

Addiktológia

Új HIV-esetek Magyarországon az injekciós droghasználók körében: Téves riasztás vagy korai figyelmeztetés? (New cases of HIV among people who inject drugs in Hungary: False alarm or early warning?) Rácz, J., Gyarmathy, V. A., Csák, R. (Levelező szerző: Gyarmathy V. Anna, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Health, Behavior and Society, 624 N. Broadway Street, Baltimore, MD 21205, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: vgyarmat@jhsph.edu); **Int. J. Drug Policy**, 2016, 27, 13–16.

Az intravénás kábítószer használók (IKH-k) körében a HIV- és a hepatitis C-vírus (HCV-) fertőződés együttes előfordulását vizsgáló nemzetközi tanulmányok adatai azt mutatják, hogy a HIV-fertőzöttség mindaddig alacsony marad, amíg a HCV-fertőzöttség 35%-os szint fölé nem emelkedik. 2009 és 2014 első negyedéve között Magyarországon az IKH-k körében mindösszesen egy HIV-pozitív esetet találtak. Budapesten 2013-ban az IKH-k között a HCV-fertőzöttség 41% volt, ami 2014-re 60%-ra emelkedett. Ebben szerepet játszhat, hogy az olcsóbb dizájner drogok megjelenésével azok használata terjedt el, és e szereket gyakrabban kell intravénásan adagolni a megvonási tünetek elkerülésére, mint a klasszikus kábítószerket, illetve a tűcsereprogramok – amelyek ártalomcsökkentő eljárások – kormányzati támogatása csökkent. A dolgozat e negatív trendek hatását vizsgálja.

2014 januárja és júliusa között vizsgálták a budapesti Kék Pont Centrumban megjelent régi és új intravénás kábítószer használókat. Minden, a központban megjelent szerhasználót rutinszerűen regisztráltak, négyesemközi interjú során adatrögzítés történt, majd tájékoztatták őket a vizsgálat lehetőségéről, céljáról, valamint felajánlották a nyálból, illetve ujjbegyvérből történő vírusvizsgálatot. A vizsgálatban kérdőívet használtak a szerhasználattal összefüggő adatok összegyűjtésére, és az OraQuick HIV nyálgyorstesztet (*Ref.: A cég által biztosított tájékoztató anyag szerint a teszt szenzitivitása 91,7%, míg a specifitása 99,9%*) a HIV-fertőzöttség kimutatására. Az így pozitívnek talált esetben vérvizsgálat is történt. A vizsgálatban részt vevők anyagi juttatásban nem részesültek.

A vizsgálatban végül is 167-en vettek részt. A két csoport között az életkor és a nem vonatkozásában nem volt szignifikáns különbség. A vizsgálati kérdőívet kitöltők átlagéletkora $33,8 \pm 8,9$ év volt, és közülük 52 volt nő (31%). A leggyakrabban használt intravénás szerek a következők voltak: pentadron (80 szerhasználó, 48%), zene (38, 23%) és bármi, amihez hozzáfértek (18, 11%). Egy injekciós tűt átlagosan kétszer használtak, és a szerhasználók átlagosan naponta hat alkalommal injiciálták magukat. A HIV-vizsgálatot 92 személy vállalta, közöttük egy HIV-pozitív résztvevőt találtak (vérvizsgálattal megerősített eredmény).

A szerzők kiemelik, hogy egy másik tűcsereprogramban is találtak HIV-pozitív esetet. Összefoglalásukban hangsúlyozzák, hogy jóllehet, Magyarországon még a vizsgálat idején is az új HIV-fertőzött esetek a szexuális úton történő fertőződés következtében alakultak ki, ám véleményük szerint a HCV-fertőzöttség emelkedése és a tűcsereprogramok megszüntetése/alulfinanszírozottsága között összefüggés van, és ezért aggodalmuknak adtak hangot a tekintetben, hogy csak a jéghegy csúcsát jelenthetik az új esetek, amelyek előrevetítik egy görögországihoz hasonló járvány kitörésének lehetőségét. (*Ref.: A dolgozat gyengéje, hogy a vizsgált populáció HCV-fertőzöttségéről nem mutatnak be adatokat. Ugyanakkor helyesen mutatnak rá arra, hogy a dizájner drogok megjelenése megváltoztatta a szerhasználói mintázatot, ami komoly közegészségügyi kockázatok kialakulásához vezet egyrészt, másrészt megnehezíti a terápiát.*)

Kalapos Miklós Péter dr.

Hematológia

Mérföldkövek a thrombocytaképzéssel kapcsolatos ismeretekben: történeti áttekintés (Milestones in understanding platelet production: a historical overview) Kuter, D. J. (Hematology Division, Massachusetts General Hospital, Yawkey 7858, 55 Fruit Street, Boston, MA 02114, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: dkuter@MGH.harvard.edu); **Br. J. Haematol.**, 2014, 165(2), 248–258.

Bizzozero 1882-ben ismerte fel a vérben keringő, mag nélküli, 2–3 μm átmérőjű vérelemezkeket. Wright 1906-ban kimondta, hogy a vérelemezkek a csontvelői megakaryocytákból származnak, majd megál-

lapította, hogy a thrombocytopenia vérezéseket okozhat. Élettani vizsgálatok kimutatták, hogy a thrombocytopeniára a megakaryocyták száma, nagysága és DNS-ploidiója megnő. A szerző *William Duke*-ot is említi, aki transzfúziót adott thrombocytopenia miatt. 1958-ban *Kelemen Endre és munkatársai* vetették fel azt a gondolatot, hogy létezik thrombopoetin, ami szabályozza a kölcsönhatást a vérben keringő vérelemezkek és a csontvelői megakaryocyták között (*Kelemen, E., Cserháti, I., Tanos, B.: Demonstration and some properties of human thrombopoietin in thrombocythaemic sera. Acta Haematol.*, 1958, 20(6), 350–355.). Több mint 3 évtizednyi erőfeszítés után, 1994-ben 5, egymástól független laboratóriumban izolálták a thrombopoetint. A thrombopoetin felfedezése nagy eredmény volt a thrombocyták képzésének és szabályozásának megértésében. A thrombopoetint főleg a máj termeli. A thrombopoetinreceptor-agonisták segítettek az ITP kezelést. A szerző közli *Kelemen Endre* professzor fényképét is. A dolgozat végén több mint 50 hivatkozás található.

Gáspárdy Géza dr.

Kardiológia

Angiotenzinkonvertáló enzim gátló (ACE-I) kezelés adandó-e a szívelégtelenségben nem szenvedőknek vagy angiotenzinreceptor-blokkoló (ARB) kezelés? (Angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers in patients without heart failure? Insights from 254,301 patients from randomized trials) Bangalore, S., Fakhri, R., Toklu, B., et al. (The Leon H. Charney Division of Cardiology, New York University School of Medicine, New York, NY 10016 Amerikai Egyesült Államok; e-mail: sripalbangalore@gmail.com); **Mayo Clin. Proc.**, 2016, 91(1), 51–60.

A szerzők a metaanalízisbe 106 randomizált vizsgálat 254 301 – szívelégtelenségben nem szenvedő – betegétől származó adatokat gyűjtötték össze és dolgozták fel. Olyan randomizált vizsgálatokról van szó, amelyekben az ACE-gátlók és az ARB-k hatását placebóval, aktív hatóanyagokat tartalmazó készítménnyel hasonlították össze, vagy az ACE-inhibitorok és az ARB-k

hatását közvetlenül egymáshoz viszonyítva vizsgálták.

Az összehasonlítási idő összesen 800 000 betegévnél felelt meg.

Következtetésként megállapítható volt, hogy a szívelégtelenségben nem szenvedő betegek körében az ACE-I-k és az ARB-k hatékonysága hasonlóan bizonyult a placebo, az aktív szerrel kontrollált és az ACE-gátlókat ARB-vel összehasonlító vizsgálatok metaanalízise szerint. Az ACE-inhibitorok alkalmazásával ugyan hatékonyabban csökkentették az összközi halálozást, a CV-halálozást, a szívinfarktus (MI) kockázatát, ezt azonban az ACE-I-ket és az ARB-ket vizsgáló tanulmányok között eltelt egy évtizednyi idő és az eltérő placebo-esemény ráta magyarázhatja. Ugyanakkor az ARB-kezelés esetében ritkábban kellett a gyógyszereszedést kedvezőtlen esemény miatt megszakítani.

Fischer Tamás dr.

Lipidológia

Új kezelésmódok magas koleszterinszint esetén (New therapies in the treatment of high cholesterol: an argument to return to goal-based lipid guidelines) *Shrank, W. H., Barlow, J. F., Brennan, T. A.* (CVS Health, Woonsocket, Rhode Island; e-mail: william.shrank@cvshealth.com): **JAMA**, 2015, 314(14), 1443–1444.

Az FDA 2015. július 25-én engedélyezte az alirocumab (Praluent), a proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK-9) gátló, egy új koleszterincsökkentő forgalomba hozatalát. Ez egy új, hatásos szer a dyslipidaemia csökkentésére.

A gond az árával van: a kezelés költsége egy évre 14 600 dollár. Mintegy 73 millió felnőtt, az Amerikai Egyesült Államok lakosságának egyharmada magasabb LDL-szinttel él. Ki kapja a Praluentet? A 7,5% rizikót meghaladó LDL-szint indikálja a kezelést – ezetimiddel is csökkenthető az LDL (IMPROVE-IT). Hatásosabbak-e a PCSK-9-gátlók? Csak a familiáris hypercholesterinaemiásoknak adjuk? Lépcsőzetesen, az egyéb módokon nem eléggé csökkent LDL-szinttel rendelkezők kapják? Specifikus célszintek tartása indokolt, ahogy az AACE Guidelines [Endocr. Pract., 2012, 18(Suppl. 1), 1–78.] vagy az Európai Arteriosclerosis Társaság [Eur. Heart J., 2013, 34(45), 3478–3490.], vagy az ACC/AHA útmutató javasolja? Az új szer alkalmazásához egyetértésre kell jutni.

Apor Péter dr.

FELHÍVÁS folyóirat-referátumok beküldésére

A Semmelweis Egyetem Továbbképző Központjának döntése értelmében 2016. január 1-jétől folyamatosan orvos-továbbképzési pontokat kaphatnak a nemzetközi, impaktfaktoros folyóiratokban megjelent közlemények rövid összefoglalásának, referátumának beküldői.

Az Orvosi Hetilap hasábjain megjelenő és közlésre elfogadott referátum után 1 pont, **félévente maximum 12 továbbképzési pont gyűjthető**, amelyet félévente összesítve továbbítunk a továbbképzési központok felé.

Távoktatással szerzett pontokból évente legfeljebb 20 pont számítható be.

Aki továbbképzési pontot kíván gyűjteni, a referátum beküldésekor adja meg pecsétszámát.

Várjuk lelkes, továbbképzési pontokat gyűjteni kívánó referálóink jelentkezését!

A referátum fejlécében az alábbi adatokat kérjük megadni:

A cikk címe magyarul, zárójelben az angol cím

A szerző(k) neve (vezetéknév, a keresztnévet jelölő betű(k) – 3 szerzőig, háromnál több szerző esetén et al.), a levelező szerző neve, munkahelye és e-mail címe)

A folyóirat neve – a szokásos nemzetközi rövidítés szerint (PubMed), **évszám, kötetszám, füzetszám, a cikk kezdő és utolsó oldalszáma**

A referátumot elektronikus úton (Editorial Manager vagy e-mail: edit.budai@akademai.hu) kérjük elküldeni.

Dr. Divinyi Tamás:

A fogászati implantológia története Magyarországon

Dentál Press Kiadó, 2016. 98 oldal
ISBN 978-963-89056-2-8



Orvostörténeti csemegét tart a kezében az az olvasó, aki Divinyi Tamás professzor könyvét forgatja. Az implantológia XX. századi hőskorszakának nemcsak szemtanúja, de bátor vállalkozója volt a szerző, aki ebben a könyvben rögzítette a magyarországi fogászati implantológia kezdeti korszakát.

Bár a hiányzó, beteg, balesetekben elvesztett szervek, érzékszervek, végtagok, fogak pótlására már évezredek óta tettek erőfeszítéseket mind esztétikai, mind funkcionális okok miatt, a XX. század érett meg tudományos és technikai szinten arra, hogy valóban beépülve a szervezetbe működőképesen és tömegesen használni és alkalmazni tudjuk lecsökkentve a beültetés okozta mellékhatásokat.

Több ezer éve kísérleteztek az emberek a fejen jól látható foghiányok pótlásával, a legkülönbözőbb technikai megoldásokkal idegen fogakkal vagy állati csontokból, fából, fémből, gyantából, műanyagból stb. készítettek pótlásokat. Azonban az 1960-as években a kiváló ortopédprofesszor, dr. Per-Ingval Bränemark (1929–2014) új találmánya, eljárása után elindult az olyan jellegű fogászati pótlások története, amelyek a szervezetbe beültetve jól funkcionálnak.

Hazai fogászati implantológiai próbálkozások sporadikusan már voltak, de a

nagy létszámú klinikai betegellátás korszaka az összes kezdeti gyerekbetegségével *Divinyi Tamás* nevéhez fűződik. Fiatal, tette kész orvosként ideje nagy részét a fogászati implantológiával töltötte. Kipróbálásra kerültek a subperiostealis, onossealis formái az implantátumoknak, de anyagát és módszereit tekintve is többféleképpen kísérletezett: a vitallium műgyökereű csavar-, tű- és a diakor implantátumokkal. Természetesen akadtak támogatói és éles ellenzői is az újszerű módszerek és beavatkozások kialakulásának, ez hasonlít a többi jellegzetesen magyar történethez, bármilyen szakmai új dolog bevezetésénél.

Logikus lépés volt az új, speciális szakmai társaság létrehozása – amerikai-magyar szakember, Haris András dr. támogatásával –, amely védelmet biztosított a támadások ellen. 1989-ben a Magyar Fogorvosok Egyesülete MFE Implantológiai Szekciója megalakult. A politikai és gazdasági helyzet következtében a nyugati technológiák és anyagok az 1990-es években már rendelkezésre álltak, azonban a hazai fejlesztésű és gyártmányú implantációs eszközök hazai kutatásai és gyártásai is fejlődésnek indultak.

Nemzetközi kapcsolatok épültek az implantológia témakörben, konferenciák, tanulmányutak, cikkek, eszmecsere emeltek a hazai implantológia színvonalát, a szakemberek felkészülését, nemzetközi reputációjukat.

Uniplant munkacsoport alakult a szájszészeti klinikán, amely a klinikai szaktudomány fejlődését és munkáját biztosította.

Divinyi Tamás nemcsak a szakmai történetet tárja elének élvezetes stílusban könyvében, hanem egyéni szakmai életútjának lépéseiről is tájékoztatja az olvasót. Követhejtjük egy tehetséges, szorgalmas, kitartó ifjú lankadatlan munkatempóját, a szakma szeretetét és elhivatottságát mind a mai napig.

Könyve mérföldkő a legújabb hazai fogászattörténetben, tanúi lehetünk egy új szakma születésének, egy XX. század második felében frissen végzett fogorvos életútjának, szakmai beérésének, narratív eseményeinek.

Külön érdekessége a könyv születésének, hogy hozzájárult a hazai Magyar Orvostörténeti Társaság Fogászattörténeti Körének szakmai megindulásában, hiszen e társaság szelíd pressziójára született meg ez a pótolhatatlan könyv.

Dr. Forrai Judit

Johannes Ring

Atopic dermatitis. Eczema

Springer-Verlag, Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London, 2016. 224 oldal
ISBN 978-3-319-22242-4

A szerző évtizedek óta az allergiával és allergiás gyulladásokkal foglalkozó, nemzetközileg is elismert dermatológus, akinek az egyik fő témája a neurodermitis, azaz az atopiás dermatitis. A körkép egyre gyakoribb megbetegedés, amelynek az egyéni hajlam mellett genetikai, immunológiai háttere van, és az iparosodott országokban fordul elő egyre nagyobb arányban.

Hét nagyobb fejezetre oszlik a könyv. Az első fejezet fő témája az *általános bevezetés és az epidemiológia*. Tekintettel arra, hogy az atopiás dermatitis jelentős részben allergiás tünetekkel jár, így az allergia történetéről is szó esik. Egyértelmű, hogy az atopiás dermatitis prevalenciája az 1960-as évektől jelentős mértékben növekedett az átlagnépességben. Lényeges előfordulási különbségek vannak világszerte, és ennek a felmérésnek az eredménye nem magyarázható a módszertani különbségekkel. Az atopiás dermatitis a leggyakoribb idült, nem fertőző megbetegedés csecsemő- és gyermekkorban. A betegség növekvő prevalenciájának oka ismeretlen, de előtérbe került az úgynevezett „higiénés teória”. Az immunológiai és egy epithelialis alapon álló genetikai predispozíció mellett a környezeti tényezők azok, amelyek befolyásolhatják az allergiás fejlődést. A jelentős szerepet játszó környezeti faktorok között lehetnek a dohányfüst, robbanómotorok kipufogógázai, a levegőben lebegő szerves vegyületek stb. A betegség általában a születés utáni 3. hónapban kezdődhet. Az atopiás dermatitis körülbelül 80%-a a második év előtt jelentkezik, és a tünetek gyakran felnőttkorban is megmaradnak. A nemi arány megközelítőleg 2:1 a nők javára gyermekkorban és felnőttkorban egyaránt. Az atopiás dermatitis a gyermekkor leggyakoribb, idült gyulladással járó betegsége, 10–20%-os előfordulással. Az atopiás dermatitises gyermekek körülbelül egyharmada mentes lesz a betegségtől a pubertás előtt, míg a többiek esetében a betegség továbbra is fennállva vissza-visszatér, majd kis részben felnőttkorban is megmarad. Az epidemiológiai tanulmányokból ismert, hogy az atopiás dermatitis rizikófaktora

gyakoribbak a jó körülmények között élők között, de jelentős szerepet játszanak például a pszichoszomatikus behatások, allergénexpozíciók (kedvenc háziállat), pollenexpozíció (lakásban) stb. A betegség tüneteit a dysaesthesia uralja elsősorban az intenzív viszketéssel, de az alváshiány és az intenzív vakarózás a napi munka hatéktívitásának a csökkenését hozza. A betegség erősen befolyásolja az életminőséget, de nemcsak az egyénnek, hanem a társadalomnak is pénzügyi terhet jelent. Németországban a betegséggel kapcsolatos direkt és indirekt kiadásokat évente $3\text{--}5 \times 10^9$ euróra becsülik. A költségek 70%-a a gyógyszerre, ambuláns és kórházi kezelésre és rehabilitációra esik, míg 30%-a táplálkozásra, ruházódásra, egybekre.

Az atopiás dermatitis klinikai tünetei igen változók: erózió, excoriatio, lichenificatio, cheilitis sicca, juvenilis plantaris dermatosis, lokalizált genitális ekzema, erythrodermia, xerosis stb. Az atopiás dermatitisre jellemző stigmák közül fontosak a száraz bőr, a tenyér és talp hiperlinearitása, a Dennie–Morgan-féle kettős szemhéjredő, alacsony temporalis hajvonal („fur cap hair growth”), fehér dermografizmus stb. E tünetekből az úgynevezett diagnosztikai kritériumok alapján állítható fel a kórisme. Ezek közül időrendben a Hanifin–Rajka-féle diagnosztikai, majd a Williams és *mtsai* által kidolgozott, végül a Ring-féle kritériumrendszer fogalmazódott meg. A fejezetben külön esik szó a differenciáldiagnosztikáról, valamint a más kórképekkel való előfordulásról; ezek között szerepelnek: Netherton-, Dubowitz-, Wiskott–Aldrich-, hiper-IgE-szindróma. Különös jelentőségük van a bakteriális, gombás és virális fertőzéseknek is; az utóbbi esetében az ekzema herpeticum bír jelentőséggel, amely az 1-es és 2-es típusú herpes simplex vírus szóródásával jár atopiás dermatitis esetében. Az egyébként súlyos kórállapot prognózisa ma már kedvező az intravénás antivirális terápia, az acyclovir alkalmazása révén.

A munka egyik legtanulságosabb része az *atopiás dermatitis kórtana*. A molekuláris genetika új módszerei révén lehetővé vált locusokat azonosítani a különböző kromoszómákon, amelyek az atopiás dermatitis specifikus fenotípusmarkereivel társultak. E gének közül néhányat pozicionálisan klónoztak. A kromoszóma 1-en lévő epidermalis differenciációs komplex géneknek speciális jelentőségük van (mint a filaggrin és esetlegesen a hornerin), amelyek szignifikánsan összefüggenek az atopiás dermatitis fokozott esélyével. A filaggrin-mutációk homozigóta karrierjei például az

ichthyosis vulgaris kialakulását segítik elő. Az epidermalis proteázok vagy proteázinhibitorok génjei is szerepet játszanak a kór kialakulásában, mint például a SPINK5 a Netherton-szindrómában. Atopiás dermatitisben több kóros eltérés figyelhető meg: ezek közül a legfontosabb a struktúrprotein, a filaggrin loss-of-function mutációjának előfordulása, amely az érintett egyénekben három-, négyszeres kockázatfokozódást jelent az atopiás dermatitis megjelenésére. A stratum corneum fizikai-kémiai barrierje mellett fontos az immunológiai barrier, amely a behatoló patogének elleni védelemben játszik szerepet. A veleszületett immunrendszer primer szerepet játszik az antimikrobiális peptidok (például humán béta-defenzin) révén, és emellett jelentős a dendritikus sejtek szerepe. A T-sejteket a Th17 révén a keratinocyták vonzzák. Ezek a primer immunreakciók, úgy tűnik, hogy csökkentek atopiás dermatitisben. Másrészt a Th2 dominanciája kerül előtérbe, amely a Th2-függő citokinek (IL-4, IL-13, IL-5) révén a gyulladást elősegítő sejtek megjelenéséhez vezet. Az IL-5 toborozza és aktiválja az eozinofil sejteket, míg az IL-31 a viszketés kiváltásában játszik szerepet. A Treg (T-regulatory T cells) sejtek szerepe kisebb atopiás dermatitisben.

A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy az atopiás dermatitis betegeknek megváltozott reaktivitási képük van az autonóm idegrendszerben a gyengébb béta-adrenerg és fokozottabb alfa-adrenerg és kolinergetikus vonatkozásában. Hangsúlyozza a szerző, hogy nincs specifikus „atopiás”, „atopiás dermatitis” személy. Nagyon kevés betegség van, ahol a diagnosztika és a terápia olyan szoros közelségben van, mint az allergiában és az ekzémában. A gondos allergéndiagnosztika standardként szerepel a betegség kezelésében, és négy lépést foglal magában a kórelőzménytől a bőrteszten át az *in vitro* allergiadiagnosztikáig, illetve a provokációs tesztig. Az atopiás patchteszt speciális figyelmet igényel: ezzel az eljárással lehetséges kiértékelni egy IgE-mediált érzékenységet atopiás dermatitis betegben az aktuális bőrbetegségre. A leggyakoribb pozitív atopiáspatchteszt-reakciók a háziporatkára, állati szőrszálla és pollenre találhatók. Fontos, hogy az egyéni provokációs faktorok elkerülése a betegek kezelésének alapvonása legyen. A heveny ekzémás fellángolás idején a helyes galenicum alkalmazása alapvetően fontos. A helyi (enyhe vagy közepes fokú) szteroidkészítményeket a helyi kalcineurininhibitorok kell hogy kövessék.

Mind elméleti, mind gyakorlati tekintetben alapvető *Az atopiás dermatitis betegek kezelése* című fejezet. A XX. század második felében az ekzémás betegek kezelésében a glükokortikoidok bevezetése a legjelentősebb lépés volt. E szereket szisztemásan ritkán alkalmazzuk. Atopiás dermatitis esetében az enyhe és közepes erősségű helyi szteroidkészítményeket használjuk. A helyi szteroidkészítményeket a megfelelő vehiculumban időben limitálni kell és végül „tandem kezeléssel” kell befejezni. A „proaktív” kezelés (a hatékony szer heti egy vagy két alkalommal való használata) igen hasznosnak bizonyult. E szerek alkalmazása során a leggyakoribb mellékhatás a bőratrófia és a perioralis rosaceaszerű dermatitis; utóbbi főleg fiatal nők esetében fordul elő. A specifikus gyulladáscsökkentő szerek, például a helyi kalcineurininhibitorok (tacrolimus és pimecrolimus) alkalmazása mérföldkőnek tekinthető, mivel ezeknek nincs atrofát okozó hatásuk és emellett a viszketést is csökkentik. Noha a hatásuk gyengébb, mint a helyi szteroidoké és proaktív módon hosszabb időn át használhatók a kiújulás elkerülésére. Az antimikrobiális terápia nemcsak a heveny fertőzések esetén szükséges, hanem profilaxisként is, mivel az atopiás dermatitis betegek bőrfelszínén a kórokozók sűrű kolóniája fordul elő. Heveny tünetek esetén általában a triclosan- vagy clioquinolkészítmények hatékonyak. Ezüsttel vagy más antiszeptikumokkal átszórt úgynevezett funkcionális textíliák előnye az, hogy nem kell szisztémás vagy helyi készítményeket alkalmazni a bőrfelszínre („textiles as drugs”). A vakcinációval kapcsolatban a szerző hangsúlyozza, hogy az atopiás dermatitis esetében lehet ezt a terápiát alkalmazni, de nem szabad a bőrtünetek heveny fellángolása idején végezni. Atopiás dermatitis betegek viszketésének csökkentésére, ha hosszabb időn át antihisztamin kell alkalmazni, akkor a klasszikus H₁-antagonisták alkalmazhatók: de abszolút módon a nem szedáló (vér-agy gáton átlépni nem tudó) készítmények (például fexofenadin) használhatóak reggel, és este lehet szedáló hatású szert javasolni. A viszketés csillapítására a legfontosabb szerek a helyi szteroid és kalcineurininhibitorok. Emellett galenicus kisserelésben a polidocanolnak jó hatása, hasonlóan a cannabinoidagonistákéhoz, kátrányhoz, szulfonátkészítményekhez, valamint tanninsavéhoz; utóbbit elsősorban a lichenifikált területeken lehet hosszabb időn át eredménnyel alkalmazni. Az atopiás dermatitis standard kezeléséhez tartozik az UV-besugárzás. A betegség súlyos állapotában az extracorporalis fototeráziát

eredményes lehet. Atopiás dermatitis betegek kezelésében a szisztémás immunoszuppresszív kezelés keretében a cyclosporin A, azathioprin, mycophenolat mofetil és methotrexat jönnek szóba. Az új terápiás lehetőségek közül nincs adat az atopiás dermatitis betegek biológikumokkal való kezeléséről. Az IL-4R-antagonisták vagy PDE-gátlók jelenleg klinikai kivizsgálás alatt vannak.

A klinikai morfológiai szempontok, valamint a kórélettani megállapítások stb. alapján egyértelmű, hogy az atopiás dermatitis összetett betegség, amelyet nem lehet a gyors orvos–beteg kapcsolat szintjén ke-

zelni azáltal, hogy krémet vagy injekciót írunk fel a betegnek. Ki lehet jelteni, hogy a kórkép nem „pszichiátriai” betegség, de egy olyan kórkép, amelyet pszichológiai behatásokkal módosítani lehet. Jóllehet, a betegeknek komoly tüneteik vannak, de javítani lehet az állapotukat oly módon, hogy normális életet éljenek. A jó prognózis alapja a beteg és a betegség területén járatos orvos együttműködése, aki a nehéz helyzetekben pontos terápiás stratégiai eljárásokat tud adni a betegnek.

Az átfogó koncepció felépülő, a kórkép folyamatos felszínre kerülésének fázisait, a klinikai tüneteket szisztémásan felsoroló, a

kórélettani, molekuláris biológiai eredményeket bemutató könyvet nagy elméleti és klinikai tapasztalátú szakember írta. A könyvre jellemző az áttekinthetőség, a kitűnő fotódokumentáció, a tanulságos összefoglaló és áttekintő táblázatok, a modern elméleti kutatások közlése. Jelentős a folyamatban lévő kísérletes vizsgálati munkák közlése, amelyek feltehetően biztatóak lehetnek elsősorban a biológikumok területén a kórkép kezelésében. A könyv a szakorvosok, szakvizsgára készülő kollégák számára egyaránt javasolt.

Schneider Imre dr.

Ellen Notbohm–Veronica Zysk

EZEREK NAGYSZERŰ ÖTLET

AUTIZMUSSEL ÉLŐ VAGY ASPERGER-SZINDRÓMÁS GYEREKEK NEVELÉSÉHEZ ÉS TANÍTÁSÁHOZ

„Ha minden iskolában és családban a könyvben szereplő ötletek kis töredékét felhasználnák, beláthatatlan lehetőségek nyílnának meg előttünk, hogy javítsuk az autizmussal vagy Asperger-szindrómával élő gyermekek életminőségét. Ez pedig csodálatos dolog!”

Dr. Temple Grandin

A könyv számtalan azonnal alkalmazható ötletet kínál szülőknek és nevelőknek az alábbi területeken:

- szenzoros integráció: fejlesztőfeladatok a szabadban és bent,
- kommunikáció: szóhasználat, hallás, vizualitás, környezet,
- viselkedés: tipikus viselkedési formák és kezelésük,
- mindennapi élet: ötletek a mindennapi szituációkhoz, a biztonság megteremtéséhez,
- szociális létezés: barátság, játék, kooperáció, érzelmek.



348 oldal, 4100 Ft
www.akademiaikiado.hu



AKADÉMIAI KIADÓ