

Török Éva dr., Csanády Kinga dr.

A csecsemő- és gyermekkori fejbőrelváltozások felismerése és elkülönítése



5. ábra:
Xanthogranuloma juvenile
Élénksárga, ovális,
a bőr szintjéből kiemelkedő
plakk



11. ábra:
Kerion Celsi
Elődomborodó,
karbunkulushoz hasonló,
mély tinea forma

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

A szerkesztőbizottság tagjai:

Baló Mátyás dr.	Nagy Endre dr.
Daróczy Judit dr.	Nagy Károly dr.
Farkas Beatrix dr.	Nebenführer László dr.
Hrabovszky Tamás dr.	Podányi Beáta dr.
Horkay Irén dr.	Schneider Imre dr.
Horváth Attila dr.	Simon Miklós dr.
Hunyadi János dr.	Török Éva dr.
Husz Sándor dr.	Török Ibolya dr.
Kárpáti Sarolta dr.	Török László dr.
Kemény Lajos dr.	Várkonyi Viktória dr.
Korom Irma dr.	Zombai Erzsébet dr.

SEMMEIWEIS EGYETEM
Budapest, 1085 Üllői út 28.
Központi Könyvtár
9.

2004-04-27

TARTALOM

80. évf. 2004. 1. szám

Hunyadi János dr.:

A magyar dermatológia múltja, jelene és jövője 3

Török Éva dr., Csanádi Kinga dr.:

A csecsemő- és gyermekkori fejbőrelváltozások felismerése és elkülönítése 9

Husz Sándor dr., Mihályi Lilla dr., Dobozy Attila dr.:

Diagnosztikus problémák autoimmun urticariában 15

Kohánka Valéria dr., Mudzsiri Szolomaz dr.:

Az elektronikai ipar foglalkozási bőrbetegségei. Flux dermatitisz 21

Schneider Imre dr.:

Beck Soma professzor élete és munkássága (1872–1930) 27

Podányi Beáta dr., Simon Gyula dr.:

Interaktív fórum. Diagnosztizáljunk együtt 33

Könyvismertetés 39

Kongresszusi beszámoló 45

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

*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Bőr- és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Hunyadi János dr. egyetemi tanár),
Pécsi Orvostudományi Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika
(igazgató: Farkas Beatrix dr. egyetemi tanár) közleménye*

A magyar dermatológia múltja, jelene és jövője

Visszapillantás, jelen helyzet és kitekintés

Past, present and future of Hungarian dermatology

HUNYADI JÁNOS DR., SCHNEIDER IMRE DR.

„Hallgatni, mikor beszélni kell szinte olyan nagy hiba,
mint beszélni, mikor inkább hallgatni kellett volna”
(Gróf Széchenyi István)

Bevezető

A bőr önmagában is fontos működést kifejtő orgánus, amely elhatárolja és védi szervezetünket a környezeti ártalmaktól (barrier funkció, fény-, és sugárvédelem), ugyanakkor össze is köti szervezetünket a külvilággal (hő-, és energiaháztartás). A szemünk láttára kialakuló bőrtünetek az esetek jelentős részében belszervi elváltozásokat tükröznek, vagyis a kültakaró egészségének, épségének és szépségének orvosi igényességű megóvása nemcsak a bőrgyógyász-kozmetológus szakorvos, hanem minden orvos számára komoly jelentőséggel bír. Ezt az elgondolást támasztja alá az is, hogy – miközben még mindig sok a homályos kérdés – az alaptudományok fejlődésével párhuzamosan a bőr patobiokémiájáról és fiziológiájáról alkotott képünk is részletgazdagabbá vált.

Az új információk ismerete önmagában nyilván nem garantálhatja a teljes ellátó rendszer szintjén sikeres rutin alkalmazást. A megfelelő ismeretek és gyakorlati készség hiánya pedig egyértelműen veszélyezteti a betegségek valódi természetének megfelelő beavatkozást és az egyszerű megfigyelhetőség a hevenyészett orvosi döntéshozásnak is könnyen teret ad. Az ellátói rendszer belső anomáliáinak tünetesült következményeivel a beteg és a bőrgyógyász egyaránt nap, mint nap kénytelen szembesülni. Számos komplikált eset volna megelőzhető a kompetencia szintek szakmaszerűbb megfogalmazása – és főként betartása – révén.

A friss tudás (pl.: a bőr szerepe az immunitás finomhangolásában, a sebképzés és sebgyógyulás, stb.) napi gyakorlatba integrálása azonban a készségeiben és attitűdjében egyaránt naprakész – minőségi szaktudással és eszközparkkal felvértezett – bőrspecialista orvosok szakmatudatos kooperációját is feltételezi. Szakmánk stratégiai menedzsmentjében ezért kell feltétlenül megjelennie a következetes készségfejlesztés koncepciójának.

A cikk célja, hogy a bőrgyógyász szakma felmérje az általa létrehozott értékeket és a továbblépés valós alternatíváit. A teljes ellátói struktúrán átívelő megújulás a legújabb tudományos ismeretek gyors elterjesztésétől a konkrét eszközpark tervszerű fejlesztésén át a felelős szakmai érdekérvényesítéssel bezárólagosan kell, hogy mutasson.

Szakmai örökségünk

A régmúltban csak a bőr tanulmányozása adhatott alkalmat arra, hogy a gyógyítással foglalkozók a szervezet „kórfolyamait” tanulmányozzák. Így érthető, hogy a bőr volt az orvoslással foglalkozók első „tankönyve”, atlasza, ahogy ezt a bibliai leírások és ókori írott leletek egyaránt tanúsítják.

Megjegyzés:

Az Őszövetségben szerepel: „... Jóbot rosszindulatú fekélyvel sújtotta (Isten) tetőtől talpig. Ez hamuba ült s egy cserépdarabot vett a kezébe, hogy azzal vakargassa magát” (Jób könyve, 2,8). (A klinikumban az ún. Jób syndroma esetében erre a Bibliában említett képre utalunk.)

Legismertebb a Kr. e. 1550-ből származó ún. Ebers-papirusz: ezen a 20 m hosszú és 30 cm széles papirusztekercsen 18 bőrbetegséget írnak le. Ugyanakkor más papiruszok is foglalkoznak a bőrbetegségekkel, amelyen nem lehet csodálkozni, hiszen *II. Ramszesz fáraó* (Kr. e. 1301–1234) *múmiáján jól láthatóak bőrbetegségének nyomai.*

Az Egyiptomot és Mezopotámiát bejáró Hérodotosz (Kr. e. 484-425) az orvoslás specializálódásáról szól. Hippokratész (Kr. e. 460-377) könyveiben egyes szakkifejezések mai formáinak előalakjai is egyértelműen beazonosíthatóak: alopakes = alopecia; elkos = ulcus, erpetes = herpes, oidema = ödéma, psore = psoriasis stb.

A római Celsus (Kr. e. 20 – Kr. u. 40) „De medicina” című enciklopédikus műve teljes egészében megmaradt, s a nyolc könyvből a hatodik foglalkozik – egyebek mellett a bőr betegségeivel.

A középkorban a bőrtünetek jelentős részét produkáló betegségeket leprának (görögül: kiütés) tartották, sok volt köztük a szifilisz eredetű*.

A dermatológiát a XVIII-XIX. századtól számítjuk önálló klinikai tudománynak és klinikai ágának. Legelőbb a bőrtünetek osztályozása történt meg (Plenck Jakab, 1776; Willan R., 1798). Ezt követően a mikroszkóp medicinában való alkalmazása, majd az első szerves vegyületek (urea - 1828), ill. az anilin festékek szintézise (1841-től kezdve) tette lehetővé a bőr szövettani szerkezetének (hám, irha, subcutis, rostok és sejtek) megismerését és a fertőzőes eredetű bőrbetegségek kóroki megközelítését.

A XIX. sz. második felében, a XX. sz. elején, első harmadában az allergológiai, immunológiai ismeretek alapozása történt meg pl.: a Quincke ödéma (Quincke H. 1842-1922), anaphylaxia (Richet Ch., Portier P. 1902), Arthus reactio (Arthus N. M., 1903), serum betegség (Pirquet Ch., és Schick Béla, 1905), atopia fogalma (Cook R. A., Coca A. F., 1923) stb.-nek a leírása révén. A múlt század vége felé a bőrbetegségekhez kapcsolódó belszervi eltérések (szerv, hormon, stb.) vizsgálata (korrelációs dermatológia) előtérbe kerülése mellett kiterjedten tanulmányozták az allergiás és az autoimmun eredetű bőrbetegségeket is.

A civilizáció egészségipari vetületei, a változások forrása

A civilizáció – maga az iparosodás – kényelmünket szolgálja. A következményes környezeti ártalmak révén ugyanakkor jelentősen károsítja is egészségünket. Bizonyos betegségek (fekete himlő) végleg, mások csak átmenetileg (TBC) tűntek el, megint mások (érbetegségek) egyre gyakoribbak. A társadalmi szokások párhuzamos változásai önmagukban is okai lehetnek bizonyos – életmóddal összefüggő – civilizációs betegségeknek [AIDS, CVI (krónikus vénás elégtelenség), stb.].

Emellett a tudományos ismeretanyag gyarapodása azt is lehetővé tette, hogy mind többet tudjunk meg a betegségek természetéről. Azokról is, amiket éppen a civilizáció gerjesztett. A komputerizált készülékek, a modern hatóanyagok mellett a gyógyszer-technológiai ismeretek fejlesztése is további lehetőségeket nyitott meg a megfelelő – szervspecifikus– diagnosztika és terápia kialakítása előtt. Így pl. mára megoldott, hogy a hatóanyag nem szubsztituálható kémiai tulajdonságai (zsírolékonyság) a korszerű farmakokinetikai profil (24 órás hatás, napszak függő plazmaszintek, stb.) előnyös kialakítása révén további terápiás hasznot hajtson.

Legalább fél évszázada világjelenség, hogy a tudományos ismeretanyag expanzív bővülése számos új szakterület megjelenését és ezzel együtt a hagyományos szakágak felaprózódását is eredményezte. Ily módon jöt-

tek létre az ún. subspecialitások (1-6). A klasszikus – állami – dermatológia így már számos területről spontán kivonulhatott, máshol pedig egyszerűen háttérbe szorult, mivel a társszakmák motiváltsága erősebbnek és a magánszféra „szolgáltatástudatossága” színvonalasabbnak bizonyult.

Hazánkban csak rendszerváltozás után indulhatott meg a szakorvosi, specialista magángyakorlat nagymértékű térhódítása. Ez alatt az idő alatt – az utóbbi 10-20 évben – a szakmaiasságot és az üzleti kultúrát egyaránt következőtösen magas nívóban gyakorló orvosi működés elemeként már egyértelműen fellelhetővé vált, de rendszer szinten még nem alakulhatott meghatározó erővé az ellátói struktúrában.

Az egészségnyereséget nyújtó iparág és a dermatológia viszonyáról általában

A páciensek igen gyakran fordulnak olyan problémákkal orvoshoz (pl.: bőrgyógyászhoz), amelyeket betegségnek még nem, egészségnek meg már nem lehet nevezni. Vagyis a páciensek túlnyomó többsége az orvostudomány hatósugarába eső ellátói rendszerben gyakran jelenik meg nem súlyos, nem életveszélyes betegséggel.

Sok esetben az orvos-beteg kapcsolat a laikus egészségképpel kapcsolatos lelki diszkomfort megszüntetésének kényszere miatt jön létre (7-10). Vagyis nagy tömegben olyan „betegek” keresik fel az „egészségszakértőt”, akik „betegszakértői” értelemben nem valós páciensek. A „beteg” ilyen jellegű problémáit a „nagybetűs” kórképek kezelésére berendezkedett – defenzív – orvostudomány rendre elutasítja.

A bőr elváltozásai kapcsán észlelt tünetek szakértőhöz fordító ereje az átlagosnál jóval nagyobb (11). Ennek oka, hogy a komoly primer lelki egészségvesztés képpel bíró – ugyanakkor definitív betegséggé aligha értelmezhető – szepszeti problémakör szekunder módon súlyos és valódi élethelyzeti-életviteli hátrányt okozhat, amit a „beteg” azonnal realizál. A páciens önmaga ezért legtöbbször a leggyorsabban elérhető „egészségszakértőhöz” fordul (7), aki nem mindig a probléma lényegének megfelelő specialista, és gyakran nem is orvos.

A jelenség a jóléti társadalmak orvosi gyakorlatának visszatérő problémája, és – mint ilyen – viszonylag új keletű. A kérdéskör stratégiai hozadéka, hogy a lelki komponensek öngyógyításos enyhítésére, ill. a közvetlenül a bőrre fókuszáló laikus tüneti kezelés gyakran már önmagában is egészségtelen, sőt néha kimondottan egészségkárosító.

A probléma korrekt megoldása a magas szintű orvosi tudást, az eszközös beavatkozások készségét és a standard minőségű betegoldali egészségtudatosság célirányos gyakorlatát is megköveteli.

Ha a páciensek egészségtudatosságának fejlesztését is a standard kezelés részeként értelmezzük (márpedig erről aligha gondolhatunk mást), akkor a helyzet még kuszább: miközben a bőrspecialista orvostársadalom ezen a kérdésen – mint elméleti problémán – medítél, addig a páciensek

sek a gyakorlati problémáikkal szakmaiatlan forrásokat keresnek fel és vesznek igénybe. E „szolgáltatók” egy része – minden szilárd belső standard nélkül – felkövethetetlen és ellenőrizhetetlen ellátást is nyújt.

A páciensek többsége csak később (és néha későn!), de visszaszivárog a bőrspecialista orvosi ellátó rendszerbe, mert időközben a mellékezelés eredményeként már definitív bőrgyógyászati problémái is kialakultak. A „bagatell esetekből” kigyűrűző láncreakciók a jelenlegi szemléletükkel, még komoly szakmai elkötelezettség mellett is aligha menedzselhetők, hiszen a szekunder esetek ellátási felelőssége – az anamnesztikus információk teljes hiányában is – csak a bőrgyógyászatot terheli.

A szakma koncepciózus önérvényesítése e tekintetben a minőség rendszer szintű biztosítását hivatott szavatolni. Vagyis a szolgáltatásfejlesztés stratégiai útvonalán az első mérföldkő az, hogy belátjuk, hogy egy piaci környezetben létező szakma – mint rendszer – a piac szabályaitól elfordulva hosszabb távon nem képes prosperálni.

A mai magyar dermatológiai helyzet

Hazánkban a recidiváló bőrbetegségek előfordulási gyakorisága lényegesen nagyobb, mint más országokban. A krónikus betegségek (pl.: decubitus) szintén gyakoribbak, mint a fejlett világ más pontjain. Előzőekből egyenesen következik, hogy nap, mint nap – szakmai és egészség-gazdaságtani szempontok szerint egyaránt – hibás beavatkozási útvonalak tömege iniciálódik, melyek krónikus és recidív betegeket gyártanak a gyógyult esetek helyett.

Eközben a népszerűlenebb – mások által már eleve kudarcra ítélt – beavatkozások (pl.: fekélykezelés) rendre a bőrgyógyászaton történnek és a konkrét beteg kapcsán a felelősség nem mindig hozható érdemileg fedésbe a jogkörökkel, vagyis az oki megközelítést nélkülöző terápia az ajtóinkon kívül nagyüzemileg tovább zajlik, látszólag minden különösebb következmény nélkül. Ennek azonban nemcsak anyagi és szakmai, hanem etikai vonatkozása is van:

1. **Syph II-ben** szenvedő beteget gyógyszerallergiával, egy másikat psoriasisal kezelt orvosa;
2. **Onicholysis partialis psoriaticás** beteget családorvosa 9 hónapon keresztül próbálta meggyógyítani szisztémás antimikotikummal.
3. Nyaranta a napnak kitett kézfejen, recidíven jelentkező, **hólyagos elváltozások** kapcsán évekig nem születik érdemi diagnózis (és terápia), mert a vizsgálatok a diagnosztikus paraméterre (porphyrin) visszaesőleg nem terjedtek ki.

A felsorolást nyilván mindenki tudná folytatni. Joggal merülhet fel a kérdés, hogy mit tehet a bőrgyógyász a társadalom érdekeit szolgáló szakmai egyensúly mielőbbi visszaállítása érdekében.

Konzekvenciák a magyar dermatológia jövőjére nézve

Olyan világban élünk, ahol a külső az egyes ember számára mindinkább valódi létkérdés. A kozmetológiai beavatkozások igénybevétele a kozmetikumok használatához hasonlóan bevett napi gyakorlattá fog válni. Az ilyen jellegű feladatokat is felvállalni képes tudás azonban nem vonulhat ki a definitív dermatológiai ellátásból, és főleg nem lehet egyenlő a modern eszközök használatának mechanikus elsajátításával, nem helyettesítheti a szaktudást (pl. családorvos ne kezeljen bőrfolyamatot LASER-rel; nem bőrgyógyász ne kezeljen psoriasisos beteget fényterápiával), mivel a *lényeg nem az, hogy hogyan kezeljük* (ez néhány nap alatt megtanulható), *hanem az, hogy mit kezeljük és mit nem kezelhetünk* (ennek elsajátítása évek gyakorlatába telik és könyvből, internetről aligha lehetséges). A bőrgyógyászat mély és alapos ismerete ugyanis elengedhetetlen feltétele annak, hogy egy orvos a dermato-onkológiai, a dermato-infektológiai, a dermato-allergológiai, dermatochirurgiai, dermato-immunológiai vagy más, dermatológiai részterületeket érintő beavatkozásokat korrekt módon tudjon elvégezni egy transzparens modellben.

Olyan bőrspecifikus szakmaiasságot kell felépítenünk a jövő bőrgyógyászai számára, ami a vonatkozó specifikus ismereteket gyakorlati és elméleti szinten a korra jellemző párhuzamos értékmezőben is gondozni képes. Nem elegendő – és nem megengedhető – ölbe tett kézzel várunk, hogy a dolgok spontán a számunkra kedvező irányba, szakmai érdekeinknek megfelelően változzanak. A kialakult új követelményeknek megfelelően ismételten meg kell határozni a disciplina fogalmát és kompetencia köreit.

Fontos realizálnunk, hogy szakma művelőinek összefogása nélkül a dermatológia könnyedén elveszítheti identitását és ezáltal részterületévé válhat a medicina – vagy a kozmetikai ipar – egyes területeinek. A szakma kezében lévő koncentrált tudást – mint forrást – a jövőben tudatosabban kell gondozni az elvárások és lehetőségek tengelyei mentén. A forrásgondozás és forrásmegosztás jövőbeni orientációját tehát úgy kell kialakítani, hogy a végcél ne legyen se az üres „esztétikum gyártás” futószalag üzeme, se a felkövető – defenzív – ellátás monotóniája.

A stratégiai egészség-marketing ismeret- és eszközrendszerre leginkább az orvos-szociológiával és az orvos-közgazdasáttal rokon. Nem véletlen, hogy a fenti megfogalmazások idegenül csengenek; ma még nincs ilyen jellegű elvárások teljesítésére felkészülve sem a bőrgyógyászati, sem pedig a menedzseri szakma. Tehát még ha pontosan meg is tudnánk fogalmazni, hogy mire van szükségünk, akkor se tudnánk felkérni valakit, hogy a magyar dermatológia üzleti értelemben vett menedzsmentjét magára vállalja: ilyen szolgáltatás ma még egyszerűen nem létezik. Ezért a magunk erejéből kell – és minél előbb – megtennünk a kezdeti lépéseket:

1. Ki kell választanunk egy *stratégiai indikációs területet*: pl. dermatitis,
2. *Korszerűsíteni kell a vonatkozó szakmai kompetenciákat*
 - a. Egységesíteni kell e terület *fogalmi és szakmai tartalmát*.
 - b. Körvonalazni kell a *kezelésre vonatkozó konkrét irányelveket*.
 - i. A kezelés szerves részévé kell váljon a *személyre szabott betegtájékoztatót, betegoktatást*:
 1. *a betegoldali adekvát egészségtudatosság (compliance) gyarapítása*
 - a. *betegkommunikációs standardok életbe lépése*
 - i. kollektíven kell létrehozni.
 - b. *A betegkommunikációs standardok alkalmazása*
 - i. kollektív gyakorlat és utánkövetés
 - c. *a standardok folyamatos továbbfejlesztése*
 - i. kollektíven kell fejleszteni, korszerűsíteni
3. Meg kell találnunk a *bőrgyógyászati indikációra-specifikus gyógyszereket*: pl. az immun eredetű bőrbetegségek kezelésére szolgáló gyógyszerek.
 - a. A bőrgyógyászati gyógyszerkincsre vonatkozóan kiemelt utalványozási jogköröket kell szerezni: pl. zsíroldékony antihisztamin (jelenleg semmilyen antihisztamint sem írhatunk fel 90%-os OEP támogatással).

A korszerű bőrgyógyászat dinamikus fejlődésének lehetőségei

Az uniós csatlakozás mindezen kezdeményezéseket szakmai értelemben egyértelműen katalogizálni fogja, azonban nekünk kell a szakmánk részterületeinek erőnyeit piacképes formában nekünk kell ötvözni és művelni.

Ehhez deklarálni kell, hogy a bőrt érintő betegségek kórismézését és kezelését a bőrgyógyászati ismeretek alapos elsajátítása nélkül nem lehet és nem szabad felvállalni.

Az ismeretanyag, valamint a rendelkezésünkre álló diagnosztikus és terápiás lehetőségek bővülése miatt már rég elmúlt az az idő, mikor a bőrgyógyászati betegségek a kockázatmentesen kezelhető sztereotíp kórképek közé tartoztak.

Különösen a jelenlegi – nehéz körülmények között lévő egészségügyi ellátórendszer fellendítésének érdekében kell minden eddiginél jobban törekedni modern *dermatológiai oktatásra*. A *szakvizsgáknak* ennél fogva alaposabbnak és sokrétűbbnek – üzleti ismereteket is integrálónak – kell lenniük. A *szakmai menedzsment* készsége mást kell jelentsen a klinikum, az oktatás, a kutatás és a szakma egészének stratégiai orientálása-érdekérvényesítése olvasatában. A fenti feltételekkel „körülbástyázva” van lehetőség iskolát alapítani, ahonnan szakmailag minden szempontból érett vezetők kerülhetnek felelős beosztásba.

A *szakma érdekeinek elfogadtatása a meglévő értékeink gazdagítása és megőrzése révén érhető el*. Mindannyiun-

kat erre kötelez a nagy dermatológus elődök és felelőségteljes szakmai vezetők (*Kaposi Mór, Gruby Dávid, Schwimmer Ernő, Nékám Lajos, Rothmann István, Rajka Ödön, Török Lajos, Szodoray Lajos, Pastinszky István, Melczer Miklós*, stb.) példaértékű életműve.

Utószó

Az egészség és ennek lelki vetületeivel való együttélés – mint az egyén szintjén az élet legmeghatározóbb erőforrása – a XXI. századra egy termékké vált a sok közül. Az egészségre – és az azt helyreállító beavatkozásokra – ma már alkudni lehet biztosítótársaságoknál. Ezzel párhuzamosan a különféle egészségügyi szolgáltatók különféle minőségben, illetve „csomagolásban” dobják piacra a vonatkozó – biztosított, vagy nem biztosított – egészségnyereséget nyújtó „terméküket”.

Mindez számos változást hozott az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők (páciensek-kliensek) szakértő választási (vásárlási) szokásaiban is. E változások némelyike szembeötlő (pl. a plasztikai sebészet szépségipari térnyerése), mások éppen csak kitapinthatók (a beavatkozó szempontjából elégtelen profittartalommal ellátható betegségek lassú kiszorulása a napi gyakorlatból; ld.: *ulcus cruris venosum*).

A harmadik évezred Európájában a magyar szépségsebészet-bőrgyógyászatnak – mint minden más szakmának – egy konkrét, szakmaszinten felvállalt, saját stratégia mentén kell működnie. Ez egyértelműen előfeltétele annak, hogy a kor gyorsan változó – egyre magasabb szintű – orvosi ellátás igényeit biztosítani tudjuk.

Az új követelményeknek megfelelően a Brüsszelben működő „European Union Of Medical Specialists” szervezet (<http://www.uems.be>) bőrgyógyászati szekciója már megfogalmazta a dermatológia orvostudományon belül elfoglalt helyét és a posztgraduális curriculum normatívát. Azonban a diszciplína modern keretfogalmát nem csak papírra vetve kell megalkotni, hanem azt gyakorlati oldaláról is fel kell tölteni korszerű és igény-centrikus tartalommal.

Köszönetnyilvánítás

* A szerzők ezen a helyen is köszönetet mondanak dr. Benke József PhD. egyetemi docensnek a PTE Történeti-, és az ÁOK Orvostörténeti Múzeuma Igazgatójának a fenti orvostörténeti vonatkozású segítségéért.

IRODALOM

1. *Marcoux D., Gratton D.*: The changing face of Canadian dermatology. *J. Cutan Med Surg.* (2002) 6, 430-3.
2. *Drake L. A., Yale K. P., Gillies R.*: The future of Medicare. Their plans, your practice, Medicare reform, and how it will affect the practice of dermatology. *Arch. Dermatol.* (1996) 132, 1094-8.
3. *Potter B. S.*: Bibliographic landmarks in the history of dermatology. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2003) 48, 919-32.
4. *Crissey J. T., Parish L. C.*: Two hundred years of dermatology. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1998) 39, 1002-6.
5. *Hunter J. A.*: Turning points in dermatology during the 20th century. *Br. J. Dermatol.* (2000) 143, 30-40.

6. *Pastinszky I.*: A dermatovenereológia Hebrától napjainkig. Orv. Hetil. (1982) 123. 987-90.
7. *Síró Béla-Bódor Csilla (szerk.)*: Gyakorlati Geriátria. Springer, Budapest, 1999, 13-55.
8. *Banks M. H., Beresford S. A. A., Morrell D. C. et al.*: Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44. International Journal of Epidemiology (1975) 4, 189-195.

9. *Zola I. K.*: Pathways to the doctor from person to patient. Social Science and Medicine, (1973) 7. 677-689.
10. *Moore, J., Phipps, K. and Marce D.*: Why do people see treatment by alternative medicine? British Medical Journal, (1985) 290, 28-29.
11. *Robin C. Fraser*: Az alapellátás módszertana a háziorvoslás szempontjából, Melánia, Budapest, 1999, 3, 111.

MICROCID 1% KRÉM

A HIDROGÉNPEROXID RENESZÁNSZA

- A hidrogénperoxid molekula (H_2O_2) germicid hatása több mint 100 éve ismert, vizes oldatát régóta használjuk. H_2O_2 -vel szemben rezisztens baktérium, gomba nem ismert. (ref. 1.)
- A hidrogénperoxid vizes oldata bomlékony. • A **MICROCID 1% KRÉM** a hidrogénperoxidot lipíd-kristály-mátrixban tartalmazza, a testhőmérsékleten szabadul fel a H_2O_2 .

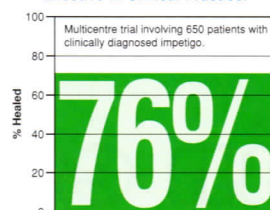
Előnyök: a hidrogénperoxid stabil (a krém két évig eltartható) ✓ szabályozott a hatóanyag leadása, az egyszerre kis mennyiségben felszabadult H_2O_2 nem irritál, mint a vizes oldatban javítja a microcirculációt (pO_2 emelkedik), csökkenti a vérben a szabad gyököket (ref. 5., 6.) ✓ nem tartalmaz tartósítószeret ✓ nem tartalmaz antibiotikumot ✓

- Az antibiotikumokkal szemben a rezisztencia világszerte terjed. • Antibiotikum tartalmú készítmény külsőleg alkalmazása megfontolást, mértéktartást igényel.

MÁS MEGOLDÁS, MELY ÉPPOLY HATÉKONY

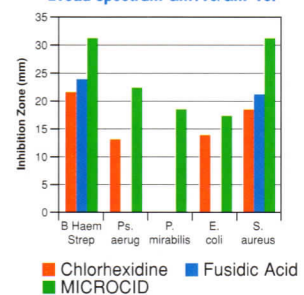
A **MICROCID 1% KRÉM** lipíd-kristályba rejtett hidrogénperoxid, éppoly hatékony, mint a külsőlegesen alkalmazott antibiotikum tartalmú szer. (ref. 2., 3. és 4.)

• **Effective in Clinical Practice.²**



• **No statistical difference between Microcid and fusidic acid.²**

• **Broad spectrum Gm+ve/Gm-ve.⁴**



- Turner F. J. In: Block S. M. ed. Disinfection, Sterilisation and preservation. USA: Lea & Febiger; 1983: 240-250.
- Christensen, O. B. and Anehus, S. Acta. Derm. Venereol. (Stockh); 1994; 74: 460-462.
- Lindahl, A. Skin care in Practice, Volume 4: 9-10.
- Data on file
- G. Belcaro. Improvement of Microcirculation and Healing of Venous Hypertension and Ulcers with Crystacide. Evaluation of Free Radicals, Laser Doppler Flux and PO_2 . Angiology 53:T 1-56, 2003
- M. Milani. Efficacy and safety of stabilised hydrogen peroxide cream (Crystacide) in mild-to-moderate acne vulgaris. Current Medical Research Vol. 19. No.2. 2003. 135-138

1. A GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE

Microcid 1% krém
ATC: D08A X01 INN: hydrogen peroxide

2. MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL

10,0 mg hydrogenum peroxidatum tubusonként.

3. GYÓGYSZERFORMA

Krém: 25 g sima, fehér, fényes krém.

4. KLINIKAI JELLEMZŐK

4.1 Terápia javallatok

Felszínes, elsősorban vagy másodlagos bőrfertőzés kezelésére javasolt.

4.2 Adagolás és alkalmazás

Felületeknek és időseknek:

A krémet naponta 2 alkalommal szükséges használni az érintett bőrfelületen. A sebet kötéssel le kell fedni. Legfeljebb három hétig használható folyamatosan. Az alkalmazás helyén vékony hátya keletkezhet, amely vízzel lemosható.

4.3 Ellenjavallatok

A készítmény bármely összetevője iránti túlérzékenység. Nem javasolt alkalmazása önmagában mély nekrotikus vagy a systema fertőzés jeleit mutató (láz, hidegrázás) sebek esetében.

4.4 Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvatossági intézkedések

Különleges alkalmazással: • A szembé ne kerüljön! Ha a készítmény szembe kerül, azonnal ki kell mosni.

4.5 Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók

Nem használható egyidejűleg jódot, hiper-manganát vagy más erélyes oxidálószerrel tartalmazó anyaggal. Nem javasolt enzimatartalmú (proteináz, collagenáz) külső szerekek egyidejű használata, mert azok hatását rontja.

4.6 A készítmény alkalmazása a terhesség és szoptatás időszakában

Terhesség: Nem végeztek vizsgálatokat. • Szoptatás alatt különös óvatosság szükséges, hogy a krém ne kerüljön érintkezésbe az újszülöttil.

4.7 A készítmény hatása a gépjárművezetéshez és gépek üzemeltetéséhez szükséges képességekre

Nem befolyásolja az ezekhez szükséges képességeket.

4.8 Nemkívánatos hatások, mellékhatások

A készítmény általában jól tolerálható az alkalmazást követően, átmeneti, rövid ideig tartó enyhe égés érzés alakulhat ki.

4.9 Tulajdosságok

Nem ismert.

5. FARMAKOLÓGIAI TULAJDONSÁGOK

5.1 Farmakodinámiai tulajdonságok

INN: hydrogen peroxide ATC:D08A X01

A Microcid krém hatóanyaga a hidrogénperoxid jól ismert aszeptikus hatású anyag, mely a legtöbb, ismert patogén mikroorganizmusra hat.

In vitro vizsgálatok szerint a hidrogénperoxid a mikroorganizmusok széles körére hat, köztük a Gram-pozitív és Gram-negatív kórokozókra. In vitro vizsgálati eredmények szerint az 1% hidrogénperoxidot tartalmazó krém és az 1% hidrogénperoxid vizes oldat hatékonysága azonos, azonban a krém hatása tartósabb.

5.2 Farmakokinetikai tulajdonságok

Orálisan a szervezetbe jutott hidrogénperoxid felszívódásáról, a szervezetben való megoszlásáról és a kiválasztásáról nincs szűkebb körű tapasztalat. Stabilizáló szer hiányában a hidrogénperoxid oxigénné és vízzé bomlik. Erősen károsítja vagy peroxidát jelenlétében ez a lebontható gyorsk.

5.3 A preklinikai biztonsági vizsgálatok eredményei

-

6. GYÓGYSZERÉSZETI ADATOK

6.1 Segédanyagok jegyzéke

Nátrium-propilát, nátrium-szulfát, M kénsav, nátrium-edetát, szalicil-sav, nátrium-oxalát, nátrium-hidroxid, vízmentes citromsav, makrogol (100)-sztearát, propilén-glikol, glicerin-monolaurát, glicerin-monomiristát, tisztított víz.

6.2 Inkompatibilitások

-

6.3 Lejárati idő

2 év.

6.4 Különleges tárolási előírások

25 °C alatt, száraz helyen tárolandó.

6.5 Csomagolás (jellege, anyaga, kiszerezési egységek)

25 g krém PE tubusba töltve, mely csavaros PP kupakkal van lezárva. 1 tubus falkartonban.

6.6 A készítmény felhasználására/kezelésére vonatkozó útmutatások

Megjegyzés

Kiadhatóság: Vény nélkül is kiadható gyógyszer (I. csoport).

7. A FORGALOMBAHOZATÁLLI ENGEDÉLY JOGOSÚLTJA

Bioglan AG, Sweden. • Ventiv Health, UK

OGYI-T-8737/01 • Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 1291/40/200



Nelson Kft.

Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza Bőrgyógyászati Osztály
(osztályvezető főorvos: Szalai Zsuzsanna dr.)

A csecsemő- és gyermekkori fejbőrelváltozások felismerése és elkülönítése*

Scalp diseases in infants and children (diagnosis and differentiation)

TÖRÖK ÉVA DR., CSANÁDY KINGA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

Gyakori és ritkább csecsemő- és kisgyermekkori fejbőrelváltozások és az egyes betegségek elkülönítő diagnózisa kerül megbeszélésre. A veleszületett és szerzett bőrfolyamatokat, jóindulatú növedékeket, fertőző kórképeket, valamint ezek kezelését tárgyalják.

Kulcsszavak:

csecsemő - kisgyermek - fejbőrbetegségek -
elkülönítés - kezelés

SUMMARY

Frequent and rare alterations of the scalp in infants and children and their differential diagnosis are discussed. Congenital, acquired and benign diseases, infectious processes as well as therapeutical measures are described.

Key words:

infants - children - scalp - differentiation -
therapy

Gyakori csecsemőkori fejbőrbetegségek

⇨ *dörzsöléses alopecia*

Csecsemők tarkó feletti táján, általában 5x5 centiméteres területen hiányzik a haj, amely néhány hónap után újból megjelenik. A dörzsöléses kopaszság fiziológias eltérés.

⇨ *seborrhoea capitis és atopiás dermatitis*

Sárga, tapadó, pikkelyes felrakódás van a hajas fejbőrön és a szemöldöktájon. Ez az eltérés gyakran atopiás dermatitisben szenvedő csecsemőkön is megfigyelhető. A kezelés megegyezik az atopiás dermatitisével: enyhe steroid-dezinficiens kombinált alkalmazása. Gyermekorvosok gyakran mechanikus eltávolítást javasolnak.

Ritkábban előforduló fejbőrelváltozások.

⇨ *aplasia cutis congenita*

Egy vagy több kopasz, kerek terület látható, amelyeken a bőr elsorvadt. Egyes esetekben az alatta lévő koponyacsont sem fejlődött ki. Közvetlenül a szülés után fekélyes területként mutatkoznak (4). Néha keloid-szerű képletek alakulnak ki az aplasiás területeken (1. ábra). Családi halmozódás is lehetséges. El kell különíteni a szülési trauma okozta hegeseéstől.

⇨ *traumás alopecia*

Szülési sérülés után sorvad, heges területek képződ-



1. ábra

Aplasia cutis congenita

Heges terület a fejtetőn, központi részen keloidszerű képlet

hetnek (2. ábra). Alakjuk – ellentétben az aplasia cutissal – szabálytalan. Az anamnézisben szerepel a szülési sérülés (1).

⇨ *naevus sebaceus*

Az újszülöttek fején sárga, kopasz foltként jelentkezik, amely területen hajzat később sem nő (3. ábra). Lineá-

* Továbbképző közlemény



2. ábra

Traumás alopecia

Szülési trauma után a fejbőr nagy részét érintő hajhiányos, hegesen sorvadtt terület



3. ábra

Naevus sebaceus

Sárgásvörös, vonalas, sima hajhiányos képlet

ris formája neurocutan szindrómák része lehet (9). Serdülőkorban egyenetlenné válhat, különösen akkor, ha a faggyúmirigyek más, hámeredetű elemekkel keveredve burjánzó növedékké alakulnak. Nem szükséges eltávolítani, a basaliomás elfajulás veszélye elenyésző.

⇨ *naevus pigmentosus pilosus*

Különféle kiterjedésű és pigmenttartalmú, esetleg egyenetlen felszínű, általában durva, merev hajszálakkal borított veleszületett anyajegyek (4. ábra). Nagy kiterjedésük miatt plasztikai sebészeti úton ritkán megoldhatóak. Újszülött korban az úgynevezett curettage módszer is számításba jöhet, de a kozmetikai eredmény nem mindig kielégítő. A malignus elfajulás veszélye 3-7%.



4. ábra

Naevus pigmentosus

Nagykiterjedésű, éles határú, helyenként durva hajszálakkal borított, veleszületett festékes anyajegy

⇨ *érnaevusok*

Lapos, vagy kiemelkedő, különböző nagyságú málnaszínű és málnaszerű, puha tapintatú, túlnyomórészt visszafejlődő anyajegyek. Kezelés: eltávolítás, fagyasztás, illetve nagy kiterjedésű képletek esetén a csecsemő 3 hónapos koráig per os steroid kezelés is szóba jöhet (3). Gyakran azonban kivárható a spontán regresszió. A puhán rugalmas, lividvörös növedék később szürkésfehér, heges, hálózatos terület hátrahagyásával néhány hónap, illetve év alatt visszafejlődik.

⇨ *mastocytoma*

Lividbarna vagy vörös, közepesen tömött képlet, amely csecsemőkorban a dörzsölés következtében hólyagos-sá, illetve pörkössé válik. A fejbőrön viszonylag ritka, és általában több jelenség is látható a törzsön és a végtagokon. Néhány év alatt pigmentált, sorvadtt terület hátrahagyásával gyógyul. Elkülönítendő a xanthogranuloma juvenilitól (1. alább).

⇨ *xanthogranuloma juvenile*

Vörös, majd később sárgásbarna tömött növedék (5. áb-



5. ábra

Xanthogranuloma juvenile
Élénksárga, ovális, a bőr szintjéből kiemelkedő
plakk



6. ábra

Alopecia areata
Éles határú, szabálytalan kopasz terület a tarkó felett;
gyulladásos jel nincs

ra). A benignus histiocytosisok csoportjába tartozik. Lehet egyszeres vagy többszörös (2). Néhány hónap vagy év alatt visszafejlődik. Ennek során előbb élénksárga, majd ráncos, barna, atrofias területet hagy maga után.

Fertőző folyamatok

⇒ impetigo

Kerek, nedvedző, egy vagy több, esetleg összefolyó sárga pörkkel borított jelenség látható bárhol a fejbőrön, de leginkább a fül és a szemöldök környékén. Staphylococcus aureus a kórokozó; helyi dezinficiensek legtöbbször elegendőek.

⇒ periporitis (pseudofurunculosis)

A tarkó felett a fejbőrön fordul elő, de bárhol a testen jelentkezhetsz csomós, vörös, beolvadó, pyodermához hasonló bőrelváltozás. Az ekrin veritékmirigy betegség. Sudamina (miliaria) apró jelenségeiből képződik. A veritékmirigyek elzáródnak és fertőződnek staphylococcusokkal. A kezelés: antibiotikum, a beolvadt jelenségek megnyitása, valamint száraz, hűvös környezet biztosítása.

Kisded- és kisgyermekkor elváltozások

⇒ alopecia areata

Éles határú, egy vagy több kerek-kopasz terület (6. ábra), amelyeken visszánövés esetén vékony, festékszegény piheszálak láthatók. Külső steroid készítmények, hyperaemizáló szerek kevésbé súlyos esetekben hatásosak. El kell különíteni az alopecia mechanicitól (l. alább).

⇒ alopecia mechanica (trichotillotic)

Kerek vagy vonalas, gyakran szabályos kopasz foltok láthatók a hajtépett területeknek megfelelően (7. ábra). Visszánövéskor szúrós, sötét, ép hajszálak láthatók.



7. ábra

Alopecia mechanica
Nagykiterjedésű, kopasz, illetve ritkult hajzatú területek

Kényszeres cselekvés, szorongásos állapot következménye (10). A kezelés: az alopecia areatában alkalmazott szerek használatosak, nyugtatókkal kiegészítve. A két kórkép egymástól való elkülönítése gyakran nehéz.

⇒ Langerhans-sejtes histiocytosis

A fül mögött, a halántéktájon, a haj között apró, hámló, esetleg pörkös, bevérzett, különálló, vagy konfluáló papulák a jellemzőek (8. ábra). A kezelés: külsőleg és belsőleg adagolt steroid, kemoterápiás készítmények. A folyamat összetéveszthető seborrhoeas dermatitisszel, esetleg kis elemű pyodermával. A tüneteket mindig keresni kell az inguinális hajlatokban és perigenitálisan is (7).

⇒ eosinophil pustulosus folliculitis (Ofuji betegség)

Csoportos, pörkös papulovesiculák láthatók a fejbőrön (9. ábra), amelyek néha viszketnek. A végtagokon szétszórtan hasonló jelenségek előfordulhatnak. Ma-



8. ábra

Langerhans-sejtes histiocytosis
Monomorf, két-három milliméter átmérőjű, vörös, sárgás
pikkelyekkel borított papulák



10. ábra

Tinea capitis
Kerek, kopasz, gyulladt plakk



9. ábra

Eosinophil pustulosus folliculitis (Ofuji)
Csoportos, apró, pörkös hólyagsák

kacs, külső és belső kezeléssel nehezen befolyásolható
a betegség. Szakaszosan jelentkező, főleg fiúkon elő-
forduló, nem gyakori kórkép (8).

Fertőzések eredetű kórképek

⇨ tinea capitis

Gyakori fertőző folyamat, mely leginkább macskákról
terjed át kisgyermekre (5). Kerek, kopasz, illetve le-
töredezett hajszálakkal borított, hámló foltok láthatók
(10. ábra). Típusos esetben – amely ma ritka – a haj-
szálak olyanok, mintha gipszporral lennének beszórva.
Az esetek 90%-ában *Microsporum canis* a kórokozó.
Csecsemőknél is előfordul. A mély forma (kerion Cel-
si) ritkább, karbunkulushoz hasonlít (11. ábra). Gyak-
ran tévesen diagnosztizálva sebészi úton megnyitják. A
felületes formát seborrheas plakkokkal lehet összeté-
vesztetni. A kezelés mindkét formában szájon át adott



11. ábra

Kerion Celsi
Elődomborodó, karbunkulushoz hasonló, mély
tinea forma



12. ábra
Tibola betegség
Hajhiányos terület közepén pörkkel fedett
erosio



13. ábra
Pyoderma capitis
Ellentétben a tibola betegséggel, a pörk körül nincs
hajhiány

antimycoticum (griseofulvin, terbinafin) és külső dezinficiáló kezelés.

⇨ tibola betegség

Nyár végén, ősszel előforduló, kezelés nélkül is gyógyuló folyamat (6). 10-15 milliméteres, kerek, hajhiányos terület közepén pörkkel fedett erosio látható (12. ábra). El kell különíteni a pyodermáktól, ahol a pörk körül nincs hajhiány (13. ábra). Friss esetben regionális nyirokcsomó duzzanat kíséri. Kórokozó: Rickettsia slovaca. A kezelés: megfigyelés, várakozás, esetleg tetracyclin adagolása.

IRODALOM

1. Aschkenazi, S.: Scalp changes after fetal monitoring. Arch. Dis. Child. (1985) 60, 267-9.

2. Cohen, B. A., Hood, A.: Xanthogranuloma: report on clinical and histologic findings in 64 patients. Pediatr. Dermatol. (1989) 6, 262-6.
3. Ehringhaus, G., Dominick, H. C.: Cortisontherapie kutaner Kavernöser Haemangiome im Kindesalter. Padiat. Prax. (1986) 33, 661-70.
4. Frieden, I. J.: Aplasia cutis congenita: a clinical review and proposal for classification. J. Am. Acad. Dermatol. (1986) 14, 646-60.
5. Halmy, K., Nyirkos, P.: Atipusos jelenségek egy microsporia járványban. Bőrgyógy. Vener. Szle. (1993) 69, 3-8.
6. Lakos, A.: Tickborn lymphadenophy (tibola). Wien. Klin. Wschrift. (2002) 114, 648-654.
7. Magana-Garcia, M.: Pure cutaneous histiocytosis X. Int. J. Dermatol. (1986) 25, 106-8.
8. Taieb, A.: Infantile eosinophilic pustular 'folliculitis' in infancy: a nonfollicular disease. Pediatr. Dermatol. (1994) 11, 186.
9. Török, É. et al.: Jadassohn-Schimmelpenning-Feuerstein-Mims Syndrom (Naevus sebaceus linearis syndrom) Akt. Derm. (1988) 14, 373.
10. Török É., Rutkai K.: Dermatitis artefacta (Az obszesszív-kompulzív zavar bőrgyógyászati jelei). Bőrgyógy. Vener. Szle. (2003) 79, 69-75.

Fekete Zoltán Alapítvány

Tisztelt Bőrgyógyász Kollegák!

A Magyar Bőrgyógyászok „Fekete Zoltán” Alapítványa nevében hálásan köszönöm a segítséget mindazoknak, akik az SZJA 1%-ának átutalásával támogatták közhasznú tevékenységünket a 2003. évben. A korábbi évekhez hasonlóan Alapítványunk az elmúlt évben is 2 fő részére biztosította kemény pályázati feltételek mellett a megemelt kutatási jutalmat. Miként 2002-ben, úgy 2003-ban is jelentős összeggel támogattuk az MDT tagok nemzetközi részvételét – pontosabban a német-magyar bőrgyógyászati szekció rendezvényeit.

Tisztelettel kérem, hogy amennyiben célkitűzéseinkkel, a magyar dermatológia minőségének és színvonalának folyamatos emelésére irányuló erőfeszítéseinkkel egyetért, úgy SZJA-jának 1%-át az alábbi adószám és cím megjelölésével átutalni szíveskedjék.

Adószám: 196777811-1-41, az Alapítvány címe: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.

Dr. Baló J. Mátyás
egyetemi magántanár, a kuratórium elnöke

*Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szent-Györgyi Albert
Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
(igazgató: dr. Dobozy Attila egyetemi tanár)*

Diagnosztikus problémák autoimmun urticariában Diagnostic problems in autoimmun urticaria

HUSZ SÁNDOR DR., MIHÁLYI LILLA DR. ÉS DOBOZY ATTILA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az autoimmun urticariát az idiopátiás krónikus urticariás csoportból a múlt század végén sikerült leválasztani. Az idiopátiás krónikus urticariás betegekben a jellegzetes klinikai tünetek megléte mellett az autoimmun urticaria diagnózisának felállítására az FcεR1α ellenes autoantitestek kimutatására az autoszérum bőrpróbát javasolja az irodalom. Szerzők vizsgálták egészséges egyéneknél (20 személy), idiopátiás krónikus urticariában (24 beteg) és különböző bőrbetegségekben (50 beteg) a próba specifitását. Megállapították, hogy a tömény szérummal végzett autoszérum Prick teszt sok esetben (37,2%) adhat aspecifikus reakciót. Ezért javasolják 1/10 és 1/100 hígításban is elvégezni az autoszérum bőrpróbát az aspecifikus pozitívítások elkerülése és az autoimmun urticaria diagnózisának pontosabb felállítása érdekében.

Kulcsszavak:

autoimmun urticaria - hígításos autoszérum intracután bőrteszt

SUMMARY

Autoimmune urticaria was earlier separated from the group of idiopathic chronic urticaria. It is now established that circulating autoantibodies against the high-affinity IgE receptor or against IgE are detected in patients with idiopathic chronic urticaria. The autologous serum skin test was suggested besides the characteristic clinical symptoms.

Twenty healthy persons, 24 patients with idiopathic chronic urticaria and 50 patients with different dermatological diseases were investigated with the autologous serum skin test. The test with undiluted serum was positive in many cases (37,2%) both urticaria patients and healthy persons and also in subjects with other dermatological diseases. These positive reactions are nonspecific. Accordingly, 1:10 and 1:100 dilutions are suggested for the test, avoiding nonspecific reactions, and in order to establish a better diagnostic possibility in patients with autoimmune urticaria.

Key words:

autoimmun urticaria - diluted autoserum skin test

Az urtica az irha felső részének ödémás duzzanata, amely különböző mediátor anyagok felszabadulását követő érpermeabilitás fokozódás és savókiáramlás útján jön létre. Az ilyen alapon kialakuló sok csalánkiütéssel járó betegséget urticariának nevezzük. Megkülönböztetünk akut és krónikus urticariás formákat. Az akut urticarák gyógyszer vagy étel fogyasztása miatt gyorsan alakulnak ki és viszonylag gyorsan tünetmentesednek is. A krónikus urticaria heterogén etiológiai tényezők következtében jön létre és gyakran terápiazisztenst. Azokat a csalánkiütéseket soroljuk ebbe a csoportba, amelyek 6 hétnél hosszabb ideig állnak fenn. A csalánkiütés kialakulásában és fenntartásában immunológiai és nem immunológiai okok egyaránt felelőssé tehetőek. Az urticaria patogenetikai csoportosítása Czarnetzki beosztása szerint lehetséges, amelyet kissé módosítottunk (7, 8, 14).

Sajnos sokszor a legmondosabb kivizsgálással sem lehet az urticaria okát kideríteni. Az ilyen csalánkiütések az ún. idiopátiás krónikus urticariás csoportba tartoznak (3. 4).

A múlt század 90-es éveinek elejétől több munkacsoport vizsgálata alapján (1, 2, 3, 4, 5, 12) ebből a csoportból egy jól meghatározható betegséget lehetett leválasztani, amelyet autoimmun urticariának neveztek el azon megfigyelés alapján, hogy az ilyen betegeknek FcεR1α ellenes autoantitestek mutathatók ki. A betegség rutin diagnosztikájában legelfogadottabb az autoszérum intracután bőrpróba. A bőrpróba-hoz a beteg szérumának 0,1 ml-ét adják be töményen, illetve feles hígításban.

Irodalmi adatok szerint a krónikus urticaria kiváltó okának tisztázása széles körű kivizsgálás ellenére is gyakran sikertelen marad. Gratten és mtsai (3) szerint a krónikus urticariák 35%-át a fizikai urticariák alkotják. Közvetlenül ezután az idiopátiás krónikus urticariák a leggyakoribbak 28%-os előfordulási valószínűséggel, majd az utóbbi 10 évben az idiopátiás urticariából leválasztott autoimmun urticariák állnak 24%-os előfordulási gyakorisággal. Az

Vizsgált személyek	n	Átlagéletkor
Egészséges személyek 10 nő, 10 férfi (19-31 év)	20	24 év
Urticariás betegek 16 nő, 8 férfi (20-71 év)	24	43 év
Egyéb bőrbetegségben szenvedők:		
Ulcus cruris 12 nő, 8 férfi (40-74 év)	20	62 év
Psoriasis 7 nő, 3 férfi (21-69 év)	15	45 év
Ekcéma 3 nő, 2 férfi (26-68 év)	5	42 év
Erysipelas 4 nő, 1 férfi (45-71 év)	5	63 év
Bórdaganat 2 nő, 3 férfi (47-68 év)	5	58

1. táblázat

A vizsgálatban résztvevő személyek adatai

Vizsgált személyek	n	Tömény szérum (pozitív esetek száma)	Tízszeres hígítás (pozitív esetek száma)	Százsoros hígítás (pozitív esetek száma)
Egészséges személyek	20	6	0	0
Urticariás betegek	24	10	7	1
Egyéb bőrbetegségben szenvedők:				
Ulcus cruris	20	7	0	0
Psoriasis	15	5	1	0
Ekcéma	5	3	0	0
Erysipelas	5	2	0	0
Bórdaganat	5	2	0	0

2. táblázat

A tömény szérummal és a hígítási sorozattal végzett autoszérum bőrpróba eredményei

egyéb urticariák ennél sokkal kisebb százalékban fordulnak elő (allergiás urticaria, urticaria vasculitis, infekciós eredetű urticaria stb.).

Tekintettel arra, hogy az autoimmun urticariák ilyen magas százalékban fordulnak elő a fenti anyagban és egyéb szerzőknél is (3, 5, 15), célul tűztük ki annak vizsgálatát, hogy mennyire specifikus az autoszérum bőrpróba ezen urticaria diagnózisának felállítására.

Betegek és módszerek

Összesen 24 idiopátiás krónikus urticarás betegnél (kizártuk a fizikai urticariát, valamint az egyéb etiológiai tényezők: étel, gyógyszer, gócfertőzés szerepét), 20 egészséges személyben és 50 különböző bőrbetegségben szenvedő egyén esetében végeztünk autoszérum bőrpróbát. A vizsgált egyének adatait táblázatban foglaltuk össze (1. táblázat).

A tesztelés során az alkar bőrébe proximálról disztál felé haladva, egymástól 4 cm távolságban intrakután injekciókat adtunk: 0,1 ml tömény szérumot, 0,1-0,1 ml-t a szérum fiziológiás sóoldattal 10-szeresére, illetve 100-szorosára hígított oldatából, végül negatív kontrollként 0,1 ml fiziológiás sóoldatot. Pozitív kontrollként a megkarcolt bőrfelületre 1 csepp 10 µg/ml töménységű hisztamin oldatot cseppentettünk. Az eredményt 15 és 30 perc múlva olvastuk le. A hiteles bőrpróba feltétele volt, hogy a beteg a vizsgálatot megelőzően legalább 3 napig ne szedjen antihisztamin tartalmú készítményt.

Pozitívnak értékeltük a próbát, ha a saját szérum, illetve a szérum hígításainak befecskendezési helyén 2 mm, vagy nagyobb urtica volt látható. Ha a szérum beadásának helyén csak erythema alakult ki, akkor a próbát negatívnak vélelményeztük.

Eredmények

Az eredményeinket táblázatos formában foglaltuk össze (2. táblázat). Mind egészséges egyénekben, mind egyéb bőrbetegségben viszonylag sok esetben találtunk tömény szérummal pozitív autoszérum bőrpróbát. Összesen 70 egyén esetében 25 (35,7%) pozitív reakciót találtunk. Az urticariás betegcsoportban 24 egyén közül 10 (41%) esetben volt pozitív a teszt. Gyakorlatilag egészséges egyénekben 30%-ban és a bőrbetegségek csoportjában 38%-ban kaptunk pozitív reakciót a tömény szérummal.

A tízszeres hígítással végzett bőrpróba már értékelhető különbséget mutatott. Egészséges egyéneknél egy esetben sem kaptunk pozitív reakciót. A bőrbetegségek közül egy psoriasisban szenvedő beteg esetében kaptunk pozitív reakciót 1/10 hígításban, egyébként a reakció minden esetben negatívnak bizonyult. Egy, a táblázatban nem szereplő autoimmun betegségben szenvedő sclerodermás betegben ugyancsak találtunk 1/10 hígításban pozitív reakciót.

Az idiopatiás krónikus urticariás csoportban tömény szérummal tíz esetben, 1/10 hígításban 7 esetben, 1/100 hígításban 1 esetben kaptunk pozitív reakciót.

Megbeszélés

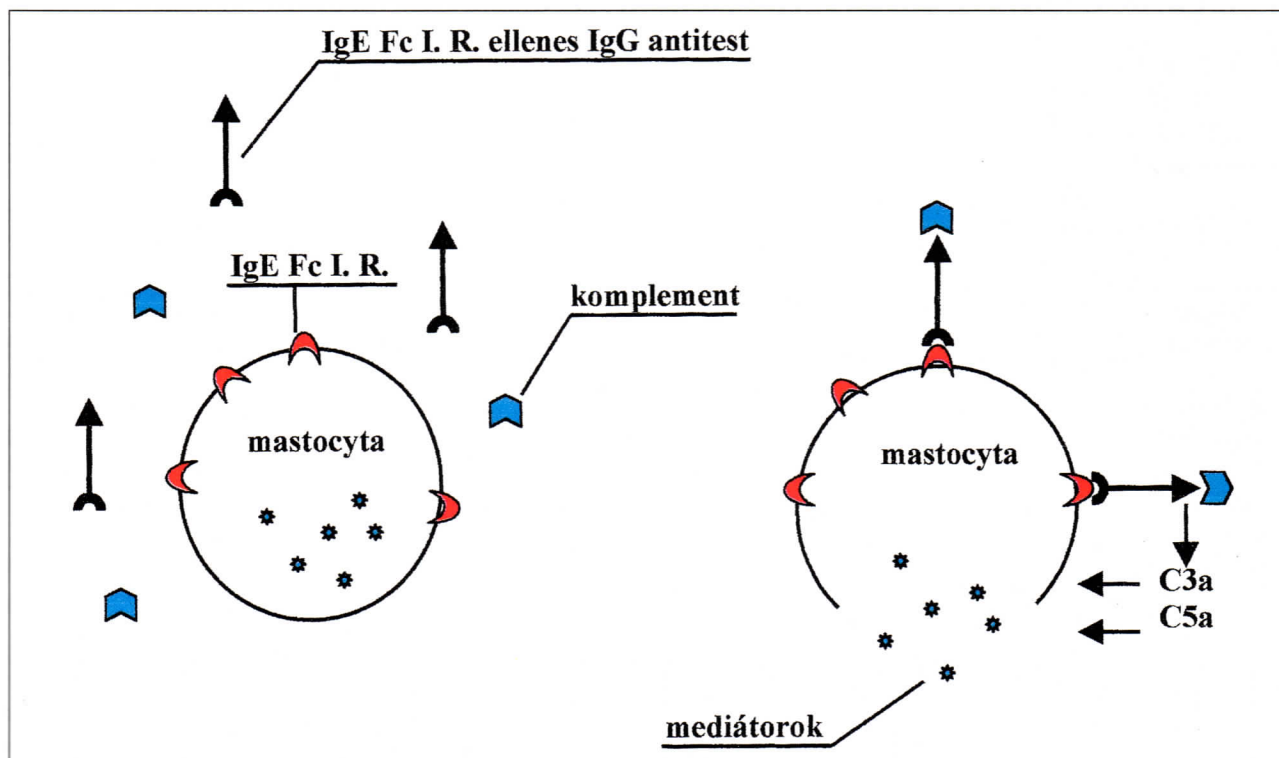
Az autoimmun urticariában IgG ritkábban IgE típusú autoantitestek mutathatók ki a magas affinitású IgE receptor alfa alegysége (FcεR1α) ellen. A mediátor felszabadulás pontos mechanizmusa nem ismert. Lehetséges direkt módon is, de elképzelhető komplement dependens folyamat is (1. ábra). Az ilyen mechanizmus alapján kialakuló urticariás betegség meglehetősen terápia rezisztens formák közé tartozik (1, 2, 3, 4, 5, 12).

Kezelésében ciklosporin A, intravénás immunglobulin adását, illetve plazmaferezis elvégzését javasolják (3, 4, 10, 14). Magunk Cortozyn depot injekció adásával, illetve szteroid kezeléssel is értünk el jó eredményeket.

Az autoimmun urticaria diagnózisa nem megoldott. Az irodalom ma is legelfogadottabbnak az autoszérum intrakutan bőrpróbát tartja. Használják ELISA tesztet, illetve Western blot technikát is az autoantitestek kimu-

tatására, de ezek az eljárások nem terjedtek el. Ugyancsak alkalmazzák egészségesek bazofil sejtjeinek aktiválását a beteg szérummal és nézik a hisztamin felszabadulást (3, 5, 13).

Magunk jelenleg legjobbnak ugyancsak az autoszérum bőrpróbát tartjuk, de úgy véljük, hogy a tömény vagy feles hígítással végzett tesztes aspecifikus reakciókhoz is vezet. Ennek igazolására végeztük vizsgálatainkat egészséges egyéneknél és különböző bőrgyógyászati betegségekben. Az egészséges személyekben és egyéb bőrbetegségekben tömény szérummal kapott pozitív bőrtesztet lehetséges magyarázata a szérumban kis koncentrációban jelenlévő autoantitesteknek tudható be. Ezek az autoantitestek Greaves (4) és Sabroe (12, 13) közlése szerint más Ig alosztályba tartoznak, mint az autoimmun urticaria kiváltásáért felelős ellenanyagok. Számos szerző számolt be immunreaktív, hisztamint felszabadító autoantitestek előfordulásáról, valamint más hisztamin felszabadulást okozó anyagról urticariával nem járó egyéb kórképekben és autoimmun betegségekben – pl. dermatomyositisben, pemphigusban és sclerodermában (3, 5, 12). A psoriasisos arthropathias betegben és a sclerodermában talált 1/10 hígításban kimutatott pozitív autoszérum bőrteszt is ilyen módon magyarázható. A psoriasis patogenezisében régóta szerepet tulajdonítanak immunológiai folyamatoknak. A betegeknek gyakran emelkedik a szérum immunglobulin szint és a keringő immunkomplexek mennyisége, valamint magasabb az egészséges személyeknél is megtalálható stratum corneum ellenes komplement kötő antitest titer. A betegek egy részénél antinukleáris antitestek, más-kor reumafaktorok mutathatók ki (6, 9, 11).



1. ábra

Az autoimmun urticaria lehetséges patomechanizmusa

Mint eredményeinkből látható, egészséges egyéneknél és nem urticariás bőrgyógyászati betegségekben is viszonylag nagy számban találtunk a tömény szérummal történő tesztelés esetén pozitív reakciókat. Ezeket aszpecifikusnak tartjuk.

Vizsgálatainkból az is kitűnik, hogy a szérum 1/10 vagy 1/100 hígításban végzett bőrpróbák esetén ezek az aszpecifikus reakciók kiiktathatók. *Sabroe és munkatársai* (13) is igyekeztek standardizálni a tesztelést, azonban többirányú méréseik ellenére is maradtak aszpecifikus leletek. Végső és teljes mértékben elfogadható aszpecifikus teszt csak akkor lesz elérhető, ha direkt módon, gyárilag előállított ELISA lemezek lesznek elérhetőek, megbízható antigén használatával. Addig első megközelítésként marad az autoszérum intrakután bőrteszt.

Eredményeink alapján javasoljuk a módszerünkben leírt hígítási sorozattal történő tesztelést. Autoimmun urticaria feltételezett diagnózisként akkor értékeljük a tesztet, ha legalább 1/10 hígításban is 2 mm vagy annál nagyobb urtica provokálható. Természetesen a beteg anamnesztikus adatai, az egyéb etiológiai tényezők kizárása, a hagyományos terápia iránti rezisztencia szintén fontos a pontos diagnózis felállításához. Ekkor és csakis ekkor jönnek szóba az irodalomban javasolt immunmoduláló kezelések.

IRODALOM

1. *Bindslev-Jensen C., Finzi A., Graves M. et al.*: Chronic urticaria diagnostic recommendations. *J. Eur. Acad. Dermatol.* (2000) 14, 175-180.

2. *Claveau J., Lavoie A., Brunet C. et al.*: Chronic idiopathic urticaria: Possible contribution on histamine-releasing factor to pathogenesis. *J. Allergy Clin. Immunol.* (1993) 92, 132-137.
3. *Grattan C. E. H., Sabroe R. A., Greaves M.*: Chronic urticaria. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2002) 46, 645-657.
4. *Greaves M.*: Current reviews of allergy and clinical immunology. *J. Allergy Clin. Immunol.* (2000) 14, 197-211.
5. *Hide M., Davin M., Francis B. et al.*: Autoantibodies against the high-affinity IgE receptor as a cause of histamine release in chronic urticaria. *New Eng. J. Med.* (1992) 328, 1599-1604.
6. *Hunziker T.*: Circulating immun complexes in patients with psoriasis: do they exist? *Exp. Dermatol.* (1992) 1, 149-151.
7. *Husz S., Dobozy A.*: Urticaria. *Transzfúzió* (1998) 31, 51-59.
8. *Husz S.*: Az urticaria patogenezise, klinikai formái és kezelése. *Med. Anon.* (2002) 5, 37-41.
9. *Kemény L., Dobozy A.*: A psoriasis patogenezisének immunológiai vonatkozásai. *The pathogenesis of psoriasis. Kórház* (1996) 3, 31-34.
10. *Olasz K., Török L.*: Terápiarezisztens autoimmun patogenezisű, krónikus urticaria sikeres kezelése cyclosporin a-val 3 eset kapcsán. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2000) 76, 19-21.
11. *Reeves W.*: Autoimmune mechanisms in psoriasis. *Semin. Dermatol.* (1991) 10, 217-224.
12. *Sabroe, R. A., Seed, P. T. Stat C. et al.*: Chronic idiopathic urticaria: comparison of the clinical features of patients with and without anti-FCER1 or anti-IgE autoantibodies. *J. Am. Acad. Dermatol.* (1999) 40, 443-450.
13. *Sabroe, R. A., Grattan C. E. H. Francis, M. et al.*: The autologous serum skin test: a screening test for autoantibodies in chronic idiopathic urticaria. *Br. J. Dermatol.* (1990) 140, 446-452.
14. *Szegedi A., Irinyi B., Hunyadi J.*: A krónikus urticaria. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2002) 78, 101-106.
15. *Török L., Kirschner Á.*: Az autológ serum próba jelentősége krónikus urticariában. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2001) 77, 163-165.

Érkezett: 2003. x. 10.

Közlésre elfogadva: 2003. x. 27.

HAZAI HÍREK

A Magyar Dermatológiai Társulat Cutan Lymphoma Munkacsoportja **2003. XI. 7-én** tudományos ülést tartott, CD30+ lymphoproliferatív folyamatok a bőrben témakörben

Elhangzott előadások:

Dr. Korom Irma:

SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

Lymphomatoid papulosis, klinikai, szövettani jellegzetességek.

Dr. Vajda Adrienne:

Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati Osztály, Budapest

CD 30+anaplasticus, nagy sejtes lymphoma cutan manifestációja

Dr. Szalai Zsuzsa:

Heim Pál Gyermekórház, Budapest

CD 30+cutan anaplasticus, nagy sejtes lymphoma gyermekkori esete

Dr. Szomor Árpád:

Pécsi Tudományegyetem, ÁOK, I. Belgyógyászati Klinika

CD 30+lymphoma

Az ülésen a CD 30+primer cutan lymphoproliferatív folyamatok diagnosztikus, terápiás protokolljára, országos regiszter elkészítéséhez tervezetet készítették.

Dr. Marschalkó Márta e. docens

Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika

marmar@bor.sote.hu

Fodor József OKK-OMFI (igazgató: dr. Galgóczy Gábor)

Az elektronikai ipar foglalkozási bőrbetegségei Flux dermatitisz

Occupational diseases in the electronics industry. Flux dermatitis

KOHÁNKA VALÉRIA DR., MUDZSIRI SZOLMAZ DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők ismertetik a főbb elektronikai munkafolyamatokat és az ezekhez kapcsolódó bőrgyógyászati veszélyforrásokat. A legtöbb bőrgyógyászati problémát a kézi forrasztás, illetve ehhez kapcsolódóan az úgynevezett flux dermatitisz okozza, melynek leggyakoribb oka kolofónium érzékenység. Az irodalmi adatok mellett ismertetik az intézet bőrgyógyászati szakrendelésén 2000-2003 évben az elektronikai ipar területén észlelt foglalkozási bőrbetegségek kiváltó okait és érintik a prevenció kérdését is.

Kulcsszavak:
félvezető - nyomtatott áramkör - flux dermatitisz - kolofónium allergia - prevenció

SUMMARY

Authors demonstrate the major work processes and the possible dermatological risk factors in the electronics industry. Soldering by hand seems to cause the most dermatological problems, namely the so-called flux dermatitis determined in most of the cases by colophonium allergy. Beside literary data authors describe provoking factors of occupational dermatological diseases in the electronics industry diagnosed by the Department of Dermatology of the Institute in the year 2002-2003. Aspects of prevention are also discussed.

Key words:
Semiconductor wafer - printed circuit board fabrication - flux dermatitis - colophonium allergy - prevention

Az elektronikai ipar világszerte hatalmas ütemben fejlődik és számos különböző munkafolyamatot foglal magában. Legjelentősebb a félvezető gyártás és összeszerelés, valamint a nyomtatott áramkör gyártás és összeszerelés.

Az elektronikai iparban több millió ember dolgozik szerte a világon. A gyártás általában az iparilag fejlett országokban történik. A magasan kvalifikált munka relatíve kevés embert foglalkoztat.

Ezzel szemben az alkatrész összeszerelése, mely magában foglalja a hullámforrasztást, a fémalkatrészek beszerelését, a kézi forrasztást, valamint a késztermékek csomagolását – döntően a fejlődő országokban történik –, melyet több millió munkás végez. A foglalkoztatottak nagy száma és a munkafolyamatok alacsonyabb szintű automatizáltsága miatt – mely egyben jelentősebb vegyi anyag kontaminációt is jelent – a legtöbb bőrbetegséget az összeszerelés munkafázisában észlelik.

Alábbiakban „elektronikai kisszótárt” állítottunk össze, mellyel azokat az orvos kollegákat kívánjuk segíteni, akik az elektronikai ipar területén dolgoznak vagy érdeklődnek a téma iránt (1).

Elektronika

Az alkalmazott fizika egy ága, mely az elektronok egymás közötti kölcsönhatásából (elektroncsövek, fotoelektromos cellák, RTG-csővek) és az elektronok a szilárd test kristályrácsával való kölcsönhatásából (félvezetők, tranzistorok) adódó jelenségekkel és műszaki alkalmazásokkal foglalkozik.

Áramkörök fajtái: első generációs – elektroncsöves áramkör, második generációs – tranzistoros áramkör, harmadik generációs – félvezető áramkör.

Napjainkban a legelterjedtebb áramkör a félvezető típus.

Az áramköröket leggyakrabban a szórakoztató elektronikában (rádió, televízió, lemezjátszók), illetve az ipari elektronikában a gépi adatfeldolgozás, illetve automatika területén alkalmazzák.

Az áramkörökben található fontosabb elektronikus alkatrészek: vezető és erősítő egységek, elektroncsövek, félvezetők, ellenállások, kondenzátorok, tekercsek.

Nyomtatott áramkör (NYÁK): elektronikus készülékek alkatrészeit összekötő fémszalagoknak szigetelőlapra (panel) préselt rendszere.

Félvezető: olyan anyag, amelynek fajlagos ellenálló képessége (elektromos vezetőképessége) a fémek és a szigetelők között van. Alapanyaga rendszerint szilícium, illetve germánium, „szennyezésként” arzént, antimont, illetve más fémeket is tartalmazhat, melyek jelentősen módosíthatják a félvezetők tulajdonságait.

Chip: kis félvezető, melyet hibrid integrált áramkörökbe építenek be.

Tranzisztor: félvezető alapú elektromos elem, mely különböző vezetőképességű zónák egymás melletti sorából áll (nnp, pnp típusok – n = negatív, p = pozitív).

Dióda: áram egyenirányítóként használt elektronikus eszköz.

Mikroprocesszor: egyetlen integrált áramkörrel működő alkatrész, amely általában a számítógép központi egységének funkcióját látja el. Általában 8-16-36 bittel képes műveletet végezni.

Automatizáltság az elektronikai iparban

Közismert, hogy az elektronikai iparban nagy tisztaság van és magas fokú az automatizáltság foka is. Jellemző, hogy a munkavédelmi és munkahigiénés előírások a dolgozó egészségének védelme mellett fokozottan védik a termék minőségét is, ami új egészségügyi veszélyforrásokat jelenthet, gondoljunk csak a munkájukat szakfander szerű antisztatikus öltözetben végző dolgozókra.

Automatizáltság és expozíció

A magas fokú automatizáltság csökkenti ugyan a káros vegyi anyagokkal való érintkezés lehetőségét, de teljességgel nem szünteti meg és nem tudja megakadályozni a foglalkozási bőrbetegségek kialakulását (2). Az 1. táblázatban a bőr vegyi anyag kontaminációjának lehetőségeit tüntettük fel automatizált munkafolyamatok esetén.

- Alapanyag szállítás
- Alapanyag laboratóriumi kontroll vizsgálata
- Raktározás
- Súlymérés
- Szállítás üzemen belül
- Laboratóriumi ellenőrző vizsgálatok
- Anyagok kifolyása, elpárolgása
- Takarítás, javítás
- Végeredmék javítása
- Hulladék képződés

1. táblázat

Vegyí anyag kontamináció automatizált munkafolyamatokban

Elektronikai munkafolyamatok – foglalkozási bőrbetegségek

Irodalmi adatok alapján az elektronikai iparban a leggyakoribb foglalkozási bőrbetegség a kontakt dermatitisz, melyet bőrizgató és allergizáló vegyi anyagok és nem ritkán különböző fizikai hatások okoznak (3, 5, 8, 11, 14). A fizikai hatások közül elsősorban a megkövetelt „elektronikai mikroklímának” a levegő pártartalmának, illetve hőmérsékletének van jelentősége, melyet a trópusi országokban különösen nehéz biztosítani, ezért nem ritka a tömeges bőr-, illetve légzőszervi panaszok fellépése sem (2. táblázat).

Az elektronikai iparban észlelt, azzal összefüggésbe hozott bőrbetegségek zömmel allergiás eredetűek. Egy Hol-

Irritatív anyagok:

Oldószerek, flux, tisztító anyagok (savak, lúgok, oldószerek) epoxi és egyéb műgyanták (elsősorban a katalizátorok)

Allergizáló anyagok:

Fenyőgyanta, hidrazin, aminok, műgyanták (epoxigyanta, poliésztergyanta, akrilátok, bakelit), fémek: Cr, Co, Ni, Pt, As, antisztatikus anyagok, gumikemikáliák

Egyéb hatások

Magas hőmérséklet, alacsony páratartalom, ismételt mechanikai trauma, speciális védőeszközök, pl.: védőkesztyű, antisztatikus védőruha viselése (pruritus, miliaria, dermatitis)

2. táblázat

Kontakt dermatitisz okai az elektronikai iparban

landiában végzett felmérés szerint az elektronikai és fémiparban fokozott melanóma rizikót is észleltek, és további vizsgálatokat javasolnak a felelős vegyi expozíció megállapítására (10).

Az elektronikai iparral kapcsolatba hozott egyéb bőrbetegségek a következők:

- Hideg urticaria (kontakt spray),
- Erythema exudativum multiforme (formalin),
- Stevens Johnson syndroma (triklóretilén),
- Kontakt urticaria (fenyőgyanta, polipropilén),
- Fokozott melanoma malignum rizikó (?)

Forrasztás, szigetelés, nyákgyártás

A forrasztás egyike a leggyakoribb elektronikai műveleteknek, melynek során a fémtárgyakat, illetve fémrészeket adhézióval kötik, rögzítik egymáshoz. A forrasztás kb. 85%-a úgynevezett *hullámforrasztás*, mely automata forrasztógéppel történik, ennek során a bőr vegyi anyag kontaminációja kismértékű. A 15%-ot kitevő *kézi forrasztásnál* a dolgozók a fémek mellett *forrasszal*, illetve a forrasztást elősegítő tisztító felületkezelő szerrel, az ún. *flux*-al közvetlenül érintkeznek. A forrasztó olyan fémötvözet, mely megolvastva alkalmas más fémek forrasztására. Kézi forrasztásnál a levegőben levő, illetve közvetlenül a bőrre kerülő vegyi anyagok toxikus hatásúak lehetnek, továbbá kontakt dermatitisz, ritkán asthma bronchiale alakulhat ki.

Leggyakoribb forrasztóanyagok:

forrasztóórn: órn, ólom expozíció – toxikus hatás,

Flux (tisztító felületkezelő szer): fenyőgyanta, oldószer, szerves, szervesetlen savak, amin expozíció

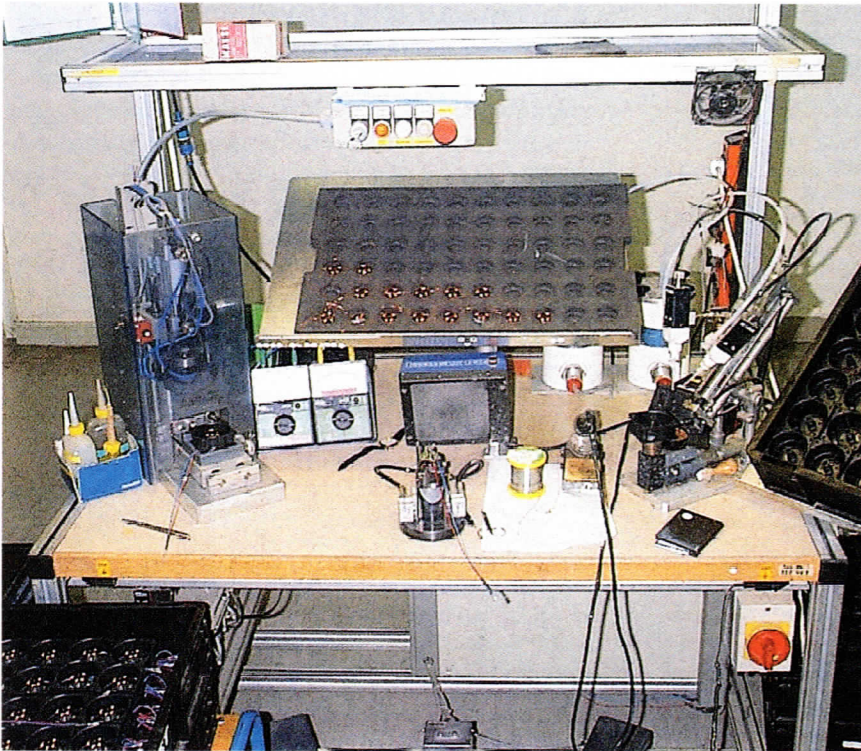
– toxikus hatás,

– flux dermatitisz

– irritatív eredetű: savak, oldószerek,

– allergiás eredetű: fenyőgyanta (abietic acid), hidrazin, aminoetanolamin

– asthma bronchiale (fenyőgyanta)



1. ábra

Alkatrészszerező asztal egy elektronikai üzembn

A flux dermatitist, illetve asthma bronchialet leggyakrabban a flux-ban lévő fenyőgyanta, a kolofónium okozza (4, 13).

A szigeteléskor felhasznált anyagok elsősorban műgyanták, melyek bőr- és légzőszervi tüneteket okozhatnak.

Legfontosabb szigetelőanyagok: *epoxigyanta*, *poliésztergyanta* (szerves peroxidok) – irritatív, allergizáló hatásúak, *klórnaftalin* – irritatív hatás, klórakne, *kvarcliszt* – légzőrendszerre gyakorolt hatás.

A nyomtatott áramkör gyártás során előforduló nyomdai anyagok elsősorban irritatív, korrozív hatásúak

A NYÁK gyártás fontosabb anyagai:

1. fémek, forrasztási anyagok,
2. panel: üvegszállal erősített epoxigyanta rétegelt rézbevonattal,
3. szitanyomás és fénymásolás anyagai (áramkörök lakkvédelme, rézkloridos maratás, lakkleemosás),
4. korrozív anyagok.

Az 1. ábrán jellegzetes alkatrészszerező asztal látható egy elektronikai üzembn.

Foglalkozási bőrbetegségek a hazai elektronikai iparban

Hazánkban az utóbbi években számos hazai és multinacionális cég létesített elektronikai üzemet, illetve vállalatot. Ezek üzemeiben elsősorban alkatrész-összeszerelést végeznek, ezért nem meglepő, hogy az itt dolgozóknál több esetben foglalkozási bőrbetegség alakult ki.

2000-2002 között intézetünk bőrgyógyászati szakrendelésén 9 elektronikai iparban dolgozó egyénnél észleltünk foglalkozási bőr-

betegséget. Adataikat az alábbiakban ismertetjük.

Anyag és módszer

A betegek kivizsgálása ambuláner a bőrgyógyászati szakrendelésen történt. A betegeknek klinikai vizsgálatot, továbbá a leggyakoribb kontakt vegyi allergénnel, valamint a vizsgálatra hozott munkaanyagokkal epicután próbát végeztünk. A rutin epicután próbához a 28 allergénből álló ún. Magyar sorozatot használtunk. Az epicután próba értékelése a szakma szabályainak megfelelően történt (12).

Vizsgált betegek nők voltak, átlag életkoruk 35,4 év volt. A kivizsgálás végén a lehetséges patomechanizmus a klinikai kép, az allergológiai vizsgálatok eredménye, valamint a kórtörténetben szereplő és a munkahelyi adatok alapján állapítottuk meg.

Klinikai eseteink rövid ismertetése:

1. 24 éves nőbeteg, CD operátor, panelforrasztó

Dg.: Derm. faciei. Pruritus. Nikkel érzékenység

Megfigyelés: romlik 30-60 perc munkavégzés után

Vegyi expozíció: flux, forrasztóon, izopropil-alkohol

Pathomechanizmus: légtéri irritatív hatás

2. 34 éves nőbeteg, CD operátor, panelforrasztó

Dg.: Derm. dissem.

Megfigyelés: romlik 20 perc munkavégzés után, javul hétvégén

Vegyi expozíció: flux, forrasztóon, izopropil-alkohol

Pathomechanizmus: légtéri irritatív hatás

3. 35 éves nőbeteg, CD operátor, panelforrasztó

Dg.: Derm. dissem. Nikkel, kobalt, flux érzékenység (egyéb bőrbetegség: Prurigo simplex)

Megfigyelés: romlik 20 perc munkavégzés után, javul hétvégén

Vegyi expozíció: flux, forrasztóon, izopropil-alkohol

Pathomechanizmus: allergiás (flux – fém?)

4. 33 éves nőbeteg, CD operátor, panelforrasztó

Dg.: Derm. dissem.

Megfigyelés: romlik 2-3 óra munkavégzés után, javul munka után néhány órával, fürdés után

Vegyi expozíció: flux, forrasztóon, izopropil-alkohol

Pathomechanizmus: légtéri irritatív hatás

5. 24 éves nőbeteg, forrasztó

Dg.: Seborrhoea capitis et faciei. Acne vulgaris. Kobalt, nikkel érzékenység. Epistaxis.

Megfigyelés: romlik 1 hét munkavégzés után

Vegyi expozíció: forrasztóon, etanol-butanol, cianoakrilát típusú ragasztó, fluor-karbon tartalmú felületkezelő szer, fedőlakk (műgyanta, xiloletilbenzol tartalmú).

Pathomechanizmus: halogén hatás? (fluor-karbon)

6. 40 éves nőbeteg, forrasztó, mágnesszerelő, tekercselő

Dg.: Dem. cont. man.

Megfigyelés: romlik direkt ragasztó kontaktusra, egy nap munkavégzés után

Vegyi expozíció: alumínium, műanyag, két komponenses ragasztó

Pathomechanizmus: irritatív hatás (ragasztó)

7. 30 éves nőbeteg, forrasztó, tekercselő

Dg.: Derm. cont. man. dig. I-II-III l. s. króm, nikkel, thiomersal allergia

Megfigyelés: romlik munkavégzésre

Vegyí expozíció: fém alkatrészek, flux, forrasztóon, műanyag

Pathomechanizmus: kevert, allergiás+irritatív hatás (fém, flux)

8. 20 éves nőbeteg forrasztó

Dg.: Derm. cont. man. I. d. Nikkel érzékenység

Megfigyelés: romlik 3-4 óra munkavégzés után

Vegyí expozíció: fém vezetékek, forrasztóon, flux

Pathomechanizmus: kevert, allergiás + irritatív hatás (fém, flux)

9. 42 éves nőbeteg, operátor, szerelő, ponthegesztő

Dg.: Derm. faciei. Pruritus. Nikkel, higany érzékenység

Megfigyelés: romlik munkavégzésre

Vegyí expozíció: műanyag, nikkelezett felületű fémalkatrészek

Pathomechanizmus: allergiás, légtéri

Megbeszélés

Az elektronikai iparban számos bőrgyógyászati veszélyforrás van, melyet 1997-ben Koh foglalt össze részletesen. Az eddigi tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy más iparágakkal összehasonlítva az elektronikai iparban dolgozóknál relatíve kicsi a foglalkozási dermatitisz kialakulásának kockázata. Ennek oka elsősorban a magas fokú automatizáció. Ellentmondásnak tűnik, hogy az alacsony kockázat ellenére mégis sok a foglalkozási bőrbeteg, elsősorban a foglalkoztatottak nagy száma miatt (7).

Az irodalmi adatoknak megfelelően hazai vonatkozásban is legtöbb foglalkozási bőrbetegnél a klinikai diagnózis kontakt dermatitisz volt, melyet irritatív és allergizáló hatású vegyi anyagok direkt bőr-, illetve indirekt légtéri kontaktusa okozott. A kontakt akne, mint foglalkozási bőrbetegség, melyet halogén típusú vegyi anyag okozott, nem szerepelt az elektronikai iparban eddig észlelt foglalkozási betegségek között (7, 9).

Prevenció

A megelőzésben a legfontosabb a vegyi anyag kontaktus elkerülése. Ennek a következő lehetőségei vannak:

1. Biztosítani kell a veszélyes és bőrkárosító hatású anyagok folyamatos elszívását.
2. Megfelelő páratartalmú és hőmérsékletű mikroklíma biztosítása a munkahelyeken.
3. Rendszeres munkahelyi monitorozás.
4. A jövőben elsősorban az összeszerelés, csomagolás területén az automatizáltság fokának növelése vezethet a bőrbetegségek további folyamatos csökkenéséhez.

5. A leggyakoribb allergiás foglalkozási betegség a flux dermatitisz, illetve asztma előfordulását a jelenleg kiterjedten alkalmazott természetes fenyőgyantát tartalmazó flux oldat kevésbé allergizáló mesterséges oldatra való cseréje, illetve fokozatos elterjesztése csökkentheti.

A vegyi anyag kontaktus elkerülése fontos az egyéni védőfelszerelések viselése, bár a termékvédelmi szempontból viselt védőfelszerelések, pl. a verejték párolgását gátló antisztatikus ruházat, védőkesztyű egész műszakon át való viselése bőrpanaszokat is okozhat.

IRODALOM

1. *Egyptien H.:* Elektronikai ipar. Munkaegészségügyi és munkaügyi enciklopédia. Budapest, OMIKK (1986) 574-578.
2. *Fregert S.:* Possibilities of skin contact in automatic processes. *Contact Dermatitis* (1980) 6, 23.
3. *Fregert S.:* Irritant dermatitis from phenol-formaldehyde resin power *Contact Dermatitis* (1980) 6, 493-509.
4. *Goh C. L. Ng S. K.:* Airborne contact dermatitis to colophony in soldering flux. *Contact Dermatitis* (1987) 17, 89-91.
5. *Jolanki R. és mtsai:* Concomitant sensitization to triglycidyl isocyanurate, diaminodiphenylmethane and 2-hydroxyethyl methacrylate from silk screen printing coatings in the manufacture of circuit boards. *Contact Dermatitis* (1994) 30, 12-15.
6. *Koh D.:* An outbreak of occupational dermatosis in an electronics store. *Contact Dermatitis* (1995) 32, 327-330.
7. *Koh D.:* Electronics Workers. *Handbook of Occupational Dermatology*. Springer Verlag Berlin, Heidelberg (2000) 914-916.
8. *Koh D. és mtsai:* Fiberglass dermatitis from printed circuit boards. *Am. J. Ind. Med.* (1992) 21, 193-198.
9. MICROMEDEX® Healthcare Series (POISINDEX): Fluorinated hydrocarbons 1974-2003 Thomson.
10. *Nelemans P. J. és mtsai:* Melanoma and occupation: results of a case-control study in The Netherlands. *Br. J. Ind. Med.* (1993) 50, 642-646.
11. *Nishioka K. és mtsai:* Occupational contact allergy to triglycidyl isocyanurate (TGIC, Tepic). *Contact Dermatitis* (1988) 19, 379-380.
12. *Temesvári E.:* Allergológiai bőrtesztek kivitelezése és értékelése (módszertani levél). *Dermato-vener Haladása* (1993) 28-30, 157-166.
13. *Windstrom L.:* Contact allergy to colophony in soldering flux. *Contact Dermatitis* (1983) 9, 205-207.
14. *Windstrom L., Bergstrom B., Wennerholm C.:* Nickel allergy and wrist strap to dissipate static electricity. *Contact Dermatitis* (1986) 15, 299-301.

Érkezett: 2003. IX. 22.

Közlésre elfogadva: 2003. X. 10.

BŐRGYÓGYÁSZAI ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

BŐRGYÓGYÁSZAI ÉS VENEREOLÓGIAI SZEMLE

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvoskar Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika
(igazgató: dr. Farkas Beatrix egyetemi tanár)

Beck Soma professzor élete és munkássága* (1872–1930)

The life history and life-work of the chairman and professor Soma Beck (1872–1930)

SCHNEIDER IMRE DR.



1. ábra
Dr. Beck Soma

Beck Soma (1872–1930) professzor életéről, tudományos és klinikai alapozó munkásságáról többen írtak (1, 3, 4, 5, 6, 7), méltatták tevékenységét; mégis a sors igazságtalansága, hogy a jelentős pathológiai és klinikai tevékenység ellenére viszonylag kevesen tudják róla, hogy a Pécsi M. kir. Erzsébet Tudományegyetem Orvosi Fakultása Bőrgyógyászati Klinikájának első tanszékvezető professzora volt.

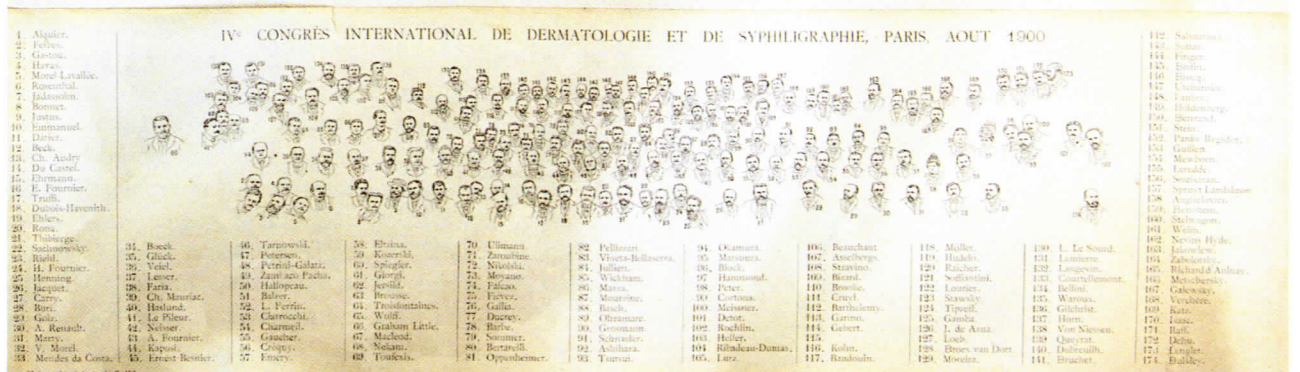
Beck Soma (Kornél) 1872. aug. 3-án született Keszthelyen (1. ábra). Saját életrajzi adatai szerint (7) itt járt az elemi

iskolába, míg középiskolai tanulmányait részben a keszthelyi (I-IV. oszt.), részben a szombathelyi katolikus (V-VI. oszt.) gimnáziumban végezte és a budapesti ág. ev. főgimnáziumban járt a VII-VIII. osztályba és itt nyerte el 1889-ben az érettségi bizonyítványát is.

Orvosi tanulmányait a budapesti M. kir. Tudományegyetemen végezte és ezen az egyetemen kapta kézhez 1895. január hónapban orvosi diplomáját. Másodéves orvostanhallgatóként a II. sz. Anatómiai Intézetben, majd II-I. éves korában az Élettani Intézetben lett díjazott demonstrátor. Ötödéves, amikor *dr. Pertik Ottó* (az akkori Kórszövettani Int. ny. rk. tanára) vezetése alatt álló Kórszövettani Intézet díjazatlan gyakornoka lett. *Pertik Ottó* professzor nemcsak a pathológiát, hanem az abban az időben erősen fejlődő *bacteriológiát* is intensíven művelte. *Pertik* professzor kitűnő értője volt annak, hogy a tehetséges fiatalokat kiemelje és a tudományos munkába bevonja őket. A II. sz. Kórbonctani Intézetben dolgoztak – többek között – *Krompecher Ödön, Ángyán János, Beck Soma, Gerlóczy Zsigmond, Rusznyák István, Huzella Tivadar, Földvári Ferenc, Makai András, Molnár Béla, Preisich Kornél, Verebély Tibor, Vidakovics Kamilló*, stb. (1). Olyan egyéniségek voltak ők, akiknek nevéhez később iskolateremtés fűződött. Ebben az időben az intézetben dolgozó *Beck Soma* a székesfevárosi részéről a Pathológiai és Bacteriológiai Intézetben vízvizsgálattal lett megbízva s ennek keretében a lassan világvárossá fejlődő Budapesten a mesterséges szűrőtelepek által szolgáltatott ivóvíznek naponként történő bakteriológiai vizsgálata is feladata lett.

Beck Soma, mint hallgató 1894. április 1-től a Kórszövettani Intézet díjazott gyakornoka, orvosi diplomájának megszerzése után pedig ugyanezen intézet tanársegéde lett: itt működött 1895. II. 1-től 1895. X. 1-ig. Az 1895/96. tanévre az Élettani Intézet korábbi neves igazgatója, *Schordan Zsigmond* által alapított utazási ösztöndíjat nyerte el, majd a tanév befejezése után a külföldön végzett munkásságáról benyújtott beszámolója alapján az ösztöndíjat az 1896/1897-es tanévre is neki ítélte a bizottság. Kétéves külföldi tanulmányútja alatt a bőrbetegségek kórtanával, kórszövettanával és egyes kórképek bakteriológiájával foglalkozott.

* A MDT Hagományörző Bizottsága ülésén (2003. április 26.) elhangzott előadás alapján



2. ábra

A IV. Nemzetközi Dermatológiai Kongresszus résztvevőinek csoportképe Párizsban, 1900. augusztus.
(Prof. Dr. Kaposi Mór+, Dr. Beck Soma*)

Az ösztöndíj első semesterét Bécsben töltötte el, ahol *Ehrmann prof.* laboratóriumában dolgozott, de ugyanekkor *Kaposi* és *Lang* klinikájára is bejárt. Ebből az időszakból két dolgozatot közölt. Majd hosszabb időt töltött Párizsban és itt a l'Hopital St. Louis-ben *Darier*, *Fournier* és *Gaucher* osztályain dolgozott. A Pasteur Intézet egy-egy kurzusát is végighallgatta és állandó munkahelyet kapott a Collège de France-nak *Ranvier* és *Malassez* vezetése alatt álló szövettani laboratóriumában. A második évben csaknem 6 hónapot (március-július) Hamburgban *Unna*-nak, a dermatológia nagy mesterének klinikáján és laboratóriumában töltött, ahonnan ugyancsak két dolgozatot publikált. Tanulmányútja során *Beck Soma*-ra *Darier* és *Unna* voltak a legnagyobb hatással. *Darier*-től a magas szintű klinikai megfigyelést, a diagnózis felállítását, *Unna*-tól pedig annak laboratóriumában meghonosított kimagasló histológiai technikát és a kórszövettani problémák modern szellemű, gyors megoldását sajátította el.

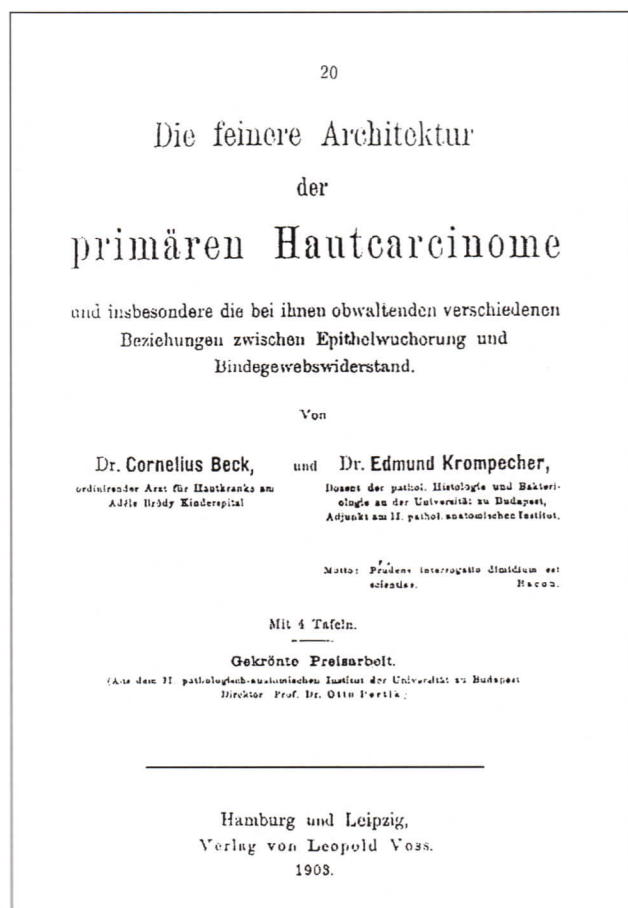
Beck Soma dr.-nak ebben az időben egymásután jelennek meg tudományos közleményei; az egyik legnagyobb jelentőségűnek tartott cikkének címe: „Egy adat a rugalmas rostoknak a nyirokedényekhez való viszonyához a bőrben” (Orv. Hetil. 1897), amely németül is megjelent (2).

1897 őszén – tanulmányútja befejezése után – mint a bőr és bujakór betegségek szakorvosa Budapesten telepedett le *Beck Soma dr.* és ez idő óta ezen klinikai szakág gyakorlati és tudományos művelésével foglalkozott. Mindezt lehetővé tette a tény, hogy részben engedélyt kapott a Bródy Adél Gyermekkorháznak nagy és változatos ambuláns és fekvő beteganyagának gyakorlati és tudományos irányban való felhasználására, másrészt pedig *Pertik Ottó* egy. ny. r. tanár, a II. sz. Kórbonctani Intézet igazgatója lehetővé tette számára, hogy a vezetése alatt az intézetnek állandó munkatársa legyen és erre a célra egy külön munkahelyet engedélyezett számára.

A francia Dermatológiai Társulat *Beck Soma dr.*-t 1898. áprilisában levelező tagjává választotta és 1900-ban pedig a *P. G. Unna* szerkesztésében megjelenő „Monatshefte f. praktische Dermatologie”, majd ennek megszűnése után a „Dermatologische Wochenschrift” c. lap belső munkatársává lett.

1900. március 1-ével a Bródy Adél Gyermekkorház rendelőorvosa lett és ily módon lehetősége volt a rendelésre bejáró, ill. a kórházba felvételre került bőr-, és bujakóros betegeket önállóan kezelni. Ennek a működésnek az eredményéről több cikke jelent meg és emellett betegbemutatókat tartott az Orvosegyesületben és a Dermatológiai Szakosztály ülésein. 1900. augusztusában részt vett Párizsban a IV. Nemzetközi Dermatológiai Kongresszuson (2. ábra). (Ezen a csoportképen többek között Prof. Dr. Kaposi Mór*, ill. Dr. Beck Soma* is szerepelnek.)

Beck Soma dr. 1902-ben *dr. Krompecher Ödön*, a II. sz. Kórbonctani Intézet adjunktusa – és egy. m. tanárral közösen végzett munkájukkal részt vettek az *Unna* által kiírt hamburgi nemzetközi pályázaton, s dolgozatukkal a kitűzött 600,- DM-es pályadíjat elnyerték. A munka címe: „Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome”; ez a munka 1903-ban mint kismonographia jelent meg (Verlag von L. Voss, Hamburg und Leipzig) (3. ábra).



3. ábra

Dr. Beck Soma és Dr. Krompecher Ödön díjnyertes pályamunkájának (1903) címlapja

[Ugyanebben az esztendőben jelent meg Krompecher Ödön: „Der Basalzellenkrebs” c. monographiája (Gustav Fisher Verlag, Jena) 1903.]

1905-ben a Budapesti Tudományegyetem Orvosai fakultása *dr. Beck Somát* a bőr-, és bujakór tárgykörből magántanárrá habilitálta. Próbaelőadásának címe: „Gyermekkori bőrbajok összefüggése a belső szervek megbetegedéseivel”; a korszerűsége utalva idézzünk egy mondatot ebből: „Észleléseimnél egy heterogén túlérzékenységről lehet szó, amidőn egymástól teljesen különböző anyagok – egyrészt az akut fertőző betegségek toxinjai, másrészt az emésztés közben a bélben fejlődő toxinok – váltják ki az anaphylaxiás tüneteket.” [Meg kell jegyeznünk, hogy a francia *Richet C.* (1850–1935) és *Portier P.* (1866–1962) 1901-ben írták le az anaphylaxia jelenségét.]

Az 1913-ban „Újabb adatok az erythema mykoticum infantile ismeretéhez” címmel jelent meg újat mondó cikke s itt a csecsemők bőrének natív készítményeiben soormykosis okozó gomba jelenlétét mutatta ki.

Az I. világháború kitérése után rövid harctéri szolgálat teljesítése után a budapesti Pénzügyintézetek Hadikórházában dolgozik; ezt követően 1918-ban, a Monarchia összeomlásának kritikus esztendejében a fővárosi Zita Kórház Bőrgyógyászati osztályának vezetésével bízzák meg. Az 1918-ban Budapestre menekült pozsonyi egyetem vezetősége *Beck Somát* a bőr-, és nemikórtani előadások megtartására kérte fel, majd ugyanennek az egyetemnek a bőr-, és nemikórtani tanszékére kapott meghívást, s tanszékvezetői kinevezése hivatalosan 1922. január 5-én kelt. *Beck Soma* professzor 1924 december elején költözött a klinikájával Pécsre. Előzőleg a Zita kórházból *dr. Szathmáry Sebestyén*, *dr. Kesztrél István tanársegéd*, *dr. Gragger Jenő*, *dr. Lang Mihály* és két nővér jöttek le, hogy a klinika fogadására az előkészületeket megtegyék. A trianoni békediktátum okozta shock, a pénztelenség, a szervezés nehézségeinek enormis volta sokszor átmeneti ellentmondó intézkedéseket szült. [A klinika egyik munkatársa: Hegedűs Margit – aki titkárnő, asszisztenső, moulageur volt –: „38 munkás évem” c. visszaemlékezésében (I. m.) leírja „...ablakok, ajtók nélküli főépület, amelyhez járhatatlanok voltak az utak...” (3). Az akkori óriási nélkülözésekre, nehézségekre utal továbbá az, hogy: „...Az Egyetem már leköltözött Pécsre, a bőrklinika sorsa azonban még nem volt eldöntve. A minisztérium a kerethiány miatt úgy döntött, hogy a klinika a Zita kórházban marad, vagy egy időre feloszlatják. *Beck Soma* professzor azon ígérete, hogy a legnagyobb szegénységben is hajlandó a klinika vezetésére, eldöntötte azt, hogy a klinika lejöhet Pécsre, ahol a korábbi Csapatkórházban kapott elhelyezést...”. Hegedűs Margit egyebek mellett így folytatja: „*Beck Soma* professzor nagyságának méltatása nem lehet az én feladatomban, hiszen azt már az arra hivatottak megtették és ő maga is „Életem, emlékeim” című írásában megírta”] (Erről az írásról sajnós nem tudunk.)

Beck Soma professzor 1924 végén családjával Pécsre költözött és hozzákezdett a nagyon elhanyagolt állapotban lévő korábbi Csapatkórház épületében elhelyezett bőrgyógyászati klinika megszervezéséhez, berendezéséhez. Nagy



4. ábra
Dr. Lang Mihály docens

fáradozást, utánajárást követően sikerült neki mindazt megszereznie, amelyek a betegek gyógykezeléséhez és az oktatás céljaira elengedhetetlenül szükségesek voltak és 1925 tavaszán a klinika a betegek számára is megnyílt. Nagy hátrányt jelentett az, hogy a klinika fő-, és melléképületeiben nem volt központi fűtés, hanem csak a folyosókról biztosított kályhafűtés adta a meleget a hatalmas kórtermek számára is. Néhány évvel később kapott az épület az alagsorban központi kazánt a melegvíz-szolgáltatás és fűtés biztosítására.

Hegedűs Margit asszisztensnő volt a budapesti Bőrgyógyászati Klinikán *Beck Soma prof.* inspirálására nem egészen fél év alatt megtanulta *Skutta Árpád dr.-től* a moulage készítés technikáját és ezt követően rövid idő alatt már elsőrangú és tekintélyes számú moulage gyűjtemény állott az oktatás rendelkezésére.

Nagy figyelmet fordított *Beck Soma prof.* a tudományos munka végzésére. Hogy ennek előfeltételét biztosítsa, saját, több száz értékes könyvből álló könyvtárát is a klinikára vitte és ezt a klinikára hagyta. (A Pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem Orvosi Karának akkori dékánja úgy határozott, hogy a klinikánk könyvtárát *Beck Soma* Könyvtárnak nevezik el.) *Beck Soma prof.* tudományos munkája során elsősorban a bőr kórtani és terápiás problémáival foglalkozott külföldi ismertségének és a témában való jártasságának tudható be, hogy felkérést ka-

Epitheliome.

Von

S. C. BECK † - Pécs (Ungarn)¹.

Mit den Beiträgen

Strahlentherapie und Elektrokoagulation der Epitheliome,
Adenoma sebaceum

von

M. LANG - Pécs (Ungarn).

Mit 83 Abbildungen.

I. Allgemeiner Teil.

Geschichtliches. Wandlungen in der pathologischen, pathogenetischen und ätiologischen Auffassung des Krebses.

Die Geschichte der Epitheliome ist eng verknüpft mit der Geschichte des Krebsbegriffes, welcher im Laufe der Jahrhunderte mannigfachen Wechsel unterworfen war. Der unsicheren und heute nicht mehr recht erkennbaren Beschreibungen der vorwissenschaftlichen Medizin bei den alten Ägyptern und Indern, wo Schwellung, Geschwülste und Geschwüre verschiedenster Art zusammengeworfen und als zusammengehörige Begriffe abgehandelt wurden, folgte die hippokratische Periode (460—375 a. Ch.). Von HIPPOKRATES stammen die heute noch allgemein gebrauchten Benennungen *καρκινωμα* und *σκιρρος*; doch haben sich nicht nur die von HIPPOKRATES geprägten Namen bis zum heutigen Tage erhalten, sondern auch die streng humoralpathologische Auffassung aller Krankheitserscheinungen, auch der Geschwülste, hat sich bis in das 18. Jahrhundert in dogmatischer Weise behauptet. Die alt hergebrachte Einteilung der Geschwülste, die auch GALEN (131—203 p. Ch.) übernahm, in solche von secundam, supra und praeter naturam, hat sich ungefähr bis zur Renaissance erhalten. In die letztere Gruppe gehörten die Krebse. Die *atra bilis* des GALENUS galt als Ursache des Krebses in diesen Jahrhunderten, in welchen sich Empirie und Spekulation vermischten, und es dauerte viele Jahrhunderte, bis das rein naturwissenschaftliche Prinzip in der medizinischen Wissenschaft den Sieg über die spekulativ-philosophierende Anschauungsweise der pathologischen Vorgänge davontrug. Erst jetzt konnten exakte Beobachtung und Experiment zur Klärung der falschen Begriffe in der Geschwulstpathologie herangezogen werden.

¹ Nach dem auch von uns schmerzlichest empfundenen Tode BECKS hat Herr Privatdozent Dr. M. LANG den Beitrag nicht nur korrigiert, sondern auch vielfach ergänzt, wofür wir ihm zu großem Dank verpflichtet sind. Die Herausgeber.

5. ábra

Az „Epitheliome” c. fejezet első oldala (Jadassohn J.: Handbuch der Haut, und Geschlechtskrankheiten c. munka; XII/III. kötet. Springer, Berlin. 1933).

pott a Jadassohn f. 32 kötetes Handbuch für Haut u. Geschlechtskrankheiten c. kézikönyv sorozat „Epitheliome” c. fejezet összeállítására (350 oldal), amelyet utolsó éveiben írt meg. A munka kéziratát *Beck Soma prof.* váratlan halála (1930. április 26.) után legközelebbi munkatársa *Lang Mihály docens* (4. ábra) rendezte sajtó alá (5. ábra). (Lang Mihály docens a 30-as évek első felében a kaposvári megyei kórház Bőrgyógyászati osztályának lett a főorvosa.) Ebben a hatalmas munkában *Beck Soma* a bőrrákok histogenezisének tárgyalásakor *Krompecher Ödön* felfogásának megfelelően hangsúlyozta, hogy a cc. basocellulare nemcsak a bőr hámfjának alapi rétegének sejteiből, hanem a bőr mirigyének a basalis sejteiből is kialakulhat.

Beck Soma prof. tanítványai, munkatársai, hazai és külföldi barátai 1930-ban, magántanári habilitációjának 25 éves évfordulójáról egy-egy dolgozattal kívántak megemlékezni, de *Beck Soma prof.* korai és váratlan halála miatt ez mint „Beck Soma Emlékkönyv” jelent meg (7). E munkában külföldiek (*Boss A., Delbanco E., Galewsky E., Nobl G., Ullmann K., Unna P. jr.*) tanítványai, ill. munkatársai (*Lang Mihály, Szathmáry Sebestyén, Jobst Pál, Follmann Jenő, Gragger Jenő, Dér Ottó* stb.), kollégái (*Török Lajos, Kennedy Dezső*) szerepeltek egy-egy dolgozattal s az 550 oldalas könyv végén német és francia nyelvű összefoglalás jelent meg.

1930 telén *Beck Soma prof.* súlyos influenzában betegedett meg, majd a szövödményként fellépett tüdőgyulladásban 1930. április 21-én meghalt. *Beck Soma* professzort a Pécs város vezetősége által adományozott díszsírhelyen helyezték örök nyugalomra (7).

Nem lenne teljes a kép, ha nem emlékeznénk meg *Beck Soma* professzor karitatív tevékenységéről. Ő lett a pécsi Diákjóléti Intézmény vezetője, s ennek keretében feleségével együtt képkiallításokat és teadélutánokat szervezett s ily módon rendszeresen jelentős összegekkel tudott hozzájárulni a menekült, szegény sorsú és nélkülöző hallgató-ság megsegítéséhez.

(1991. szeptemberében későbbi tanszéki utódainak – *Prof. Dr. Berde Károly, Prof. Dr. Melczer Miklós* – születésük 100 éves évfordulója emlékére a klinika könyvtári folyosóján emelt márványtáblák leleplezése alkalmával *Beck Soma* professzor márványtáblája is leleplezésre került [7].)

Tanítványai kedvelték személyében a kitűnő előadót és

színes egyéniséget, aki nemcsak tudásával, hanem bölcs döntéseivel, határozott halk szavával, mély intellektusával, általános műveltségével lenyűgözte környezetét; nem volt 58 éves, amikor meghalt.

IRODALOM

1. *Baló J.*: Edmund Krompecher 1870-1970. Arch. Geschwulstforsch. (1970) 36, 132-137.
2. *Beck S.*: Beitrag zur Kenntniss der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zu den Lymphgefäßen der Haut. Arch. Dermatol. Syphil. (1987) 35, 1-4.
3. *Hegedűs Margit*: „38 munkáséve”. (15 oldal; I. m.; Pécs, Bőrgyógyászati Klinika könyvtára.)
4. *Holubar K.*: Soma Cornelius (Samel) Beck (1872-1930) – A memorial Wien. klin. Wschr. (2003) 115, 71-72.
5. *Melczer M.*: Megemlékezés Beck Soma professzor halálának ötvenedik évfordulóján. Orv. Hetil. (1980) 121, 1087-1089.
6. *Szállási Á.*: A hazai dermatológia kiválósága: Beck Soma (1872-1930) Orv. Hetil. (1994) 135, 79-81.
7. *Vértes L.*: Dr. Beck Soma professzor (születése 125. évfordulójára) Bőrgyógy. Vener. Szle. (1999) 75, 77-83.

A hegeképződés természetes velejárója annak a folyamatnak, ami a baleset, műtét, vagy egyéb betegség következtében kialakult bőrsébképződés során megy végbe. Minél inkább károsodott a bőrfelület, annál több időt vesz igénybe a gyógyulás és annál nagyobb a lehetősége annak, hogy feltűnő hegek keletkezzenek. Akinek van heg a testén, bizonyára jól tudja, hogy a hegek mennyi gyötrelmet okozhatnak és mennyire elcsúfíthatják az egyébként már gyógyult beteget, akinek emiatt még az önbizalma is megrendülhet.

HEGTÍPUSOK

Hipertrófiás hegek

A bőr felszínéből kiemelkedő hegek, melyek az eredeti seb területén nem terjednek túl; gyakran vörös színűek, gyulladásozók, viszketnek, fájdalmasak. Ezek a hegek gyakrabban fordulnak elő fiataloknál, és égési sérülések után.

Keloid hegek

A bőr felszínéből kiemelkedő sötét színű hegek, melyek az eredeti seb határait nem tartják tiszteletben, áttérjednek a környező, egészséges bőrre; idővel növekszenek és nem mutatnak spontán javulási hajlamot.

Atrófiás hegek

Laposak, mélyebben helyezkednek el, mint a környező bőr felszíne; általában kisméretűek, formájuk gyakran kerek. Rendszerint akne vagy bárányhimlő után keletkeznek.

Legtöbbször nem is tudják, hogy létezik olyan kezelési mód, amely mind a régi, mind az új hegek látványát javítja. Az új **Dermatix** alkalmazásával elérheti, hogy a testén lévő hegek kevésbé lehet észreveenni, önbizalma és önbecsülése pedig helyreállhat.

A **Dermatix** az első olyan gél, ami átalakítja a heget, klinikailag hatékony és alkalmazása a betegek számára kényelmes.

A hegesedés megelőzésére is alkalmas, a használatát akkor lehet megkezdeni, ha a seb záródott és a bőrön nincs folytonossághiány.

Dermatix kezelési költségek (6,35 mm széles hegek kezelése 60 napig, napi 2x)

Heg mérete	Tubusok száma	Napi költség
5 cm-ig	1	kb 155 Ft
5–10 cm között	2	kb 311 Ft

• A **Dermatix** felpuhítja, lapossá, simává teszi a heget, csökkenti az elszíneződést, a viszketést és a fájdalmat

SZEBB LESZ A HEG, NŐ AZ ÖNBIZALOM

ÚJ
Dermatix™

- Régi és új hegek kezelésére
- Felpuhít, simává tesz
- Csökkenti az elszíneződést, a viszketést és a fájdalmat
- Vény nélkül kapható a patikákban

www.dermatix.net



VALEANT

*Országos Bőr-Nemikórtani Intézet
(igazgató: dr. Horváth Attila egyetemi tanár)*

Interaktív fórum Diagnosztizáljunk együtt

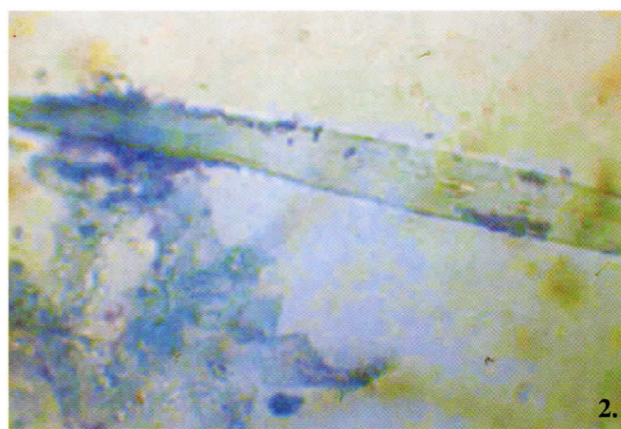
Interactive case studies Make the diagnosis together

Az MDT 2003. decemberi Nagygyűlésén elhangzott diagnosztikus quiz alapján szerkesztette:

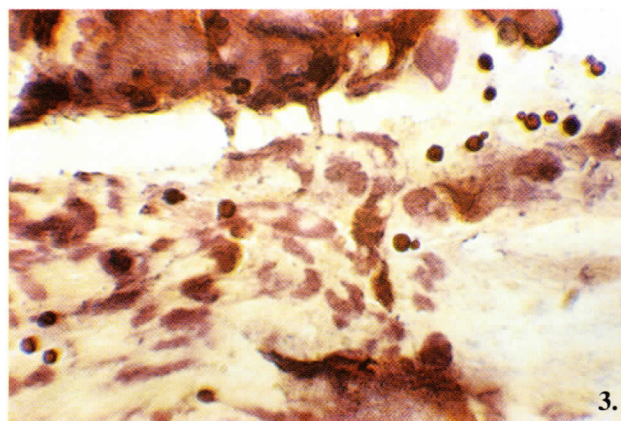
PODÁNYI BEÁTA DR. és SIMON GYULA DR.

I. eset:

1. ábra: Fiatal férfi beteg hátán heves viszketés kíséretében follicularis pustulák jelentkeztek, melyekhez vonalás és pontszerű excoriatiók társultak.



3. ábra: festett kenetben is jól láthatók a diagnosztikus jelentőségű sarjadzó sejtek. Sabouraud-glükóz táptalajon kórokozó nem tenyésztett.



Mire gondol?

1. Scabies
2. Acne papulopustulosa
3. Steroid acne
4. Folliculitis
5. Miliaria rubra

Helyes válasz: Folliculitis

Milyen diagnosztikai vizsgálatot nem végezne?

1. Baktériumtenyésztés
2. Gombatenyésztés
3. Festett cellulux preparátum vizsgálat
4. Candida-szerológia
5. Festett kenet

Helyes válasz: Candida-szerológia

2. ábra: festett cellulux preparátum láthatóvá teszi a sarjadzó sejteket, mind a szőrszálon, mind annak környezetében.

Mi az Ön diagnózisa?

1. Malassezia folliculitis
2. Staphylococcus-folliculitis
3. Candida folliculitis
4. Candidiasis

Helyes válasz: Malassezia folliculitis

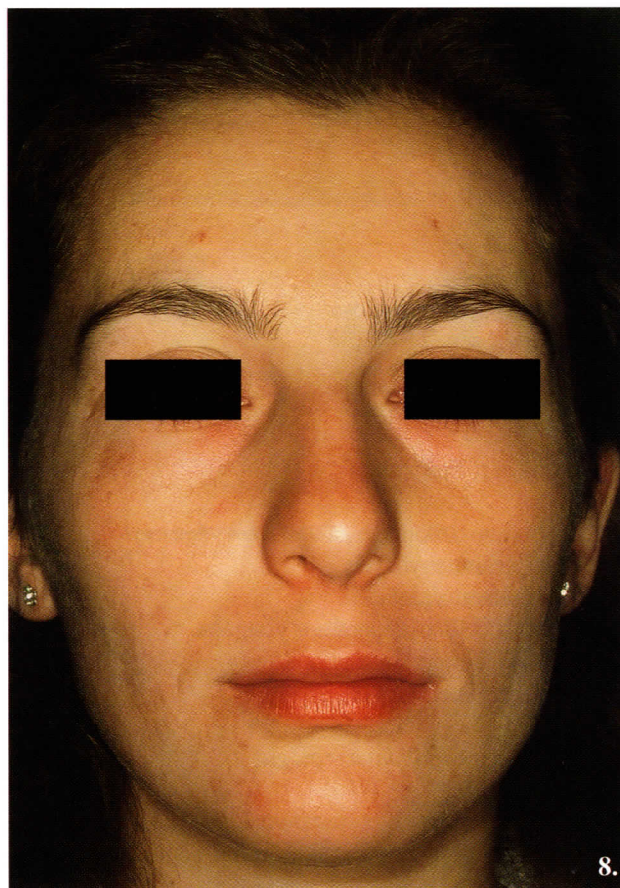
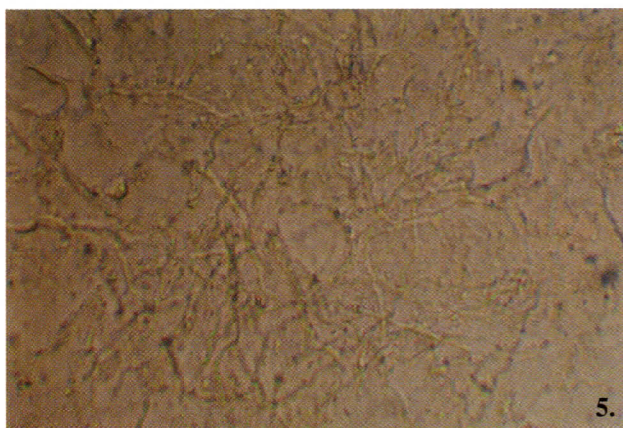
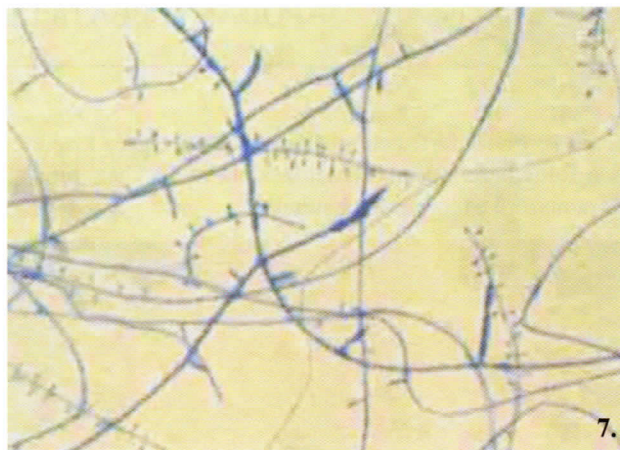
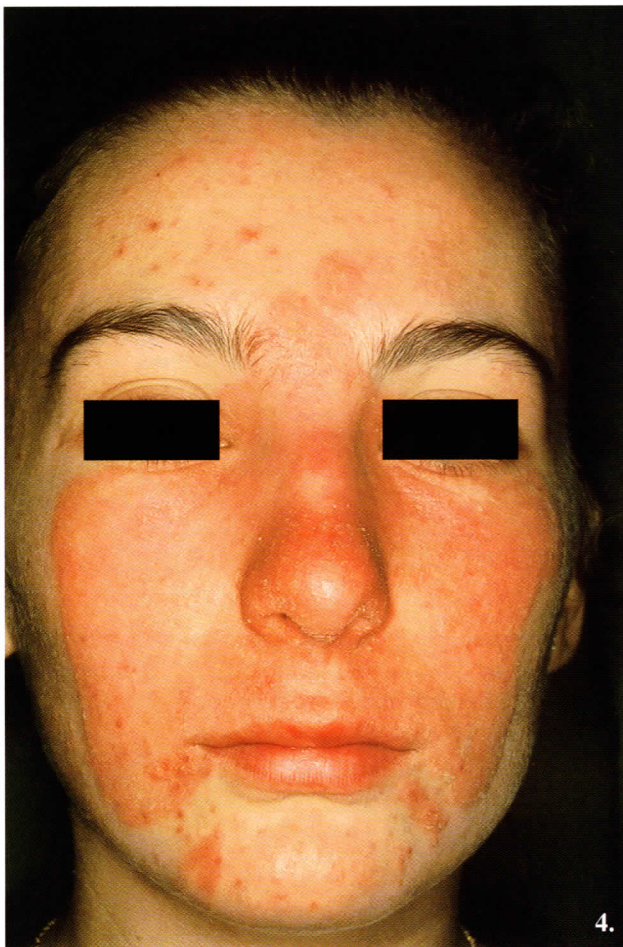
II. eset:

4. ábra: fiatal nőbeteg tüneteinek májusban kezdődtek a jobb szájzug mellett, az állon. Kezelés mellett átmeneti javulás után égő érzés kíséretében fokozatosan progresszíváltak. Az utóbbi időben fáradékony.

Mi az Ön diagnózisa?

1. Kontakt dermatitis
2. Szóródó perioralis dermatitis
3. Fotokontakt dermatitis
4. SLE
5. Mycosis superficialis

Helyes válasz: *Mycosis superficialis*



5. *ábra*: kálilúgos natív gombavizsgálattal a hámkaparékban szeptált gombafonal szövedék látható, arthrospórákkal.
 6. *ábra*: Sabouraud-actidion-chloramphenicol ferde agaron kitenyészett kórokozó.
 7. *ábra*: a kitenyészített kórokozó mikroszkópos képét mutatja, a jellegzetesen szegényes képet 1-1 típusos makroconidium és lateralis microconidiumok teszik típusossá.

Mi a kórokozó?

1. Trichophyton verrucosum
2. Trichophyton mentagrophytes
3. Trichophyton rubrum
4. Microsporum canis
5. Candida tropicalis

Helyes válasz: Trichophyton rubrum

8. *ábra*: 6 heti kezelés után (heti 1x150 mg fluconazol/caps. Mycosyt) betegünk klinikailag és mikológiaiilag tünetmentessé vált.

III. beteg:

9. *ábra*: kórelőzményében sebészi beavatkozás során kapott transzfúziós kezelés szerepel, 1998 óta ismert hepatitis C vírus fertőzése. Bőrtünetei 2001-ben kezdődtek mindkét lábfejen, lábszáron, utóbbi időben hirtelen rosszabbodott bőrállapota.

Mi(k) az Ön diagnózisa(i)?

1. Ekzema microbicum
2. Purpura kryoglobulinaemica



9.

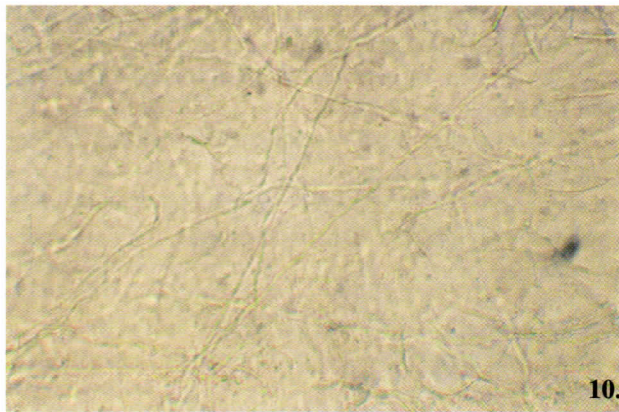
3. Stasis dermatitis
4. Mycosis superficialis

Helyes válaszok: Purpura kryoglobulinaemica, mycosis superficialis

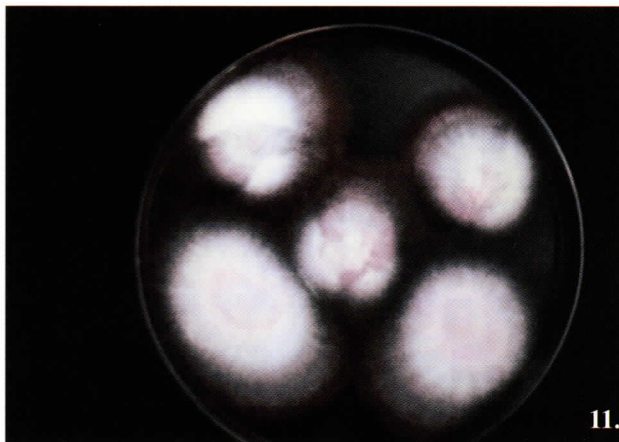
Milyen diagnosztikai vizsgálatokat végeztetne?

1. Kryoglobulin meghatározás
2. Epicutan teszt
3. Intracutan teszt
4. Gombavizsgálat

Helyes válaszok: kryoglobulin meghatározás, gombavizsgálat



10.



11.



12.

10. ábra: hámkaparékból készült natív (KOH) gombavizsgálata a mikroszkópos kép jellegzetes morfológiát mutat.

11. ábra: a kitenyészett kórokozó makro morfológiáját, a

12. ábra: a gomba mikro morfológiáját mutatja.

Mi a kórokozó?

1. Trichophyton (T.) violaceum
2. T. mentagrophytes var. interdigitale
3. T. mentagrophytes var. mentagro.
4. T. rubrum
5. Epidermophyton floccosum

Helyes válasz: *T. rubrum*

IV. beteg

13. ábra: 58 éves férfi 8 hónapja szaporodó, részben follicularis, hyperaemias, hámló, viszkető exanthemait mutatja a mérsékelten varicosus alsó végtagokon, helyenként hemosiderin pigmentációval.

14. ábra: a törzsön, felső végtagokon szétszórta gyulladt plakkok figyelhetők meg.

15. ábra: a térd körül közelebbi vizsgálattal anularis, széli hámlást mutató plakkok láthatók, centralis, follicularis papulákkal.

Milyen betegségnek tartja?

1. Ekzema microbicum
2. Id eruptio
3. Mycosis superficialis

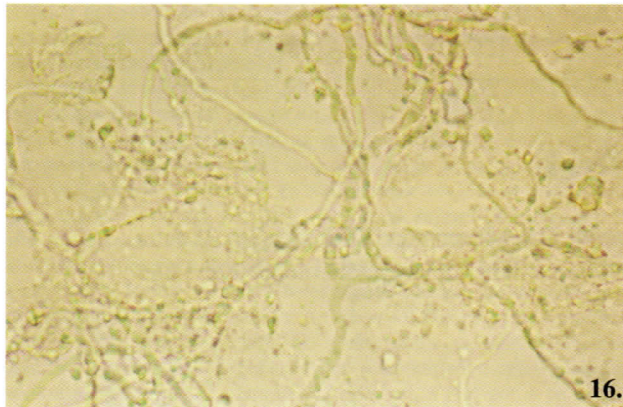


4. Vasculitis superficialis
5. Gyógyszerkiütés

Helyes válasz: *mycosis superficialis*.

Melyik vizsgálatot *nem* végezné el?

1. Általános hematológia, vérkémia
2. Góckutatás
3. Gombavizsgálat
4. Kryoglobulin kimutatás
5. Szövettan
6. Egyéb morfológiai vizsgálat



16.



17.



18.

Helyes válasz: *kryoglobulin kimutatás*

16. ábra: natív kálilúgos mikroszkópos gombavizsgálattal szeptált gombafonalak halmazát és arthrospórákat látunk.

17. ábra: a kitenyészett kórokozó telepeit, a 18. ábra annak mikro morfológiáját mutatja.

Mi a kórokozó?

1. *T. rubrum*
2. *T. mentagrophytes*
3. *Candida albicans*
4. *Microsporum gypseum*
5. *Scopulariopsis brevicaulis*

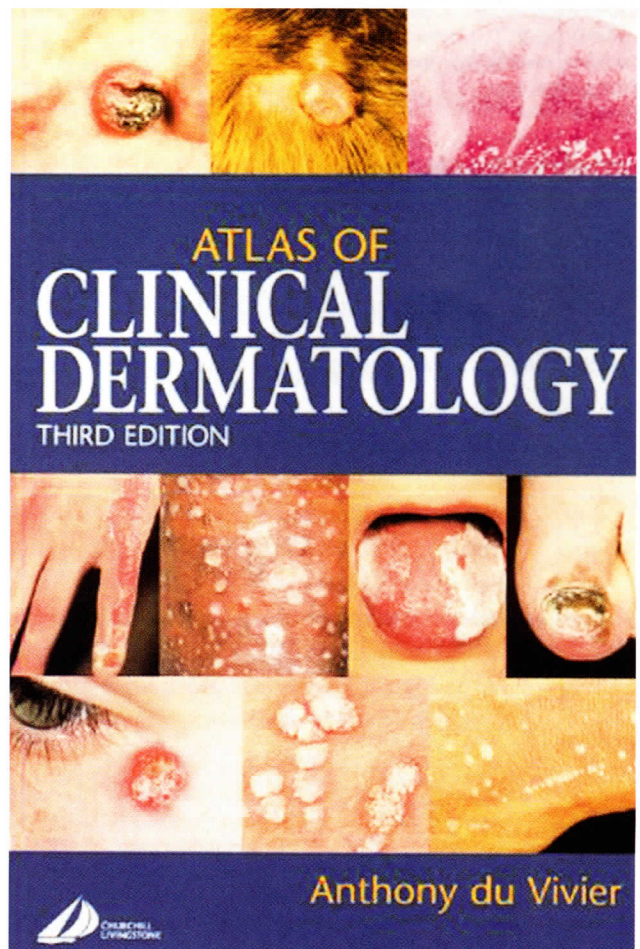
Helyes válasz: *T. rubrum*.

Milyen további vizsgálatokat kérne?

1. Törzs tipizálás
2. Rezisztencia vizsgálat
3. Mindkettő
4. Egyik sem

Helyes válasz: *egyik sem*.

A legtöbb helyes választ adott kollégák közül az alábbiak nyertek színes bőrgyógyászat atlaszt (19. ábra):



Dr. Nyíró Ilona
Kaposi Mór Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kaposvár

Dr. Kovács János
Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-Nemikórtani és
Bőronkológiai Klinika, Budapest

Dr. Scharrer Krisztina
MH Központi Honvédkórház Bőrgyógyászata,
II. Szakrendelő

A NYEREMÉNYEKET A RICHTER GEDEON
VEGYÉSZETI GYÁR RT. SZPONZORÁLTA

Hazai Hírek

A Magyar Dermatológiai Társulat Kontakt Dermatitis Munkacsoportja 2003. október 28-án a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika tárgyalótermében ezévi ülését megtartotta.

A munkacsoport ülésén az alábbi előadások hangzottak el:

A „Foglalkozási és Környezeti Allergiák első Világkongresszusa” tanulságai. Európai és magyar allergénsorok (*Temesvári E.*).

Bőrpróbák értékelése és értékelhetősége a magyar bőrgyógyászati gyakorlatban, a jövő metodikai kérdései (*Nebenführer L., Baló J. M.*).

Fogászati kontakt allergének: allergénsorok, tesztelési indikációk, elszámolási lehetőségek (*Kohánka V. Temesvári E.*).

A munkacsoport a fenti program szerint többek között áttekintette a „Magyar sor” allergénjeit, melynek további bővítését jelenleg nem szorgalmazta. Az epicutan bőrtesztek értékelésében továbbiakban is kiemelte a korai reakciók (20, 40, 60 perc) értékelésének jelentőségét, a 72, 96 órás bőrreakciók diagnosztikus szerepét, valamint a bőrpróba expozíciós idejének standardizálását.

A munkacsoport ülésén ismertetésre és megvitatásra kerültek a gyógyszerek in vivo tesztelésének új metodikai kérdései.

A munkacsoport megvitatta a fogászati kontakt allergének tesztelési indikációit a vizsgálandó betegek, és a munkában részvevő egészségügyi személyzet vizsgálatára, valamint (a szakirodalom adatai és a nemzetközi gyakorlatban ismert allergének ismertetése után) a tesztelésre használatos allergén sor összetételében is megegyezett, végül áttekintette az allergénsorok elszámolási lehetőségeit, melynek eredményeként – ezen 42 allergén rutin bevezetése előtt – a pontszámok reális emelésének elérését feltétlenül indokoltnak tartotta.

Budapest, 2003. október 28.

dr. Temesvári Erzsébet
Kontakt Dermatitis Munkacsoport elnöke

KÖNYVISMERTETÉS

Abeck D., Fölster-Holst R.:

WAS HILFT MEINEM KIND BEI NEURODERMATITIS?

Auslösefaktoren, Behandlung und Vorbeugung

Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2003, 66 old.

ISBN 3-13-132931-9

http://www.thieme.de

Dietrich Abeck és Regina Fölster-Holst tanácsadó zsebkönyve minden lényeges és naprakész információt tartalmaz, melyre egy atópiás gyermek szülőjének, gondozójának szüksége lehet. A laikusok számára is érthetően, orvosi szakkifejezések halmozása nélkül, magyarázatokkal, képanyaggal illusztrálva veszi sorra az atópiával kapcsolatos legfontosabb ismereteket.

A könyv öt fejezetre tagolódik, melyet egy ajánlott irodalomjegyzék és egy tárgymutató egészít ki. Az első fejezetben (A felvilágosítás – életminőség) felsorolja az atópiá szinonimáit és a szülőket megnyugtató szavakkal győzi meg arról, hogy az atópiá – mely Németországban is a gyermek- és fiatalok 11-13%-át érinti – ma jól kezelhető, uralható betegség. A második fejezet (Klinikai kép és diagnózis) a szülőknél leggyakrabban felmerülő kérdések alapján (hogyan állítják fel a diagnózist?, mikor kezdődik az atópiá?, milyen megjelenési formái vannak a betegségnek?, mik a szövődmények?) veszi sorra a kórkép jellemzőit. A fejezet jól tagolt, az életkoroknak megfelelően haladva mutatja be a csecsemőkori, kisdedkori, kisgyermekkorai klinikai képeket. Kitér a szokatlan megjelenési formákra is, ide sorolva a nummuláris ekcémát, a prurigót, a periorális ekcémát, a szemhéjekcémát, az atópiások kéz- és lábfejekcémáját,

valamint a genitális területek ekcematiform tüneteit is. A szövődmények közül a bakteriális és vírusos szuperinfekciókra hívja fel a figyelmet.

A harmadik fejezetben kitér az atópiá örökölhetőségére, röviden tárgyalja a bőrszárazság, barrierkárosodás alapjait, az allergiaveszélyt és a nem specifikus, irritatív faktorok szerepét. Praktikus tanácsokat ad az öltözködéshez (műszálás és gyapjú kerülése, csak 100% pamutruhát hordjon a gyermek), a klimatikus és pszichés kiváltó faktorokat is sorra veszi. Külön alfejezetet szentel az atópiások körében gyakrabban észlelhető ételallergia (tyúktójas, tehéntej, szója, mogoró, hal, búza) kérdésének és diétás tanácsokat is ad.

A negyedik fejezetben kérdés-felelet formájában informál a kezelés lehetőségeiről. Kezdve a bőrt hidratáló bázisterápiával (melyet napi kétszer ajánl), majd a karbamid tartalmú externákkal folytatva (melyet 5 éves kor alatt csak nagy óvatossággal javasol). A gyermek kádban fürdését heti 2-3 alkalommal megengedhetőnek tartja, amennyiben ehhez megfelelő fürdőolajat használnak és utána a bőrt hidratálják. A gyulladáscsökkentő terápiás lehetőségeket taglалó részben a helyi szteroidokkal kezd a felsorolást, rögtön cáfolva az ezekhez kapcsolódó, a szülőket befolyásoló tévhiteket. A mellékhatások elkerülésére javasolja, hogy a lokális szteroid kezelést rövid időtartammal, szteroid-mentes napok beiktatásával végezzük. Idősebb gyermekek esetében hasonló szabály érvényesül mint a felnőttéknél: jobb az erős hatású, de rövid, mint a gyengébb hatású, de elhúzódó kezelés. Fontos figyelembe venni az egyes bőrrégiók jellemzőit: az arcon, genitáliákon, hajlatokban jobbak a felszívódási viszonyok, mint a tenyéren vagy a talpon. A pimecrolimus alkalmazását napi kétszer, vékonyan javasolja, a legjobb hatás érdekében már az első tünetek (viszketés, erythema) megjelenésekor.

Néhány napos kezelés után vissza lehet térni a bázisterápiára. Az atópiá kezelésében a tacrolimus gyermekkorban 0,03%-os, felnőttkorban 0,1%-os koncentrációjú készítmények formájában javasolt, napi kétszer alkalmazva. A pimecrolimus és tracrolimus legnagyobb előnye, hogy még több hónapos alkalmazás esetén sem okoznak bőratrófiát. Ezért különösen az arcon, nyakon, hajlatokban lévő tünetek esetén ajánlottak. A fejezet említi még az egyéb kezelési lehetőségeket is (pl. növényi preparátumok, kátránytartalmú készítmények, UV-fény, „alternatív” gyógymódok) felhívta a figyelmet ezek esetleges mellékhatásaira is (pl.: súlyos kontakt allergia) és érinti az antibakteriális és az antihisztamin kezelést is. Felhívja a figyelmet az atópiá nem elhanyagolható pszichés aspektusaira is. Az ötödik fejezetben röviden összefoglalja a fenti ajánlásokat. Bár a könyv elsősorban felvilágosító céllal, az atópiás gyermekek szüleinek íródott, hasznos olvasmány azoknak a bőrgyógyászoknak is, akik velük és a kis betegekkel találkoznak.

Pónyai Györgyi dr.

Was hilft meinem Kind bei Neurodermitis?

Auslösefaktoren, Behandlung und Vorbeugung

Dietrich Abeck
Regina Fölster-Holst

Schöfer H.:

ROSAZEA

Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2003.

ISBN 3-13-132781-2

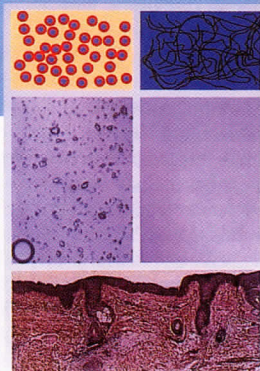
A 89 oldalas, 11 szerző által írt összefoglaló kiadvány, a rosacea patológiai, és terápiás kérdéseit részletezi az utóbbi évek tudományos kutatási eredményeire támaszkodva. A könyv 45 ábrát, köztük demonstratív klinikai fotókat, valamint 3 táblázatot tartalmaz. Az egyes fejezetekhez csatoltan aktuális irodalmi hivatkozások találhatók.

A kórkép történeti áttekintését követően a rosacea patogenezise, klinikai tünetei, valamint a differenciáldiagnosztikai kérdések részletezettek. A kiadvány további oldalai a kórkép terápiás lehetőségeit sorolja fel, ezek között elsősorban a metronidazol farmakológiai hatását ismerteti. A szisztémás kezelések között elsőként az antibiotikus terápiát, majd a metronidazol kezelést említi, de ugyancsak részletezi a klinikai tünetek kialakulásában jelentőséget tulajdonítva a *Helicobacter-pylori* eradikációt, valamint az isotretinoin és a

Rosazea

Klinik und aktuelle Therapie

Herausgegeben von
Helmut Schöfer



 Thieme

glycocotikoszteroid kezelést. E terápiás lehetőségek között említi többek között a Dapsone és az antimalarialis szerek, az antimycotikumok felhasználási paramétereit is. A rhinofima kezelésében az operatív megoldásokat önálló fejezetben ismerteti.

A könyv a társult klinikai elváltozások között a szemészeti tüneteket és ezek terápiás lehetőségeit külön részletezi. További fejezetek a rosacea bőr jellemzőit, a rosacea pszichológiai vonatkozásait ismertetik.

A kiadvány elsősorban a rosacea terápiás kéréseit súlyozva számos tanácsot nyújt a gyakorló bőrgyógyászok napi munkájához. Olvasása így szakorvosoknak, szakorvos jelölteknek feltétlenül javasolt.

Temesvári Erzsébet dr.

Várkonyi Viktória dr., Simon Gyula dr.:
STD-ATLASZ GYAKORLÓ ORVOSOKNAK
Convention Kiadó, Budapest, 2003.
132 oldal, 248 színes ábra, 46 táblázat

A szexuális úton terjedő bőrbetegségek (STD), újabb szexuális úton terjedő infekciók (STI) különböző okok miatt mind az iparilag fejlett országokban, mind pedig az elmaradottabb régiókban az utóbbi években az érdeklődés előterébe kerültek. Az idetartozó betegségeket, főleg a syphilit és a gonorrhoeat, amelyeket különösen az iparilag fejlett országokban már leírtak, újra felülvizsgálták a fejüket kisebb nagyobb járványokat okozva. Nem kivétel ez alól hazánk sem, ahol az utóbbi években, a syphilit fertőzések beleértve a congenitalis syphilit is már a mindennapok gyakorlatává váltak. Ezért örömmel

üdvözölhetjük az STD betegségek területén nagy tapasztalatokkal rendelkező szerzőpáros hiányt pótló munkáját.

A szerzők könyvüket szerényen atlasznak nevezik, de az olvasó hamar rájön, hogy itt többről van szó. A könyvben ugyanis nemcsak jól megválasztott és didaktikus színes ábrák és kitűnő ábramagyarázatok találhatók, hanem az idevonatkozó betegségek diagnosztikájával, differenciáldiagnosztikájával és terápiájával kapcsolatos kérdések is tárgyalásra kerülnek a gyakorló orvos szempontjából. Külön említésre méltó a tanácsadás (counseling) című fejezet, amely az STD betegekkel való kommunikáció gyakorlati oldalát mutatja be. A könyv általános része a klinikus igénye szerint foglalkozik a férfi és női genitália kórlelettanával, a betegek vizsgálatával, részletesen kitérve az anamnézis, a fizikális vizsgálat egyes szempontjaira. Az urogenitális váladékvizsgálatánál precízen, definíciószerűen határozza meg az egyes kórállapotokat, amelyek ismerete elengedhetetlen az STD betegségekkel foglalkozók részére. A részletes részben a klasszikus nemi betegségek, a nem gonorrhoeas eredetű infekciók, a különböző vaginitisek és vaginosisok, a genitális herpesz, a humán papilloma vírus okozta fertőzésekkel foglalkoznak a szerzők. Értékes kiegészítője ennek a résznek, a balanitisek és a balanopostitisek, valamint a vulván előforduló egyéb bőrbetegségek színes bemutatása is. Végül a szerzők az egyes fejezetekhez részletes naprakész irodalmat adnak meg. Kritikai észrevételül csak annyit, hogy az újabb kiadásban érdemes lenne az egyes betegségek differenciáldiagnosztikáját részletesebben is bemutatni. Tovább átgondolásra javasolom az ortográfiát is, mivel a túlzott magyaros írásmód még nehezen elfogadható.

A könyvről elmondhatjuk, hogy valóban hiánypótló az STD betegségekkel foglalkozók számára. Jó szívvel ajánlható a bőrgyógyász szakorvosképzésben, de haszonnal lapozhatják a naprakész információk miatt a dermatológusok mellett a különböző társszakmák képviselői is, akik a fenti területtel foglalkoznak.

Török László dr.

Klaus-Peter Maier:

HEPATITIS C – HEPATITISFOLGEN
Ratgeber für Patienten und ihre Angehörigen
Georg Thieme Verlag
Stuttgart - New York 2002

A szerző rendkívül aktuális betegség, a hepatitis C vírus fertőzéssel kapcsolatos kérdésekkel foglalkozik, közérthető, a betegek és rokonok tájékoztatását is szolgáló formában. A bevezetőben kitér az epidemiológiára és felvázolja a betegség lefolyását, valamint a várható súlyosabb szövődésményeit.

A füzet fejezetei felölelik a témához kapcsolódó legfontosabb kérdéseket. Az első fejezet a májjal általában, valamint annak vírusfertőzésével és a hepatitis C vírus (HCV) szerkezeten belüli szaporodásával foglalkozik. A második fejezet a HCV előfordulását és a terjedését írja le. A további fejezetek foglalkoznak a hepatitis C fertőzés kezelés nélküli lefolyásával, leírják a fertőzés útját, a fertőzés lehetséges módját, megerősítik azt az ismert tényt, hogy a szexuális átvitel szerepe a HCV terjedésében elenyésző jelentőséggel bír. Foglalkozik a betegség tüneteivel és diagnosztikájával, valamint a korszerű terápia lehetőségeivel. Hasznos tanácsokat ad a betegeknek az életmód, diéta, sport és egyéb életviteli kérdések szempontjából. Megad néhány jelentősebb német nyelvű forrásmunkát is.

A függelék részben a betegek által feltett leggyakoribb kérdésekre adható szakzerű válaszokat tartalmazza, másrészt a májbetegség németországi öngyógyító szervezeteinek a listáját, postai és elektronikus címjegyzékét adja meg.

A kiadvány hasznos útmutató és mintaként szolgál a kérdéssel foglalkozó szakemberek részére a betegek tájékoztatásának és vezetésének nehéz kérdéseiben.

Podányi Beáta dr.

Az MDT Hagyományőrző Csoportjának tudományos ülése

2003. április 26-án a Magyar Dermatológiai Társulat Hagyományőrző Csoportja tudományos ülést tartott a Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinikáján.

Az ülés első részében az alábbi előadások hangzottak el: Prof. Dr. Török Éva (Heim Pál Gyermekkorház, Budapest): Török Lajosra emlékezünk. Prof. Dr. Simon Miklós (Bőrgyógyászati Klinika, Szeged): Egy elfelejtett bőrgyó-



Az ülés elnöksége: Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, Dr. Nebenführer László, Prof. Dr. Horváth Attila

gyász: Szentkirályi Zsigmond és Prof. Dr. Schneider Imre (Bőrgyógyászati Klinika, Pécs): Néhány gondolat Beck Soma Kornélról.

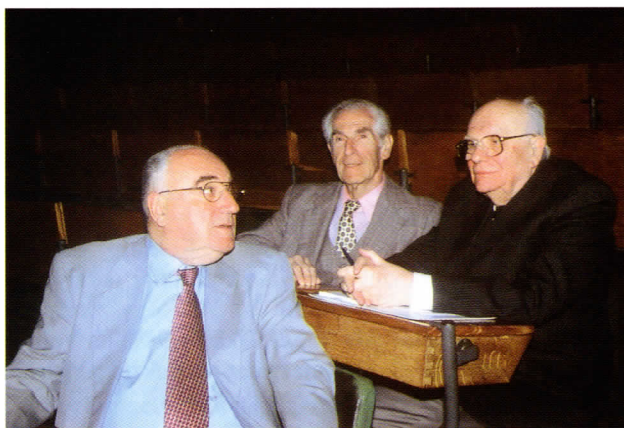
Ezt követően Prof. Dr. Kárpáti Sarolta elnök beszámolt a Hagyományőrző Csoport munkájáról. Kiemelte azt az egyre erősödő kapcsolatot, amely a magyar és az osztrák, továbbá a magyar és a német orvostörténeti munkacsoportok között az utóbbi években kialakult.

A fenti előadások elhangzása után a tudományos ülés közgyűléssé alakult át. Prof. Dr. Kárpáti Sarolta két évre szóló elnöki megbízatása lejárt és az elnökség átadta a korábban már ugyancsak két évre megválasztott dr. Nebenführer László főorvosnak. Ezt követően az új elnök javaslatot tett a két év múlva hivatalba lépő elnök személyére: Prof. Dr. Schneider Imrét a közgyűlés egyhangúan megválasztotta.

Prof. Dr. Horváth Attila ismertette, hogy 2004-ben Budapest rendezzi meg a tavaszi EADV kongresszust, amelyen várhatóan több szekcióülés is foglalkozik majd orvostörténeti kérdésekkel és felkérte a Hagyományőrző Csoportot, hogy aktívan vegyenek részt ennek előkészítésében és lebonyolításában.

Az ülés befejező részében élénk vita bontakozott ki részben az elhangzott előadásokhoz csatlakozva, részben a csoport előtt álló feladatokra vonatkozóan.

Nebenführer László dr.



Prof. Dr. Horváth Attila és az „alapító atyák”: Dr. Kovács László, Dr. Lengyel Bertalan



Prof. Dr. Kárpáti Sarolta, Prof. Dr. Simon Miklós, Prof. Dr. Schneider Imre, Dr. Nebenführer László

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

Kongresszusi beszámoló

A nemzetközi porphyria kongresszus 2003. szeptember 21-24-én, „*Porphyria and Porphyrias 2003*” címmel Prágában, Európa (és egyben a világ) egyik legpatinásabb egyetemén, a *Károly Egyetem (Carolinum)* került megrendezésre. A főszervező *Pavel Martásek* professzor (*Károly Egyetem*), valamint a nemrég alapított „*European Porphyria Initiative*” (<http://www.porphyrria-europe.com/index.asp>) szervezet volt.

A kongresszuson 22 országból mintegy 140 regisztrált résztvevő és további 40-50 fő volt jelen. A 37 referátum és előadás egyetlen előadóteremben folyt; a 60 poszter ugyanazon épületben került kiállításra. A posztereket az előadások szüneteiben, ill. a napi programok végén beszéljük meg.

A kongresszus *G. H. Elder* professzor (*Cardiff, UK*) ünnepi nyitóelőadásával kezdődött, amit Smetana-, valamint Dvorák-műveket előadó koncert, majd rövid fogadás követett.

Az előadások – csakúgy, mint a *Papendalban* (Hollandia) (1992), *Helsinkiben* (1995), *Hamburgban* (1997) vagy *Párizsban* (2000) tartott korábbi kongresszusokon – alapkutatást és klinikai aspektusokat egyaránt magukba foglaltak. Az első előadó, *Vladimír Král* (Cseh Köztársaság), a *Hans Fisher* emlékére „*Quo vadis porphyrin chemistry?*” címmel tartott előadásában a porphyrin-kutatás új aspektusairól beszélt: a szervezetben is előforduló, ill. a mesterségesen előállított polipirrol-vegyületek kémiaijáról, térszerkezetéről, az ilyen vegyületek felhasználhatóságáról. Elmondta például, hogy poli- (okta-, sőt dodeka-) pirrolvegyület-származékok hogyan befolyásolják a fényérzékenyítő hatás hullámhosszfüggését, vagy hogy bizonyos polipirrol alapú vegyületekkel akár 100-szor hatásosabb citotoxikus hatás érhető el, mint a *cisplatin*-al.

A következő szekció a hemszintézis enzimeinek enzimológiai és strukturális aspektusaival foglalkozott. A molekuláris-biológiai szempontból már jól ismert proteinek finomszerkezetének kutatásával meghatározhatók az egyes enzimek aktív helyeinek szekvenciá-

ja, térszerkezete, ill. vizsgálható a katalitikus aktivitást károsító tényező hatásmechanismusa. A következő szekció – klinikus nézőpontból – a különböző porphyriák diagnosztizálását és kezelését tárgyalta. Az utóbbiban főleg az akut porphyriák, ill. az azok kezelésében meghatározó szerepet játszó *Normosang® (Orphan)* szerepelt, de hallhattunk *akut intermittáló porphyria* esetében i. v. *rhPBGD* bevitel első kísérleti alkalmazásáról is. Néhány szerző ismételt egy egységes, európai *porphyria regiszter* megszervezését szorgalmazta.

A krónikus hepatikus porphyriák (főleg a *porphyria cutanea tarda*) tárgyalásában a vasanyagcsere és a hemle bomlás kapott hangsúlyt. Az „*Erythropoetikus protoporphyrin (EPP) normális ferochelatase aktivitással*” c. előadás az *EPP* új variánsát ismertette.

A génterápiás szekcióban svéd szerzők a *PBG-deaminase* korrekciójának lehetőségéről beszéltek. Francia szerzők a human hematopoetikus őssejtekbe irányuló géntranszferrel a *congenitalis erythropoetikus porphyria* kezeléséről számoltak be.

Az utolsó szekció a porphyriák biokémiájával, laboratóriumi módszerekkel foglalkozott.

Végezetül – általános diszkusszió keretén belül – a különböző gyógyszerek porphyrinogenitásának vizsgálatát, az akut porphyriákra vonatkozó *drug adatbázis* internetes közlését beszéljük meg. A poszterek az előadásokhoz hasonlóan érdekesek és változatosak voltak.

A gála vacsorát az óvárosban, a *Szt. Jakab* kolostor falai között tartottuk.

A *Szegedi Tudományegyetem ÁOK Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikáról* két posztert mutattunk be, *mindkettő porphyria cutanea tardával* volt kapcsolatos. Az absztraktok a „*Physiological Research*” folyóiratban jelentek meg. Munkánkat az Egészségügyi Minisztérium támogatta (ETT 390/2003).

Köszö Ferencc dr. (Szeged)

Kongresszusi beszámoló

2003. szeptember 4–6-ig részt vettem a Német nyelvű Mikológiai Társaság Heidelbergben megtartott 37. kongresszusán. A konferencia a történelmileg nevezetes egyetemi város zöldövezetében elhelyezkedő klinikai negyedben került megrendezésre. A kongresszust a Német Mikológiai Társaság jelenlegi elnöke dr. Herbert Hof professzor szervezte és irányította. A résztvevők (kb. 400 fő) többségükben a német nyelvterületről érkeztek, az európai országokból 1-1 képviselő jelent meg.

Az előadások egy szekcióban zajlottak. A főbb témacsoport a molekuláris filogenetika, melynek alapján megállapították, hogy a dermatophytonok és sarjadzógombák egyes fajtái külön csoportot alkotnak, így néhány dermatophyton a penész- és az élesztőgombákkal rokonságot mutat. A sarjadzógombák a diploid és haploid elválasztással külön törzsbe tartoznak.

Külön témakört képeztek a mikotoxikózisok. A *fusarium*, *penicillium* és *aspergillus* fajok mikotoxinjai közül 20 bír jelentőséggel az emberre nézve. A mikotoxin szintetizáló géneket rendszeresen mérik az élelmiszerekben.

Az immunuszupprimált, valamint a kemoterápiában részesült tumoros betegeknek továbbra is az *aspergillus* és *candida* fajok a fenyegető kórokozók. A *candidák* közül a *nonalbicans* fajok előretörését észlelték.

A dermatophyton fertőzésekben a *Trichophyton rubrum* okozta lábmikózisok a leggyakoribbak, a szövődmények közül az *erysipelas* a legfrequentáltabb. A hajas fejbőr mikózisokban a leggyakoribb kórokozó a *Microsporum canis*, az antropophylek (*T. soudanense*, *T. tonsurans*) főleg importált esetekben gyakoriak. A *Pityriasis versicolor*-ból újabb enzimeket állítottak elő. Ezek – *pityrocin*, *pityrolacton* – a melanocitákban apoptózist indukálnak, de gylladás ellenes

hatásuk is van. A *P. versicolor* elsősorban a seborrhoeás kórképek kiváltásért felelős, amelynek kezelésében jó eredmények érhetők el belső itraconazol terápiával.

A diagnosztikában a *Platelia Elisa* módszer *aspergillus* és *candida* antigénnel 70-80%-ban szenzitív és specifikus. A molekuláris biológiai módszerek, DNS, RNS kimutatása PCR-rel igen specifikus és szenzitív eljárások.

A bőrben lezajló immunológiai folyamatokban a kórokozó gomba a dendriks sejtekhez kapcsolódva citokin felszabadulást vált ki, melyek közül a TNF és az IL8 a leggyakoribb. A virulencia faktorok (SAP 4-5 gének) expresszálnak a keratinociták felszínén. A gombás betegségek elleni védekezésben főleg a limfociták és a PMN-ek játsszák a főszerepet.

A terápiában az invazív mikózisok kezelésére a kettes-hármas kombinációs gyógyszerek (*amphotericin B*, *fluconazol*, *itraconazol*) alkalmazása előnyösebbnek bizonyult a monoterápiánál. Utóbbi időben a *voriconazol* és *caspofungin*nal, valamint immunmodulátorokkal való kombinációkkal lehet kedvezőbb eredményeket elérni. A hajas fejbőr mikózisok terápiája a nyugvó sporák fennmaradása miatt továbbra is nehézségekbe ütközik. A szisztémás kezelések terbinafin oldattal való kombinálásával az eredmények javulnak.

Posterem az *omiconazol* nitrát (*Mikogal*) 900 mg-os suppositórium vaginalis mikózisokban való kedvező terápiás eredményeit tartalmazta.

Az előadásokat városnéző programok, fogadások egészítették ki. A gyógyszercegek kiállításai könyvekkel, prospektusokkal, különlenyomatokkal és termékmintákkal tették színesebbé és színvonalasabbá a kongresszust.

Halmy Klára dr.

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2004

AZ MDT RENDEZVÉNYEI

EADV 2004. Spring Symposium

2004. április 29.–május 1.
Helyszín: Budapesti Kongresszusi Központ
Információ: Prof. Dr. Horváth Attila, SE Bőr- és
Nemikórtani Klinika, 1085 Mária u. 41.
Tel.: 1/266-04-65, 5727, 5753, 5772
Fax: 1/267-69-74
Sipos Alíz: MOTESZ,
1051 Budapest, Nádor u. 36.
Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56
Fax: 1/302-56-10
Website: www.motesz.hu

EADV Spring Symposium Satellite Meeting Skin immunology – Progress in Melanoma

2004. május 2-3.
Helyszín: Lillafüred, Palota Szálló
Információ: Prof. Dr. Hunyadi János
DE OEC Bőrklinika, 4012 Debrecen,
Nagyerdei krt. 98.
Tel.: 52/432-282, 52/442-204
Fax: 52/414632
Sipos Alíz: MOTESZ,
1051 Budapest, Nádor u. 36.
Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56
Fax: 1/302-56-10
Website: www.motesz.hu

Az MDT Gyermekbőrgyógyászati Szekció Tudományos ülése

2004. június 4.
Dr. Szalai Zsuzsanna PhD.
E-mail: szalaizs@heimpalkorhaz.hu

Német–Magyar Dermatológiai Társulat Kongresszusa

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

Magyar Dermatológiai Társulat Orvoskozmetológiai Kongresszusa

2004. szeptember 23-25.
Helyszín: DE OEC ÁOK Elméleti Tömb
Információ: Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Kuhnyár Ágnes
DE OEC Bőrklinika, 4012 Debrecen,
Nagyerdei krt. 98.
Tel.: 52/432-282, 52/442-204
Fax: 52/414632
Sipos Alíz: MOTESZ,
1051 Budapest, Nádor u. 36.
Tel.: 1/311-66-87, 1/312-38-07, 1/332-45-56
Fax: 1/302-56-10
Website: www.motesz.hu

JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

65th Annual SID Meeting

2004. április 28.–május 1.
Helyszín: Providence, Rhode Island, USA
Society for Investigative Dermatology
820 West Superior Avenue, 7th Floor
Cleveland, OH 4413-1800 USA
Tel.: 216-579-9300
Fax: 216-579-9333
E-mail: sid@sidnet.org
Website: www.sidnet.org

34th Annual ESDR Meeting

2004. szeptember 9-11.
Helyszín: Bécs, Ausztria
Információ:
AIMS International Congress Services Mariannengasse 32
c/o ESDR Congress
1090 Wien, AUSTRIA
Tel.: +43 1 402 77 55 – 97/-38
Fax: +43 1 402 77 31
E-mail: esdr2004@ahr-aims.com
www.esdr.org

13th EADV Congress

2004. november 17-21.
Helyszín: Firenze, Olaszország
Congress President: Torello M. Lotti
Fax: +39 0572 912280
E-mail: president@eadv2004.org

3rd EADV Spring Dymposium

2005. május
Helyszín: Szófia, Bulgária

14th EADV Congress

2005. október 12-15.
Helyszín: London, UK

4th EADV Spring Symposium

2006. tavasz
Helyszín: Finnország

15th EADV Congress

2006. október 4-7.
Helyszín: Rodosz, Görögország

21th Word Congress of Dermatology

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