő betegség, mely inkomplett penetranciával jelenik meg a fenotípusban. A ferrocchelataze enzim defektusa okozza, mely a mitokondriumokban található, működése során a haem szintézis utolsó lépéseként a vas beépülését katalizálja a haembe. Génje a 21 kromoszómán található, 23 kbp. hosszú, 11 exont tartalmaz. A DE OEC Bőrgyógyászati Klinika Photodermatologia szakrendelésén 23 EPP-ben szenvedő beteget gondozunk. Molekuláris genetikai vizs-

gálataink célja az EPP-s betegek, majd családtagjaik DNS mintáiból a ferrocchelataze enzim mutációk feltérképezése. A perifériás vénából vett vérből genom DNS-t szeparáltunk, majd PCR-t végeztünk. A kapott amplifikált genom DNS-t gélelektroforesissal futtattuk. A preparátumok tisztítását követően preszekvenáló PCR-t, újabb tisztítást, ABI 3100 Avant készülékkel szekvenálást végeztünk. Az előadásban első eredményeinkről számolunk be.

(OTKA T 43451 támogatásával)

Wikonkál Norbert dr., Wunderlich Livius dr.\*<sup>1</sup>, Paragh György dr.,  
Bánhegyi Gábor dr.\*<sup>2</sup>, Kárpáti Sarolta dr., Mandl József dr.\*:

**UVB besugárzás a HIF-1 $\alpha$  kétfázisú válaszreakcióját indukálja HaCaT sejteken**  
(Simmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Orvosi Vegytani, Molekuláris Biológiai és Pathobiokémiai Intézet\*, Budapest)

A hypoxia a bőrben fontos tényező a különböző kórfolyamatokban, mint például a krónikus-degeneratív bőrbetegségek, gyulladások, photoaging, és bizonyos tumorok kialakulása.

Ezekben a folyamatokban a VEGF (vascular endothelial growth factor) döntő szerepet játszik és az is ismert tény, hogy az ultraibolya sugárzás szintén befolyásolja ezeket a betegségeket.

Számos adat szerint a hypoxia indukciós faktor-1 (HIF-1) szigorúan szabályozza a VEGF expresszióját.

Jelen vizsgálatban az akut UVB besugárzás hatását tanulmányoztuk a HIF-1 $\alpha$  faktor szintjére, mely a hypoxia indukciós gének fő szabályozója.

HaCaT sejtekben vizsgáltuk az UVB besugárzás hatását a HIF-1 szintjére a besugárzás után különböző időpontokban Western blot eljárással. A HIF-1 $\alpha$  kiválasztott célgénjeinek expresszió csökkenését mértük kvantitatív real-time PCR technikával.

Az UVB kezelés a HIF-1 $\alpha$  kezdeti csökkenését eredményezte, melyet később hosszantartó emelkedés követett. Amikor a sejteket további UVB expozíciónak tettük ki, ez újabb csökkenést idézett elő a HIF-1 $\alpha$  expressziójában, hasonlóan a korábbiakhoz. Ezek a változások időben pontosan meghatározhatóak és dózis-függőek voltak.

Következtetésként elmondható, hogy a HIF-1 ezen változásai alapvetően a VEGF expresszió UVB besugárzás indukálta változásában. Feltételezzük, hogy az UVB ezen hatásai a PI3/AKT útvonal kontrollja alatt állnak.

Szegedi Krisztina dr.<sup>1</sup>, Sonkoly Enikő dr.<sup>1</sup>, Nagy Nikolett dr.<sup>1</sup>,  
Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1,2</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1,2</sup>,  
Dobozó Attila dr.<sup>1,2</sup>, Széll Márta dr.<sup>2</sup>:

**A PRINS nem-kódoló RNS funkciójának vizsgálata géncsendesítéssel**

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>,  
MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged)

Munkacsoportunk a közelmúltban azonosított egy nem-kódoló RNS gént (Psoriasis Susceptibility-Related RNA Gene Induced by Stress=PRINS), mely génextpressziós eredményeink szerint szerepet játszik a pikkelysömörre való hajlam, valamint a sejtek stressz válaszában kialakításában. Munkánk célja az volt, hogy siRNS módszerrel csendesítsük a gén expresszióját HeLa sejtekben és vizsgáljuk, hogy a csendesítés milyen hatással van a sejtek viabilitására, illetve hogy milyen egyéb gének kifejeződését befolyásolja. Eredményeink szerint a PRINS gén expressziójának csendesítése csökkenti a HeLa sejtek viabilitását stressz körülmények (szérum-éheztetés) között, amely arra utal, hogy a PRINS gének szerepe van a HeLa sejtek stressz válaszában kialakításában. A sejtek morfológiájának tanulmányozása közben azt a megfigyelést tettük, hogy a PRINS csendesített HeLa sejtek a kontroll sejtekhez viszonyítva megnyúlt, orsó alakot vesznek fel és a sejt-kultúra növekedése során a sejt-sejt kapcsolatok kialakulása is eltér a kontroll kultúrákban megfigyeltétől. cDNS microarray kísérletet végeztünk annak vizsgálatára, hogy vajon milyen génextpressziós változások állhatnak az eltérő sejt-morfológia hátterében. A chip kísérlet eredményei szerint 66 transzkriptum mutatott eltérő szintű génextpressziót a PRINS csendesített sejtekben a kontroll sejtekhez viszonyítva,

ezek közül 24-nek az expressziója alacsonyabb, 42-nek pedig magasabb volt. A génextpressziós különbségeket valós idejű reverz transzkriptáz polimeráz láncreakcióval (real-time RT-PCR) validáltuk és a validált géneket tovább vizsgáltuk. Elsősorban arra voltunk kíváncsiak, hogy ezek a gének hogyan fejeződnek ki pikkelysömörben, ezért real-time RT-PCR módszerrel összehasonlítottuk expressziójukat egészséges, pikkelysömörös tünetes, valamint tünetmentes epidermiszben. Az azonosított transzkriptumok közül a továbbiakban azokat vizsgáljuk részletesen, amelyek kifejeződése nagymértékben eltér a pikkelysömörös mintákban, tehát feltehetően szerepet játszanak a pikkelysömörre való hajlam és/vagy a pikkelysömörös tünetek kialakításában.

Dózsa Anikó dr.<sup>1,2</sup>, Tóth Balázs<sup>3</sup>, Biró Tamás dr.<sup>3</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>4</sup>, Christos Zouboulis dr.<sup>5</sup>, Dezső Balázs dr.<sup>6</sup>, Nagy László dr.<sup>2</sup>:

**A PPAR $\gamma$  (peroxiszóma proliferáció aktiválta receptor gamma) molekula funkciójának vizsgálata ép és kóros faggyúmirigyben** (MMJV Semmelweis Oktató Kórház, Miskolc<sup>1</sup>, DEOEC Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet, Debrecen<sup>2</sup>, DEOEC, Élettani Intézet, Debrecen<sup>3</sup>, DEOEC Bőrgyógyászati Klinika<sup>4</sup>, Bőrgyógyászati és Immunológiai Intézet, Klinika Dessau, Dessau, Németország<sup>5</sup>, DEOEC Patológiai Intézet, Debrecen<sup>6</sup>)

A peroxiszóma proliferáció aktiválta receptor gamma (PPAR $\gamma$ ) egy magreceptor, amely olyan transzkripciófaktor ami képes ligandokat kötni. A ligandok agonista- vagy antagonistá hatással szabályozzák különböző gének transzkripcióját. Ez a szabályozás egy másik magreceptor, a retinoid X receptorral (RXR) heterodimert képezve történik. A PPAR $\gamma$ -nak eddigi kutatási eredmények szerint kulcsfontosságú szerepe van a lipidmetabolizmusban és az adipocita differenciálásban. A faggyúmirigy fiziológiás működése során a mirigysejtek differenciálódnak, különböző lipideket termelnek, majd ezeket ürítik a bőrfelszínre. Kevés irodalmi adat alapján valószínű, hogy a PPAR $\gamma$  szerepet játszik a faggyúmirigy sejtek fiziológiás működésében, illetve feltételezhető a molekula diszfunkciója patológias körülmények között.

Célul tűztük ki a PPAR $\gamma$  fehérje és mRNS kifejeződésének és szabályozó szerepének vizsgálatát sebocytákon.

Bőrbetegekből származó szövetminták formalinnal fixált, paraffinba ágyazott meszeteiből immunhisztokémiai módszerrel a fehérje, friss fagyasztott metszetből lézer mikrodiszsekciónal nyert faggyúmirigyből izolált RNS-ből pedig, valós idejű kvantitatív polimeráz láncreakcióval (RT-qPCR) az mRNS kifejeződését vizsgáltuk. A molekula funkcióját SZ95 immortalizált humán sebocyta sejtvonalon határoztuk meg. Oil Red O festéssel, illetve fluorimetriás módszerrel kvantitatív lipidanalízist végeztünk.

Eredmények: humán hyperplasiás faggyúmirigyben PPAR $\gamma$  és RXR-alfa fehérje nukleáris expressziót mutat, hasonlóan a tenyésztett sebocytákhoz. PPAR $\gamma$  mRNS in situ magasabban expresszálódik, mint az immortalizált SZ95 sejtkultúrában. Míg az arachidonsav jelentősen fokozta az intracelluláris lipid akkumulációt, PPAR gamma antagonistá csökkentette ezt a hatást. Ebben a folyamatban részlegesen a PPAR gammának is szerepe lehet.

Csitó Ágnes dr., Mihályi Lilla dr., Bata Zsuzsanna dr., Korom Irma dr., Varga Erika dr., Kiss Mária dr., Kemény Lajos dr.: **Atípusos Mycobacterium fertőzés fiatal nőbetegnél** (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Egy 32 éves nőbeteg esetét ismertetjük, aki 11 éve fennálló panaszával 2005 decemberében jelentkezett klinikánkon.

Fizikális vizsgálatok főleg a bal arcfélre és a fül mögötti területre, valamint a nyakra lokalizálódóan, az orrot, a felső ajkpadot, valamint a nyirokcsomókat is destruáló, sipolyozó csomókat, néhol vaskos pörkkel fedett, máshol nekrotikus 2-3 cm nagyságú fekélyeket észleltünk.

Betegségének első tünete szájpada – orrjárat fistula, majd septum nasi perforáció volt, melyek miatt korrekciós műtétek történtek. Hat évvel a műtéteket követően az orr bal oldalán csomó alakult ki, melyből szövettani vizsgálat történt, ez Mycobacterium tuberculo-

sis fertőzés fennállását valószínűsítette. Emiatt a beteg egy évig kombinált antituberkulotikus terápiában részesült. A kezelések ellenére destruáló gyulladási betegség folyamatosan progresszív. Nyolc évvel a panaszok első jelentkezését követően a folyamat progressziója miatt Wegener granulomatosis diagnózis lehetőségét vetették fel és a beteget immunuszuppresszív kezelésben részesítették. Ezt követően állapota még inkább romlott. 2004-ben a Wegener granulomatosis fennállását részletes vizsgálatokkal kizárták és az ismételt szövettani lelet birtokában újra antituberkulotikus kezelést kezdtek. Közben – tekintettel arra, hogy nem volt pozitív bakteriológiai lelet – Mycobacterium tuberculosis fertőzés igazolására nyirokcsomó mintából PCR vizsgálatot végeztek klinikánkon, amely a Mycobacterium generá pozitív lett Ugyanakkor a Mycobacterium tuberculosis specifikus vizsgálat – két különböző primer párt is használva – negatív eredményt adott. Ennek alapján vetődött fel az atípusos Mycobacterium fertőzés fennállásának lehetősége. A beteg a diagnózis felállítását követően folyamatos kombinált antibiotikus –antituberkulotikus kezelést kapott. Eddig jelentősebb javulást csak a Sural, Klacid, Avelox, Amikin és Mefoxitin terápia együttes alkalmazása eredményezett, ezt azonban pancytopenia kialakulása miatt nem tudták folytatni. Jelenleg Klacid, Avelox és Vancomycin kombinált kezelés mellett tüneteinek alakulása biztató. Esetünk jól példázza a szerencsére igen ritkán előforduló atípusos Mycobacterium fertőzés diagnosztikájának és terápiájának nehézségeit.

Károlyi Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Tóth Gyöngyi dr.<sup>1</sup>, Ködmön Csaba<sup>2</sup>: **Sporotrichoid Mycobacterium marinum fertőzés** (Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, ÁNTSZ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Intézete Mikrobiológiai Laboratórium, Miskolc<sup>2</sup>)

A Mycobacterium marinum az atípusos mycobacteriumok csoportjába tartozó saprophyta, fakultatív kórokozó, szaporodásához 32 °C körüli hőmérséklet szükséges. A fertőzés apró hámsérülés útján jön létre fertőzött vízben való fürdőzés (uszoda -granuloma), vagy melegvízes akvárium tisztítása során. Az fertőzés nyomán krónikus cutan granulomatosisus léziók alakulnak ki elsősorban a kézujjakon. Adekvát kezelés hiányában a folyamat a nyirokutak mentén proximál felé terjedhet (sporotrichoid forma), ritkán a mélyebb szöveteket is érintheti tendosynovitist, arthritist okozva.

A szerzők egy 55 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél akvárium tisztítás után néhány héttel a bal kéz hüvelykujján egy livid-vörös, nyomásérzékeny plakk alakult ki, később az alkar feszítő felszínén vonalas lefutásban fájdalmas livid csomók léptek fel. Ambulanter doxycyclin, sulfamethoxazol-trimethoprim, majd clarithromycin terápiaiban részesült eredménytelenül. Az anamnesis és klinikai tünetek alapján Mycobacterium marinum fertőzés gyanúja merült fel, a szövettani vizsgálat során a dermisben tuberculoid granulomák mutatkoztak, a paraffinos blokkból elvégzett PCR vizsgálat Mycobacterium genus jelenlétét igazolta. Elhúzódo ciprofloxacín kezelés indult, de a folyamat terápia rezisztensnek bizonyult. Rebiopsia történt, a friss szöveti mintából 4 hét után Mycobacterium marinum tenyésztett ki, a rezisztencia vizsgálatok alapján beállított célzott rifampicin-ethanol terápia végül a beteg gyógyulását eredményezte.

A Mycobacterium marinum fertőzés kezelése nem standardizált. Lokalizált tünetek esetén antibiotikus terápia (doxycyclin, clarithromycin, ciprofloxacín) beállítását ajánlják, lymphaticus terjedés, mélyebb folyamat esetén azonban, ahogy azt esetünk is bizonyítja in vitro érzékenységi vizsgálatok alapján célzott antituberkulotikus terápia szükséges.

Gaál Magdolna dr., Korom Irma dr., Husz Sándor dr., Kiss Mária dr., Gulyás Mária dr.\*, Jedlinszki Mária dr.\*\*:

**Tuberculosis verrucosa cutis** (Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Bőr- és Nemibeteg Gondozó Intézet, Szarvas\*, Tüdőgondozó Intézet, Szarvas\*\*)

A szerzők egy 56 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinek bőrtünet-

tei 2 hónappal a bőrgyógyászati rendelésen való jelentkezése előtt bal combján, szúrási sérülést követően, váladékozó csomó formájában jelentkeztek. A sérülés helyén, majd a bal könyök területén és a penis corpusán is nem gyógyuló fekélyek alakultak ki. Kivizsgálása során gyorsult sülyedést, mellkas Rtg vizsgálatával fokozott bronchovascularis rajzolatot találtak, bakteriológiai vizsgálat negatív eredménnyel zárult. Brucella-, Tularaemia, syphilis, HIV szerológia negatív lett. Mantoux próba normergiásnak bizonyult. Szöveti vizsgálat a combról vett mintában idült, kifehélyesedett granulomatosus gyulladás látszott, a beágyazott anyagból végzett PCR vizsgálat Mycobacterium generumra és Mycobacterium tuberculosisra is pozitív eredményt adott. Kezdetben clarithromycin, majd tuberculosis cutis diagnózis felállítását követően kombinált anti-tuberculoitikus terápia bevezetése történt, mely mellett a bőrtünetek gyógyulását észlelték.

Szalay Csilla dr.<sup>1,2</sup>, Gál Mónika dr.<sup>1</sup>, Kovács Tamás dr.<sup>3</sup>, Szládek Györgyi dr.<sup>4</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:

#### **Perinatalis HSV infekció koraszülöttnél**

(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika DEOEC, Debrecen<sup>1</sup>, B-A-Z Megyei Kórház Gyermkegészségügyi Központ, Miskolc<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem OEC Neonatológia Tanszék, NIC, Debrecen<sup>3</sup>, Debreceni Egyetem OEC Gyermekklinika, Regionális genetikai labor, Debrecen<sup>4</sup>)

Egy egészséges anya 28. gestációs hetében, per vias naturales született, intenzív neonatológiai ellátást igénylő újszülöttjénél 3-4 hetes korban jelentkezett testszerte, elszórtan, néhány, az észleléskor centrálisan barnás-fekete nekrozissal fedett, keskeny, hyperaemiás, oedemás széllel övezett papula. A klinikai kép alapján elsősorban vírus infekció, pyoderma diagnózisok vetődtek föl. Ennek igazolására két szorosan tapadó pörköt távolítottunk el. Egyik szövettani feldolgozása a feltételezett infekció gyanút nem zárta ki, de egyértelműen nem is támasztotta alá. A másik pörkből DNS izolálás után PCR vizsgálatával HSV vírus DNS amplifikálódott. Bár szerológiai vizsgálattal (ELISA) csak IgG típusú ellenanyagok voltak kimutathatók az éretlen immunrendszerű koraszülöttnél, szisztémás acyclovir kezelés indult, amely 3 hetes terápiát követően tartós tünetmentességet eredményezett. Általános állapota és laboratóriumi leletei szisztémás herpesz vírus infekciót feltételeztek.

Esetünkkel a herpesz simplex fertőzések diagnosztikai nehézségeit és klinikai megjelenésének esetleges sokszínűségét szeretnénk bemutatni, utalva a betegünknek is felmerült lehetséges egyéb, főbb megjelenési formákra. Sok esetben, mint itt is, a manifeszt anyai genitális herpesz fertőzésre utaló anamnézis hiánya is hozzájárulhat a diagnózis felállításának nehézségeihez. A típusostól eltérő klinikai képet a gyermek koraszülöttségéből fakadó éretlen immunitása is magyarázhatja.

Fábos Beáta dr., Battyáni Zita dr.:

#### **Secunder syphilis ritka megjelenési formája**

(Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár)

A szerzők egy 70 éves nőbeteg esetét mutatják be, akinél a secunder syphilis ritkán előforduló klinikai képből, hólyagos formában nyilvánult meg. A diagnózis felállítását nehezítette a szokatlan klinikai kép, az STD betegségekre nem jellemző életkor, és a beteg általános állapota a KIR érintettség miatt. A pozitív serológiai, a később felvett heteroanamnézis, valamint a Doxycyclin terápiára fellépő gyors állapotjavulás tette egyértelművé a secunder syphilis fennállását. Esetbemutatásunkkal szeretnénk rávilágítani a serológiai vizsgálatok fontosságára, a szy gyakoriságának emelkedésére, valamint a már ismert rizikócsoportok mellett egy további rizikócsoport, a hajléktalanok körében előforduló nemi betegségekre.

Sziray Ágnes dr.<sup>1</sup>, Vizi Márta dr.<sup>1</sup>, Mórocz István dr.<sup>2</sup>, Károlyi Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:

#### **Kézhátak neutrophil dermatosisa – egy új klinikai entitás**

(Simmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>1</sup>, Simmelweis Kórház Patológiai Osztály, Miskolc<sup>2</sup>)

A kézhátak neutrophil dermatosisa az utóbbi években leírt új kli-

nikai entitás, mely az akut lázas neutrophil dermatosis (Sweet-szindróma) kézhátakra lokalizálódó formájának tekinthető.

Ezidáig félszáz esetet közöltek világszerte; egy 70 éves nőbeteg példáján keresztül szeretnénk bemutatni ezen betegség klasszifikációs és differenciáldiagnosztikai problémáit. Rovarcsípést követően a kézhátakon kifejezett progressziót mutató, 4-7 cm átmérőjű, felhányt szélű, helyenként vesiculobullosus, ulceratív plakkok alakultak ki, láz, szisztémás tünetek nem jelentkeztek. Laboratóriumi vizsgálatokkal gyorsult vörösvértest-sülyedést, enyhén emelkedett CRP-értéket észleltünk. Sebváladék bakteriális leoltása, tumorkutatás negatív eredménnyel zárult. Szöveti vizsgálat a dermisben neutrophil granulocytás infiltrátumot, lobos beszűrődést írt le, góccokban intra- és subepidermalis pustulákkal.

Differenciáldiagnosztikai szempontból fontos elkülöníteni kután infekcióktól, bullosus erythema multifórmától, erythema elevatum diutinumtól, pustulosus vasculitistól, pyoderma gangraenosumtól elsősorban az adekvát terápia kiválasztása miatt.

Esetbemutatásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a neutrophil dermatosiskok ezen új klinikai variánsára, melyet tudomásunk szerint hazánkban eddig még nem ismertettek.

Nyirő Ilona dr.<sup>1</sup>, Laczó Andrea dr.<sup>2</sup>, Kutasi Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Battyáni Zita dr.<sup>1</sup>:

#### **Sweet szindróma esete colitis ulcerosus betegén**

(Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kaposi Mór Oktató Kórház Patológia<sup>2</sup>, Kaposvár)

A szerzők 46 éves nőbeteg esetén mutatják be, akinél évek óta fennálló colitis ulcerosa aktiválódása mellett, hirtelen megjelenő bőr, izületi tünetek, láz és típusos labor eltérés alapján megismerülő Sweet szindróma diagnózisát szövettani vizsgálat is megerősítette. A kivizsgálás során tumorra, haematológiai megbetegedésre utaló jelet nem találtak, infekciót igazolni nem tudtak. Bőr és izületi tünetei, panaszai kortikoszteroid adására gyorsan javultak laboratóriumi eltéréseivel együtt. A gyulladásos bélbetegség tüneteinek progressziója miatt belgyógyászati kezelésben részesült, állapota azóta rendszeres kezelés mellett stabil, bőrtünetei nem recidiváltak. A Sweet szindróma bélbetegséggel való társulása az irodalomban jól ismert. Az ismertetett eset a ritkább társulási formát mutatja be.

Németh Réka dr., Korom Irma dr., Oláh Judit dr., Kemény Lajos dr.:

#### **Langerhans-sejtes histiocytosis**

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A szerzők egy 36 éves férfibeteg esetét ismertetik. 3 éve jelentkeztek hullámzó lefolyással, elsősorban a hajlatok területén fájdalmas, barnásvörös, karéjózott szélű, erodált, nedvező, helyenként tumorosus plakkok. Bőrtünetei mellett fokozódó polyuriáról, polydipsiáról is beszámolt a beteg. A kórelőzményben kezelt colitis ulcerosa és tüdőfibrosis szerepelt. A bőrtünetekből végzett szövettani vizsgálat Langerhans-sejtes histiocytosisra véleményezett. Laboratóriumi eredmények közül a magasabb májfunkciós- és vérszír értékek, emelkedett éhgyomri vércukorszint emelendő ki. Mellkas Rtg intersticiális rajzolatfokozódást, hasi UH vizsgálat diffúz hepatomegaliát írt le. Kóponya CT-n kóros eltérés nem látszott. Jamshidi biopszia a csontvelő infiltrációt kizárta. Endokrinológiai vizsgálat során diabetes insipidust, hypothyreosist, hypogonadismust, alacsony steroid hormonszinteket találtak. A vizsgálati eredmények alapján a Langerhans-sejtes histiocytosis máj-, tüdő- és központi idegrendszeri érintettséggel járó típusát véleményezték. A korábban alkalmazott Medrol dózist naponta 32 mg-ra emelték, amit heti 20mg Methotrexat adásával egészítettek ki. Bőrtünetei a gondos helyi kezeléssel kiegészítve jelentősen javultak, ezzel párhuzamosan a steroid és a methotrexat dózist fokozatosan csökkentették. Endokrin supportív terápiával a kevert endokrinopathia is normalizálódott.

Az esetet a kórkép ritka előfordulása és a típusos klinikai kép miatt tartották bemutatásra érdemesnek.

Csősz Judit dr., Krenács László dr., Bagdi Enikő dr.,  
Kosztolányi Gábor dr., Kocsis Lajos dr., Mareczky Zsuzsanna dr.:  
**Diffúz nagy B-sejtes lymphoma „leg type”**  
(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét)

A cutan B-sejtes lymphomákat a WHO-EORTC klasszifikációja szerint öt csoportra oszthatjuk, primer cutan marginalis zóna B-sejtes lymphoma, primer cutan follicularis centrum lymphoma, primer cutan diffúz nagy B-sejtes lymphoma leg type, primer cutan diffúz nagy B-sejtes lymphoma egyéb típus és intravasculáris nagy B-sejtes lymphoma.

2006 júniusában egy 68 éves nőbeteg került felvételre osztályunkra a bal lábszárán ez év februárja óta növekvő két darab egyenként 1x2 cm, illetve 1x1 cm átmérőjű, tömött tapintatú, félgömböszerűen előemelkedő, fénylő felszínű, erythemas nodus miatt. A kisebb csomó szövettani vizsgálat céljából eltávolításra került, mely diffúz nagy B-sejtes lymphoma, immunoblastos altípus, aktivált B-sejtes fenotípusát igazolta. A beteg kivizsgálása során (hasi, axillaris, inguinális ultrahang, mellkas röntgen, laborok) disseminatoria utaló jelet nem találtunk.

Az esetet a lábtípusú diffúz nagy B-sejtes lymphoma ritkasága és differenciál diagnosztikai jelentősége miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Varga Viktória dr.<sup>1</sup>, Rejtő László dr.<sup>2</sup>, Kiss Attila dr.<sup>2</sup>,  
Hunyadi János dr.<sup>1</sup>, Remenyik Éva dr.:

#### **Necrobioticus xanthogranuloma és myeloma multiplex együttes előfordulása**

(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>1</sup>,  
Debreceni Egyetem OEC II Belgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>2</sup>)

Az 53 éves férfibeteg anamnesisében Heine-Medin betegség szerepel. 11 éve fokozatosan, lassan szaporodó tünetei 2004-re mindkét karra, alsóvégtagra kiterjedtek. Ekkor számos, 2-4 cm átmérőjű, necrotikus alapú, pörkkel fedett ulcust, 2-3 cm-es behúzott, kékes-vörös, helyenként sárgásan áttűnő atrophias papulákat észleltünk. A klinikai kép alapján necrobiosis lipoidica, morphea, fasciitis, panniculitis diagnózisok vetődtek föl. A hisztológia necrobioticus xanthogranulomát írt le. Az ekkor történt csontvelő-biopszia és a további laboratóriumi vizsgálatok hét éven keresztül nem igazoltak bőrgyógyászati tüneteihez társuló malignus hematológiai betegséget, monoclonalis gamma globulin szaporulatot, bár a beteget neutrophilia miatt öt éve hematológus is szorosan obszerválta. Időközben a bőrtünetek lassan progrediáltak. Két éve újabb csontvelő-biopsziát követően myeloma multiplex diagnózisát állították föl. Ez év márciusában sikeres őssejt mobilizáció után autolog őssejt transzplantáció történt, ezt követően bőrtünetei javultak.

A necrobioticus xanthogranuloma ritka, krónikus histiociter infiltráció, jellegzetesen a szem körüli lokalizációban. Gyakran paraproteinaemiával és hematológiai malignitással társul, az esetek 10%-ban myeloma multiplex-szel.

Tóth Veronika dr.<sup>1</sup>, Marschalkó Márta dr.<sup>1</sup>, Hársing Judit dr.<sup>1</sup>,  
Nagy Eszter dr.<sup>1</sup>, Nagy Katalin dr.<sup>2</sup>, Szigeti Ágnes dr.<sup>1</sup>,  
Réti Mariann dr.<sup>3</sup>, Masszi Tamás dr.<sup>3</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:

#### **Scleromyxoedema, monoklonális gammopathia**

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>,  
Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat<sup>2</sup>, Országos Gyógyintézeti  
Központ, Budapest<sup>3</sup>)

48 éves nőbetegnél 2005. szeptemberében a végtagok feszítő felszínén, a törzs felső részén 2-4mm-es, bőrszínű, laposan előemelkedő, tömött tapintatú papulák jelentkeztek. Hisztológiai vizsgálat a dermisben laza, világos festődésű, alciánkék pozitív kötőszövetet mutatott, perivasculárisan enyhe kereksejtes beszűrődéssel.

Kisfokú anaemiát, thrombocytopeniát, gyorsult süllyedést (40-50 mm/6), emelkedett GGT értéket észleltünk.

Fehérje elektroforesis vizsgálat gamma frakcióban M komponens, immun elektroforesis vizsgálat kismennyiségű (1,6 g/l) IgG gamma paraprotein jelenlétét igazolta.

Myeloma multiplex irányában végzett vizsgálatok (flow cytometria, koponya röntgen, koponya CT, csontvelő vizsgálat) negatív eredménnyel zárultak.

Belgyógyászati kivizsgálás (mellkas röntgen, hasi UH) hepatomegálián, diffúz májlaesión kívül egyéb eltérést nem mutatott.

Plasmaferesist indítottunk, eddig négy kezelésben részesült. Tünetei jelentősen javultak a terápia hatására, a felső végtagok papulái felpuhultak, számuk csökkent. Combokon kisebb mértékű javulás mutatkozott.

A scleromyxoedema bőrtünetei a monoklonális gammopathia következményei: dermális mucin depozíció és kollagén proliferáció. Scleromyxoedema esetén a bőrön kívül számos egyéb szerv is érintett lehet (agy, vese, szív, tüdő, izom, retina, gastrointestinális rendszer). Kezelésként PUVA terápia, nagy dózisú cyclophosphamid, extracorporalis photopheresis, plasmapheresis (1), IVIG, thalidomid, chlorambucil, hydroxychloroquine adása javasolt.

#### **Irodalom:**

1. Nieves D. S., Bondi E. E., Wallmark J., Raps E. C., Seykora J. T.: Scleromyxoedema: successful treatment of cutaneous and neurologic symptoms. *Cutis*. 2000;65(2):89-92.

Lengyel Zsuzsanna dr., Laczó Andrea dr., Kovács Tibor dr.\*,  
Battyáni Zita dr.:

#### **Kaposi sarcoma regressziója vesetranszplantált betegnél sirolimus terápiára történt váltást követően**

(PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika,  
PTE ÁOK II.sz. Belgyógyászati Klinika\*, Pécs)

Az évtizedek során nyert tapasztalat alapján a szervtranszplantált egyéneknél második malignitások, így a nem melanoma eredetű bőrdaganatok és ezzel együtt a Kaposi sarcoma előfordulása lényegesen magasabb. Kialakulásukban az elsődlegesen alkalmazott calcineurin gátló szereknek jelentős szerepe van. A szintén immun-suppresszív hatású sirolimusnak daganatképződést gátló hatása is ismert.

A szerzők egy 64 éves vesetranszplantált nőbetegnél kialakult Kaposi sarcoma esetét ismertetik, aki szteroid, mycophenolat mofetil és ciklosporin összetételű immun-suppresszív terápiában részesült. A kezelést jól tolerálta. 140 hónappal a transzplantáció követően a bal lábszáron multiplex tömött tapintatú, livid-vöröses színű papulák és csomók jelentkeztek. A klinikai kép alapján felmerült Kaposi sarcoma lehetőségét a hisztológiai vizsgálat megerősítette. A ciklosporin elhagyása után, sirolimus alkalmazása mellett, fél év múlva a bőrtünetek teljes, szövettani vizsgálattal is igazolt regresszióját észlelték, egyensúlyban lévő vese státus mellett. Esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet a sirolimus hatékonyságára poszt-transzplantációs Kaposi sarcoma kezelésében, valamint a szervátültetés során másodlagosan kialakuló tumorok megelőzésében betölthető szerepére.

Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>, Farkas Anikó dr.<sup>2</sup>, Hunyadi János dr.<sup>1</sup>:

#### **Nekrózissal járó lágyrészfertőzések**

(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen<sup>1</sup>,  
Debreceni Egyetem OEC Kórházhigiénés Osztály, Debrecen<sup>2</sup>)

A magas letalitású nekrotizáló lágyrészfertőzések kialakulásához agresszív virulens kórokozó és/vagy fogékony szervezet (immun-suppresszió, társuló betegségek, genetikai predispozíció) vezetnek. Mélységi kiterjedés alapján szövődmenyes necrotizáló erysipelas/cellulitis, fasciitis necrotisans, myonecrosis különíthető el. A subcutan zsírszövet alá lokalizálódó fertőzésben a klinikai képre kezdetben a gyulladós bőrtünetekhez képest kifejezettebb fájdalom, esetenként gyorsan kialakuló sápadt, vagy kékes bőrelhalás, igen súlyos toxikus állapot, valamint rapid lefolyás jellemző. Gyors és pontos diagnózis csak a mély biopsziától várható a haemocultura mellett. A magas mortalitást széles spektrumú, kombinált, megfelelően nagy dózisú iv. antibiotikum, intenzív és egyéb supportív (köztük immunkezelés), korai sebészeti debridement csökkentheti. Az irodalomban ismertetett diagnosztikus és terápiás alapelvek gyakorlati alkalmazása szemléletváltoztatást igényel. Az előadás 5 eset kapcsán mutatja be a kórképcsoportot



Várkonyi Viktória dr.<sup>1</sup>, Együd Katalin dr.<sup>2</sup>, Pálfi Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>,  
Marschalkó Márta dr.<sup>1</sup>, Szolyka Gizella dr.<sup>1</sup>, Dudás Mária dr.<sup>3</sup>,  
Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:

### Venerológiai megbetegedések az ezredfordulót követően. Az STD centrum és a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye megyei BNGI 2000-2005.évi adatainak összehasonlító értékelése.

(SE Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, STD Centrum<sup>1</sup>, Budapest, Józsa András Kórház Rendelőintézet Megyei Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézete, Nyíregyháza<sup>2</sup>, Országos Epidemiológiai Központ Járványügyi Osztálya, Budapest<sup>3</sup>)

A szerzők a 2000-2005 között kezelésbe vett nemi beteg betegek adatait értékelték ki a következő szempontok alapján:

1. **Syphilitikus esetek:** nemek, korcsoport és diagnózis szerinti megoszlás, a jelentkezés módja (szűrővizsgálat, önként, kontaktus kutatás, beutalás, véradás, egyéb), rizikócsoportok szerinti megoszlás (homoszexuális, prostituált), állampolgárság.
2. **Gonorrhoeas esetek:** nemek és korcsoport szerinti megoszlás, ill. 2005-2006.években az STD centrumban a kitenyészett törzsek rezisztencia alakulása.

Az STD centrumban és a megyei BNG-ben, mely egyben megfelel a megyében kezelésbe vett esetek számával, összesen 665 syphilitikus (ffi/nő: 426/239) és 795 gonorrhoeas (ffi/nő: 577/218) esetet kezeltek 2000-2005.között. (STD centrum syphilis esetszám: 517) férfi: 363, nő: 154, Nyíregyháza syphilitikus esetszám: 148 , férfi: 63, nő: 85; STD centrum gonorrhoea: esetszám:399 (ffi/nő: 328/71), Nyíregyháza: gonorrhoea összesen: 396 (ffi/nő: 249/147.)

Az eddigi kiértékelés alapján megállapítható, hogy az ország két, STD/venerológiai betegek ellátása szempontjából frekvenciájában kifejezett különbség mutatható ki a kezelésbe vett betegek nemét tekintve. Az STD centrumban 2,4szer több férfit vettek syphilis miatt kezelésbe, mint nőbeteget, Nyíregyházán ezzel szemben 1,35szer több nőbeteget kezeltek syphilis miatt 2000-2005. között, mint férfit. A gonorrhoeas esetek megoszlását tekintve az STD centrumban 82,3%-a, Nyíregyházán a betegek 62,9%-a volt férfi. Az STD centrum adatai szerint a polirezisztens N.gonorrhoeae törzsek előfordulási gyakorisága emelkedik. A fenti szempontok alapján a kiértékelés jelenleg még folyamatban van. Az adatok összehasonlításával az előadók egyrészt a klasszikus nemi betegségek jelentőségére, másrészt a kezelték nem és rizikócsoport megoszlásában észlelt különbségekre hívják fel a figyelmet. Jóllehet a prostitúció melegágya a nemi betegségeknek, nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy a megbetegedések a nagyváros(ok)ban egyre nagyobb mértékben érintik a homoszexuális rizikócsoportot.

Simon Miklós jr. dr.:

### Chancroid / Ulcus molle worldwide

(Department of Dermatology, Univ. Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Germany)

Chancroid, or soft chancre (ulcus molle), is a sexually transmitted, acute ulcerative disease, caused by infection with *Haemophilus ducreyi*, usually localized at the anogenital area and often associated with inguinal adenitis or bubo. Recent epidemics in industrialized countries usually are associated with prostitution, the use of crack cocaine, syphilis, and an increased risk of HIV infection. The chancre begins as a soft papule surrounded by erythema. After 24 to 48 h it becomes pustular, eroded, and ulcerated. In contrast to syphilis, chancroid ulcers are tender and quite painful. Besides the common types a number of clinical variants (giant, serpiginous, follicular, phagedenic etc.) have been reported. Bacterial culture of *Haemophilus ducreyi* remains the main tool for the diagnosis. However, PCR procedures with different primers showed superior sensitivity when compared to bacterial culture. Based on in vitro susceptibility, the most effective drugs against *Haemophilus ducreyi* are azithromycin, ceftriaxone, ciprofloxacin, and erythromycin. Even after correct treatment, relapses occur in approximately 5 percent of patients (reinfections). Retreatment, with the sexual partner, using the original regimen is recommended.

Mihályi Lilla dr., Bata Zsuzsanna dr., Korom Irma dr.,  
Németh Réka dr., Dósa Pirooska dr., Kemény Lajos dr.:

### Tularaemiával társuló bőrtünetek

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A bakteriális zoonozisok csoportjába tartozó tularaemia, melynek kórokozója a *Francisella tularensis*, hazánkban is előforduló, bejelentésre kötelezett megbetegedés. Magyarországon évente átlagosan 80 eset fordul elő. A betegséghez gyakran társulnak másodlagos bőrtünetek is, elsősorban erythema multiforme, erythema nodosum, urticaria, valamint acneiform papulák. A primer fertőzés klinikai megjelenése alapján több kórforma különíthető el, melyek közül a leggyakoribb az ulceroglandularis, a glandularis, valamint a typhoid forma, ritkábban fordul elő az oculoglandularis típus.

2000 és 2006 között négy, szerológiai vizsgálattal is igazolt tularaemiában szenvedő beteget észleltünk klinikánkon. Egy betegnek oculoglandularis, három betegnek ulceroglandularis típusú tularaemia fertőzése volt. Mind a négy betegnél társult másodlagos bőrbetegség. Három betegnek erythema multiforme, egy betegnek erythema nodosum klasszikus tünetei jelentkeztek. Betegeink közül három esetben a tularaemid reakció kapcsán derült fény a primer fertőzésre.

Eseteink a tularaemid reakciók jelentőségére hívják fel a figyelmet.

Szepes Éva dr.:

### A fej-nyak régió dermatophyton fertőzései

(PTE Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A dermatophyton fertőzések egyéb testtájukhoz viszonyítva ritkábban jelentkeznek az arcon illetve a hajas fejbőrön.

A szerző előadásában részletezi az adott régióban kórokozó gombák fajtáit, a zoophil és antropophil dermatophytonok okozta felület és mély kórfomák klinikumának jellemzőit, a diagnózis felállításának valamint a terápiás eljárásoknak az alapelveit. A differenciáldiagnosztikai nehézségek között kiemeli a steroid kezelés által módosított mycosisok jelentőségét (*Tinea incognito*), melyet számos esettanulmánnyal támaszt alá. Ismerteti a komplex (helyi és szisztémás) kezelési alapelveit.

A sikeres terápia feltételeként szükségesnek tartja a megfelelő klinikai és laboratóriumi ellenőrző vizsgálatok elvégzését.

Halmy Klára dr.:

### Malassezia furfur által okozott infekciók. A pityriasis versicolor kezelése omoconazol nitrát oldat és krém kombinációjával

(Hajdú-Bihar Megyei Kórház-Rendelőintézet Mikológiai Laboratóriuma, Debrecen)

A *Malassezia furfur* a basidiomyceták családjába tartozó sarjadzógomba, amely a normál humán bőr állandó mikroflórájához tartozik. A gomba a Pityriasis versicolor és a *Malassezia folliculitis* kórokozója, de triggerként szerepel az atópiás-, seborrhoeás dermatitissnél és a psoriasisnál.

A pityriasis versicolor kezelése mellett lényeges szerepet játszik a kórkép profilacticus terápiaja is, amely az itraconazol és a ketoconazol hosszabbtávú kezelésével valósítható meg.<sup>1</sup>

Az omoconazol nitrát a pityriasis versicolor klinikai és mikológiai gyógyulására kedvezően hat.<sup>2</sup>

Az antimycotikumot oldat és krém formában eddig 58 pityriasis versicolor diagnózisú betegnél alkalmaztuk. A betegek a kezelés után, és a követései vizsgálatok alkalmával végzett értékelés szerint az esetek 50-60%-ban klinikailag és 60-71%-ban mikológiai gyógyultak. A kezelést a betegek jól tolerálták, mellékhatás, helyi irritáció és égőérzés 8,6%-ban fordult elő.

1. Gupta, A. K. és mtsai.: J. Am. Acad. Dermatol. (2004) 51, 785-789.
2. Mosse, M. and Santoni, A.: Drug of today. (1989) 25, 453-457.

Nagy Károly dr.:

### **Kaposi szarkómához társult herpeszvírus és HIV coreceptor DNS vizsgálatok 18.sz.-i múmiákban**

(Orvosi Mikrobiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest)

A modern orvostudomány csak akkor képes igazán eredményesen felvenni a harcot a mikrobák támadásaival szemben, ha rendelkezünk az egyes mikroorganizmusok (és az általuk kiváltott fertőző betegségek) evolúciójára, fejlődésére, változására vonatkozó adatokkal is. A váci Fehérek templomának kriptájából a Természettudományi Múzeum munkatársai 1731-1838 közötti időből származó, 265 természetesen mumifikálódott emberi maradványt tártak fel a természetes mumifikáció az állandó alacsony hőmérsékletnek, alacsony post mortem mikrobiális aktivitásnak és a száraz körülményeknek köszönhetően.

A leletanyag kiemelkedően egyedülálló lehetőséggel szolgál olyan komplex mikrobiológiai vizsgálatok elvégzésére amelyek közelebb visznek néhány fertőző betegség evolúciójára szempontjából fontos, eddig megválaszolatlan kérdés megoldásához.

Az alábbi kérdéskörök molekuláris genetikai vizsgálatát végezzük:

- A Kaposi sarcomához társult humán herpeszvírus 8 specifikus DNS kimutatása. A váci leletanyag természetes módon mumifikálódott tetemeinek bőre relatíve jó állapotban őrződött meg, így különleges lehetőséget nyújt e vizsgálatokhoz, mivel ez az elváltozás – exogén vírusfertőzésről lévén szó – nem vizsgálható a csontleletekben.
- CCR5 HIV coreceptor gén polimorfizmus vizsgálata
- A szifilisz nyomainak kimutatása *T. pallidum* specifikus molekuláris eljárással

A mumifikálódott tetemeiből bőrmintákat és belső szervi mintákat vettünk. A szövetszövetmintákból 24-féle eljárással próbálkoztunk megfelelő méretű DNS-t preparálni. A munkánknál figyelembe vettük a régi DNS-ek degradálódását és töredezettségét. Ennek megfelelően terveztük át a PCR-hoz használt primer párokat is, mivel ilyen esetekben nem lehet ~110 bp-nél hosszabb, egybefüggő DNS szakaszokat preparálni. A PCR amplifikációt gátló inhibitorok (Mallard jelenség) gátlására speciális összetételű kóktélok alkalmaztuk.

Mindezek alapján sikerült olyan használható DNS szakaszokat izolálni, amelyek alkalmasak voltak a génamplifikálásra. Az előadás a legfrissebb eredményekről számol be: a legrégebb magyarországi HIV coreceptor heterozygota mutánsának hordozója 1766-ban született.

*Pecze Tímea dr.<sup>1</sup>, Sziray Ágnes dr.<sup>1</sup>, Lengyel Enikő dr.<sup>1</sup>, Takács István dr.<sup>3</sup>, Tamáska Péter dr.<sup>2</sup>, Matolcsy András dr.<sup>3</sup>, Kiszely Péter dr.<sup>4</sup>, Károlyi Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:*

### **A scabies norvegica ivermectin kezelése – tapasztalatok egy nosocomialis járvánnyal kapcsolatban**

(Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis Kórház Hematológiai Osztály, Miskolc<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>3</sup>, Semmelweis Kórház Patológiai Osztály, Miskolc<sup>4</sup>)

A scabies norvegica a klasszikus scabies ritka, igen fertőző formája, melyben akár több millió atka is fertőzheti az érintett bőrét. A betegek többsége legyengült immunrendszerű HIV fertőzött vagy malignus hematológiai beteg. A klinikai képet crustosus, hyperkeratoticus plakkok kialakulása és atípusos megjelenés jellemzi. A fel nem ismert esetek megfelelő terápia nélkül járványok kialakulásához vezethetnek.

A scabies norvegica kezelésében fontos tényező, hogy a pörkképződés akadályozza a lokálisan alkalmazott hatóanyag bejutását az atkajaratokba. Az ivermectin a scabies kezelésének ígéretes gyógyszer, egy makrolid típusú vegyület, mely a neurotranszmisszió gátlása révén az atkák paralizálásához és pusztulásához vezet.

Kórházunk Hematológiai Osztályán 2005. szeptemberében egy 71 éves myeloproliferatív szindróma miatt kezelt beteg esetében epidemiológiai adatok és bőrbioopszia igazolta az atípusos tünetek hátterében fennálló scabies norvegicát. 2005. szeptemberében és októberében közel 60 beteg, kórházi dolgozó és hozzátartozó jelentkezett osztályunkon a scabiesre jellemző klasszikus tünetekkel. A betegség lappangási ideje 2-3 napra rövidült, lokális benzil-benzoát te-

rápiára az esetek többsége nem reagált, így per os ivermectin kezelés mellett döntöttünk 200 µg/tskg egyszeri dózisban, mely a jávány felszámolásához vezetett.

2006. szeptemberében egy 45 éves rossz általános állapotú, T-sejtes prolymphocytás leukémia miatt kezelt betegnél észleltük scabies norvegica kialakulását. Az ivermectin kezelés lokális terápiával kiegészítve 3 nap alatt látványos tünetmentességet eredményezett.

Bár az ivermectin Magyarországon nincs törzskönyvezve, irodalmi adatok és saját klinikai tapasztalataink bizonyítják a szer hatékonyságát és alkalmazásának biztonságosságát scabiesben.

Török László dr.:

### **A leukaemiák specifikus bőr manifesztációi**

(Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét)

Ismert, hogy a malignus, haemopoetikus sejtek előfordulhatnak a bőrben is (extramedullaris leukaemiás infiltráció). A specifikus bőrtünetek rendszerint akkor alakulnak ki, miután a blast sejtek megjelentek a keringésben (leukaemia cutis), de előfordulhatnak olyan esetek is ahol azok vérben (esetleg a csontvelőben sem) mutathatók ki. (aleukemiás leukemia cutis). A daganat sejtek bizonyos leukaemiákban (acut monoblastos, krónikus myelomonocyter leukaemia) nagy affinitással rendelkeznek a bőrhöz. Újabban leírtak olyan entitást is, ahol a bőrrészvétel jellegzetes, vezető, diagnosztikus tünete volt a leukaemiának (haematodermiás neoplasia), más esetekben az újabb vizsgálatokkal derült ki, hogy a paraneoplasiasnak gondolt dermatózis specifikus bőrtünetnek, leukemia cutisnak felel meg. Az előadás a leukaemiák extramedullaris, cután manifesztációit ismerteti, különös tekintettel azok diagnosztikus, prognosztikus és terápiás jelentőségére.

*Somlai Beáta dr., Hársing Judit dr., Rempert Ádám dr.\**

*és Földes Katalin dr.\*:*

### **Vesetranszplantáltakon jelentkező melanoma**

(Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Transzplantációs és Sebészeti Klinika\*, Budapest)

Vesetranszplantáltakon a különböző malignus tumorok előfordulása gyakoribb, mint a normál populációban, melynek hátterében a graftot védő masszív immunszuppresszív kezelés áll.

A daganatképződésre való fokozottabb hajlam alól a bőr sem kivétel, ahol elsősorban laphámrák kialakulásával kell számolni, de a melanoma is gyakoribb ebben a betegcsoportban, mint az átlagnépességben.

Klinikánkon 7 esetben észleltünk melanomát vesetranszplantált betegen. Lefolyásuk általában súlyos, még akkor is, ha a primer tumor a patológiái jellemzők alapján alacsony rizikójú csoportba sorolható.

6 esetben a tumor a bőrön, egy esetben pedig a graftban alakult ki, felvetve a donor eredet lehetőségét. Az immunszuppresszió körlefolást befolyásoló szerepét különösen jól példázza azon esetünk, amikor a pulmonális áttétek regressziója a melanomát tartalmazó graft eltávolítása és az immunszuppresszív kezelés megszüntetése után spontán megindult.

Az észlelt tumorok a melanoma klinikai sajátosságainak több variációját is reprezentálják, pl. a spontán regresszióra való hajlamot, vagy a multiplex primer tumor jelenségét.

Eseteink felhívják a figyelmet a vesetranszplantáltak rendszeres onkodermatológiai ellenőrzésének fontosságára és a donorok szűrésének jelentőségére.

*Oláh Judit dr.:*

### **Az epidermális növekedési faktor receptor gátló daganatellenes szerek bőrgyógyászati mellékhatásai**

(Szegei Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi és Gyógyszerésztudományi Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az utóbbi években az előrehaladott solid tumorok kezelésében egyre nagyobb teret kapnak azok a szerek, melyek az epidermális növekedési faktor receptor (EGFR) gátlásán keresztül fejtik ki hatásukat.

A fenti gyógyszerek a klasszikus daganatellenes szerekhez képest általában jobban tolerálhatók, azonban igen gyakran mellékhatásként bőrtotoxicitás jelentkezik a kezelés során.

Leggyakoribbak az életminőséget jelentősen befolyásoló acneiform reakciók, azonban a pustulosus elváltozások mellett bőrszárazság, gyulladásos körömtünetek, residuális teleangiectasiák és hyperpigmentáció is előfordul. A bőrtünetek megjelenése a szer hatásával általában pozitív korrelációt mutat.

A bőrelváltozások megfelelő helyi és szisztémás kezelése (pl. szisztémás tetracyclinek és lokális acne ellenes szerek alkalmazása), valamint a betegek és a társszakmák felvilágosítása igen fontos az eredményes daganatellenes kezelésben és a betegek életminőségének javításában.

*Ócsai Henriette dr.<sup>1,2</sup>, Varga Erika dr.<sup>2</sup>, Korom Irma dr.<sup>2</sup>, Gyulai Rolland dr.<sup>2</sup>, Oláh Judit dr.<sup>2</sup>:*

#### **Spitzoid tumorok differenciáldiagnosztikája**

(Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház-Rendelőintézet Dermatookológiai Szakrendelés, Gyula<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati- és Allergológiai Klinika, Szeged<sup>2</sup>)

A közel 100 éve először leírt, majd Sophie Spitz 1948-ban megjelent közleménye után a nevéhez kötődő Spitz naevus, Spitzoid melanoma fogalma, klinikai és patológiai jellemzői még napjainkig sem teljesen tisztázott.

A Spitzoid léziókat újabban három csoportba sorolják: a klasszikus Spitz tumorok (Spitz naevus), az atípusos Spitz tumorok meg nem határozott biológiai potenciállal és a malignus formák, azaz a Spitzoid melanomák.

A szerzők saját eseteik és az irodalmi adatok áttekintésével összefoglalják a Spitzoid tumorok differenciáldiagnosztikáját mind a klinikai, dermoszkópos, mind pedig a patológiai, immunhisztológiai jellegzetességek alapján.

#### *Irodalom:*

1. R. L. Barnhill: The Spitzoid lesion: rethinking Spitz tumors, atypical variants, 'Spitzoid melanoma' and risk assessment *Modern Pathology* (2006) 19, S21-S33
2. G. Ferrara et al.: The Spectrum of Spitz nevi *Arch. Dermatol.* (2005) Vol.141, Nov. 1381-1386

*Battyáni Zita dr., Kutasi Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Lakosi Ferenc dr., Hadzsiev Janaki dr.<sup>2</sup>:*

#### **Óriás, nem melanoma eredetű bőrdaganatok sugárterápiája**

(Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kaposvári Egyetem Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet<sup>2</sup>)

A nem melanoma eredetű malignus bőrdaganat a leggyakrabban előforduló tumortípus. Kezelésükben a sebészi eltávolítás a leginkább elfogadott mód. Bizonyos esetekben, rossz általános állapot, idős kor, súlyos kísérő betegségek, máskor a tumor mérete és lokalizációja nem teszi lehetővé a sebészeti beavatkozást. A második választandó kezelési mód a sugárterápia.

A szerzők jelen előadásukban beszámolnak három, sebészi kezelésre alkalmatlan bőr-tumoros beteg sugárkezeléséről, ahol a gyorsított elektron kezelést, az „after loadig terápiát”, valamint azok kombinációját alkalmazva teljes gyógyulást és kielégítő kozmetikai eredményeket értek el.

*Plótar Vanda dr.<sup>1</sup>, Vereczkey Ildikó dr.<sup>1</sup>, Szőke János dr.<sup>2</sup>, Papp Andrea dr.<sup>3</sup>, Liskay Gabriella dr.<sup>3</sup>, Gilde Katalin dr.<sup>3</sup>, Bánfalvi Teodóra dr.<sup>3</sup>:*

#### **A bőr posztirradiációs vaszkuláris daganatszerű elváltozásainak és daganatainak szövettani differenciáldiagnosztikája**

(Országos Onkológiai Intézet, Daganatpatológiai és Molekuláris Patológiai Osztály<sup>1,2</sup>, Bőrgyógyászati Osztály<sup>3</sup>, Budapest)

A posztirradiációs angiosarkóma gyakorisága világirodalmi adatok szerint 0,02-0,05%. Leggyakrabban emlőrák miatt végzett emlő-

megtartó műtétek után 6-12 éves latenciával jelenik meg. Több, benignus posztirradiációs érdaganattól (benignus limfangiomatoid papula, atípusos vaszkuláris lézió) való szövettani elkülönítése nehéz, azonban a további kezelést tekintve fontos.

A benignus limfangiomatoid papula (BLAP) és az atípusos vaszkuláris lézió (AVL) az irradiált területen a besugárzást követően 2-4 évvel alakul ki. Az előbbi szerzett limfangiomától, limfangioma-szerű Kaposi-szarkómától, az utóbbit a „hobnail” hemangiomáktól, illetve az angioszarkómától szükséges elkülöníteni.

Ezen entitások ismerete differenciáldiagnosztikai szempontból jelentős, nem csak kórszövettani értelemben a különböző dignitású elváltozások sokszor átfedő szöveti képe miatt, hanem klinikai szempontból is, hiszen mind a műtéti megoldás radikalitása, mind az obszerváció gyakorisága a beteg sorsát alapvetően befolyásolja.

*Szegedi Andrea dr., Herédi Emese dr., Schmidt Emese dr., Bodnár Edina dr., Hunyadi János dr.:*

#### **Biológiai terápiák psoriasis vulgarisban történő alkalmazása során szerzett tapasztalataink**

(Debreceni Egyetem OEC, Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

A psoriasis egy krónikus, nem csupán a bőrt érintő, poligénesen öröklődő, gyulladásos kórkép. A populáció 2%-a szenved ebben a betegségben, a betegek 20-30%-ának tünetei középsúlyos és súlyos formában jelentkeznek, ami jelentős mértékben rontja az életminőséget. A betegeknek fényterápiás és szisztémás kezelési formákat alkalmazunk, melyek között hazánkban egy éve engedélyezettek a biológiai terápiák is.

Az előadás célja a biológiai terápiák psoriasis vulgarisban történő alkalmazása során szerzett tapasztalataink ismertetése.

Összesen 13 beteg részesült biológiai terápiában, közülük 3 betegnél biológiai készítmény váltás történt tekintettel az elsődlegesen alkalmazott biológiai terápia hatástalanságára, így a 13 betegnél összesen 16 különböző esetben tudtuk a biológiai terápia hatékonyságát összehasonlítani. Átlagéletkoruk 45,7 év, betegségük fennállási ideje átlagosan 21,5 év volt.

Valamennyien súlyos psoriasisban szenvedtek, PASI értékük 25,6 volt. Előzetesen a betegek váltott lokális terápiában, különböző típusú fényterápiákban, Neotigason, Sandimmun Neoral és Methotrexat kezelésben részesültek. A felsorolt terápiákat mellékhatások jelentkezése, ineffektivitás vagy a javasolt dózis kimerítése miatt kellett elhagyni.

Nyolc beteg Remicade (influximab), 8 beteg pedig Raptiva (efalizumab) kezelésben részesült. A PASI érték 75%-os csökkenését tapasztaltuk a 8 Remicaddal kezelt beteg közül 7-nél, míg a Raptivával kezelt csoportban 8 esetből 4 betegnél. Hatástalanságot a Remicade csoportban 1 betegnél, Raptiva csoportban 3 betegnél észleltünk. Laboratóriumi mellékhatást nem tapasztaltunk.

Összefoglalva megállapítható, hogy a biológiai terápiák bevezetése jelentősen szélesítette a súlyos psoriasis kezelésében alkalmazható terápiás spektrumot, s alkalmazásuk mind a betegek, mind a kezelőorvosok részére nagy előrelépést jelent a jövőben.

*Gyulai Rolland dr.:*

#### **A biológiai terápiák alkalmazásának gyakorlati szempontjai**

(Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A középsúlyos és súlyos psoriasis kezelésére az elmúlt években több új, innovatív gyógyszer is elérhetővé vált, áttörést eredményezve a betegség kezelésében. Ezen új szerek jelentősen különböznek a klasszikus antipszoriátikus gyógyszerektől mind hatásuk módjában, mind mellékhatásaikban. Az új terápiák beállítása ezért új ismereteket és részben újfajta szemléletet is követel a gyakorló bőrgyógyásztól. A szerző saját tapasztalatok és irodalmi adatok alapján összefoglalja a biológiai szerek gyakorlati alkalmazásának legfőbb szempontjait.

Kosztolányi Gábor dr., Mari Béla dr.:

#### A hajás fejbőr hiányainak pótlása

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászat, Kecskemét)

A hajás fejbőr tumorai eltávolítása után keletkezett hiány pótlásakor prioritást élvez a localis lebenyplasztika, mert haját hajjal pótol, ugyanakkor secunder hiány nem marad. Fontos szempont a homlokra a hajhatár pontos rekonstrukciója. Mélységben legbiztonságosabb a pericranium szintjében történő kimetszés, hiszen a lebenyt amúgy is ebben a szintben kell kireparálni.

A lebenypreparálás technikáját a hajás fejbőr anatómiai sajátosságai szabják meg: a m. frontalis és a m. occipitalis bonyéjának felfogható galea, a vékony subcutis és a dermis funkcionális egységet képez: ezt nevezzük scalpnak. Az erek a galeán futnak, a subdermalis plexus egyéb testtájékhoz viszonyítva szegényes, a subcutan zsírszövet- különösen idősebb korban atrophizált, ezért biztonságos vérellátású lebenyt a pericranium szintjének oldal nyelvezve ajánlatos preparálni.

A mi gyakorlatunkban legjobban a fokos vagy rotációs lebeny vált be, mely a kerek hiányt sarló alakú defektussá alakítja át, ami zárható. Ritkán szorulunk szabad transplantatum használatára, mely a pericraniumon biztonságosan megtapad. Ha a csonthártyát el kell távolítani, csak halasztott fedés jön szóba megfelelő sarjképződés után, vagy a csupasz csont fölé lebenyt kell tenni még azon az áron is, hogy a secunder hiány nem lesz zárható. Ide viszont már használható primeren a szabadon átültetett bőr. Ha a csontot is ki kell venni, a durán megtapad a szabad transplantatum, de itt később cranioplasztikát kell végezni lebennel.

Kálló Antal dr.:

#### A kültakaró elváltozásainak cryo sebészeti kezeléséről

(Bőr- és cryosebészeti rendelők, Budapest, Szentendre)

A folyékony nitrogénnel végzett cryo kezelés – a szövetek mínusz 196 °C-ra való lehűtésével – a sebészeti és dermatológiai gyógymódok határterületeinek gyakorlatában az egyik legjelentősebb eljárásunk. Mint határterületi gyógymódot egyik szakma sem karolta fel jelentőségéhez méltó szinten. A sebészi – operatív – gyógymódok közül egyedülálló előnyével tűnik ki: helyesen alkalmazva nem hagy vissza heget. Mint a kóros bőr lecserélésének hegmentes lehetősége a dermatológia terápiás fegyvertárában sem kapta meg az előnyeit megillető elterjedtséget.

A cryo készülékek és eljárások fizikai alapfogalmainak áttekintése és értékelése mellett ismertetésre kerülnek az eljárás indikációs területei néhány eredményes kezelés szemléltetésével. Rövid áttekintés a költség vonzatról, üzemeltetés- és eszköz beszerzés költségeiről.

Az onkodermatológiai alkalmazás lehetőségeit néhány eset bemutatása szemlélteti az esetleges perspektivikus lehetőségekre utalással.

Varju Gábor dr., Garay Géza dr.:

#### Multi-Layer Non-Ablatív Rejuvenáció

(Dr Derm Bőrgyógyászat és Esztétikai Lézercentrum, Budapest)

Az öregedési tünetek első megjelenése a 30-as évekre tehető. Az epidermis pigmentrendellenességei, tágult erek kialakulása, valamint a bőr hidratációjának és rugalmasságának csökkenése révén a ráncok megjelenése, a bőr öregedésének látható jelei. A „fiatalabbnak látszani” kívánalma nemcsak az esztétikus megjelenés iránti igény növekedése, hanem a munkaerőpiaci versenyképesség szempontjából is előtérbe került. Az ASAPS (amerikai esztétikai-plasztikai sebész társaság) 2005 évi statisztikája szerint az esztétikai beavatkozások 47%-át a 35-50 év közötti korosztály veszi igénybe. Ugyanezen statisztika szerint a lézeres bőrfiatalító kezelések 87,8%-a non-ablatív kezelés, s csupán 12,2%-at ablatív beavatkozás (CO<sub>2</sub> vagy Er.YAG lézerrel végzett hámlasztás).

A szerzők egy új, a bőr minden rétegét érintő, non-ablatív lézeres kezelési protokollt dolgoztak ki az öregedési tünetek egyidejű, hatékony kezelésére. A Multi-Layer Rejuvenáció lényege, hogy a bőr egyes rétegeire elkülönítetten ható, az öregedés okozta elváltozásokat szelektíven befolyásoló, különböző kezelési paramétereket hasz-

nálnak, egy ülésben. A Multi-Layer Rejuvenáció ambuláns módszer, nem igényel betegállományt, a páciens még aznap folytathatja szokásos aktivitását.

A szerzők bemutatják a Multi-Layer Rejuvenáció elméletét, ismertetik a Pulzáló festéklézer (Cynosure V-Star, USA), a rövidpulsusú Alexandrit lézer, valamint a rövid- és hosszúpulsusú Nd:YAG lézer (Cynosure Apogee Elite, USA) bőrfiatalításban kifejtett szerepét, s néhány gyakorlati példán demonstrálják eredményeiket.

Ludwig Endre dr.:

#### A 4. generációs fluorokinolonok (moxifloxacin) lehetséges szerepe a bőr és lágyrész infekciók kezelésében

(Szent László Kórház, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Infektológiai Tanszéki Csoport, Budapest)

A bőr és lágyrész infekciók igen gyakori megbetegedések, a klinikai kép mind kórokozó spektrumában, mind súlyosságában igen széles határok között mozog.

*Nem-komplikált infekciók:* a bőr felső rétegeire korlátozó vagy a bőrfüggelékekre lokalizált gyulladása. A kórokozók az esetek döntő többségében streptococcusok, staphylococcusok. Viszonylag könnyen kezelhetők, alacsony letalitással járnak.

Ide sorolhatók: az impetigo, erysipelas, cellulitis, folliculitis

*Komplikált infekciók:* mély rétegekre terjedő infekciók, melyek többnyire komplex ellátást igényelnek, súlyosak és adekvát kezelés mellett is magas letalitással járnak. Az infekciót okozó kórokozók spektruma széles, gyakran vegyes infekcióról (aerob+anaerob) van szó, a kórházi eredetű infekcióban gyakori a multirezisztens patogén.

Ide sorolhatók: bőrbetegségekhez csatlakozó infekciók, akut seb-infekciók (posttraumás, harapás, ütés, postoperatív), krónikus sebinfekciók (diabeteses láb, vénás stasishoz csatlakozó infekciók), csökkent immunitású betegekben kialakuló infekciók.

A leggyakoribb kórokozók a staphylococcusok, streptococcusok mellett, a Gram-negatív pálcák, Gram-pozitív és negatív anaerobok.

Az alkalmazott antibiotikumok közül a makrolidok és a clindamycin is jelentősen vesztett hatékonyságából. Hasonló a helyzet a S. pyogenes és a S. agalactiae esetében. A hatásvesztés oly mértékű, hogy streptococcus vagy staphylococcus infekciók gyanúja esetén a makrolid származékok, mint alternatív terápiás lehetőségek pl. penicillin allergiás beteg esetében, már nem jönnek szóba empirikus terápiában.

A 4. generációs fluorokinolonok közül a moxifloxacin igen jó aktivitást mutat a Gram-pozitív cocci és a Gram-negatív pálcák döntő része, valamint az anaerobok ellen. Az eddig elvégzett klinikai vizsgálatok alapján a moxifloxacin nem-komplikált infekciókban 90%, komplikált infekciókban 80%-os klinikai hatékonyságot biztosít, egyenértékű a komparatorként alkalmazott béta-laktám antibiotikumokkal. Az eddigi tapasztalatok alapján a moxifloxacin feltétlenül előnyösebb a makrolideknél és a clindamycinél és alternatív antibiotikumnak tekinthető a nem-komplikált infekciókban és a komplikált bőr-lágyrész infekciók mérsékelten súlyos eseteiben.

Hodosi Balázs dr., Csete Béla dr., Laczó Andrea dr., Szepes Éva dr.:

#### Atorvastatin indukálta dermatomyositis

(PTE ÁOK Bőr, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

Egy 70 éves férfibeteg 2 hónapja fennálló, a fénynek kitett területen jelentkező hyperaemia, enyhe viszketés és proximális végtagi izomgyengeség, fáradtság miatt kereste fel klinikánkat.

Anamnézisében familiáris hypercholesterinaemia miatt 3 hónapos atorvastatin szedés szerepelt ischemiás szívbetegség mellett. Fizikális vizsgálat során arcon, mellkas elülső felszínén erythemat, enyhe oedemat, periungualisan erythemat, teleangiectasiát, proximális végtagi izomgyengeséget észleltünk.

Laborvizsgálatokban emelkedett creatin kináz, LDH és transzamináz értékeket találtunk, autoimmun szerológia ANA pozitivitást (>1:160) igazolt. EMG vizsgálat myogén károsodást mutatott, szövettani vizsgálat dermatomyositis képének felelt meg. Tumorkutatás negatív volt, hasi ultrahang vizsgálat a betegnél diffúz májparenchyma laesiot írt le.

Szisztémás corticosteroid terápiát indítottunk és az atorvastatint elhagytuk. A beteg tünetei gyorsan javultak, creatin kinase, laktát

dehidrogenase és transzamináz értékei csökkentek illetve normalizálódtak. A beteg jelenleg alacsony dózisu corticosteroid szedése mellett tünetmentes.

*Oanta Alexandru<sup>1</sup>, Fekete Gyula László dr.<sup>2</sup>:*

#### **Papulosis atrophicans maligna-Degos**

(Transilvania Orvosi Egyetem, Brassó<sup>1</sup>,  
MOGYE, Bőrgyógyászati Klinika, Marosvásárhely, Románia<sup>2</sup>)

A Degos betegség vagy papulosis atrophicans maligna, egy nagyon ritka ismeretlen etiológiájú kórkép, amely a bőrt és a belső szerveket érinti. A bőrön jellegzetes papulák jelennek meg, melyekre jellemző centrálisan a porcelánfehér színű atrófia vagy necrosis és az eritémás gyűrű. Szövettanilag a dermisben háromszög alakú "sivatagi" kép jelenik meg, granulocytás és kereksejtes infiltrátum, valamint necrobiosis. A belső szervek közül főleg a gyomor-bélrendszer és a központi idegrendszer érintett. Általában az evolúció letális a belső szervek érintettsége miatt, de leírtak benignus evolúciójú csak a bőrre lokalizált eseteket is. Egy 38 éves nőbeteg esetét ismertetjük, akinek egy éve fennálló testszínű papulák megjelenése miatt kerül vizsgálatra. Evolúciójukban ezek a papulák atrófiás és ulcero-necrotikus elváltozásokat mutattak, lilás körgyűrűvel körülvéve. Ezek az elváltozások főleg a nyakon, törzsön és végtagokon jelentkeztek hullámokban. A beteg intermittáló diffúz hasi fájdalomról is beszámolt, amely öt hónapja jelentkezett. A bőr szövettana egy perivasculáris limfocytás infiltrátumot mutatott necrobiosisos részekkel. A laboratórium fokozott süllyedést és fibrinogén szintet, megnyúlt prothrombin időt, valamint antifosfolipid ellentesteket mutatott ki. Két hónappal a Degos betegség diagnózisának felállítása után a beteget akut has diagnózisával sürgősséggel laparotomizálták. Az ileo-cecalis beszűkítéstől a Trietz szögig a bélrendszeren abscessusok, suffuziók és parietális necrososokat találtak. Enterális bacterio-toxikus szindróma és szekundér peritonitis diagnózisát állapították meg. A beteg két hét után exitál.

#### **Papulosis atrophicans maligna-Degos-Case report**

Degos disease or malignant atrophic papulosis is a rare systemic disorder with skin and visceral organs involvement. Cutaneous involvement consists in typical papules that develop porcelain-white central atrophy with erythematous borders. Histology of the skin is characterized by the wedge-shaped "desert" in the dermis. Visceral involvement is frequent and refers to gastrointestinal and central nervous system symptoms. Usually the evolution is lethal in 2-3 years after appearance of systemic involvement, but were described some cases with only skin involvement and benign evolution.

We report the case of a 38 old-year female patient presented for normal skin color papules appeared almost one year ago, that developed atrophic scar and ulcerations surrounded by a red-violet rim. The lesions were disseminated on her neck, trunk and limbs, with episodic eruptions. The patient had been presented episodic abdominal pain for 5 months. Histological aspect of a papule showed a perivascular infiltrate with lymphocytes and necrobiosis of the dermis. The biological examination showed an elevated erythrocyte sedimentation rate, high levels of fibrinogen and prothrombin time and the presence of antiphospholipid antibodies. Two month after the Degos disease was diagnosed, the patient present intense abdominal pain, with general abdominal tenderness and muscle rigidity. The exploratory laparotomy showed intestinal abscesses, suffusion and parietal necrosis from the Treitz angle to the ileocecal valve. It made the diagnosis of secondary peritonitis with enteral toxic-bacterial syndrome, the cause of patient death 2 weeks after surgical intervention.

*Boros-Gyevi Márta dr., Gyulai Rolland dr., Mohos Gábor dr.,  
Sós Anna dr., Kemény Lajos dr., Husz Sándor dr.:*

#### **Chronicus discoid lupus erythematoses talaján kialakult laphámcarcinoma**

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

58 éves férfibeteg esetét ismertetjük, akinek 1987 óta ismert és szövettanilag igazolt CDLE betegsége. Szisztematizációt igazolni nem tudunk, egyéb betegsége nem ismert. Laborértékeiben enyhé

fokú anaemia és gyorsult süllyedés észlelhető. Az évek során Delagil, Tigason, Neotigason, Prednisolon szisztémás terápiában, valamint lokális szteroid kezelésben és kryoterápiában részesült. 2006. februárjában a tarkóján 4-5 hónapja növekvő, tenyérszerű nagyságú, karfiolszerűen előemelkedő, kifehélyesedő tumor miatt jelentkezett Klinikánkon. A tumort intratracheális narkózisban eltávolítottuk, a defectust a bal combról vett félvastag bőrtranszplantátummal fedtük. Az elvégzett szövettani vizsgálat carcinoma epidermoides cornescenset igazolt. 2006. májusában a jobb fülkagylóban egy fájdalmas, ujjbegynyí, exulcerált tumor jelent meg, melyet Fül-Orr-Gégészeten nem az épből eltávolítottak, szövettani vizsgálat szintén carcinoma epidermoides cornescenset igazolt. Re-excisio rezidualis tumor jelenlétét nem igazolta. Az elvégzett staging vizsgálatok során disszeminációra utaló jelet nem észleltünk.

A chronicus discoid lupus erythematosus és laphámcarcinoma együttes előfordulása az irodalomban jól ismert. Hajlamosító tényezők között szerepelnek a különböző hegek, krónikus gyulladós bőrtünetek, valamint az ultraibolya fény, ezért a bemutatott beteg esetében is rendkívül fontos a fokozott fényvédelem.

*Varga János dr., Kapitány Klára dr., Mohos Gábor dr.,  
Kiss Erika dr., Kemény Lajos dr.:*

#### **Felső ajak rekonstrukció Kazanjian lebennyel**

(SZTE ÁOK Bőrgyógyászati -és Allergológiai Klinika,  
Égés-Plasztikai Részleg, Szeged)

60 éves nőbetegnél kutyaharapás következtében kialakult felső ajak hiány rekonstrukcióját végeztük el. Az elsődleges traumatológiai ellátást és gyógyulást követően a betegnél a felső ajak teljesen hiányzott, a fogsor szabadon maradt, a száj zárása és az étkezés erősen korlátozott volt, a nyálkahártya fájdalmasan kiszáradt. A helyreállításnál fontos szempont volt még megfelelő felső ajak kialakítása a későbbi epithesis alkalmazása céljából. A sérüléseket követően a pótlás lehetőségei erősen korlátozottak voltak. A műtét során rekonstrukcióra Kazanjian lebenyt használtunk. A helyreállítás epithesis alkalmazásával vált teljessé, mellyel a beteg szociális beilleszkedése és életminősége nagymértékben javult.

*Mohos Gábor dr., Kis Erika dr., Kapitány Klára dr.,  
Varga János dr.:*

#### **Lábszáron lévő bőrtumor kombinált műtéti megoldása**

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A szerzők egy 58 éves férfi esetét mutatják be. A beteg a lábszár elülső felszínén található nagy kiterjedésű bőrdaganat miatt került felvételre, amely a vizsgálatok szerint az alatta lévő csontthártyát is involválta. A szerzők a tumor kimetszése után kombinált módszert alkalmaztak a keletkezett csontot érintő mély defektus fedésére. A tibialis anterior izomlebeny részleges elforgatásával a defectus alkalmassá vált félvastag bőrtranszplantációra. Ezzel az eljárással mind sebészeti, mind kozmetikai szempontból megfelelő eredményt értek el. Az eset kapcsán a szerzők kitérnek a nagy kiterjedésű lábszártumorkok operatív ellátásának nehézségeire is.

*Veres Gábor dr., Simola Margit dr.:*

#### **Atrophoderma lineare Moulin congenitalis előfordulása**

(VIII. kerületi Bőr- és Nemibeteg Gondozó, Budapest)

Fiatal nő esetét ismertetjük, aki pityriasis versicolor miatt jelentkezett; vizsgálatokor derült fény egyéb bőrtüneteire.

A törzsön és a bal karon kiterjedten láttunk a Blaschko vonalakat követő parallel lefutású lineáris, halvány szürkésen pigmentált, minimálisan atrophias foltokat.

A beteg tünete már születésekor láthatók voltak. Gyermekkorában bőrgyógyászati hospitalizációra is sor került, diagnózis azonban nem született.

A szokatlan klinikai képről kiderült, hogy egy viszonylag fiatal kórképbe illeszthető be.

A lineáris atrophodermát Moulin és társai írták le 1992-ben. Jellemzője a Blaschko vonalakat követő bőratrophia, hiperpigmentáció és a megelőző gyulladásos tünetek, ill. sclerosis hiánya. A szövettani eltérések minimálisak, belszervi érintettséggel nem jár.

A szakirodalmat áttekintve viszonylag kevés eset közlésével találkozunk.

Úgy tűnik, esetünk a szindróma legelső veleszületett manifesztációját képviseli.

*Wikonkál Norbert dr., Ganovszky Erna dr., Hüttl Károly dr., Kárpáti Sarolta dr.:*

#### **Vena cava superior syndroma**

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

A szerzők 34 éves férfibeteg kórtörténetét ismertetik, akinek anamnézisében tonsillectomia szerepel. 2005. október 6-án észlelte a kézfejek és lábfejek duzzanatát heti két-három alkalommal, amely miatt többször kapott kezelést. Felvétele előtt az arc, nyak, periorbitalis régió ödémája és fulladásérzés is jelentkezett, urticák megjelenése azonban sosem társult a folyamathoz. Ügyeleti ellátás során i.v. szteroidot kapott számos alkalommal.

Felvételekor az arc, a nyak és a periorbitalis régió ödémáját, a mellkas és a hát felső részének bőrén teleangiectasiákat, számos tárgult vénát észleltünk. A klinikai kép alapján a folyamatot vena cava superior syndromának véleményeztük és mellkas CT vizsgálatot kezdeményeztünk, amely igazolta a mediasztinális térfoglaló folyamat jelenlétét. Az állandóvá vált felső testféli duzzanat miatt érsebészeti konzíliumot kértünk, ahol a beteget sürgősséggel stent beültetésére átvették. Ezt követően kezdődött onkológiai kivizsgálása, amely során malignus thymomát diagnosztizáltak.

Ezt követően kezdődött onkoterpápiás ellátása kemo- és radioterápia formájában, amelyre a tumormassza jó ütemű regresszióját észlelték, azonban a felső testféli duzzanat nem javult. Ennek okaként a megismételt képalkotó vizsgálat a beültetett stent parciális okklúzióját igazolta, ismételt sebészeti ellátásra azonban nem került sor.

Esetünket a típusos, de bőrgyógyászati praxisban ritkán észlelt jellege és a felvétele előtt észlelt diagnosztikus problémák illusztrálására mutatjuk be.

*Erdei Irén dr.\*, Lukács Péter dr., Takács István dr.\*\*,  
Juhász István dr., Hunyadi János dr.:*

#### **Az anamnézis és a fizikális vizsgálat jelentősége a dermatológiában egy eset kapcsán**

(Debreceni Egyetem OEC Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék\*, Debreceni Egyetemi OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debreceni Egyetem OEC II. Sebészeti Klinika\*\*, Debrecen)

54 éves nőt rohamkocsi szállította a Bőrgyógyászati Klinikára előző nap történt darázscsípés után kialakult, az egész arcot deformáló Quincke oedema-szerű elváltozással és súlyos dyspnoeával.

A mentőktől felvett heteroanamnézis szerint háziorvosától már előző este Di-Adresont kapott. Súlyos oxigén hiány miatt a betegelő anamnézis alig volt nyerhető. Csak ülő testhelyzetben kapott levegőt, de így is minden légzési segédizmát igénybe vette. Vizsgálatkor az egész felső testre kiterjedő 2-3 cm vastag subcutan emphysema volt tapintható. Orra, ajka és a végtagok cyanotikusak voltak. A mellkas jobb oldalán 2 tenyéryi felszívódóban lévő haematoma volt észlelhető. Rákérdezésre két héttel a felvétele előtt mellkasi traumára rábólintott. Mellkas felett légzési hangok egyik oldalon sem voltak hallhatók. Oxigén, szteroid és vízhajtó adása mellett sürgősséggel mellkasbészetre szállították kétoldali pneumothorax (PTX) diagnózissal. A mellkasbészét mindkét oldali csővezést elvégezte, szívás alatt a PTX megszűnt és a subcutan emphysema lassan szanálódott.

A két hete fennálló mellkasi trauma következtében kialakult pleurasérülés fokozatosan feszülő PTX-et hozott létre. A fulladásos panaszok és a duzzanatok megjelenését a beteg a darázscsípéssel hozta összefüggésbe, amely mind a háziorvost, a mentőket, valamint az ambuláns orvost is félrevezette a korrekt diagnózis és terápia vonatkozásában.

*Ujjfaludi Adrienn dr.<sup>1</sup>, Hársing Judit dr.<sup>1</sup>, Csomor Judit dr.<sup>2</sup>, Erős Nóra dr.<sup>1</sup>, Marschalkó Márta dr.<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:*

**Mycosis fungoides- IA. Differenciál diagnosztikai nehézségek**  
Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>2</sup>)

32 éves nőbeteg 2 éve jelentkezett először klinikánkon, 4 éve kezdődő bőrtünetei miatt. A mellkason folliculáris, keratotikus papulákat, a csuklótájékon és a gluteális régióban lemezesen hámló plakkokat, az arcon erythemás plakkot láttunk. Szövettani vizsgálat lupus erythematoses gyanúját vetette fel: a basalis hámrétegben enyhe vacuolizáció, perivascularis kereksejtes beszűrődés, keratotikus masszával telt szőrtüsző. Tekintettel a klinikai kép és a szövettani diagnózis közötti eltérésre ismételt hisztológiai vizsgálat történt ugyanezzel a véleményvel. DIF vizsgálat és autoimmun szerológia negatív eredményt adott. Mellkas röntgen, EKG, rutin laborvizsgálat kóros eltérést nem mutatott. Az alkalmazott lokális szteroid terápia mellett bőrtünetei regrediáltak.

Újabb recidiva 2 év múlva lépett fel, a homlokon, a törzsön, a végtagokon kiterjedt follicularis, keratotikus papulákkal, erythemás hámló plakkokkal. Újabb szövettani vizsgálat mycosis fungoidesnek megfelelő eltéréseket mutatott: a dermis felső részében mérsékelt, csekély epidermotropismust mutató lymphoid infiltratum. Ismételt szövettani és immunhisztokémiai vizsgálat megerősítette a mycosis fungoides diagnózist: kifejezett epidermotropizmust, cerebriform, atípusos lymphoid sejtek tömeges beszűrődését mutatva, CD4 restrikcióval. A génátrendeződési vizsgálat polyclonalis T-sejt receptor génátrendeződést mutatott. Staging vizsgálatok során a hasi UH kistökű hepatomegáliát igazolt, perifériás nyirokcsomó UH, mellkas röntgen, flow cytometria kóros eltérést nem igazolt.

UVA, majd PUVA kezelés mérsékelt javulást eredményezett.

A mycosis fungoides diagnózis felállításának nehézségeit mutatja esetünk. A klinikai kép alapján a következő diagnózisok merültek fel: M. Darier, pityriasis rubra pilaris, erythrokeratoderma variabile, ekzema microbicum, keratosis follicularis, mucinosis follicularis. A kezdeti szövettani diagnózis (lupus erythematoses) sem volt egyértelmű. Kiemelendőnek tartjuk, hogy a klinikai kép kifejezetten follicularis jellege ellenére, szövettanilag a follicularis mycosis fungoides diagnózis nem igazolódott.

*Daróczy Judit dr., Sztikay Sándor dr., Rédling Mariann dr., Rácz Anikó dr.:*

#### **A krónikus sebek kezelése: irányelv követése, evidenciák figyelembe vétele, kompetenciák meghatározása és továbbképzés**

(Szt. István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphológiai Osztály, Budapest)

A krónikus sebek szakszerű kezelése azért fontos kérdés, mert a lakosság 1,5-2,5%-át érintik (krónikus vénás elégtelenség, diabetes mellitus, érzékület, vasculitis, nyiroködéma, decubitus, stb.). A szakszerűtlen sebkezelés hátráltatja a sebgyógyulást, a szövődmények veszélyeztetik az életet (thrombosis, amputáció, szepszis), rendkívül költséges. Ezért igény a szakmai irányelv („guideline” evidenciákon alapuló döntési ajánlások sorozata) alapján történő sebellátás. Jelen előadás egyik célja a laser-Doppler vizsgálatok eredményei alapján a seb környéki mikrocirkuláció károsodásának ismertetése. A sebek környékén a reaktív hyperemiás teszt bifázisos, de a telődési idő elnyúlt: az RFT1-RFT2 (reactive filling time) 3-4 min, a normál bőrhöz viszonyított idő kétszerese. A termális stimuláció (TS-48 °C) esetén a mikrocirkuláció 10 perc alatt sem normalizálódik. Mindkét eredmény az arteriális-vénás reflexek károsodását bizonyítja.

Az előadás másik célja bemutatni, hogyan kell használni a szakmai irányelvet a kezelés felépítésében, a seb eredetét meghatározó diagnózishoz szükséges eljárások gyakorlatát, a seb stádiumának megfelelő kezelési eljárások evidenciáit. Javaslatot teszünk a kompetenciák meghatározására és az ellátási szintek meghatározására, a minőségbiztosítás megvalósítására, valamint a szükségessé váló költségvetésre, az oktatás átszervezésére.

Szabad Gábor dr.:

### **Maggot-terápia a sebkezelésben**

(Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Öregedő társadalmunkban egyre gyakoribb probléma a krónikus sebek kezelése. A sebek kezelésében továbbra is az oki terápia a cél, azonban a másodlagos helyi kezelés „fegyvertárában” újabb módszerek és kötszerek jelentek meg az elmúlt években. Az új módszerek mellett napjainkban reneszánszát éli a sebfeltisztításban alkalmazható maggot-, vagy lárvaterápia. Előadásomban a maggot-terápiáról nyújtok történelmi áttekintést, hatásmechanizmus ismertetést és több esetbemutatást. Remélem, hogy ez a régi-új módszer ismét megtalálja helyét a magyarországi sebkezelési gyakorlatban.

Bihari Imre dr.:

### **Varicectomia jelentősége az ulcus cruris gyógyításában és a recidiva megelőzésében**

(Semmelweis Egyetem, Főiskolai Kar, Klinkai Tanszék, Budapest)

Bevezetés: Ismeretes, hogy a krónikus vénás elégtelenség kezelésére eredményesen alkalmazhatók azok az eljárások, amelyek a felületen visszér rendszert kiiktatják a vérkeringésből. Ide tartozik a kompressziós pólya, a varicectomia és a scleroterápia.

Beteganyag: Varicectomia után 10-12 évvel, 141 primaer varicositas okozta krónikus vénás elégtelenség miatt operált beteg ellenőrző vizsgálatát végeztük el. Közülük 11-nek volt ulcus cruris.

Eredmények: A 11 ulcus crurisos beteg közül egynél sem fordult elő ulcus cruris recidiva, még akkor sem, ha a varicositas kiújult. Egy esetben fordult elő a műtét utáni közvetlen post operatív időszakban a lágyéki seb suppuratioja, amely feltárással és antibiotikum adására röjvid idő alatt gyógyult.

Következtetés: Lábszárfekély, vagy gyógyult ulcus utáni heg esetén a fennálló varicositas műtéti eltávolítása indokolt. A műtét még nyílt fekély mellett is elvégezhető, a szövődmények fellépésének valószínűsége nem nagyobb, mint gyógyult fekély esetében.

Gerd Hoffmann MD<sup>1</sup>, Farkas Beatrix dr.<sup>2</sup>, Hunyadi János dr.<sup>3</sup>:

### **Vízszűrt infravörös-A (wIRA) fény alkalmazása a sebkezelésben és egyéb dermatológiai betegségekben**

(Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main<sup>1</sup>, MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet Budapest<sup>2</sup>, DEOEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>3</sup>)

Az infravörös fény (IR) diagnosztikus és terápiás alkalmazása az orvostudomány területén széleskörű. Az egyre tökéletesebb készülékek lehetővé teszik a szakma- és betegség-specifikus felhasználást. Az infravörös fény „A” tartományának (IRA, 760-1400 nm) termikus és nem-termikus biológiai hatásain alapuló, a B és C tartományok, valamint a vízszűrő által kiszűrt 0,94, 1,18 és 1,38 µm hullámhosszak mellékhatásaitól mentes wIRA mind a friss műtéti sebek, mind a patológiás sebek kezelésében jól alkalmazható. Saját és európai vizsgálatok alapján kívánjuk ismertetni az új technikai megoldásokkal rendelkező wIRA-t sugárzó készülék bőrgyógyászati alkalmazásával nyert tapasztalatokat, a kezelés menetét, valamint, a hatás hátteréül szolgáló szövet és sejt szintű biológiai mechanizmusokat.

Szántó Hajnalka dr., Mareczky Zsuzsanna dr., Török László dr.:

### **Livedo racemosus beteg extracutan manifesztációjának vizsgálata**

(Bács-Kiskun megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét)

A livedo racemosa a végtagokra kiterjedő, hálózatos, bizarr, legtöbbször faágszerű rajzolatot mutató livid erythema.

Livedo racemosa hátterében rendszerint a subcutis – gyulladással vagy elzáródással járó – érbetegség áll. Lehet generalizált vagy lokalizált, etiológiai szempontból szimptomás vagy idiopathias. A generalizált formák hátterében vascularis kórképek, autoimmun betegségek, endocrinopathiak, idegrendszeri betegségek, malignus hypertensio állhatnak.

Vizsgálatunk célja a livedo racemosa tünetekkel rendelkező betegek kivizsgálása extracutan manifesztáció irányában, betegek követezése, gondozása.

20 beteget observáltunk családi anamnézis, rizikó faktorok, nőgyógyászati anamnézis, szív-, érrendszeri betegségek, ízületi betegségek, neurológiai eltérések, bőrgyógyászati anamnézis, bőrgyógyászati status, labor (ionok, máj-, vesefunkció, lipidek, alvadási paraméterek, kryoproteinek, autoantitestek, antifoszfolipid antitestek) alapján, ill. az anamnézis, klinikai kép és status szerint szükség esetén további belgyógyászati, neurológiai szemészeti, CT, MRI vizsgálatok szerint. Előadásunkban a jellegzetes bőrtünetek ismertetése mellett az észlelt extracutan manifestációkról és az observáció eredményeiről számolunk be.

Simon Gyula dr.<sup>1</sup>, Borbély Judit dr.<sup>2</sup>, Jánosi István<sup>3</sup>:

### **Onychomycosis és életmód – az Ásóka I. PMS vizsgálat értékelése**

(MikroMikoMed Kft.<sup>1</sup>, Novartis Hungária Kft.<sup>2</sup>, Planimeter Kft.<sup>3</sup>, Budapest)

Az onychomycosis népbetegséggé vált az elmúlt fél évszázad során. Epidemiológiai adatok igazolják, hogy a leggyakoribb kórokozó minden földrészen a Trichophyton (T.) rubrum, ám földrajzi, éghajlati, lábbeli-viselési és ruházatkodási, szabadidő-aktivitási stb. – azaz életmódbeli – szokások jelentősen befolyásolják incidenciáját, lokalizációját, valamint kórokozó-spektrumát (Magyarországon a lábkörmögombásodás hátterében 72%-ban a dermatophytonok állnak). Ezért van különös jelentősége a hazai szinten egyébként is példa nélküli körmögombásodás-ellenes kampányhoz, az ún. Ásóka-programhoz kapcsolódó felmérésnek, amely azt volt hivatott felmérni, hogy mely tényezők járulnak hozzá elsődlegesen a körmögombásodás kialakulásához, és melyek révén lehet kivédeni ezt a ma már jó eséllyel gyógyítható, de elsősorban megelőzhető betegséget.

#### **A vizsgálat célja**

#### **Elsődleges célkitűzés:**

- Epidemiológiai adatok gyűjtése az onychomycosisban szenvedő, Lamisil 250 mg tablettával kezelt betegekkel közös háztartásban élő onychomycosisának előfordulási gyakoriságáról

#### **Másodlagos célkitűzés:**

- A fertőzés megelőzésével kapcsolatos higiénés gyakorlat értékelése a beteg által kitöltött kérdőív segítségével

#### **Módszerek**

#### **PMS vizsgálat.**

A vizsgálatba bevont betegek száma: 16 114

A vizsgálatot végző orvosok száma: 286

A statisztikai elemzésben részt vevő betegek száma: 15 789

A kérdőív kitért a betegek és családtagjaik demográfiai adataira, a körömváltozás észlelése és az orvoshoz fordulás közti időre, a körmögombásodás jellemzőire, valamint számos – a fertőzött beteg családtagjainál tapasztalható – higiénés szokásra, mely a családtagok fertőződési gyakoriságát befolyásol(hat)ja.

#### **Eredmények**

1. A betegek több, mint 25%-a 40 év alatti.
2. A betegek 57%-a a klinikai tünetek észlelését követő egy éven túl fordul orvoshoz.
3. 53%-uknál a körömápoló eszközöket a családtagok közösen használják.
4. 57%-uk fertőtleníti a fürdőszoba szaniter-eszközeit és a kádki-lépőt, szőnyeget.
5. Minden második beteg hozzátartozója is körmögombásodásban szenved és a fertőzött betegek családtagjainál ugyanolyan lokalizációban, ugyanolyan gyakorisággal fordulnak elő körömtünetek, mint a betegeknél.
6. A családtagok több, mint 1/3-a semmiféle kezelést nem kapott körömváltozására.
7. A kezelést kapók több, mint 1/3-a csak lokális kezelést kapott.

#### **Értékelés**

1. A körömápoló eszközök közös használata 19%-kal (ezen belül a láb esetén 21%-kal) növeli a fertőzés kockázatát.
2. A fürdőszobai eszközök használat utáni fertőtlenítése 13%-kal csökkenti a családban a fertőzés kialakulásának kockázatát.

3. A közös helyiségekben való papucshordozás összességében 29%-kal csökkenti a családtagok kockázatát. Ha más is hordja a beteg papucsát, 15%-kal nő a családtagok fertőződésének kockázata.
4. A természetes alapanyagú, szellőző lábbeli és pamutzokni jelentősen csökkenti a családtagok fertőződésének kockázatát.
5. **A betegek családtagjait is szűrni, fertőzés esetén kezelni kell.**
6. **A kezelés elsődleges eszköze orálisan adható gyógyszer.**
7. A jelenleginél sokkal szorosabb beteg – orvos kapcsolatra van szükség.

Horkay Irén dr.:

#### UV szenzitív szindróma (UVs-S)

(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

A genophotodermatosisk csoportjában a fényérzékenység hátterében a nukleotid excíziós reparáció (NER) hibás működése áll (például xeroderma pigmentosumban, XP), vagy a szervezet természetes fotoprotektív rendszerének egyéb öröklött defektusa mutatható ki. A nagyfokú fotoszenzitivitással járó, recesszív öröklődésű újabb felismert ritka genophotodermatosist, az UV szenzitív szindrómát (UVs-S) 1994-ben japán szerzők, Itoh és munkatársai írták le először. A tünetegyüttes klinikailag az XP enyhe típusára emlékeztet, celluláris jellemzőiben a Cockayne szindrómához (CS) hasonlít, genetikai vizsgálatok szerint azonban nem tartozik e körképek egyik komplementációs csoportjába sem (Itoh 2000). A fényérzékenység már az első életévben jelentkezik súlyos dermatitis solaris formájában, és a normálisnál kifejezettebben alacsonyabb MED-del igazolható az UVB spektrumsávban. A klinikai képet az exponált területeken bőrszárazság és nagyszámú szeptó, majd teleangiectasiák egészítik ki, bőrtumorok azonban nem fejlődnek ki. Gyakori a familiáris halmozódás. Laboratóriumiilag nem lehet igazolni a NER XP-re jellemző defektusát, viszont a CS-ban kimutatható rendellenességet igen, azaz az RNS szintézis UV-irradiációt követő defektusát és a sejtek nagyfokú UV-érzékenységét. A debreceni Bőrklinikán az elmúlt években egy olyan familiáris halmozódású tünetegyüttest észleltek, amely klinikailag megfelelt az UVs-S klinikai kritériumainak. A NER normálisnak bizonyult. A diagnózist megerősítő további celluláris és molekulárbiológiai vizsgálatok folyamatban vannak. A szindróma új színfoltot jelent a NER defektusával jellemzett genophotodermatosisk palettáján.

Irodalom:

Itoh T, Ono T, Yamaizumi M: A new UV-sensitive syndrome not belonging to any complementation groups of xeroderma pigmentosum or Cockayne syndrome: siblings showing biochemical characteristics of Cockayne syndrome without typical clinical manifestations. *Mutat. Res.* 314:233, 1994.

Itoh T, Yamaizumi M: UVs syndrome: establishment and characterization of fibroblastic cell lines transformed with simian virus 40 DNA. *J. Invest. Dermatol.* 114:101, 2000.

Baló-Banga J. Mátyás dr.<sup>1</sup>, Schweitzer Katalin dr.<sup>2</sup>,

Eördögh Imre dr.<sup>3</sup>, Fűrész József dr.<sup>2</sup>:

**Az IL-6 release a gyógyszerallergián átesettek mononukleáris sejtjeiből megbízhatóan jelzi a szenzibilizáló gyógyszert** (MH. Dr. Radó György Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati osztály<sup>1</sup>, MH Egészségvédelmi Intézet Kórleltani Osztály<sup>2</sup>, MTA-KFKI Anyagtudományi Intézet<sup>3</sup>, Budapest)

**Bevezetés:** Korábbi vizsgálatainkban kimutattuk, hogy a gyógyszerallergiák különböző bőr manifesztációin átesett betegek perifériás véréből izolált mononukleáris sejtek IL6-ot bocsátottak ki környezetükbe 20 perces inkubálás során a gyanúba vett gyógyszer(ek) bizonyos hígításai hatására a magkromatin változásával szinkronban (1).

**Célkitűzés:** Reprodukálható új teszt kifejlesztése és összevetése a klinikai adatokkal, valamint az in vivo gyógyszer-expozíciókkal több, mint 156 eset alapján.

**Betegek és módszerek:** Az anamnesztikus adatok és/vagy a látott klinikai kép alapján nagy valószínűséggel gyógyszer(ek)re túlérzékeny és azokat toleráló személyekből származó mononukleáris sejtek inkubálását valamennyi gyógyszer 4-4 standard hígításával végeztük, pozitív kontrollként PHA-t és PWM-et használtunk, majd 20 perc után a sejtek kíméletes ülepítése nyomán a tiszta felülúszókból ELISA teszt segítségével határoztuk meg a kibocsátott IL6 koncentrációt. A pozitívítást az oldószert kontrollhoz képest  $\geq 50\%$ -os IL6 release jelentette, bármelyik koncentráció esetén. Az in vitro vizsgálatok epicutan, intradermális, valamint orális provokációkkal történtek az ENDA (European Network for Drug Allergy) javaslatok szerint.

**Eredmények:** A 156 vizsgált személyből 42 (11 férfi és 31 nő) kontrollként szerepelt, 76 vizsgált gyógyszerrel. Valamennyien (1 kivételével) tolerálták a tesztelt gyógyszereket (enalopril – Quincke oedema – negatív eredmény) és in vitro vizsgálattal 1 teszt volt pozitív. A pozitív csoportban 114 tünetmentes személyt (32 férfit és 82 nőt) 247 gyógyszerrel vizsgáltunk. Az eredmény 106 (43%) pozitív és 137 (55%) negatív teszt volt. Négy esetben az eredményt elvetettük nyilvánvaló laboratóriumi hiba miatt. Ebből a csoportból a betegek 62%-a adott legalább 1 pozitív eredményt. Mindkét csoport bevonásával az in vitro vizsgálatokhoz csatlakozóan 15 pozitív és 40 negatív in vivo provokációt hajtottunk végre. Ezekből az IL6 release teszt 83% érzékenységét és 93%-os specificitását lehetett kiszámolni. Az ACE gátlók negatív eredményt adtak mindkét csoportban. Az igen korai antigén prezentációs/~stimulációs szignálok közül az IL1a és b, valamint a TNF $\alpha$  kibocsátása játszik még szerepet.

**Következtetés:** Az ex vivo vett mononukleáris sejtek IL6-release megbízhatóan jelzi a gyógyszeres szenzibilizációt.

Irodalom:

1. Baló-Banga JM és Schweitzer K: Új citokin-release tesztek a gyógyszerallergiák in vitro diagnosztikájában. *Allergológia és Klin.Immunol.* 2005; 8: 166-171

Markó L.<sup>1,2</sup>, Paragh Gy.<sup>1,3</sup>, Ugocsai P.<sup>1</sup>, Böttcher A.<sup>1</sup>, Orsó E.<sup>1</sup>, Wikonkál N.<sup>3</sup>, Remenyik É.<sup>2</sup> és Schmitz G.<sup>1</sup>:

#### UV fény hatása ABC-transzporter gének expressziójára keratinocitákban

(Institute for Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, University of Regensburg, Germany<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest<sup>3</sup>)

Hidvégi Bernadett dr., Pónyai Györgyi dr., Temesvári Erzsébet dr., Kárpáti Sarolta dr.:

**Kontakt és aeroallergén provokáció vizsgálata atopiás dermatitisben. Első tapasztalataink atopy patch teszttel** (Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Atopiás dermatitisben (AD) jól ismert a kontakt és aeroallergének bőrtüneteket fellobbantó hatása. Az AD betegek körében a kontakt túlérzékenység előfordulási gyakorisága azonos a nem atopiás kontrollpopulációval. Az aeroallergének (házipor atka, pollen, állati epithel) provokáló szerepére a tünetek arc, szemhéj, dekoltázs, alkar, kéz lokalizációja utalhat. Klinikánk Atopia Ambulanciáján gondozott betegeket atopy patch teszttel (Stallergen) és magyar környezeti allergén sorral (Brial) vizsgáltuk, amelyet Prick teszttel és in vitro allergia teszttel (MAST) egészítettünk ki.

Vizsgálataink során kontakt környezeti allergének közül thiomersal, nikkell, lanolin, fragrance mix, higany (II)-amidochlorid, higanyklorid szenzibilizációt, az aeroallergének közül legnagyobb arányban a Dermatophagoides pteronissimus és Dermatophagoides farinae, ritkábban pollen (ciprus, feketeürom, réti komócsin) és állati epithel (macska) szenzibilizációt észleltünk. Az epicutan tesztelés során igazolódott túlérzékenység relevanciáját az in vivo és in vitro allergiavizsgálatok eredményét, az anamnesist, és a klinikai tünetek lokalizációját egybevetve értékeltük.



Szalai Zsuzsanna dr.\*, Szabó Ágnes dr.\*, Asboth Dóra dr.\*,  
Kis Péter dr.\*\*:

**Acrodermatitis enteropathica gyermekkorban,  
a cink alkalmazásának aktuális kérdései**  
(Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály Budapest\*,  
Schöpf-Merei Ágost Kórház Budapest\*\*)

A szerzők beszámolnak az akrodermatitis enteropathica örökletes és szerzett előfordulásának megoszlásáról 10 éves visszatekintő periódusban. Kiemelik a genetikai háttér jelenleg ismert adatait, a diagnosztikus és terápiás problémákat, valamint a cink-glycinát kezelést, mint organikus cink vegyület – terápiás alternatívaként említik. Állatkísérletes modellben e szer biohasznosulását kedvezőbbnek találták a cink-szulfáttal szemben. Ezek az adatok azt sugallják, hogy a cink felszívódása kedvezőbb a cink-glycinát esetében. A klinikai gyakorlatban elsősorban a cink-szulfátot alkalmazzák széles körben, azonban gyakran észlelhetőek ezen készítmények kedvezőtlen mellékhatásai. A szerzők beszámolnak azon acrodermatitis enteropathicában szenvedő betegeikről, akik 30 éven át alkalmazták jó eredménnyel ezt a hatóanyagot mellékhatások nélkül, jó eredménnyel. Kiemelik, hogy ezekben az esetekben alacsonyabb cink dózissal volt szükség a jó felszívódás következtében. Mivel a cink terápiára egy életen át szükség van, fontos a megfelelő pótlás. A betegek követése a megfelelő szomatomentális fejlődés szempontjából fontos. A szerzők a cink alapvető szerepét, a lehetséges mellékhatásokat és klinikai megfigyeléseket foglalják össze.

Gyulai Roland dr.:

**A lokális kezelés szerepe a psoriasis terápiájában – helyi kezelés a biológiai szerek korában**

(Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos és Gyógyszerésztudományi Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A kis- és közepes kiterjedésű pikkelysömör kezelése, főként a betegség krónikus lefolyása miatt, napjainkban is jelentős kihívást jelent a gyakorló bőrgyógyász számára. Az alkalmazni kívánt terápia kiválasztása során figyelembe kell vennünk többek között a beteg életkorát, terápiás elvárásait, együttműködő készségét, illetve a psoriasis klinikai típusát és lokalizációját is. Gyakran okoznak jelentős gondot mind a beteg mind a kezelő orvos számára a speciális pikkelysömör-formák, pl. a tenyéri-talpi, hajas fejbőr vagy köröm-tünetek, illetve az összefekvő bőrterületek érintettsége. A rendelkezésünkre álló antipsoriasis szerek jelentősen különböznek egymástól hatékonyságukban, rövid és hosszú távú mellékhatás-profiljukban, kozmetikai jellegükben, és biztonságosságukban – amit szintén szem előtt kell tartanunk a kezelés során. Bizonyos szerek együttes alkalmazása jótékony hatást eredményezhet, míg más kombinációk használata ellenjavallt lehet, ráadásul a helyi készítményeket gyakorlatilag alkalmazzuk szisztémás vagy fototerápia során is. A szerző a fentiek alapján összefoglalja az antipsoriasis helyi kezelés legfontosabb irányelveit, és terápiás útmutatót ajánl a hatékony lokális terápia kiválasztásához.

Asboth Dóra, Torma Katalin dr., Szabó Ágnes dr., Noll Judit dr.,  
Szalai Zsuzsanna dr.:

**Pityriasis rubra pilaris juvenilis**  
(Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

9 éves leány néhány hete tartó viszkető bőrtünetek miatt szisztémás glükokortikoid kezelést kapott sine effecto. Fokozatosan romló, erythrodermába hajló állapotban került felvételre.

Hajás fejbőrén diffúz, vaszkos felrakódást, arcán, törzsén, végtagjain közepesen infiltrált, erythemás, pityriasisform hámló bőrt, kevés „megkímélt szigettel”, és tenyéri talpi keratodermát láttunk.

Laboratóriumi vizsgálatokkal kissé gyorsult süllyedést találtunk, gégzéti vizsgálat negatív státuszt írt le.

Szövetani vizsgálat mérsékelt hyperkeratikus és follicularis keratosis mutató hámot látott, kizárta más papulosquamosus és/vagy erythrodermával járó állapotokat.

Helyi szteroid tartalmú emolliens kezelés eleinte nagyfokú javu-

lást eredményezett, de a hullámzó állapot, nem kielégítő gyógyhajlam miatt acitretin kezelést indítottunk. Maradványtünetekkel elbocsátott gyermeknél a compliance hiánya miatt megszakadt kezelés teljes recidívát idézett elő, a fent leírt állapotban, sürgősséggel került újravételre. Kezelését folytattuk, és lokális immunmodulánsal egészítettük ki, jó eredménnyel.

Pityriasis rubra pilaris először 1828-ban Tarral említi, leírója Devergie 1854-ben, és elnevezője Besnier 1889-ben.

Ismeretlen etiológiájú papulosquamosus betegség, melyet narancsszínű, hámló plakkok, palmoplantaris keratoderma, és keratotikus folliculáris papulák jellemeznek, erythrodermába torkollhat, mely körülhatárolt ép bőrű területeket, szigeteket.

Hagyományosan 5 típusát különböztetik el: klasszikus felnőtt, atípusos felnőtt, klasszikus juvenilis, körülírt juvenilis és atípusos juvenilis formákat. Megemlítik a HIV asszociált és a malignomákhoz társuló megjelenést, ill. a bakteriális szuperantigének szerepét az akut juvenilis PRP esetében. A familiáris előfordulás autoszomális domináns öröklésmenetet követ, az esetek többsége azonban sporadikus. A szerzett PRP korelációjában két csúcspont észlelhető: az első és az ötödik évtized.

Esetünk a klasszikus juvenilis formának felelt meg, mely az összes PRP esetek 10%-a körül tehető, de erythrodermába hajló formája nagyon ritka. Remisszió általában egy év alatt várható, enyhébb esetekben elegendőek az emolliensek, és lokális kortikoszteroid. Makacsabb esetben retinoidokat, és néhány szerző ciclosporint, infliximabot, extracorporalis photochemoterápiát, UVB phototerápiát, lokális calcipotriolt és HIV asszociált esetben antiretovirális kezelést alkalmazott sikerrel.

Balogh Attila<sup>1</sup>, Vanczák Viktória<sup>1</sup>, Varga Viktória dr.<sup>1</sup>,  
Katona Evelin dr.<sup>2</sup>, Horkay Irén dr.<sup>1</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:

**Acnés betegek peroxiszóma proliferátor-aktivált receptor gamma gén DNS szekvenciája**

(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>1</sup>,  
Debreceni Egyetem OEC I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>2</sup>)

A peroxiszóma proliferátor-aktivált receptor (PPAR) egy ligand-aktivált transzkripciós faktor. 3 izotípusa (alfa, delta, gamma) különböző folyamatokat regulál. A PPAR-gamma az RXR magreceptorral heterodimert alkotva számos célgén válaszoló eleméhez kötődik. Antiproliferatív, differenciációt indukáló hatású, továbbá szerepe van a glükóz- és a lipid-homeosztázisban, valamint az insulin rezisztencián alapuló metabolikus szindróma patomechanizmusában is. Génje a 3-as kromoszómára lokalizálódik, exonjainak száma 8, alternatív splicing következtében több isoformája ismert. A környezet és a szervezet közvetlen kölcsönhatásában jelentős szerepet tulajdonítanak a PPAR-oknak. Számos közlemény foglalkozik polimorfizmusai és az obesitás, diabetes, metabolikus szindróma, ill. tumorok kapcsolatával. Irodalmi adatok alapján a PPAR gamma szerepe a faggyúmirigy differenciációjában és az acne patomechanizmusában valószínűsíthető. Acnés betegek PPAR gamma polimorfizmusok vizsgálatát tűztük ki célul. A nagy beteganyag vizsgálatának bevezetéseként 17 acnés beteg perifériás véréből DNS-t szeparáltunk, majd VariantSeq Rsequencing System (Applied Biosystems) felhasználásával a PPAR gamma gént ABI 3100 Avant automatával szekvenáltuk. Chromas program és vizuális ellenőrzés segítségével az ismert szekvenciák, mutációk és polimorfizmusokkal történt összehasonlítás után meghatároztuk a betegek PPAR gamma génjén észlelt eltéréseket, melyeket a poszterünk részletesen tartalmaz. (OTKA T048457 támogatásával)

Belső Nóra dr.<sup>1</sup>, Széll Márta dr.<sup>2</sup>, Kohajda Mónika dr.<sup>1</sup>,  
Dobozy Attila dr.<sup>1,2</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1,2</sup>,  
Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1,2</sup>:

**A D típusú ciklinek szerepének vizsgálata a sejtciklus szabályozásában géncsendesítéssel**

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>,  
MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged)

Korábbi vizsgálatainkkal kimutattuk, hogy a D1-ciklin a sejtciklus G<sub>0</sub>-G<sub>1</sub>/S fázisában, míg a D2 és D3-ciklin a sejtek gyors osztódása-

kor (G<sub>1</sub>/S tranzit) fejeződik ki HaCaT keratinocitákban. Munkánk célja az volt, hogy megvizsgáljuk ezen D ciklinek szerepét a sejtek proliferációjának szabályozásában. Kísérleteinkben siRNS módszerrel csendesítettük HaCaT keratinocitákban a D1 és D3 típusú ciklinek kifejeződését. A D1 (n=2) és D3 (n=2) ciklin mRNS szintű csendesítését valós idejű RT-PCR eredményekkel igazoltuk. A D1 és D3 ciklin csendesített HaCaT keratinociták morfológiai és proliferációs változásait inverz mikroszkóppal illetve MTT esszével detektáltuk. A géncsökkentett sejtek a transzfecciót követő 96 órán belül sem morfológiájukban, sem proliferációs tulajdonságaikban nem mutattak eltérést a kontroll sejtekhez viszonyítva. Génexpressziós vizsgálataink szerint a D2 ciklin mRNS szintű kifejeződése magasabb volt a D1 és D3 ciklin siRNS-sel transzfecciótált HaCaT keratinocitákban a kontroll siRNS-sel transzfecciótált HaCaT keratinocitákhoz viszonyítva. A D1 ciklin csendesített sejtekben a D3 ciklin, a D3 ciklin csendesített sejtekben a D1 ciklin mRNS szintű kifejeződése nem mutatott változást. Eredményeink szerint a különböző típusú D ciklinek redundáns szerepet töltenek be a sejtciklus szabályozásában HaCaT sejtekben.

*Bikszádi Ilona dr., Mónus Ágota dr., Szakos Erzsébet dr.:*

#### **Danbolt-Closs szindróma**

(Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermekegészségügyi Központ, III. gyermekosztály, Miskolc)

A Danbolt-Closs szindróma, vagy acrodermatitis enteropathica ritka, autoszomális recesszív módon öröklődő, mindkét nemet egyformán érintő betegség, melyet a táplálékban lévő cink felszívódásának zavara okoz. Régebben több teóriát állítottak fel a betegség eredetéről, pl. parazita vagy monília fertőzés, a triptofán károsodott anyagcseréje, a bélnyálkahártya enzimdefektusa toxikus polipeptidet termel, a linolénsav arachidonsavvá történő átalakulásának zavara.

A betegség fő klinikai tünete többnyire szimmetrikusan elhelyezkedő bőrelváltozás, mely lehet hólyagos vagy pikkelyes ekzematiform, illetve psoriasiform károsodás és a végtagok akrális részén, illetve a bőr-nyálkahártya átmenet képező, testnyílások környékén található. További tünet lehet gennyes paronychia, körömdisztrófia, alopecia vagy vöröses árnyalatú ritkás hajzat, blepharokonjunktivitás, krónikus hasmenés, lassú sebgyógyulás, fejlődésben való lemaradás. Sokszor már az első élethetékben, de néha csak késő csecsemőkorban jelentkezik. Kezeletlen esetben 1-3 éven belül halállal végződik. A bőrbiopszia nem diagnosztikus értékű. Hasonló tünetek szekunder Zn-hiány esetén, így felülkorban is jelentkezhetnek.

Betegünk 9,5 hónapos korban súlyosan leromlott, atrofias állapotban került felvételre jellegzetes bőrelváltozásokkal, hypoproteinaemiával, anaemiával. A bevezetett cink-terápia hatására bőrfolyamata gyorsan javult, de súlyos sokáig stagnált, csak lassan indult meg a szomatomotoros fejlődés. Vérszegénysége miatt vérértömlesztésben részesült. 2 hónapos kórházi ápolás során 1800 g-os hízást sikerült elérni.

*Bodnár Edina dr., Szegedi Andrea dr., Juhász Éva dr.\*,*

*Horkay Irén dr.:*

#### **Pseudoporphyria**

(Debreceni Egyetem OEC, Bőr-és Nemikórtani Klinika, Debrecen, Debreceni Egyetem OEC, Gyermekklinika, Debrecen\*)

A 30 éves férfibeteg 2006 nyarán jelentkezett klinikánkon nehezen gyógyuló sebekkel, amelyek a napfénynek kitett bőrterületeken és a körmök alatt, esetenként sérüléseket követően évek óta rendszeresen recidiválnak. 1987 óta végstádiumú vesebetegség miatt heti három alkalommal haemodialysis kezelésben részesül. A klinikai képét mindkét kézháton, az ujjakon számos, a nyakon 1-2, véres pikkelyes fedett lencsényi erosio, a napérite területen mérsékelt hiperpigmentáció jellemezte, amely alapján porphyria cutanea tarda vagy pseudoporphyria lehetősége vetődött fel. A súlyos nephropathia miatt porfirin analízis csak a plazmából és az eritrocitákból volt elvégezhető, amely a szegedi Bőrklinikán tör-

tént. Ennek eredménye alapján pseudoporphyria fennállása igazolódott.

*Bodnár Edina dr., Szegedi Andrea dr., Kiss Borbála dr.,*

*Veres Imre dr., Krenács László dr.\*,*

*Hunyadi János dr.:*

#### **Lymphomatoid papulosis**

(Debreceni Egyetem OEC, Bőr-és Nemikórtani Klinika, Debrecen, Szegedi Tudományegyetem, Daganatpatológia és Molekuláris

Diagnosztikai Laboratórium\*, Szeged)

Az 50 éves nőbeteg 1987-ben jelentkezett először klinikánkon generalizált hyperaemiás infiltrált papulákkal. Ekkor bőrtünetei alapján cután T-sejtes lymphomát diagnosztizáltunk. Vincristin, Endoxan, Prednisolon kombinált kezelés, később Intron-A, UVB és PUVA, ill. röntgen besugárzás hatására bőrtünetei csak kismértékben javultak. 2005 szeptemberéig nem jelentkezett klinikánkon. Ekkor testszerte jelentkező 0,5-1 cm átmérőjű livid nodusokkal, lábszáron tömött, infiltrált plakkokkal került felvételre. Szöveti mintavétel történt, mely alapján revideáltuk a diagnózist. Mivel a tünetek perzisztálása és a biopszia felvetette a lymphomatoid papulosis C-típusának lehetőségét, 2006 májusában újabb szövettani mintavétel történt, mely megerősítette a felvetett diagnózist. Mindezek alapján Methotrexát terápiát indítottunk, melynek hatására a beteg tünetmentes lett.

Az esetet a betegség ritkasága és az elért terápiás válasz miatt ítéltük alkalmasnak a bemutatásra.

*Borbola Kinga dr., Liskay Gabriella dr., Bánfalvi Teodóra dr.,*

*Plótár Vanda dr., Góbor László dr., Gilde Katalin dr.,*

*Kásler Miklós dr.:*

#### **A sentinel nyirokcsomó status és a szérums S100 protein szint közötti korreláció melanoma malignumban**

(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

**Bevezetés:** A szérums S100 tumormarker szint összefüggésben van a betegség progressziójával melanoma malignumban.

**Céltűzés:** Tanulmányunk célja a szérums S100 koncentráció és a sentinel nyirokcsomó státus közötti összefüggés vizsgálata.

**Módszer:** A vizsgálatba 301, az Országos Onkológiai Intézetben melanoma malignum miatt jelentkezett beteget vontunk be. Az őrszem nyirokcsomó biopsziát kettős jelöléses technikával végeztük. Az S100 koncentráció (normál érték 0,15 ug/l alatt) mérése immunolumineszcens módszerrel történt, a műtéti beavatkozás előtt 24-48 órával levett vérből. Statisztikai analízisre Mann-Whitney tesztet alkalmaztunk.

**Eredmények:** A sentinel nyirokcsomó biopszia 99,6%-ban volt sikeres. A betegek 12,0%-ánál találtunk pozitív sentinel nyirokcsomót. Az összes betegnél az S100 protein átlagértéke 0,089 ug/l volt (medián: 0,08 ; tartomány: 0,0-0,8). A sentinel nyirokcsomó pozitív csoportban (n=38) az átlagérték: 0,094 ug/l (medián: 0,089 ; tartomány: 0,01-0,22), a nyirokcsomó negatív betegeknél (n=262), az átlag: 0,088 ug/l (medián: 0,08 ; tartomány: 0,0-0,8). A két csoport átlagértékei között sem statisztikailag szignifikáns (p=0,18), sem százalékos különbséget nem találtunk.

**Következtetés:** Az őrszem nyirokcsomó biopszia előtt mért S100 koncentráció nem jelzi mikrometsztázis jelenlétét a sentinel nyirokcsomóban.

*Burián Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Plótár Vanda dr.<sup>1</sup>, Csáki Gábor dr.<sup>2</sup>,*

*Remenár Éva dr.<sup>3</sup>, Vámosi-Nagy István dr.<sup>3</sup>, Borbola Kinga dr.<sup>4</sup>,*

*Gilde Katalin dr.<sup>2</sup>:*

#### **Szokatlan szövettani megjelenésű, áttétet adó bőrfüggék tumork**

(Országos Onkológiai Intézet Daganatpatológiai Osztály<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet Fej-nyak Sebészeti Osztály<sup>2</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Általános- és Mellkassebészeti Osztály<sup>3</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály<sup>4</sup>, Budapest)

Három, diagnosztikus nehézséget okozó bőrfüggék carcinoma esetét mutatjuk be. Mindhárom esetben viszonylag kis méretű, subcu-

tan, vagy a bőrrel összefüggő daganatot távolítottak el, melyek a diagnózis idején már metastaszt adtak.

**Első eset:** Megnagyobbodott inguinális nyirokcsomóban mucocarcinoid daganatra emlékeztető daganatos áttétet láttunk. Klinikai adatok hiányában a beteg kivizsgálását javasoltuk, primer tumor keresése céljából. A daganat típusa alapján elsősorban vulva és bőr eredet merült fel. A bőrgyógyászati kivizsgálás során a bal öregujjon 1,4 cm átmérőjű subcutan tumort találtak. Innen korábban syringomát távolítottak el. A daganatban ductusképzés, prominens világossejtes területek, illetve kehelysejtes metaplasia volt megfigyelhető. Az elvégzett immunhisztokémiai vizsgálat szerint a daganat p63 és CK 5-6 koexpressziót mutatott, mely alapján a cutan adnexalis eredet jött szóba. Mindezek alapján a daganat legnagyobb valószínűséggel világossejtes hidradenocarcinomának felel meg.

**Második eset:** 54 éves férfi alsó ajakról eltávolított recidív daganata, mely a nyaki nyirokcsomókba, és a nyelőcsőfalba adott metastaszt. A primer tumor mérete kisebb volt, mint 1 cm. A viszonylag monoton sejtkep, és a trabecularis elrendeződés alapján felmerült Merkel-sejtes carcinoma, illetve egyéb neuroendokrin carcinoma. Az immunhisztokémiai vizsgálat során a CK 20, chromogranin és synaptophysin reakció negatívnak bizonyult, a p63 és a CK 5-6 reakció egyértelmű pozitivitást mutatott. Így a szöveti kép és az immunhisztokémia alapján a diagnózis primer, solid megjelenésű adnexalis carcinoma.

**Harmadik eset:** Fiatal férfi orráról eltávolított, 1 cm átmérőjű bőrtumor, mely a submandibularis nyirokcsomókba adott áttétet. A daganat sejtű, fészkekbe rendeződik, a sejtfészkek között hyalinos jellegű anyag felszaporodása látható. A daganatsejtek basalooid sejtekre emlékeztetnek, squamoid tumorsejtekből felépülő hámlabdászerű góccokkal. A szöveti kép alapján a diagnózis spiradenocarcinoma volt.

A bőrfüggelék tumorok elkülönítése fontos lehet az egyéb mirigyekben kialakuló daganatoktól illetve a gyakoribb bőrdaganatoktól, az eltérő prognózis, biológiai viselkedés, és a bőrfüggelék tumorok nagyobb áttétképzési potenciálja miatt.

*Fekete Gyula László dr.<sup>1</sup>, Oanta Alexandru dr.<sup>2</sup>, Irimie Marius dr.<sup>2</sup>:*

#### **Parciálisan kiterjedt unilaterális lentiginosis**

(MOGYE, Bőrgyógyászati Klinika, Marosvásárhely<sup>1</sup>, Transilvania Orvosi Egyetem, Brassó<sup>2</sup>, Románia)

A parciális unilaterális lentiginosis egy ritka kórkép, amelyre jellemző a csoportosan elhelyezkedő számtalan pigmentált macula jelenléte az ép bőrön, amely néha szegmentáris elhelyezkedésű lehet. A lentigók unilaterálisan helyezkednek el, de a test középtengelyét nem lépik túl. Szövettanilag jellemző az epidermis pigmentációja, a bazális réteg melanocytáinak felszaporodása, a hámcseppek megvastagodása, valamint melanophágok jelenléte a dermisben. El kell különíteni a szegmentált lentiginosis naevustól, amelyet egy zosteriform elhelyezkedésű naevus spilusnak tekintenek. Két nőbeteg esetét mutatjuk be: az egyiket jobboldalon, a másikon baloldalon számtalan pigmentált macula található a tarkón, a mellkas elülső és hátsó részén és a felső végtagon, a mediális testtengely által élesen elhatárolva. Szövettanilag a lentigo simplex jellegzetes szöveti képét találtuk. Mindkét esetben a parciálisan kiterjedt unilaterális lentiginosis diagnózisát állapítottuk meg.

#### **Parcial extended unilateral lentiginosis**

Extensive partial unilateral lentiginosis is a rare disorder characterized by multiple lentigines that are grouped within an area of normal skin, often in a segmental pattern. The distribution of lentigines is generally unilateral with a sharp demarcation at the midline. The histology shows typical features of lentigo simplex and an epidermal proliferation of a basal melanocytes, elongation of rete ridges and dermal melanophages. Differential diagnosis must make with segmental lentiginous naevus, a zosteriform disposition of spilus naevus. We report two female patients with multiple pigmented macules located on the neck, anterior and posterior trunk, superior limb, sharp interruption at the midline, involving a left side to one patient and the right side to the other pa-

tient. The histology was characteristic for lentigo simplex. Both patients the diagnosis was extensive partial unilateral lentiginosis.

*Fekete Gyula-László dr.<sup>1</sup>, Fekete Júlia-Edit dr.<sup>2</sup>:*

#### **Mal perforans plantaris (M P P) – Megfigyelések 75 eset kapcsán**

(MOGYE, Bőrgyógyászati Klinika, Marosvásárhely<sup>1</sup>, Közegészségügyi Központ, Marosvásárhely<sup>2</sup>, Románia)

A krónikus talpi fekély vagy mal perforans plantaris a talpon elhelyezkedő krónikus hámszíval, amit a krónikus evolúció és a terápia-rezistencia jellemez. A talpi fekély néhány jellemvonása: legtöbb esetben neurológiai és/vagy érrendszeri elváltozások kísérik, gyakoriak a fekély körüli csontelváltozások és a fekélyek etiológiájától függetlenül hasonló klinikai képet mutatnak. Ezek a fekélyek különböző átmérőjű, kerekded vagy ovális alakúak, melyeket széli hiperkeratosis vesz körül kráterszerű alakot öltve. A fekélyek főleg a maximális nyomásnak kitett talpi zónákon keletkeznek (calcaneus régió, metatarso-falangialis régió, hallux plantaris része, stb.) A legtöbbszor a talpi fekélyt más tünetek is kísérik, azon betegségek tüneteinek, amelyek a fekély kialakulását előidézték. *A dolgozat célja:* Az esetek kapcsán, a mal perforans plantarist előidéző főbb kórképek felismerése, csoportosítása és az eredmény összehasonlítása a szakirodalomban találtakkal. *Anyag és módszer:* 1996 és 2002 között, a Marosvásárhelyi Bőrgyógyászati Klinikán beutalt, 75 mal perforans plantarisban szenvedő beteg klinikai és paraklinikai vizsgálatainak eredményeit dolgoztuk fel. Eredmények: A mal perforans plantarist előidéző főbb betegségek, betegségcsoportok a vizsgált anyagban a következők voltak: 1. Perifériás polineuropátia-41,33%, 2. Diabetes-28%, 3. Perifériás arteriopathia-17,33%, 4. Egyéb: betegségek-13,33%, (scleroderma, veruca plantaris kauterezése, Bureau-Barriere szindróma, lábfej III-fokú égése és törés utáni állapot, lues, kongenitális cifoscoliozis, plantaris melanoma malignum). A kapott eredmények összhangban vannak a szakirodalomban közltekkel.

#### **Mal perforans plantaris (M P P)-Considerations on 75 cases**

The chronic foot ulcers or mal perforans pedis, are chronic, aton ulcers, characterized by chronic evolution and therapy resistance. Our purpose was to find the etiological factors of MPP and compare the results with results from literature. We studied 75 patients with MPP, made clinical and paraclinical investigations of the systems that are affected by this disease. We found the next etiologies: poli-neuropathy 41.33%, diabetes 28%, arteriopathy 17.33%, other causes 13.33%. Our results are in concordance with results published in literature.

*Garay Géza dr., Varju Gábor dr.:*

#### **Az alsó végtag visszértágulatainak lézeres kezelése**

(Dr Derm Bőrgyógyászat és Esztétikai Lézercentrum, Budapest)

A lézerek szerepe napjainkban felértékelődött, mind a klinikai tüneteket okozó vastkosabb visszértágulatok, mind a csupán esztétikai panaszokkal járó seprűvénák és reticularis léziók kezelésében. Hatékony megoldásra kínál lehetőséget az 595 nm hullámhosszúságú pulzáló festéklézer (PDL) és az 1064 nm hullámhosszúságú Neodymium:Yttrium Aluminum Garnet (Nd: YAG) lézer. Míg előbbi a vascularis lézerek „Gold standard”-jaként a vörös színű értágulatok szelektív, biztonságos kezelésére szolgál, utóbbi jól használható a mélyebb, kékes színű retikuláris vénák kezelésére, akár 3 mm-es vastagságig, még pigmentáltabb bőrtípusoknál is. Alkalmazásuk alapja, hogy fényük jól elnyelődik a cél chromophorában (haemoglobinn) és a tágult ér teljes vastagságában behatolnak a bőrbe anélkül, hogy a környező szöveteket károsítanák. Az így koagulálódott vérér steril gyulladás kíséretében néhány hét alatt felszívódik. A kezelés során használandó optimális eszközt (a hullámhosszt) és az impulzushosszt a kezelni kívánt ér mélységi elhelyezkedésének, valamint az ér átmérőjének megfelelően választjuk meg.

A szerzők pulzáló festéklézerrel (Cynosure V-Star, USA) és

hosszúpulzusú Nd:YAG lézerrel (Cynosure Apogee Elite, USA) szerzett tapasztalataikat mutatják be. A tünetek értékelésén, a szűkebbes kezelési paraméterek és az eredmények bemutatásán túl, a mellékhatások és a lehetséges szövődmények kivédésére alkalmazott eljárásokat is ismertetik.

*Hudacsek Katalin\*, Vajda Adrienne dr., Baló-Banga J. Mátyás dr.:*

#### **Autoimmun overlap syndroma**

(betegbemutató)

(MH. Dr. Radó György Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati osztály, Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászati osztály\*, Budapest)

A 64 éves nőbeteg közeli anamnézisében 2005. májusában gastroscopiával igazolt izolált gastritis, jejunoscopiával kimutatott bélboly atrophia, klinikailag feltételezett gluténszenzitiv enteropathia, véres széktürítéssel is járó irritabilis bél syndroma és secunder anaemia szerepelt. A bőrtünetek 3 évvel ezelőtt kezdődtek, testszerte felépő hólyagos ill. plakkos bőrelváltozásokkal. A más intézményekben készült szövettani és IF vizsgálatok alapján dermatitis herpetiformis Duhring diagnózisát állították fel, avlosulfon és gluténmentes diétás kezelésre állították be, mely mellett tünetei továbbra is jelentkeztek. Szájnyálkahártyáján fájdalmas erosiók, továbbá a kéz kisízületeire terjedő gyulladásos tünetek mutatkoztak. A tünetekből többször végzett biopszia eredményeként subcutan cutan lupus erythematosus diagnózisát állítottuk fel, melyet az immunológiai leletek is alátámasztottak. Kezelésére chloroquin vezetünk be és az adig kapott avlosulfont elhagytuk.

Öt havi tünetmentesség után testszerte erythemás, szabálytalan alakú, a széli részek felé terjedő infiltrált plakkok, a régebbi jelenségek nyomán poikiloderma, a keresztcsont felett, tenyéryáni erodált terület alakult ki. Ehhez secunder anaemia és vizelet infekció csatlakozott. A tünetek Imuran bevezetésére gyógyultak. Folyamatát tovább komplikálta a kézizületek elváltozása, mely radiológiailag lupus erythematosusra jellemző volt.

Legutolsó bentfekvése során 2006. szeptember végén a bőrtünetek jellege ismét változott, a felkarok feszítő felszínén és a könyökökön erythemás alapon színes gombostűfejnyi, feszes falú hólyagok jelentek meg. Az elvégzett fénymikroszkópos és immunfluoreszcens szövettani vizsgálat bullosus pemphigoidra volt jellegzetes.

Esetünket az autoimmun overlap syndromán belül a tünetek szokatlan asszociációja miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

*Juhász Attila dr.<sup>1</sup>, Szabó Éva dr.<sup>1</sup>, Örvös Rita<sup>1</sup>, Vanczák Viktória<sup>1</sup>, Veress Imre dr.<sup>1</sup>, Német Tamás dr.<sup>2</sup>, Hunyadi János dr.<sup>1</sup>:*

#### **Parapoxvírus zoonosis különleges megjelenése a hajás fejbőrön, esetismertetés**

(Dereceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem OEC Patológiai Intézet, Debrecen<sup>2</sup>)

36 éves állatgondozó férfi hajás fejbőrén 3 héttel korábban kezdődött a felvételekor egy-egy diónyi, babnyi és lencsényi exulcerálódott hyperaemiás környezetű tumor. Műtét előtti sebváladék tenyésztése MRSA pozitív, amely moxifloxacin kezelésre reagált, de a beszűrődések nem csökkentek. Pyogén granuloma, amelanoticus melanoma klinikai diagnózissal Vancomycin profilaxisban local anesthesiában a tumorok in toto excisioja történt. A fagyasztott metszet angiomasos tumor, ill. lymphoma lehetőségét vetette fel. A beteg foglalkozása miatt elvégzett szerológiai vizsgálatok zoonozist (brucellosis, toxoplasmosis, leptospirosis, borreliosis, bartonellosis) kizárták. A végleges szövettani vélemény cutan T-sejtes lymphoma mellett szólt. Ezért és a bal axillaris nyirokcsomók tapintható megnagyobbodása miatt a beteg teljes hematológiai kivizsgálására és gondozásba vételére is sor került, ahol non-Hodgkin lymphoma irányába kezelés nélküli követést javasoltak.

A szokatlan klinikai, hisztológiai kép és az állatokkal történő érintkezés miatt gamma-herpesvírusok irányába történt vizsgálat. A herpesvírusok DNS-polimeráz génjének consensus-PCR reakciójával a mintából a herpesvírus pozitív kontrollhoz képest egy kb. 100 bp-al nagyobb DNS szakasz amplifikálódott. Az amplicon szekve-

nálása és szekvencia analízisének eredménye a Parapoxvírus genusba tartozó Orf vírus vagy Bovin papular stomatitis vírus fertőzést igazolt.

A kórelőzmény, a szövettani eredmény és a molekuláris virológiai eredmény megfelel a parapoxvírus fertőzések különleges, szokatlan lokalizációjú esetének. Az alkalmazott molekuláris biológiai módszerrel a fertőzést annak ellenére sikerült igazolni, hogy a parapoxvírus fertőzés irányába célzott vizsgálat indikálása nem vetődött fel. Az eset felhívja a figyelmet a ritka zoonosisok diagnosztikai problémájára, valamint a klinikum és a laboratórium közötti szoros együttműködés fontosságára is.

*Juhász Zsófia dr.<sup>1</sup>, Baló-Banga J. Mátyás dr.<sup>2</sup>, Vajda Adrienne dr.<sup>2</sup>, Hudacsek Katalin dr.<sup>3</sup>:*

#### **Noduláris melanoma malignum és lentigo maligna melanoma előfordulása és húszéves perzisztálása ugyanazon betegen (betegbemutató)**

(MH. Dr. Radó György Központi Honvédkórház<sup>1</sup>, Égés-plasztikai és Bőrgyógyászati osztály<sup>2</sup>, Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászati, Budapest<sup>3</sup>)

A 77 éves férfibetegnél 1985-ben a jászberényi területi BNG-ben diagnosztizálták klinikailag az arc jobb oldalán lévő 18x20 mm-es lentigo maligna melanomát. A beteg az ekkor felajánlott kezelést nem fogadta el. Tizennégy év múlva az Országos Onkológiai Intézetben jelentkezett 1-2 cm-es kifehélyesedett tumorról. Ekkor neoadjuváns DTIC kezelésben részesült 2 alkalommal, majd ezt követően tervezték a tumor műtéti eltávolítását irradiációval kombinálva, amit a beteg ismételt visszautasított. Ez év októberében az arc jobb oldalán észlelt 4 cm átmérőjű a bőrfelszínből 2 cm-re félgömbszerűen előemelkedő szürkés, exulcerált tumor, valamint az azt alulról övező kb. 7x3 cm-es sötéten egyenlőtlenül pigmentált folt miatt került sor felvételére. Kivizsgálása során sem közeli, sem távoli metasztatizis nem volt igazolható, véreben a szolubilis S100 antigén negatív volt.

Dermatoscoppal vizsgálva az alsó folt területében tumoros szigetek látszóttak. A beteg a teljes exstirpációt továbbra is negálta. Operáló orvosa rábeszélése után, intravénás narcosisban végezték a műtétet, elektromos késsel történt mindkét tumoros terület kiirtása. A műtét során az ébren vezetett metszésekkel mindkét daganatot egy ülésben eltávolítottuk, a keletkezett, a jobb arcfél 2/3-ra kiterjedő szövethiányt a has bőréből haránt metszéssel kinyert teljes vastagságú grafftal fedtük. A transzplantátum alatt 12 órára összegyűlt sárgás-vöröses váladék többszöri lebecsátása után az ojtvány megeredt és a beteg jó kozmetikai eredménnyel gyógyult. A szövettani eredmény alátámasztotta a 2 tumoros területre vonatkozó klinikai diagnózisokat. Dermatoonkológiai gondozásba vontuk, vizsgáljuk a melanoma propagációját gátló tényezőket.

*Kinyó Ágnes dr.<sup>1</sup>, Kiss-László Zsuzsanna dr.<sup>2</sup>, Polyánka Hilda dr.<sup>3</sup>, Széll Márta dr.<sup>3</sup>, Nagy Ferenc dr.<sup>4</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1,3</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1,3</sup>:*

#### **Gén és protein expressziós vizsgálatok COP1 csendesített humán keratinocitákban UVB besugárzás után**

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, SZTE Orvosi Genetikai Intézet<sup>2</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>3</sup>, MTA SZBK Növénybiológiai Intézet<sup>4</sup>, Szeged)

Az UVB sugárzás számos gén működését befolyásolja humán sejtekben, ezen gének funkciója még nem teljesen feltérképezett. A humán Constitutive Photomorphogenic 1 (COP1) gén egy E3 ubiquitin ligáz kódol, mely a tumor-suppresszor p53 protein szintjét ubiquitin-függő módon csökkenti, gátolva ezzel az p53-függő transzkripciót és apoptózist. Munkánk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, van-e a COP1-nek funkciója a humán keratinociták UVB fényre adott reakciójában. Kísérleteink során génspecifikus csendesítést végeztünk siRNS módszerrel. Egy konstrukciót használtunk a COP1 (si-COP1), egyet pedig a p53 gén (sip53) csendesítésére, kontrollként az üres vektort alkalmaztuk. A konstrukciókat nukleofekcióval juttattuk be a keratinocitákba. Valósidejű RT-PCR segítségével sikeres COP1 és p53 csendesítést mutattunk ki RNS szinten, megfigyelé-

seink szerint a p53 csendesített sejtekben volt a legalacsonyabb a COP1 mRNS szintje. Western blotlalt demonstráltuk, hogy COP1 csendesítés esetében a p53 protein szintje megnövekedett. A nukleofektált sejteket ezután besugaroztuk növekvő UVB dózissal, és követtük a génexpressziós változásokat. Az UVB fény minden besugarozott sejtben csökkentette a COP1 mRNS expresszióját, míg a p53 protein expressziója a dózissal arányosan nőtt. A COP1 szintje szignifikánsan csökkent UVB hatására az üres vektort tartalmazó sejtekben és a COP1 csendesített sejtekben, míg a p53 csendesített sejtek sokkal kisebb mértékű csökkenést mutattak. Az az eredmény, hogy p53 hiányában a COP1 mRNS szintje alacsonyabb, és UVB fényre bekövetkező csökkenése kisebb mértékű, mint az üres vektort tartalmazó és a COP1 csendesített sejtekben, azt sugallja, hogy nem csak a COP1 a p53 regulátora, hanem kölcsönösen szabályozzák egymást.

*Kiss Mária dr., Dallos Attila, Polyánka Hilda, Dobozy Attila dr., Kemény Lajos dr., Husz Sándor dr.:*

**A cutan neuropeptidok növelik az idegnövekedési faktor prekursor molekulájának (proNGF) termelését és az érett NGF szekréciót tenyésztett humán keratinocitákon**

(Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged)

Az un. idegnövekedési faktor („nerve growth factor” NGF) az általános növekedési faktorok egyike, melyet a keratinociták is termelnek. Az NGF segíti a sejtek túlélését és fokozza a proliferációt. Az érett NGF-fel ellentétben, prekursor molekulája (proNGF) nagy affinitással kötődő funkcionális ligandja a p75NTR receptornak, amely apoptotikus jelet közvetít a sejt belseje felé. Célkitűzésünk volt annak vizsgálata, hogy a bőr idegvégződéseiből felszabaduló neuropeptidok (substance P, calcitonin gene-related peptid, vasoaktív intesztinális polipeptid és a galanin) hogyan befolyásolják a proNGF termelést és az érett NGF szekréciót tenyésztett humán keratinocitákon. A tenyészeteket egyenként kezeltük az említett neuropeptidekkel 10-8 M koncentrációban 30 percig. A kezelés után bizonyos időközökben mintákat vettünk RNS izoláláshoz, sejtfehérje lizátumok készítéséhez és a sejtkulturák felülúszójából az NGF szekréció mérésére. A proNGF/NGF mRNS expressziót valós idejű PCR-rel, a sejtfehérje lizátumok proNGF tartalmát Western blot módszerrel, az NGF szekréciót ELISA technikával határoztuk meg. Megállapítottuk, hogy mind a négy vizsgált neuropeptid növelte a proNGF/NGF mRNS expressziót, bár különböző mértékben. A sejt kultúra lizátumokban csak az NGF prekursor molekuláját (proNGF) tudtuk kimutatni, a neuropeptid kezelt sejtekben átlagosan 2-szeres mennyiségben volt jelen a kezeletlen sejtekhez képest. A neuropeptid kezelt sejtek felülúszóiban többszörösére (3-8) nőtt az érett NGF mennyisége és elsőként demonstráltuk, hogy a humán keratinociták a proNGF szekréciójára is képesek. Eredményeink jelzik, hogy a bőr idegvégződéseiből sérülés, vagy központi idegrendszeri hatásra felszabaduló neuropeptidok növelik a keratinociták NGF termelését, amely fontos szerepet tölthet be a regenerációban. Ugyanakkor a proNGF jelenléte és annak az ellentétes folyamatokban (apoptózis) betöltött szerepe arra utal, hogy a proNGF/NGF arány szintén fontos tényező a bőr homeosztázisának fenntartásában és a bőr betegségeiben.

*Kormos Bernadett<sup>1</sup>, Szabad Gábor dr.<sup>1</sup>, Pivarcsi Andor dr.<sup>2</sup>, Széll Márta dr.<sup>2</sup>, Kenderessy Szabó Anna dr.<sup>1</sup>, Dobozy Attila dr.<sup>1,2</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1,2</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1,2</sup>:*

**Egészséges humán felnőtt melanociták dedifferenciálódnak kémiai mitogénektől mentes tenyésztő környezetben**  
(SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged<sup>1</sup>, MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged<sup>2</sup>)

Korábban beszámoltunk arról, hogy egészséges felnőtt donorokból származó melanociták tenyésztése kémiai mitogének nélkül is lehetséges. A gyárilag előállított AIM-V és Keratinocita-SFM médiumok azonos arányú keverékét borjú agyalapi mirigy kivonat, rekombináns humán epidermális növekedési faktor és borjú szérum

kiegészítéssel alkalmazva felnőtt melanociták kémiai mitogének nélkül is jól tenyésztethetők *in vitro*. Ebben a tenyésztőfolyadékban a sejtek gyorsan proliferálnak, morfológiájuk bipoláris és 3-4 hét tenyésztés után pigmenttartalmukat elvesztik. A korai tenyésztet sejtjei az érett melanocitákra specifikus fehérjéket -TRP-1-et, c-Kit-et valamint EGF receptort expresszálnak, 3-6 hét tenyésztés után a TRP-1 kifejeződésük megszűnik. Kémiai mitogének hatására ismét differenciálódnak, dendritikussá válnak és újra expresszálnak a TRP-1-et.

A kereskedelmi forgalomban kapható, PMA-t tartalmazó melanocita tápfolyadékban több hetes tenyésztés mellett a melanociták tipikusan dendritikus morfológiát mutatnak, erős TRP-1 és c-Kit kifejeződéssel, ugyanakkor az EGFR kifejeződésük nagyon gyenge. Ezek a tenyésztett sejtek kémiai mitogénektől mentes tenyésztőfolyadék hatására elvesztik TRP-1 kifejeződésüket, bipoláris sejt morfológiát vesznek fel, csökken a c-Kit-, és növekszik az EGFR kifejeződésük mértéke, továbbá a proliferációjuk is felgyorsul.

Eredményeink azt sugallják, hogy a normál felnőtt bőr melanocitái az *in vitro* környezet hatására kevésbé differenciált, gyorsan növekvő promelanocitává képesek alakulni, tehát a sejtek *in vitro* dedifferenciálódnak. Kémiai mitogének hatására ugyanakkor *in vitro* differenciálódásuk is bekövetkezik. A kémiai mitogénektől mentes környezetben tenyésztett sejtek kontakt gátlással és széruméhezetéssel sejtnyugalmi (G<sub>0</sub>) fázisba kényszeríthetők, melyből felszabadítva, majdnem szinkronizált módon proliferálni kezdenek, miközben mRNS szinten expresszálnak a D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, illetve D<sub>3</sub>-ciklineket. Az általunk leírt kémiai mitogénektől mentes melanocita tenyésztés alkalmas *in vitro* modell a sejtek differenciálódását és pigmentképzését szabályozó mechanizmusok vizsgálatára.

*Kunos Csaba dr., Mari Béla dr., Kosztolányi Gábor dr.:*

**Bőrdefektus pótlása ujjon Emmet lebennyel – esetbemutató**  
(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászat, Kecskemét)

A kéz- és lábujjak bőrgyógyászati indikációval történő kimetszések utáni bőrdefektusainak pótlására többféle dermatochirurgiai módszer áll rendelkezésre. Ezek közül az egyik legegyszerűbb és legszellemesebb módszer az Emmet lebenny alkalmazása. Az Emmet lebenny egy subcutan nyelezett eltolt szigetlebenny, ami bizonyos kritériumok mellett az ujjak volaris, dorsalis és lateralis bőrhíányainak pótlására is alkalmas. Ezen felül az ujjbegy defektusainak pótlására is alkalmazható. Két esetünk bemutatásával szeretnénk szemléltetni ennek a műtéti módszernek az eredményességét.

*Németh Katalin dr.<sup>1</sup>, Lengyel Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Szepes Éva dr.<sup>1</sup>:*

**Pityriasis rubra pilaris**

(PTE ÁOK, Bőr-, Nemikörtán- és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>, Pécs)

A pityriasis rubra pilaris egy ritka, ismeretlen etiológiájú papulosquamosus kórkép. A szerzők egy 76 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinél fél éve a törzsön, arcon kifejezett exsudatív erythemás gyulladás, hámlás, kézujjak dorsalis felszínén és a könyök területén tenyérszerű hyperkeratotikus plakkok jelentkeztek. Körtörténetéből kiemelendő egy évvel a bőrtünetek jelentkezése előtt szövettanilag igazolt epipharynx planocellularis carcinoma, mely miatt sugárkezelésben részesült. Rendszeres onkológiai kontroll alatt áll, staging vizsgálatok negatívak. Klinikai kép alapján a pityriasis rubra pilaris merült fel, melyet a szövettani vizsgálat megerősített. A betegnél szisztémás acitretin (Neotigason) kezelést indítottunk. Az irodalomban hét eset ismert, ahol pityriasis rubra pilaris rosszindulatú daganattal társul. Mind a hét esetben a bőrtünet megelőzte a daganat felismerését. Esetünk kapcsán felmerült a bőrtünetek hátterében az epipharynx tumor esetleges progressiója. Azonban negatív staging vizsgálatok, valamint acitretin terápia a bőrtünetek rapid regressziója ezt nem támasztotta alá. Továbbiakban szoros onkológiai observatiót javasolunk.

Noll Judit dr.<sup>1</sup>, Siklós Krisztina dr.<sup>1</sup>, Molnár Katalin dr.<sup>1</sup>,  
Hársing Judit dr.<sup>2</sup>, Szalai Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:

### **Naevus syringocystadenomatosus papilliferus**

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Kórháza,  
Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani  
és Bőronkológiai Klinika<sup>2</sup>, Budapest)

A szerzők egy fiúsecsemő esetét ismertetik, akinek hajas fejbőrén születéstől észlelhető volt a papillomatosus, részben pörkkel fedett, hajszálakat nem tartalmazó elváltozás. A klinikai kép alapján felmerült syringocystadenoma papilliferus lehetősége, a képlet in toto kimetszését követően elvégzett szövettani vizsgálat igazolta a feltételezett diagnózist.

A syringocystadenoma papilliferus jóindulatú, szoliter, nedvedző vagy pörkös felszínű barnás, verrucosus daganat. Elsősorban a hajas fejbőrre, a halántéktájra, ritkábban a hónaljok bőrére, illetve vesződött fejlődési rendellenességként a törzsre és a végtagok proximális részére lokalizálódik. A folyamat legtöbbször már születéskor fennáll, azonban később is megjelenhet. Tulajdonképpen az epidermalis naevusok csoportjába sorolható naevoid képződmény. Lényegében az apocrin (esetenként az eccrin) mirigyek kivezető csövétől kiinduló, jellegzetes szövettani képpel rendelkező adenoma. Gyakran társul a szőrtüszők és a faggyúmirigyek hamartomatosus malformációival, továbbá a naevus sebaceus gyakori alkotóeleme. A trichoblastoma után a naevus sebaceusban megjelenő második leggyakoribb jóindulatú elváltozás. Az esetek egytizedében másodlagosan basocelluláris carcinoma, elvétve spinocelluláris carcinoma kialakulásáról számoltak be, ezért minden esetben in toto elvároltandó.

Esetünk bemutatásával a viszonylag ritka, ám nem veszélytelen kórképre kívántuk ráirányítani a figyelmet.

Pokol Evelin dr.<sup>1</sup>, Szládek Györgyi dr.<sup>2</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:

### **Ekzema herpeticum calcineurin gátlók alkalmazása mellett – két eset kapcsán**

(Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen<sup>1</sup>,  
Debreceni Egyetem OEC Gyermekklinika, Debrecen<sup>2</sup>)

A herpes simplex vírus (HSV) bőrfertőzések atopiás dermatitisben gyakoribbak és súlyosabb lefolyásúak. Jelentkezhetnek az ekzémás bőrön nagy felületen, dissemináltan, izolált vesiculák formájában, mint ekzema herpeticum. Miután a vírusinfekció kontrollálásában az immunrendszernek szerepe van, az ekzema terápiájában alkalmazott lokális immunszuppresszív (UV fény, szteroid, calcineurin inhibitorok) szerek további rizikót jelenthetnek a súlyos herpeses infekciók kialakulására. A calcineurin inhibitorok előírata hangsúlyozottan felhívja a figyelmet erre a lehetséges mellékhatásra, bár nagy, multicentrikus vizsgálatok a herpeses bőrtünetek jelentős növekedését nem írták le.

Az utóbbi évben a klinikán diagnosztizált 2 ekzema herpeticum esetét ismertetjük. A differenciál diagnosztikában impetigo contagiosa, impetiginizált nedvedző ekzema, contact dermatitis vetődött fel. A pörkökből elvégzett pozitív HSV PCR megerősítette a HSV infekciót. A lokális immunszuppresszív szerek felfüggesztése mellett szisztémás acyclovir alkalmazására hegy nélkül gyógyultak a betegek, bár egyikük herpeses tünete többször recurráltak és verruca plana is kialakult a kézfejen.

A klinikai képek bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet az atopiás bőr vírusinfekcióira, amelyek fennállása esetén a lokális immunszuppresszív kezelést fel kell függeszteni.

Szabó Ágnes dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

### **Neonatalis lupus erythematosus**

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza, Budapest)

A neonatalis lupus erythematosus, az anyai autoantitestek transplacentaris átjutása következtében kialakuló kórkép. Ezen ellenanyagok elsősorban a 52-kDa-SS-A és SS-B antigén struktúrák ellen termelődnek. Legjellemzőbb klinikai tünetei a cutan léziók, illetve a congenitalis szívblokk. Emellett vérképzőrendszeri és szervspecifikus ( máj ) érintettség is előfordul.

A neonatalis lupus erythematosus szindrómával ( továbbiakban NLE-CHB ) társult congenitalis szívblokk, szerzett autoimmun kórkép, mely leggyakrabban a terhesség 14.-28. hetében kerül kimutatóra. Komplet formája irreverzibilis károsodást jelent, szemben a kórkép egyéb manifesztációival, melyek átmenetiek.

NLE-CHB-s betegek szívében anyai myocardium-sejteket találtak.

Adott egyénben saját genetikai állományától eltérő személytől származó sejt vagy DNS struktúrák jelenléte microchimerismust jelent. A terhesség alatt sejtek juthatnak az anyából a magzatba és fordítva. A magzatba átjutott sejtek évekig fennmaradhatnak. Néhány újabb adat szól az anyai és testvér microchimerismusról az NLE-CHB vonatkozásában.

Férfi SLE-s betegek esetében az anyai HLA II antigének struktúrákkal való megnövekedett kompatibilitás, a microchimerismus az SLE-ben játszott szerepére utalhat.

Ennek ellentmondó megfigyelések szólnak arról, hogy a lupus erythematosus bőrtüneteiben magzati sejt-microchimerismus nem lelhető fel.

Ugyanakkor az autoimmun kórképek és a krónikus graft versus host betegség közti néhány klinikai hasonlóság az alapja azon hipotézisnek, miszerint előbbi kórképek pathogenezisében szerepe lehet a microchimerismusnak.

Szabó Kornélia dr., Kis Kornélia dr., Nagy István dr.,

Kemény Lajos dr.:

### **A $\beta$ -defensin családba tartozó gének kifejeződésének vizsgálata tenyésztett keratinocitákban**

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai  
Klinika, MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged)

Laboratóriumunkban *in vitro* modell rendszerben vizsgáljuk a bőrt kolonizáló kommenzális *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) és a tenyésztett keratinociták kölcsönhatását. Az epidermalis keratinociták számos olyan anyagot termelnek, melyek fontos szerepet játszanak a bőr védekező folyamataiban. Ilyen molekulák a  $\beta$ -defensin család tagjai, melyek számos vizsgálatban hatékonyan bizonyultak különféle baktériumokkal és egyéb kórokozókval szemben. Munkánk során a különféle defensinek kifejeződését, illetve ennek változását vizsgáltuk mikrobiális anyagokkal történő kezelés hatására tenyésztett keratinocitákban.

Eredményeink arra utalnak, hogy a DEFB4 (hBD2) gén mRNS kifejeződése jelentősen megemelkedik *P. acnes* kezelés hatására, melyet a fehérje termelés fokozódása követ. A DEFB4 proteinek azonban nincs jelentősebb hatása a *P. acnes* baktériumok életképességére, így feltételezzük, hogy más defensinekhez hasonlóan a baktérium által kiváltott adaptív immunfolyamatok szabályozásában lehet.

A  $\beta$ -defensin családnak számos új tagját azonosították az elmúlt néhány évben *in silico* módszerekkel, az ismert tagok konzervált doménjeihez való szekvencia hasonlóság felhasználásával. Ezen újonnan azonosított antimikrobiális peptidek kifejeződésének sajátosságai, valamint pontos feladatuk még nem ismert. Munkánk során ezért számos, a  $\beta$ -defensin családba tartozó gén kifejeződését vizsgáltuk tenyésztett keratinocitákban *P. acnes* (Gram+), és *E. coli* (Gram-) lipopoliszacharid (LPS) hatására. Eredményeink arra utalnak, hogy az általunk vizsgált defensinek közül egyedül a DEFB4 fejeződik ki keratinocitákban, és az általunk vizsgált stimulusok egyedül ugyanezen gén kifejeződésében okoztak változást.

Eredményeink a bőr aktív védekező folyamatainak jobb megismeréséhez járulnak hozzá, valamint új, természetes antibiotikus hatású anyagok jellemzéséhez.

Szántó Hajnalka dr., Csősz Judit dr., Mareczky Zsuzsanna dr.,

Török László dr.:

### **Acut cutan lupus erythematosus**

(Bács-Kiskun megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét)

A lupus erythematosus autoimmun betegség, melynek szisztémás és bőrre lokalizált formáit különböztetjük meg. A cutan lupus erythe-

matusos előfordulhat acut, subacut ill. chronicus formában. Az acut cutan lupus erythematosusra jellemző tünetek a pillangó erythema, fényérzékenység, lupus dermatitis, melyek szisztémás tünetek nélkül is előfordulhatnak.

A szerzők 44 éves férfi esetét ismertetik aki a bőrgyógyászatra súlyossgal került felvételre főként a napfénynek kitett helyeken kezdődő, de csaknem testszerte szóródó, élénkvrös, a háton toxicus epidermalis necrolysishez hasonló, pozitív Nikolski jelet mutató, fájdalmas, minimalisan hámló erythemas tünetek és pillangószárm erythema miatt. A beteg anamnézisében chr. urticaria, urticaria vasculitis, többszörös mélyvénás thrombosis, pulmonalis embolia szerepel.

A klinikai kép, a histológiai és immunhistológiai vizsgálat alapján acut cutan lupus erythematosust diagnosztizáltunk, de az anamnézisében szereplő többszörös mélyvénás thrombosis és serológiai eltérések alapján felmerült antiphospholipid syndroma gyanúja is, melyet a labor eredmények nem támasztottak alá. Bőrtünetei mellett lázas állapot háttérben jobb oldali pneumóniát is észleltünk.

Az alkalmazott antibiotikummal kiegészített steroid, chloroquine, antihistamin és antithrombotikus terápia mellett állapota javult, tünetei regrediáltak és az immunosuppresszív terápia csökkentése mellett sem recidiváltak. A fenntartó kisdózisú steroid, chloroquin, antihistamin, keringés javító és antithromboticus terápia valamint fényvédelem mellett lupusos bőrtünetek nem jelentkeztek azonban a korábbiakban is leírt, ugyanazon helyen néhány napig is fennálló urticai recidiváltak, melyek tisztázása jelenleg is folyamatban van. A beteg szoros observatio és gondozás alatt áll.

A szerzők az esetet súlyossága és az acut cutan lupus erythematosus ritkasága és a klasszifikáció nehézsége miatt tartják bemutatásra érdemesnek.

Szász Orsolya dr.<sup>1</sup>, Kovács András dr.<sup>1</sup>, Szepes, Éva dr.<sup>1</sup>, Zibotics Hilda dr.<sup>2</sup>:

#### Sarcoidosis tüdő és bőr érintettséggel

(PTE ÁOK, Bőr-, Nemikórtani- és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>, Baranya Megyei Kórház, Tüdőgyógyászati<sup>2</sup>, Pécs)

Az irodalmi adatok alapján sarcoidosisban 10-35%-ban jelentkezik bőrmanifestáció.

A szerzők egy 32 éves, 4 éve szövettanilag igazolt tüdő sarcoidosis miatt gondozott nőbeteg esetét ismertetik, akinél fél éve az arcon és a törzsön számos, szövettani vizsgálattal sarcoid típusú granulomának megfelelő maculosus, illetve papulosus bőrtünetek jelentkeztek.

Intralézionális szteroid infiltráció és potens szteroid kenőcs, majd a tüdőfolyamat mellkas CT vizsgálattal igazolt kisméretű progressziója miatt ismételt bevezetett methylprednisolon terapia hatására papulosus bőrfolyamata jelentősen regrediált.

Tamás Ildikó<sup>1</sup>, Veres Imre dr.<sup>2</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>2</sup>:

#### Medúzacsípésről egy eset kapcsán

(AOK<sup>1</sup> és Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika Debrecen<sup>2</sup>)

A medúzacsípés Magyarországon ritka. A tengerparti turizmus által azonban ezen epizoonózis is jelentőséghez juthat, különösen differenciáldiagnosztikai szempontból.

Az előadás egy 10 éves lány esetét ismerteti, akit a jobb lábszárán 2005 augusztusban az Adrián való fürdőzés során medúza „csípett” meg. Az érintkezést követően pár perccel az említett területen hólyagok jelentek meg, az egész végtag égett, erősen fáj. Néhány óra múlva hőemelkedése, általános rossz közérzete volt, majd a bőrtünetek lividá váltak. Helyileg azonnal ecetes borogatással, tetraciklin kenőccsel kezelték, kalcium tartalmú pezsgótablettát szedett. Az általános tünetek másnapra megszűntek, a bőrtünetek fokozatosan javultak, lokális antibiotikum, majd antihisztamin mellett 4 hét múlva vált tünetmentessé. 2005. 11. 10-én jelentkezett a DEOEC Bőr és Nemikórtani Klinika ambulanciáján a vizsgálat előtt néhány héttel a korábbi csípés helyén jelentkező viszkető fokozatosan erősödő bőrtünetekkel. A korábbi tüneteknek megfelelően elhelyezkedő hiperémiás papulákból készült biopszia hisztológiai vizsgálata vasculitist írt le. Lokális okkluzív szteroid kezelésre a gyulladási tünetek visszafejlődtek.

Bizonyos medúza fajokkal történő érintkezés után bőrtünetek gyakran előfordulnak, de hónapokkal a kontaktus után jelentkező vasculitis irodalmi ritkaság.

A betegbemutató az esetismertetés mellett röviden áttekinti a medúzacsípés által okozott gyakoribb bőr-és szisztémás tüneteket, valamint ismerteti a „mérges” medúza fajokat, azok földrajzi elterjedését, az elsősegélyt, a kezelést és a prevenciósi lehetőségeket.

Tóth Gyöngyi dr.<sup>1</sup>, Károlyi Zsuzsánna dr.<sup>1</sup>, Nagy Gabriella dr.<sup>1</sup>, Takács István dr.<sup>2</sup>, Matolcsy András dr.<sup>3</sup>:

**Primer cutan anaplasticus CD30 pozitív, nagy T-sejtes lymphoma** (Simmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Miskolc<sup>2</sup>; Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>3</sup>)

A szerzők egy differenciáldiagnosztikai nehézséget jelentő, konvencionális terápia számára nehezen hozzáférhető anaplasticus nagy T-sejtes lymphoma esetét mutatják be. Egy 48 éves férfi betegnél a bal orrnyílás alatt egy purulens váladékkal fedett, infiltrált plakk alakult ki. Később a laesio felhányt szélű torpid fekély alakult át és ráterjedt az orrszájra is. A folyamat kezdetben mycoticus infekció, Wegener granulomatosis, pyoderma gangrenosum, illetve extranodális NK/T-sejtes lymphoma nasalis típusának gyanúját vetette fel. A biopsziából végzett szövettani vizsgálat CD30 pozitív, ALK-1 negatív cutan anaplasticus nagy T-sejtes lymphomát igazolt. A staging vizsgálatok során szisztémás érintettséget nem találtunk. A jó prognózis ellenére a feltűnő lokalizáció miatt a betegnél szociális izoláció, depresszió alakult ki. A rapid progresszió, orrregebe és philtrumra való terjedés miatt polikemoterápia mellett döntöttünk. Kórházunk haematológiai részlegén 6 ciklus kemoterápiában részesült, melynek hatására a tumor regrediált.

A primer cutan anaplasticus nagy sejtes lymphomát több mint 75%-ban CD30 antigént expresszáló anaplasticus, pleiomorph vagy immunoblast morfológiájú tumorsejtek alkotják. Főleg felnőtteket érint és a nő: férfi arány 2-3: 1. A legtöbb beteg solitaer vagy lokalizált nodulussal, tumorral, esetleg papulával jelentkezik, melyek gyakran kifeléyesednek.

Az esetet a betegség ritka előfordulása, differenciáldiagnosztikai nehézsége miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

#### Irodalom:

1. Willemze R. és mtsai: WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas: A review. Blood. 2005; 105: 3768-85
2. Cerroni L., Gatter K., Kerl H.: An illustrated guide to skin lymphoma. Blackwell Publishing. 2004; 52-5

Vajda Adrienne dr.<sup>1</sup>, Lévay Bernadett dr.<sup>2</sup>, Tamás Róbert dr.<sup>2</sup>:

#### Sister Mary Joseph Csomó

(MH. Dr. Radó György Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati osztály<sup>1</sup>, Égés-plasztikai osztály<sup>2</sup>, Budapest)

A gyomorcarcinomák köldökben kialakult áttétét Sister Mary Joseph tünetnek tekinti a szakirodalom. Sister Mary Joseph asszisztens volt William Mayo mellett. Ő volt az, aki elsőként észlelte az összefüggést a köldökben megjelenő növedék és a hasüregi rákos folyamatok között. A szerzők 48 éves nőbeteg esetét ismertetik, kinek anamnézisében aranyeresség és kezelt hypertonia szerepel. Bőrgyógyászati vizsgálata előtt néhány héttel észlelt a köldökgyűrű bőrében két, panaszt nem okozó, borsónyi puha növedéket, melyek plasztikai sebészi excisioja történt. A szövettani vizsgálat pecsétgyűrűsejtes carcinomát igazolt. Kivizsgálása során hasi CT-vel a retroperitoneumban számos megnagyobbodott nyirokcsomó látszott. Gastroscopia történt. Az elvégzett biopszia igazolta az antrum és pylorus területének pecsétgyűrűsejtes malignus folyamatát. 2-3 hét múlva száraz köhögések jelentkeztek, étvágya romlott, fogyott, köldökben ismételt, a korábbihoz hasonló elváltozások jelentek meg. A mellkas röntgen ill. CT vizsgálata multiplex metastasisokat írt le. Nem sokkal ezután cardiorespiratoricus elégtelenségben elhunyt.

A gyomorrákok gyakran képesek áttétet adni a supraclavicularis un. Virchow nyirokcsomóba, ritkábban ad áttétet a petefészekbe. 140 éve írták le először a köldökben megjelenő primer gyomordaga-

nat áttétjét, melyet Sister Mary Joseph-ről neveztek el, megjelenése rossz prognózist jelent, többnyire vizszerális metastasisok megjelenését követően alakul ki

*Ócsai Henriette dr.<sup>1,2</sup>, Jakucs János dr.<sup>1</sup>, Varga Erika dr.<sup>2</sup>, Krenács László dr.<sup>3</sup>, Bagdi Enikő dr.<sup>3</sup>, Gyulai Rolland dr.<sup>2</sup>, Oláh Judit dr.<sup>2</sup>:*

**Leukaemia cutis B-sejtes chronicus lymphoid leukaemiában**  
(Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház-Rendelőintézet Dermatookológia Szakrendelés és Hematológia<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati- és Allergológiai Klinika<sup>2</sup>, Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány, Szeged<sup>3</sup>)

A szerzők egy 69 éves B-sejtes CLL-ben szenvedő férfibeteg kórtörténetét ismertetik, akinek 2005. augusztusában a sacralis régióban 6x3,5 cm nagyságú ulcerált tumor jelentkezett. Ezt megelőzően 1 évvel a bal gluteális területen herpes zoster zajlott.

Az immunhisztológiai vizsgálat CD79a+, gyengén CD20+, CD5+ és CD23+ B-sejteket igazolt. A csontvelő immunfenotipizálása során CD20+, CD5+, CD23+ és ZAP70+ B-sejteket lehetett látni. 4 ciklus fludarabin kezelés mellett a tumor regrediált. Az acyclovir terápia elhagyása után rövid időn belül recidíva lépett fel ugyanezen a bőrterületen. Ekkor irradiációban részesült a beteg, melyre teljes remisszió volt észlelhető.

Az irodalom szerint a herpes simplex illetve zoster helyén figyelhető meg elsősorban leukaemiás infiltráció a bőrben leukémiás betegekben. A kemo- illetve radioterápia a leukaemia cutis hatékony kezelése lehet, azonban a rekurrencia gyakori. A varicella zoster vírus infekció, mint etiológiai faktor lehetősége felmerül.

## Magyar Dermatológiai Társulat Szakdolgozói Szekció Absztraktok

*Németh Ilona:*

### **Orális allergiás szindróma (OAS)**

(SE Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Az OAS egy korai típusú, IgE-mediált allergiás reakció, amelyet az oropharyngeális mucosának a zöltségekkel, gyümölcsökkel, fűszerekkel való kontaktusa okozza. A tünetek az élelmiszerek elfogyasztását követően percekben belül megjelenhetnek, először az étellel érintett területeken, többnyire a szájnyálkahártya-éeggel, ajak- és torok viszketéssel, valamint ajak- és arcoedemával, ritkábban laryngeus oedemát is okozva. A helyi tüneteken kívül rhinoconjunctivitis is, valamint súlyosabb esetben nehézlégzés, gastrointestinalis tünetek, generalizált urticaria, néha anaphylaxiás shock is kialakulhat. Leggyakrabban előzőleg, évek óta pollenszenzibilizált, főleg nyírfa-, parlagfű-, fekete üröm- és pázsitfű pollenekre érzékeny betegek alakul ki

A pollenszenzibilizált betegek élelmiszer allergiájának halmozódása az utóbbi időben világszerte szembetűnő. Az inhalatív és nutritív allergének közötti keresztreakciók, részben botanikai családon belüli keresztreakciókra vezethetők vissza, azonban egymástól távoli fajok között is előfordulhat. Az OAS allergológiai vizsgálata a kiszámíthatatlan keresztreaktivitások miatt elengedhetetlen. A tünetek súlyossága, pollenosis időszaka megkívánja az in vitro vizsgálatokat. Míg a légúti allergiát igazoló in vitro eljárások – akár szűrőtesztek (pl. MAST-CLA), akár egyéb kvantitatív specifikus IgE meghatározások (pl. CAP-system) rutinszerűek, megbízhatók és egységesek, addig a jelenleg ismert zöltség-, gyümölcs- és fűszer érzékenység kimutatására kevés, kivitelezhető és megfizethető teszt áll rendelkezésre.

SE Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Központi Allergológiai Laboratóriumában 40 recidiváló urticaria ac. tüneteivel jelentkező, pollenszenzibilizált, OAS-ra gyanús beteg in vitro allergológiai vizsgálatát végeztük az esetleges pollen-élelmiszer keresztreaktivitások igazolására, előzőleg saját kérésre összeállított AllergenScreen (MEDIWISS Analytic, Moers) szűrőtesztel, amely egy olyan multiallergén kombinációk segítségével kialakított immunoblot eljárás, amely az emberi szérumban keringő allergén specifikus IgE-k semi-quantitatív meghatározására alkalmas.

Vizsgálataink során pollen-, zöltség- és gyümölcs allergénekre specifikus IgE jelenlétét betegeink 65 %-ban igazoltuk. Beteganyagunkban a leggyakoribb szenzibilizáló inhalatív allergén a parlagfű volt, majd ezt követték a pázsitfűvek, fekete üröm, és kamilla. Az élelmiszerallergének közül specifikus IgE jelenlétét leggyakrabban petrezselyem, sárgarépa, görögdiinnye és uborka esetében igazoltunk.

*Lángné Deák Katalin:*

### **STI betegségek növekvő tendenciája a VIII. BNG-ben 2000-2005 között**

(Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőr és Nemi beteg Gondozó, Budapest)

Az STI betegségek (Szexuális úton terjedő fertőzések) az elmúlt években ugrásszerűen megnövekedtek a VIII. kerületben is.

Téma választásom oka, hogy a Budapesten működő összes BNG STI betegforgalmának kb. 10-15%-át látjuk el a Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőrgondozójában. A munkánk során szerzett tapasztalataink alapján úgy vélem, nagyobb hangsúlyt kellene fordítani a nemi úton terjedő betegségek megelőzésére, a rizikó csoportok kiszűrésére, és a széleskörű felvilágosításra.

Sajnos az STI betegségek egyre fiatalabb korban jelennek meg. Ezzel egy időben növekszik a fel nem ismert, ezért kezeletlen esetek szövődésüként jelentkező betegségek száma is, mint pld. a meddőség, méhen kívüli terhesség, prosztata gyulladás, stb.

Meggyőződésem, hogy a megelőzésre fordított energia és pénz hosszabb távon megtérülne.

*Kosikné Vasas Judit, Sánta Csilla, Szabad Gábor dr.:*

### **Maggot terápia alkalmazása sebkezelési osztályon**

(Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A krónikus sebek kezelésében napjainkban reneszánszát éri a maggot-, vagy másnéven lárvaterápia. A lepedékkel, nekrotikus szövetekkel fedett fekélyek hatékony debridementje oldható meg a maggotokkal. A maggotok által termelt enzimek a kezelés során néhány nap alatt feloldják a nekrotikus szöveteket, tiszta sebalapot teremtetve ezáltal. Előadásunkban a sebfeltisztításban használt Maggot-terápia alapjait és a kezeléssel kapcsolatos eseteket mutatunk be.

*Sánta Csilla, Szabad Gábor dr.:*

### **V.A.C. terápia alkalmazása a modern sebkezelésben**

(Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Krónikus sebek kezelésének „fegyvertárában” újabb módszerek és kötszerek jelentek meg az elmúlt években. Ezek egyike a vacuum assisted closure (V.A.C.) vagy másnéven topical negative pressure therapy (T.N.P.). A tiszta alapú, sarjadásban lévő seb granulációját elősegítő módszert jelenleg széles körben alkalmazzák a sebkezelésben világszerte. Az alkalmazási indikációk sorában az elmúlt években jelent meg a félvastag graftok rögzítése is. Előadásunkban a V.A.C. módszer alkalmazásának alapjait és a kezeléssel kapcsolatos eseteket mutatunk be.

*Bársony Krisztina, Sánta Csilla, Szabad Gábor dr.:*

### **Manuális nyirokdrenázs kezelés szerepe lábszárfekélyek félvastag graft transzplantációjában**

(Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)



Öregedő társadalmunkban egyre gyakoribb probléma a krónikus sebek kezelése. A sebek kezelésében továbbra is az oki terápia a cél. Krónikus nyirokódéma talaján kialakult lábszárfekélyek esetén a komplex nyirokdrenázs kezelésnek kulcsfontosságú szerepe van a fekélyek félvastag graft transzplantációját követően is. Előadásunkban a félvastag graft transzplantációt követően végzett nyirokdrenázs kezelés alapjait és a kezeléssel kapcsolatos eseteket mutatunk be.

*Molnár Erzsébet:*

**„Adj szót fájdalomnak „, Gondolatok a daganatos betegek pszichés hátteréről**  
(Semmelweis Kórház, Bőrgyógyászati Osztály Mycológiai Laboratórium, Miskolc)

Magyarországon évről évre nő a malignus betegségben szenvedők száma és ezen belül a bőr rosszindulatú tumorainak előfordulása is. A kezelésben / gondozásban fontossá vált a holisztikus szemléletmód alkalmazása, melyben a pszichés megközelítést emeli ki a szerző.

Az előadó röviden ismerteti az életminőség változását a beteg részéről, majd a lelkigondozó feladatát és azt, hogy hogyan lehet megközelíteni a beteget az Elisabeth Kübler-Ross által ismert „gyászreakció” fázisain keresztül.

A segítő beszélgetés eszközei hogyan hatnak a betegre, ill. a segítő beszélgetés alatt az adott lelki jelenségekre hogyan tud reagálni a mentálhigiénikus. Milyen emocionális hatásokkal kell szembenézni a segítőnek.

*Gyurita Beatrix:*

**Az ápoló szerepe a psoriasis vulgaris korszerű kezelésében**  
(Pécsi Tudományegyetem, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A psoriasis vulgaris krónikus, gyulladásozó bőrbetegség, mely a magyarországi lakosság 1-3%-át érinti.

Az utóbbi évtizedekben a psoriasis terápiája számos új lehetőséggel bővült. A helyi kezelések mellett a fényterápia, a szisztémás kezelések illetve ezek kombinációi is egyre nagyobb szerepet kapnak.

A legújabb eljárások az ún. biológiai válaszmódosító terápiák további lehetőséget adnak az egyéb kezelésre rezisztens betegek számára a tünetmentesség eléréséhez. Ezek a gyógyszerek a psoriasis kialakulásában vezető szerepet játszó TNF alfa, T-sejt adhézió és antigén prezentáló sejtek szintjén avatkoznak be és blokkolják a gyulladásozó folyamat kialakulását.

Az új eljárások ápolói teendőinek ismerete nélkülözhetetlen a psoriasisos betegek sikeres kezeléséhez.

Klinikánkban a biológiai terápiák közül az Infleximab (RemicadeR) és az Efuzilumab (RaptivaR) készítményeket alkalmazzuk. Előadásomban az ezzel kapcsolatos ápolói feladatokat szeretném ismertetni.

*Varga Krisztina:*

**Az ápolók érzései a reménytelenül beteg emberekkel kapcsolatban A FAL**  
(Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház Bőrgyógyászati osztály, Szekszárd)

Napjainkban sajnos egyre gyakoribb, hogy a haldokló betegek mellett utolsó perceikben szeretteik helyett egészségügyi dolgozók állnak.

Azok, akik olyankor egész szívükkel és lényükkel állnak ott a beteg mellett, ismerik az élet egyik legnagyobb titkát: a szeretetet, mely nem más, mint ott lenni és törődni valakivel.

Vajon milyen szerepet játszik a halál az élőknek? És azok az emberek akik munkájuk során nap mint nap szembesülnek a halál jelenségével? Mennyire befolyásolja az életüket? Vajon ez a tény megváltoztatja-e a halálhoz való viszonyukat?

Vizsgálatom célja feltárni az ápolók ezen érzéseit, reakcióit, gondolatait.

*Nagy Kamilla dr.:*

**Mit tegyünk, hogy a veszélyes üzemben ne legyünk veszélyben?**  
(SZTE Szent –Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Kórházhygiénés Osztály, Szeged)

Az egészségügyi személyzet szúrásos-, vágásos sérülései megelőzésének olyan nagy a jelentősége, hogy erre fokozott figyelmet kell fordítani mindannyiunknak a jövőben!

Az injekciós és sebvarrótűk, a kanülök vagy érkatéterek, a szikepenge, a fogók, vésők és egyéb kézi műszerek közvetlenül érintkeznek a betegek vérével. Ezek a véres eszközök megszúrhatják, vagy elvághatják a dolgozók kezét. A sérülések következménye olyan vér útján terjedő, életveszélyes fertőzés is lehet, mint a hepatitis vagy az AIDS.

A fertőzés kialakulása több tényezőtől függ.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy sérülésveszélynek az ápolószemélyzet van legjobban kitéve.

Nézzük meg tehát, milyen lehetőségeink vannak a prevencióra!

*Bakóné Bodnár Katalin:*

**A fekvőbeteg szakellátás finanszírozása**  
(Debreceni Egyetem OEC Bőr és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

A fekvőbeteg szakellátásban dolgozó emberek számára központi kérdéssé vált a finanszírozás.

Magyarországon 1993-óta alkalmazzuk a HBCS rendszerű teljesítményarányos finanszírozást, ekkor váltotta fel az outputfinanszírozás az input-bázisfinanszírozást.

A HBCS az aktív kórházi ápolási esetek olyan osztályozási rendszere, amelyben a csoportképzés alapja az orvos szakmai azonosság mellett a ráfordítás-igényesség homogenitása.

Előadásomban szeretném bemutatni a magyar egészségügyi finanszírozási rendszerét, a homogén betegcsoportok (HBCS) ismertetését, a legfontosabb betegcsoportokat, valamint finanszírozási kategóriákat. Előadásom végén pedig megnézzük a HBCS alapú finanszírozás pozitív és negatív vonásait.

*Szabóné Juhász Julianna:*

**Fertőző nemi betegségek előfordulása a VIII. BNG – ben, különösen a prostituáltak és a homoszexuálisok között.**  
(Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőr és Nemi-beteg Gondozó, Budapest)

Nemi beteg Gondozónkban mind a prostituáltaknál, mind a melegeknél nagy számban fordulnak elő a klasszikus nemi betegségek.

Előadásomban vizsgálom:

– az előfordulásuk gyakoriságát,

– a megbetegedések okait,

– e két veszélyeztetett csoport szexuális magatartását,

– feltárom az eddig végzett és folyamatban lévő prevenciók munkánkat,

– megosztom gondozónői tapasztalatainkat.

Előadásommal szeretném felhívni a figyelmet a Nemi beteg Gondozók munkájának fontosságára, nehézségeire, és nem utolsósorban bemutatni saját eredményeinket.

*Prekup Tímea:*

**Az ápoló szerepe a lábszárfekélyes beteg oktatásában**  
(Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Bőr és Nemi beteg Gondozó Intézet, Budapest)

Az egészségügyi egyik legjelentősebb feladata a betegoktatás, melyben rendkívül fontos szerepet vállalnak az ápolók. A beteggel az egészségügyi szakemberek közül ők töltik el a legtöbb időt, velük van a legszorosabb kapcsolatban. A szakképzett személyzet az, aki felméri a páciens ápolási, oktatási szükségleteit és kompetenciáján belül ellátást nyújt a betegnek, valamint tájékoztatja betegségével, kezelésével kapcsolatban. Az ápoló által nyújtott tájékoztatás megerősíti a beteg gyógyulásba vetett hitét, valamint az egészség helyreállítása, megőrzése irányába tett törekvéseit. Emiatt elenged-

hetetlenné válik kommunikációs készségük fejlesztése és a betegoktatás tökéletesítése. Munkám során gyakran tapasztalom, hogy a láb- és kézfelekben szenvedők ismerete betegségükkel, kezelésükkel kapcsolatosan hiányos. Előadásom a páciens tájékoztatási szükségletéről, betegoktatási módszerekről, időtartamáról, valamint a hozzátartozók bevonásával kapcsolatos tapasztalataimról szól.

*Szabó Judit:*

**Daily dose rendszer szerinti gyógyszerelés számítógépes nyilvántartása a DE OEC Bőr- és Nemikórtani Klinikán**  
(DE OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

A szerző bemutatja a helyi számítástechnikai rendszert, a MedSolution integrált egészségügyi szoftvert, mely jelenleg a legtöbb klinikán elsősorban az orvosszakmai adminisztrációt segíti. Ezzel készül a kórlap, a műtéti leírás, a zárójelentés, de a betegellátás adminisztrációja és kötelező adatjelentése is.

A szoftver rendszerbe beépíthető modulok közül elsőként a Gyógyszertári ill. a Gyógyszerezési modul kerültek bevezetésre. A Gyógyszertári modul lehetővé tette a klinikák és az Egyetemi Gyógyszertár közötti on-line kapcsolatot, ezáltal a klinikák a MedSolution rendszert használva tudják elküldeni a Gyógyszertár felé a gyógyszerigényléseiket. Ezzel lehetőség nyílt arra, hogy már az igénylés pillanatában ismertté váljon a klinikát terhelő gyógyszerköltség. Ez a modul az egyetem összes klinikáján működik.

A Gyógyszertári modul bevezetését követően megfogalmazódott az igény, hogy a klinikára beérkező gyógyszerek útja nyomon követhető legyen egészen a betegágyig. Felismertük, hogy a számítógépes rendszer gyógyszerelésben történő alkalmazása távlatilag lehetőséget teremtene a gyógyszerelés zárttá, pontosan dokumentálhatóvá tételére, a raktárkészlet naprakész nyilvántartására és a betegágy melletti gyógyszerelésre. 2001-ben Klinikánk vállalta, hogy az üzemeltetővel közösen megvalósítja a program gyakorlati használhatóvá tételét. Az így kialakított Gyógyszerezési modul 2005-ben került bevezetésre, segítségével megvalósult a computerizált betegágy melletti gyógyszerelés.

Tárgyi feltételek: vezeték nélküli hálózati és hardver eszközök (Linksys rádiós hálózat, notebook), guruló állvány. Ezek használatával lehetővé vált a beteggyógyszerelés elektronikus nyomonkövetése közvetlenül a betegágy mellett: a vizit során azonnal. On-line módon rögzítik az adatokat, majd a rendszerből legenerált gyógyszerkiadási lista alapján megtörténik a tényleges gyógyszerkiadás.

A tapasztalatok alapján elmondhatjuk, hogy a gyógyszernyilvántartás papír alapú ügyvitelakár teljes mértékben elhagyható is lehet és a számítógépes rendszer segítségével hatékonyan helyettesíthető.

Összességében tehát elmondhatjuk, hogy a Gyógyszertári modul és a Gyógyszerezési modul összekapcsolásával és alkalmazásával megvalósult a gyógyszer útjának betegágyig történő nyomonkövetése, amely egy igen hatékony eszköznek ígérkezik a gyógyszerbiztonság növelésére és a fölösleges gyógyszerköltségek visszaszorítására.

*Tarné Czifák Krisztina:*

**„Venereus helyzetkép Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyében”**  
(Jósa András Oktató Kórház Bőr- Nemibeteg gondozó Intézet Nyíregyháza)

A szerző Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye venereus helyzetének értékelését mutatja be 2001-2005 években a következő szempontok alapján:

1. STD-s esetek: Nemek, korcsoport és diagnózis szerinti megoszlás.
2. Gonorrhoea esetek: Nemek, korcsoport és diagnózis szerinti megoszlás.
3. Syphilis esetek: Nemek, korcsoport és diagnózis szerinti megoszlás.

A szerző Magyarország legkeletibb (Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye) és legnyugatibb (Vas Megye) megyéjét hasonlítja össze STD szempontjából. A gonorrhoea esetében mindkét megyében csökkenő tendencia mutatkozik. Ezzel ellentétesen alakul a syphilis esetek száma, amely évről évre növekszik szintén mindkét megyében. A két megye között ezen megbetegedések számának alakulásában

szignifikáns eltérés tapasztalható. Felmerül a kérdés: „Befolyásolja-e a megye földrajzi elhelyezkedése, gazdasági-szociális helyzete ezen esetek számának alakulását?”

*Lakatosné Varga Marianna, Ungi Lászlóné:*

**Az ápoló szerepe a psoriasis vulgarisban szenvedő betegek biológiai terápiájának alkalmazása során, különös tekintettel a Remicade terápiára**

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Magyarország lakosságának megközelítően 2%-át érinti a psoriasis vulgaris krónikus bőrgyulladásos betegség. A súlyos psoriasis kezelésben hagyományos terápiák mellett egyre nagyobb szerepet kapnak a biológiai szerek. Klinikánkon az utóbbi időben a súlyos psoriasisos betegek ellátásában a Remicade (infliximab) kezelés is bevezetésre került.

A kezelés sikeres kivitelezésének egyik elengedhetetlen feltétele a speciális ápolói teendők elsajátítása. A szerzők saját tapasztalataik alapján mutatják be az új kezelés gyakorlati kivitelezését.

*Berendiás Imréné:*

**Betegtájékoztottság vizsgálata az anyajegyekkel kapcsolatban, különös tekintettel a bőrdaganatokra**

(Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztálya, Kaposvár)

A bőrdaganatok előfordulása az utóbbi 10 évben ugrásszerűen megemelkedett. Kialakulásának szempontjából a bőrtípus, a napfény, elsősorban az UVA sugárzás bír elsődleges jelentőséggel. Előfordulásának gyakorisága, és főként halálos kimenetelének aránya a megfelelő felvilágosítással és korai felismeréssel lényegesen csökkenthető lenne. A szerző jelen munkájában vizsgálta a lakosság bőrtumorok kialakulásával, és felismerésével kapcsolatos ismereteit.

Felmérése alapján megállapítható, hogy a tumorokkal kapcsolatos ismeretek hiányosak, így késői tünetekkel jelennek meg orvosnál.

A fényvédelmet elméletben ismerik, de a mindennapi gyakorlatban nem alkalmazzák.

A szolárium megítélése: „nagyon ártalmatlan”. A médiában elhangzó információk értékelése nem megfelelő. Összességében megállapítható, hogy a feltárt hiányosságok pótlása még számos feladatot jelent.

*Széllné Andóczy-Balog Mónika, Magony Mónika:*

**„Az ápolók betegsége a kiégés-szindróma”**

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az egészségügyi és szociális intézményekben dolgozók körében előforduló egyik komoly mentális probléma a burnout, azaz kiégés-szindróma. Főleg az ápolókat veszélyeztető betegséggel mind többen küzdenek, miközben a prevenció és rehabilitáció még gyermekcipőben jár. A betegség veszélyei alapvetően a munkahelyi légkör, a munkatársak közötti nem megfelelő információáramlás és az egyéni konfliktuskezelési hajlam eltéréseinek összességéből erednek. A segítők munkájuk során folyamatosan beteg, ápolásra szoruló egyének közt mozognak, akikkel a kapcsolattartás speciális, nagyfokú empátiás képességet igényel. Az ehhez társuló fizikai megterhelés és túl sok stresszhatás hosszú távon megakadályozza az ápolók lelki-szellemi rehabilitációját, és érzelmi kimerültséghez, elszemélytelenedéshez vezethet. A prevenció legfontosabb eszköze az általános motiváció, és a személyes motiváció. Az intervenció a beavatkozási stratégiák és technikák elsajátítása a segítő részére. A krízisintervencióban legfontosabb a burnout-szindróma öndiagnózisa, a segítő szakmában időnként meg kell állni és megfogalmazni: milyen motiváció tart a pályán és mit jelent a segítség? Hogyan látnak engem a kliensek, és hogyan a kollégák? A kiégés fenti szakaszaiban hol tartok?

A szegedi bőrklinikán értő figyelemre talált a kiégéssel kapcsolatos észrevételünk. Engedélyt kaptunk, hogy kérdőíves módszerrel felmérjük, milyen helyzetben vannak az itt dolgozó orvosok, szak-

dolgozók, diplomások, egyéb dolgozók. Bízunk benne, hogy ez a felmérés nem csak egy elvégzett feladat, hanem egy ajtó kollégáink segítségéhez.

*Vüncs Ferenc Imréné:*

**Az ulcus cruris lokális kezelése a gazdaságosság és a komfort érzet tükrében**

(Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztálya, Kaposvár)

Napjainkban az ulcus cruris csaknem „népbetegségnek számít”.

Az idős lakosság 1-2%-a szenved a megbetegedésben. Az életmód és társadalmi megterhelés mellett számos társadalmi megterhelést is jelent a megbetegedés (táppénz, rokkantosság, helyikezelés költségei).

Vizsgálatom során a lábszárfekély nedves és hagyományos kezelési módjait hasonlítom össze a gazdaságosság és a beteg komfortérzetének tekintetében. Ennek eredményeként megállapítható,

hogy a váladékozó fekélyek feltisztításának a kivételével a nedves kezelési eljárás bizonyult gazdaságosabbnak. A modern sebfelek alkalmazásával a hagyományos kezelési módok költségei is csökkenthetők.

A komfortérzet tekintetében a seb gyógyulás minden fázisában a modern sebkezelés a kedvezőbb a betegek megítélése szerint. A vizsgálat során tapasztaltak szerint a nedves sebkezelés alkalmazása során enyhébb fájdalmat jeleztek a páciensek.

A betegtájékoztató felmérés alapján kielégítőnek éreztem, de a betegek nem rendelkeznek minden esetben a „szabad” kezelés-választás lehetőségével.

A kongresszus programját és az absztraktokat a nagygyűlést szervező MOTESZ bocsátotta a szerkesztőség rendelkezésére. A „Kongresszus Szervező Bizottság” által megállapított határidő után érkezett absztraktokat közzé tenni nem tudtuk.

*Szerkesztőség*

Elfogadott vagy megjelent tudományos közlemény (**lektorált folyóiratban**) első szerzője 30, társszerzője 10 továbbképzési pont jóváírására jogosult 52/2003 (VIII. 22.) Esz CsM rendelet melléklete szerint.

*Szerkesztőség*

## A SZERZŐK NÉVSORA / AUTHORS INDEX

- A**  
 Altmayer A. 267  
 Asbóth D. 283
- B**  
 Bagdy E. 267, 272, 291  
 Bakóné Bodnár K. 292  
 Baló-Banga J. M. 282, 286  
 Balogh A. 269, 283  
 Bánfalvi T. 277, 284  
 Bánhegyi G. 269  
 Bársony K. 291  
 Bata-Csörgő Zs. 269, 270, 273, 283, 286, 287  
 Batyányi Z. 271, 272, 277  
 Belső N. 283  
 Berendiás Imréné 293  
 Bihari I. 281  
 Bikszádi I. 284  
 Biró T. 270  
 Bodnár E. 277, 284  
 Borbély J. 281  
 Borbola K. 284  
 Boros-Gyevi M. 279  
 Böttcher A. 282  
 Burián Zs. 284
- CS**  
 Csáki G. 284  
 Csete B. 278  
 Csitos Á. 270  
 Csomor J. 280  
 Csősz J. 272, 288  
 Csuth Á. 269
- D**  
 Dallos A. 287  
 Daróczy J. 280  
 Dezső B. 269, 270  
 Dobozy A. 269, 283, 287  
 Dósa P. 273  
 Dózsa A. 270  
 Dudás M. 273
- E**  
 Együd K. 273  
 Emri G. 269  
 Eördögh I. 282  
 Erdei I. 280  
 Erős N. 280
- F**  
 Fábos B. 271  
 Farkas A. 272  
 Farkas B. 281
- Fekete Gy. L. 279, 285  
 Fekete J. E. 285  
 Földes K. 276  
 Fűrész J. 282
- G**  
 Gaál M. 270  
 Gál M. 269, 271  
 Ganovszky E. 280  
 Garay G. 278, 285  
 Gilde K. 277, 284  
 Góbor L. 284  
 Gulyás M. 270
- GY**  
 Gyulai R. 277, 279, 283, 291  
 Gyurita B. 292
- H**  
 Halmy K. 273  
 Hadzsiev J. 277  
 Hársing J. 267, 272, 276, 280, 288  
 Herédi E. 277  
 Hidvégi B. 282  
 Hodosi B. 278  
 Hoffmann G. 281  
 Horkay I. 269, 282, 283, 284  
 Hudacsek K. 286  
 Hunyadi J. 268, 269, 272, 277, 280, 281, 284, 286  
 Husz S. 270, 279, 287  
 Hüttl K. 280
- I**  
 Illés K. 269
- J**  
 Jakucs J. 291  
 Jánosi I. 281  
 Jedlinszki M. 270  
 Juhász A. 269, 286  
 Juhász E. 284  
 Juhász I. 280  
 Juhász Zs. 286
- K**  
 Kálló A. 278  
 Kapitány K. 279  
 Károlyi Zs. 270, 271, 276, 289  
 Kárpáti S. 267, 269, 272, 273, 280, 282
- Kásler M. 284  
 Katona E. 283  
 Kemény L. 268, 269, 270, 271, 273, 279, 283, 286  
 Kenderessy Sz. A. 287  
 Kinyó Á. 286  
 Kis K. 288  
 Kis P. 283  
 Kiss A. 272  
 Kiss B. 284  
 Kiss E. 279  
 Kiss M. 270, 287  
 Kiss-László Zs. 286  
 Kiszely P. 276  
 Knobler R. 268  
 Kocsis L. 272  
 Kohajda M. 283  
 Kohánka V. 268  
 Kormos B. 287  
 Korom I. 270, 271, 273, 277  
 Korting H. Ch. 267  
 Kosikné Vasas J. 291  
 Kosztolányi G. 272, 278, 287  
 Kovács A. 289  
 Kovács T. 271, 272  
 Köbling T. 269  
 Ködmön Cs. 270  
 Krenács L. 272, 284, 291  
 Kunos Cs. 287  
 Kutasi Zs. 271, 277
- L**  
 Laczó A. 271, 272, 278  
 Lakatosné Varga M. 293  
 Lakosi F. 277  
 Lángné Deák K. 291  
 Lengyel E. 276  
 Lengyel Zs. 272, 287  
 Lévy B. 289  
 Liszkay G. 277, 284  
 Ludwig E. 278  
 Lukács P. 280
- M**  
 Magony M. 293  
 Mandl J. 269  
 Mareczky Zs. 272, 281, 288  
 Mari B. 278, 287  
 Marius Imirie 285  
 Markó L. 282  
 Marschalkó M. 267, 272, 273
- Masszi T. 272  
 Matolcsy A. 276, 289  
 Mihályi L. 270, 273  
 Mikó I. 269  
 Mohos G. 279  
 Molnár E. 292  
 Molnár K. 288  
 Mónus Á. 284  
 Mórocz I. 271
- N**  
 Nagy E. 272  
 Nagy F. 286  
 Nagy G. 289  
 Nagy I. 288  
 Nagy K. 272, 276  
 Nagy Kamilla 292  
 Nagy L. 270  
 Nagy N. 269  
 Német T. 286  
 Németh I. 291  
 Németh K. 287  
 Németh R. 271, 273  
 Noll J. 283, 288  
 Nyíró I. 271
- O, Ó**  
 Oanta A. 279, 285  
 Ócsai H. 277, 291  
 Oláh J. 271, 276, 277, 291  
 Orsó E. 282
- Ö**  
 Ötvös R. 286
- P**  
 Pálfi Zs. 267, 273  
 Papp A. 277  
 Paragh Gy. 269, 282  
 Pecze T. 276  
 Pivarcsi A. 287  
 Plótár V. 277, 284  
 Pokol E. 288  
 Polyánka H. 286, 287  
 Pónyai Gy. 282  
 Pónyai K. 267  
 Prekup T. 292
- R**  
 Rác A. 280  
 Rédling M. 280  
 Rejtő L. 272  
 Remenyik É. 269, 270, 271, 272, 283, 284, 288, 290

Rempört Á. 276  
Réti M. 272

## S

Sánta Cs. 291  
Schmidt E. 277  
Schmitz G. 282  
Scholtz B. 269  
Schweitzer K. 282  
Siklós K. 288  
Simon M. 273  
Simola M. 279  
Simon Gy. 281  
Somlai B. 276  
Sonkoly E. 269  
Sós A. 279

## SZ

Szabad G. 281, 287, 291  
Szabó Á. 283, 288  
Szabó É. 286  
Szabó Judit 293

Szabó K. 288  
Szabóné Juhász J. 292  
Szakos E. 284  
Szalai Zs. 283, 288  
Szalay Cs. 271  
Szántó H. 281, 288  
Szász O. 289  
Szegedi A. 269, 277, 284  
Szegedi K. 269  
Széll M. 269, 283, 286,  
287  
Széllné Andóczy-Balog M.  
293  
Szepes É. 273, 278, 287,  
289  
Szigeti Á. 272  
Sziray Á. 271, 276  
Szitkay S. 280  
Szládek Gy. 271, 288  
Szolyka G. 273  
Szőke J. 277

## T

Takács I. 276, 280, 289  
Tamás I. 289  
Tamás R. 289  
Tamáska P. 276  
Tarné Czifák K. 293  
Temesvári E. 282  
Torma K. 283  
Tóth B. 270  
Tóth Gy. 270, 289  
Tóth V. 272  
Török L. 276, 281, 288

## U

Ugocsai P. 282  
Ujfaludi A. 280  
Ungi Lászlóné 293

## V

Vajda A. 286, 289  
Vámosi-Nagy I. 284

Vanczák V. 283, 286  
Varga E. 270, 277, 291  
Varga J. 279  
Varga K. 292  
Varga V. 269, 272, 283  
Varju G. 278, 285  
Várkonyi V. 267, 273  
Vereczkey I. 277  
Veres G. 279  
Veres I. 284, 289  
Veress I. 286  
Vizi M. 271  
Vüncs Ferenc Imréné 294

## W

Wikonkál N. 269, 280, 282  
Wunderlich L. 269

## Z

Zibotics H. 289  
Zouboulis Ch. 270

*Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, nemikórtani és  
Onkodermatológiai Klinika  
(megbízott vezető: Dr. Kovács Bálint egyetemi tanár)*

**Krompecher Ödön professzor halálának 80. évfordulójára  
To the 80th anniversary of the death of Professor Ödön Krompecher**

SCHNEIDER IMRE DR.

**ÖSSZEFOGLALÁS**

A szerző az 1870-ben született kitűnő pathologus, Krompecher Ödön halálának 80 éves fordulójára emlékezik. Krompecher már medikus korában a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Pertik Ottó professzor vezette II. sz. Kórbonctani Intézetbe járt be és a sejtosztódással, annak formáival foglalkozott. A századforduló legelején elnyert ösztöndíjjal Párizsban és Berlinben töltött több mint egy évet tudományos intézetekben. Barátjával Beck Soma professzorral a bőrcarcinomák szerkezetét kezdte el kutatni és 1901-ben elnyerték a hamburgi P. G. Unna által kitűzött 600 DM.-ás első díjat, Krompecher legjelentősebb munkája „Der Basalzellenkrebs” címen 1903-ban jelent meg. Pertik Ottó professzor halála után 1914-ben a II. sz. Kórbonctani Intézet igazgatója, majd 1915-ben a Magyar Tudományos Akadémia tagja lett.

**Kulcsszavak:**

**Krompecher Ödön - carcinoma basocellulare  
- sejtosztódás**

**SUMMARY**

The author remember to the 80th anniversary of the outstanding pathologist Ödön Krompecher. As a young medical student Ödön Krompecher went in to work to the II. Pathological Department conducted by Prof. Ottó Pertik. Beside the routine duties he studied the different forms of cell division. At the beginning of the turn of the century, in 1901 he had the possibility with the help of state-owned scholarship to spend more than one year in different scientific institutes at first in Paris and Berlin. He began to analyse with his friend Dr. Soma Beck the different forms of skin carcinomas. As a consequence of this work they won the first price offered by Prof. P. G. Unna in Hamburg with the value of 600.- DM. Among others dr. Krompecher's most important work appeared with the title: „Der Basalzellenkrebs” by which he met a world-wide reputation. After the death of Prof. Pertik he became in 1914 the chairman of the II. Pathological Department in the University of Budapest and then the member of Hungarian Academy of Sciences. He died in 1926.

**Key words:**

**Ödön Krompecher - carcinoma basocellulare  
- cell division**

A 19. századra esnek a nagy természettudományos felfedezések: szerves vegyület(ek) és ezen túl az analin festékek szintetizálása, az optikai rendszerek-, fényképezés módszerének kidolgozása, a finommechanika alapjainak létrejötte, az élettan (Magendie, Claude Bemard), kórtan-, majd az allergológia, kór(szövettan) (Virchow), bakteriológia, pharmacologia stb. fokozatosan önálló tudományággá való fejlődése. Mindezek biztosították a nagy felismerésekhez, felfedezésekhez való alapot, ahhoz, hogy a 19. század utána 20. század az orvostudomány területén is óriási előrehaladást hozhasson. Egyáltalán nem meglepő, hogy ilyen praktikus háttér mellett mind az elméleti orvostudomány, pl. a kórtan, pathologia, mikrobiológia, stb., valamint a klinikumok: sebészet, szülészet, tüdőgyógyászat, bőrgyógyászat területén nagy egyéniségek tudtak „kinőni”, jelentőset tudtak alkotni a betegségek megelőzése (dezinficiálás, sterilizálás, vaccinatio, stb.), ill. a beteg-

ségek gyógyítása (chemoterapeutikumok, antibiotikumok, stb.) vonatkozásában egyaránt. Akik ebben az időszakban végezték egyetemi tanulmányaikat s szélesebb perspektívával bírtak, azok „megfertőződtek” a szinte korlátlan lehetőségektől s a szorgalmas munkával párosult causalis gondolkodásuk nagyon sok területen kiemelkedő fontosságú felfedezést hozott.

Ezek közé a fiatalok közé tartozott Krompecher Ödön is, akit lebilincsel a természettudományok eruptív fejlődése és a tehetséges, szorgalmas, fiatalember már mint medikus hosszú órákat töltött kutatómunka végzésével.

Krompecher 1870-ben Poprádon (ma: Szlovákia) született és a természettudományok iránt érdeklődő fiatalember Miskolcon, ill. Iglón töltötte gimnáziumi éveit és utóbbi helyen érettségizett. Ezt követően a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Orvosi fakultására iratkozott be, ahol 1894-ben mindvégig eminens eredménnyel letett

vizsgálata után szerezte meg a diplomáját. Mint medikust érdekelték az akkor erőteljes fejlődésben lévő, számos kórokozó felfedezését hozó bakteriológia és a különböző szerves vegyületek, festékek használata révén ugyancsak újabb és újabb eredményeket hozó kórszövettan; ez az időszak volt az, amikor a virológia, majd az allergológia erőteljes fejlődést mutatott. Erre a periódusra esett a természettudományos gondolkodás erőteljes kibontakozásának a kezdete, amikor számos tudományos felfedezés hatalmas lendületet adott az orvostudomány fejlődésének. Ez a századforduló körüli időszak volt az, amikor a Virchow (1821-1902) által megtestesített morfológiai szemlélet mellett a Magendie F. (1783-1855) képviselte kísérletes élettan és a tanítványa, Bernard Claude (1813-1878) általi experimentalis kórtan kezdett kibontakozni. Részben a kettő egymásra hatásából alakult ki az a szemlélet, hogy a fizikai és kémiai tudományok alapot adnak az élettannak. A morfológusok mind inkább tekintetbe vették a működést, a functionalis kórtörténeteket, de az élettannal foglalkozó kollégák és klinikusok realizálták azt, hogy a szervezetben lezajló folyamatok, összefüggések – ép és kóros körülmények között – nem érthetők meg a morfológiai egységek alapos, mikroszkópos méretű részletes ismerete nélkül.

Krompecher Ödönt az érdeklődése a II. sz. Kórbontani Intézetbe vezette, amelynek Pertik Ottó professzor volt a vezetője, akinek különös érdeme az, hogy a bakteriológiát intenzíven művelte. Pertik kitűnő értője volt annak a módszernek, hogy mi módon lehet a tehetséges fiatalokat kiemelni és a tudományos munkába érdekeltté tenni; a II. sz. Kórbontani Intézetben dolgoztak pl. Beck Soma, Krompecher Ödön, Ángyán János, Huzella Tivadar, Rusznyák István, Vidakovich Kamilló, Verebély Tibor, Preisich Kornél, stb., akik kivétel nélkül mind tanszékvezető egyetemi tanárok, iskolateremtők lettek és nem egynek a tudományos tekintélye és híre az ország határán túl terjedt (1).

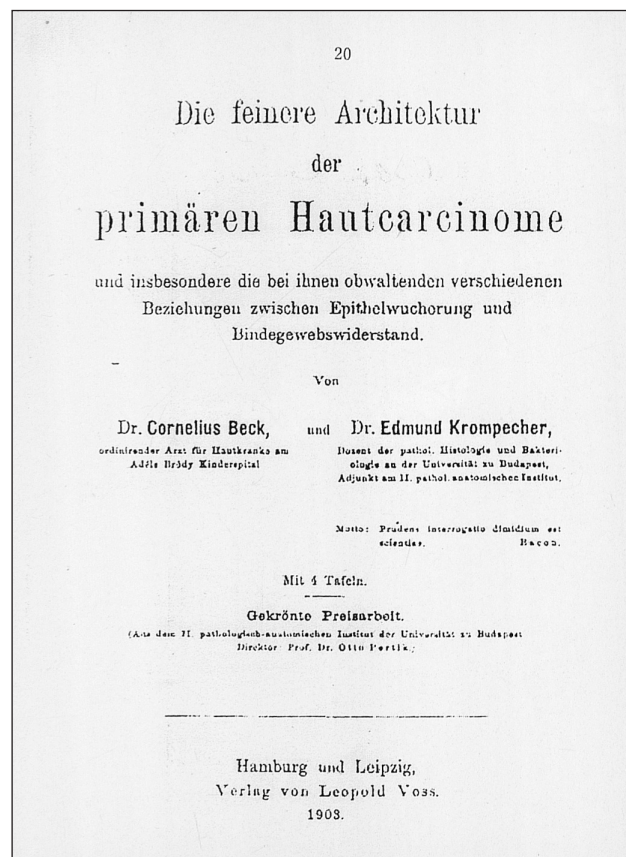
A fiatal orvos Krompecher Ödön szorgalmasan járt be Pertik Ottó intézetébe és elsősorban a daganatos és embrionális szövetekben a multiplex indirekt sejtosztódással foglalkozott; ennek a munkának az eredményeit Pertik Ottó Waldeyer H. (Pertik O. prof. egykori strassburgi főnöke), a Német Anatómiai Társ. elnökének mutatta be, aki annyira nagyra értékelte a munkát, hogy Krompechert Baselbe az Anatómus Társaság (9). Nagygyűlésére hívta meg előadás tartása céljából. A szerző 1895. áprilisában nagy sikerrel tartotta meg előadását és még ebben az évben, 1895-ben jelent meg a „Die mehrfache indirekte Kernteilung” c. monográfiája Wiesbadenben Bergmann J. F. kiadásában. Ebben a munkájában a szerző felhívta a figyelmet arra, hogy az indirekt sejtosztódás három különböző formában tud lezajlani. Leírta többek között azt is, hogy a többszörös sejtosztódás nem feltétlenül kóros jelenség, mivel ezek mind az embrionális szövetekben, mind felnőttekben a vérképzőszervekben is előfordulnak. Pathológiás viszonyok között többszörös sejtosztódás fordul elő a malignus daganatokban.

1901-ben Krompecher állami ösztöndíjat kapott, amelynek a révén lehetővé vált számára, hogy több mint egy

évet Párizsban, ill. Berlinben tölthetett tudományos intézetekben. A fenti időszakból 9 hónapot a Pasteur Intézetben töltött el, ahol az experimentalis tuberculozissal foglalkozott. Az ott befejezett munkája „Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux par la méthode de Landerer et sur la virulence des bacilles tuberculeux” címmel az Annales de l'Institute Pasteur-ben jelent meg.

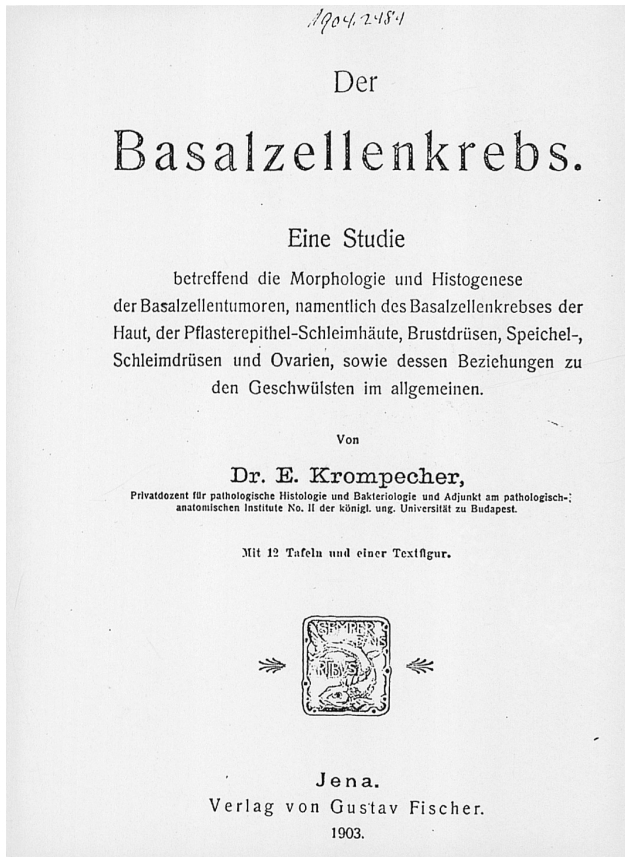
1898-ban Krompecher Ödön, barátjával Beck Soma dr.-ral a bőrcarcinomák kórszövettanát kezdte vizsgálni és a „Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand” c. munkájukkal 1901-ben elnyerték a hamburgi P. G. Unna által kitűzött 600.- DM pályadíjat. A könyv (Beck C. und E. Krompecher) a fenti címen 1903-ban jelent meg (Verlag von L. Voss, Hamburg und Leipzig) (1. ábra).

A budapesti Orvoskar 1902-ben Krompecher Ödönt magántanárrá habilitálta, 1910-ben elnyeri a címzetes rendkívüli, 1912-ben pedig a nyilvános rendkívüli tanári címet. Krompecher legjelentősebb munkája „Basalzellenkrebs” címen 1903-ban jelent meg (6) Jenában (G. Fisher Verlag) (2. ábra) és tartotta magát a korábban adott elnevezéshez: carcinoma basocellulare, ulcus rhodens Krompecheri. A munka nagy elismerést váltott ki és itthon a Magyar Orvoskamara díját nyerte el a munkájával. A carcinoma ba-



1. ábra

„Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome...”  
című, Beck Soma doktorral írt munkája  
(Verlag L. Voss, Hamburg, 1903)



2. ábra  
„Der Basalzellenkrebs” c. munka  
fedőlapja  
(Verlag G. Fischer, Jena. 1903)

socellulare-val kapcsolatos történet előzménye és inspirálója valószínűleg az a tény volt, hogy *Krompecher* 1896-ban egy 48 éves nőbeteg bal emlőbimbójából kiinduló daganat vizsgálatát végezte. A szöveti szerkezet vizsgálata során az *endothelioma*, *carcinoma* és *sarcoma* lehetőségei jöttek szóba. A szerző vizsgálatai derítették fényt arra, hogy a daganat az epidermis alsó sejtsorából származott. Felismerte *Krompecher* azt is, hogy hasonló daganatok fordulnak elő a legkülönbözőbb testrészekben: arcon (füleken, orrháton, homlokon, szemhéjon) és másutt. Ezek a daganatok, a többi, pl. az elszarusodó rákokkal szemben, másképpen viselkednek. Megtartják a basalsejtes jellegüket s amellet – a többi bőrdaganattal ellentétben – a basalsejtes carcinoma lassan terjed, kivételesen képez áttétet és általában jól reagál a különböző terapiás eljárásokra.

Életében jelentős esemény volt, hogy 1904-ben feleségül vette *Schulek Frigyesnek* – a budapesti Műszaki Egyetem tanszékvezető professzorának és építésznek – a lányát és a boldog házasságból három fia és egy leánya született.

*Krompecher* munkái közül meg kell említeni az 1907-ben közölt dolgozatot („Kristallisation, Fermentation, Zelle und Leben”), amelyet ő inkább egy biológiai alapokra épülő philosophiai jellegű közleménynek gondolt. Életében jelentős előrelépés volt az, amikor 1910-ben egyetemi rendkívüli tanárrá nevezték ki. *Pertik Ottó* professor



3. ábra  
Dr. Krompecher Ödön arcképe  
[E helyen is köszönetet szeretnék mondani Dr. Szabó Béla rektori hivatalvezetőnek (Semmelweis Egyetem Rektori Hivatal), aki az olajfestmény színes fotóját számomra megküldte.]

1914-ben bekövetkezett halála után a II. sz. Pathológiai-Anatómiai Intézet tanszékvezető egyetemi tanárává nevezik ki. (3. ábra). (Érdekes tény, hogy *Krompecher*ről fia készített rajtot és ez maradt fenn és ennek alapján festette meg róla az arcképet *Glatz Oszkár*.)

*Krompecher Ödön* nem volt idealista és materialista sem tudott lenni. Kutatómunkája során mindig a nyíltság-hoz, őszinteséghez ragaszkodott és emiatt idézte a kéziratban maradt philosophiai jellegű munkáiban a természettudós feladatoként a Goethe-től származó mondást (4): “das Erforschliche erforscht zu haben und das Unerforschliche ruhig zu verehren” (10). 1915-ben a Magyar Tudományos Akadémia matematikai és természettudományi osztálya levelező tagjává választotta a világszerte ismert tudóst. Az 1918/19-es években az Orvosi fakultás dékáni tisztjét is ellátta. 1925-ben jelent meg még a basalsejtekről, metaplasiáról és a regenerációról szóló munkája (5).

1925-ben még az az elismerés is érte, hogy a Budapesti Orvosegyesületben Balassa-emlékelőadást tartott és 1926-ban pedig a MTA Aranyérmét nyerte el. A felterjesztő *Buday Kálmán* professor, akadémikus, az I. sz. Pathológiai Intézet igazgatója volt. 1926-ban megjelentette a *Krompecher család története* c. munkáját (7). *Krompecher* 1926-ban korábban megnyugodni látszó betegsége kiújulása miatt önkézevel vetett véget életének (2, 3, 8, 9, 11).



Az utókor megtisztelő feladata, hogy a 80 éve elhalt tudós emléke előtt rövid írással emlékezzünk arra aki klinikumunk számára is jelentős felismerést tett és a különböző dagantípusok közötti elkülönítést munkájával lehetővé tette.

#### IRODALOM

1. *Baló J.*: Edmund Krompecher 1870-1970. Arch.Geschwulstforsch. 36: 132-137 (1970)
2. *Beck C., Krompecher E.*: Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome Voss L. Verlag, Hamburg und Leipzig, 1903.
3. *Buday K.*: Krompecher Ödön. Orv.Hetil. 70: 967 (1926)
4. *Bónis*: Krompecher Ödön 1870-1970. Gyógyászat 66: 830 (1926)
5. *Korompay B.*: Edmund Krompecher. Comm.Hist.Artis Med. 64:87-102 (1972)
6. *Krompecher E.*: Der Basalzellenkrebs. Eine Studie betreffend die Morphologie und Histogenese der Basalzellen tumoren. Gustav Fischer Verlag, Jena. S.259. 1903..
7. *Krompecher E.*: Basalzellen, Metaplasie und Regeneration. Beitr. path.Anat. 72: 163-183 (1923)
8. *Krompecher Ödön*: A Krompecher család története. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest, 27 old + 4 leszármazási táblázat. 1926
9. *Oravecz P.*: Dr. Krompecher Ödön. Fogorv.Szle. 19: 669 (1926)
10. *Regöly-Mérei Gy.*: Krompecher Ödön emlékezete. Orv.Hetil. 107: 1563-1565 (1966)
11. *Réti E.*: Krompecher Ödön. Élvilág 9: 51-52 (1964)

## Hazai Hírek

2006. november 10-én Dr. Szabó Gábor, a Szegedi Tudományegyetem Rektora Klebelsberg Kunó-díjjal jutalmazta Dr. Dobozy Attila akademikust, a Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika egyetemi tanárát kiemelkedő tudományos tevékenységéért és iskolateremtő oktatási munkásságáért.

### **BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

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

### **BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

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