

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

## Alternatív terápiák hatékonysága felnőttkori atópiás dermatitisben Efficiency of alternative medicine in adulthood atopic dermatitis

PÓNYAI GYÖRGYI DR.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A felnőttkori atópiás dermatitis prevalenciája világszerte növekszik. A kórkép kezelésében a betegek körében egyre nagyobb népszerűsége tesznek szert az alternatív és komplementer terápiák, annak ellenére, hogy az evidence based terápiás lehetőségekkel szemben rendkívül kevés, ellenőrizhető vizsgálat és esetközlés igazolja ezek hatékonyságát. A szerző az alkalmazott módszerek közül a homeopátia, hipnoterápia, az akupunktúra, a diéták, a gyógynövény készítmények, a tradicionális kínai medicina és a klímaterápia felnőttkori AD-ben megfigyelt és közölt eredményeiről ad irodalmi áttekintést. A módszerek nagy többségének hatása placeboval egyenértékű, dozírozásuk, alkalmazásuk nem standardizált, hatásuk sokszor kiszámíthatatlan, egyes terápiák súlyos mellékhatásokkal járhatnak. A jelenleg rendelkezésre álló adatok szerint nem tekinthetők valódi alternatívának, csupán néhányuk alkalmazható a bőrgyógyászati szerek mellett komplementer – kiegészítő kezelésként. A betegek felvilágosítása során javasolt nagy súlyt fektetni az alternatív terápiák hatásának és mellékhatásának bemutatására is.

**Kulcsszavak:**  
felnőttkori atópiás dermatitis - alternatív,  
komplementer terápiák

### SUMMARY

The prevalence of adulthood atopic dermatitis is increasing worldwide. Recently, AD patients tend to prefer alternative and complementary medicine therapies more and more frequently, despite the lack of evidence based results in contrast to traditional treatment modalities. In this overview, the methods of homeopathy, acupuncture, diets, herbs, traditional chinese medicine and climate therapies will be highlighted. The effects of this methods are mostly equal to that of placebo, but unexpected or even harmful side effects have also been documented. To our present knowledge, these methods cannot be considered as true alternatives, and only a minority of these methods can work as a complementary treatment to conventional dermatological therapies. The potential effects and sideeffects of these alternative therapies should thoroughly be emphasized to AD patients.

**Key words:**  
adulthood atopic dermatitis - alternative,  
complementary medicine therapies

Az atópiás dermatitis (AD) prevalenciája világszerte emelkedő tendenciát mutat. Bár az AD elsősorban gyermekkori betegségnek számít, jelentős számú a felnőttkorban is tünetes beteg. Az AD kezdődhet felnőtt korban is, melyet önálló klinikai formaként a 2000-es évek eleje óta vizsgálnak (46, 52, 53). A felnőttkori AD prevalenciája átlagosan 1-3%, de akár 10% feletti is lehet (20, 62, 64). Ha tekintetbe vesszük, hogy a fejlett országokban a gyermekkori AD prevalenciája már 10-20%-os, a közeljövőben a felnőttkori esetszám egyre jelentősebb növekedésével kell számolnunk (8, 24, 42, 48, 51, 61).

Az AD terápiájának bázisa a megfelelő beteg edukáció, az allergén-kerülés, a helyes bőrápolás emollientekkel, fürdőkrémekkel. Kifejezettebb gyulladásos tünetek esetén kortikoszteroidok, vagy nem szteroid lokális immunmodulátorok (pimecrolimus, tacrolimus), szuperinfekció esetén antibiotikumok, antimycotikumok, viszketés-csillapításra antihisztaminok adhatók. Súlyo-

sabb esetekben szisztémás kortikoszteroid, interferon gamma, cyclosporin, antimetabolitok (mycophenolate mofetil) fényterápia, methotrexat, azathioprine választhatók (5, 24, 30, 41, 56, 76). Az AD kezelése (még a legenyhébb formákban is) az egyénnek, családjának és a társadalomnak is állandó kiadást jelent. Súlyosabb tüneteknél ez a költség igen magas, és jelentős részét teheti ki az alternatív megoldások kipróbálására elköltött pénz (21).

A különféle ajánlások ellenére az AD terápiája nem mondható egységesnek. *Baron és mtsai* 2002-ben publikált vizsgálatait szerint, mely az USA-ban, az Egyesült Királyságban és Japánban működő bőrgyógyászok terápiás szokásait vetette össze, az amerikai és brit bőrgyógyászok jóval agresszívebben kezelték az AD-t, többször rendeltek szteroidokat, antibiotikumokat és immunszuppresszánsokat. Az alternatív módszerek használata azonban Japánban nagyobb arányú volt (6, 31).

Kellő felvilágosítás vagy belátás hiányában sok beteg nem fogadja el az AD genetikai meghatározottságát, krónikus-recidív lefolyását. Elégedetlenné válik a hagyományos orvosi ellátással, vagy hatalmába keríti az egyes gyógyszerek mellékhatásaitól való félelem, leggyakrabban a szteroid-fóbia. *Charman* 2000-ben publikált adatai szerint az AD betegek 72,5%-ának vannak aggodalmai a lokál szteroidok használatával kapcsolatban, 34,5%-nak a bőr elvékonyodása, 9,5%-nak pedig a potenciális szisztémás mellékhatások (növekedésbeli elmaradás) miatt (12).

A tájékozatlanság, vagy az orvosi kezeléstől való elfordulás a gyógyulás ígéretével kecsegtető alternatív módszerek választását eredményezi. Ezek az egész világon a teljes populációban és a betegek körében is közkedveltek, a bőrgyógyászat vonatkozásában elsősorban az aknesoknál, a psoriasisos és atópiás betegeknek (18, 45, 60).

Közkeletű tévhit, hogy az alternatív módszerek nem toxikusak és nincsenek mellékhatásaik. Sokszor előfordul, hogy a betegek csupán elvi alapon, a „természetes”, „natúr” szavak által keltett pozitív érzet miatt választják ezeket a lehetőségeket, akár úgy is, hogy fogalmuk sincs arról, hogy az adott alternatív készítmény valójában milyen anyagokat tartalmaz. Számolni kell azzal a lehetőséggel is, hogy a beteg több módszert alkalmaz egyszerre, vagy együttesen használja az orvosi és az alternatív terápiát (pl. lokál szteroid éjjelre, gyógynövénykrém nappalra) és nem biztos, hogy erről tájékoztatja orvosát, mivel az alternatív szert nem tekinti a hagyományos értelemben vett „gyógyszernek” (19, 47, 58, 76). Esetleges terápiaerezisztenciák hátterében ilyen okot is keresnünk kell.

A betegek teljes körű felvilágosításába ma már beletartozik az alternatív, komplementer terápiák hatásának és mellékhatásának bemutatása is. Ehhez természetesen ezek kiterjedtebb, az evidence based módszerekkel, gyógyszerekkel történő összehasonlító kutatása, és placebo-kontrollos vizsgálatok is szükségesek lennének. Ilyen eredményekből azonban nem áll sok rendelkezésre. Az alternatív terápiák legfőbb hiányossága, hogy hatásosságuk sokszor anekdotikus közléseken alapul, nincsenek standardizálva, alkalmazásuk módja, dozírozásuk nem szabályozott, monitorizálásuk inadekvát (7, 48, 71, 73, 76, 89).

Az atópiás dermatitis az egyik olyan kórkép, melyet leggyakrabban kezelnek alternatív szerekkel. *Baron* (7) adatai szerint a bőrgyógyászati betegek közül főként az ekcémás és a psoriasisos betegcsoport tagjai fordulnak e gyógymódok felé. *Simpson* (73) vizsgálatai szerint az AD betegek mintegy fele próbál ki alternatív szereket, *Sandström* (62) eredményei szerint a felnőtt atópiások 28%-a. Az alkalmazott módszerek közül leggyakoribb a homeopátia, az akupunktúra, a különféle diéták, vitaminkúrák, a masszázások, az aromaterápia és a gyógynövények (teák, kapszulák, krémek, olajok, inhalációs spray-k). A választást a kulturális háttér is befolyásolja: Japánban például igen elterjedtek a gyógynövény-kezelések, az USA-ban a diéták és étrend-kiegészítők, míg Európában és különösen Németországban a homeopátia, valószínűleg azért is, mert innen származik (7, 36, 47, 73, 89).

## Alternatív módszerek felnőttkori AD kezelésében

### 1. Homeopátia

A homeopátia mind a tudományos, mind a szórakoztató sajtóban az egyik legfőbb alternatív terápiás lehetőségként jelenik meg. Alkalmazói egyik legfőbb erényének azt tartják, hogy a kezelés során a terapeuta nemcsak a beteg családi anamnézisének, de temperamentumát és személyiségét is részletesen felméri és a terápiát ezek figyelembe vételével állítja be. Jóllehet a homeopátiás kezelést igénybe vevő betegek száma az utóbbi években jelentősen nőtt, a módszerrel és hatásával kapcsolatos kutatások és eredmények, a randomizált, placebo kontrollált vizsgálatok kis számúak, kevés beteg bevonásával készültek és ellentmondásos eredményeket hoztak. A homeopátia felnőttkori atópiás dermatitisben észlelt hatását vizsgáló közlemények száma igen alacsony (34, 75, 77, 83).

*Witt és mtsai* (83) által közölt prospektív multicentrikus tanulmány 3981, homeopátiás szert használó beteg adatait dolgozta fel. Adataik szerint a vizsgálatban részt vevők döntő többsége (95%) valamilyen krónikus betegségben szenvedett. A felnőtt résztvevők (2851 fő) 71%-a nő volt. A legtöbb, homeopátiát használó beteg migrénes volt, illetve az atópiás betegségekről valamely kórképében (asthma, allergiás rhinitis, atópiás dermatitis) szenvedett. A betegek 95%-a csak azután fordult e terápia felé, hogy korábban már részesült „hagyományos” orvosi ellátásban is. Vizsgálataik szerint a 24 hónapos nyomon követés során összességében a krónikus betegségek javultak, a betegek életminősége is, különösen a fiatal, és korábban súlyos tünetekkel rendelkező pácienseké. Bár eredményeik szerint úgy vélik, hogy a homeopátia a krónikus lefolyású betegségekben hasznos lehet, egyes betegségekre lebontott eredményeket nem közöltek és megjegyzik, hogy a nyomon követési idő alatt a homeopátia mellett minden beteg számára engedélyezett volt az orvosi szerek használata is.

*Itamura és mtsai* (35) 17 terápiaerezisztens felnőtt atópiás beteget (22-75 év között) kezeltek ún. individualis homeopátiával. (Ennek lényege, hogy a beteget, mint egészet kezelik és nem mint „tünetek összességét”). A kezeléseik hossza fél évtől 2 év 7 hónapig terjedt. A betegek bőrállapota, életminősége javult, alvászavaraik enyhültek, viszketésük csökkent. Öt beteg addig használt lokális szteroidjait is el tudta hagyni. Szintén *Itamura és mtsai* (34) egy másik vizsgálatban 25 AD-ben szenvedő beteget (14-75 év közötti) kezeltek ismét individualis homeopátiával. A kezelés hatására betegek 88%-a bőrállapotának 50%-on felüli javulásáról számolt be, 80%-nak enyhült az alvászavara, kb. fele értékelte jobbnak az életminőségét. A kedvező eredmények mellett a szerzők kellő kritikával jegyzik meg, hogy a homeopátia egyes bőrbetegségekben tapasztalható valódi hatásosságáról rendkívül kevés ellenőrizhető adat, klinikai vizsgálat áll rendelkezésre. Bár saját eredményeiket biztónak értékelik, az adatok a közölt betegek alacsony száma miatt nem vonatkoztathatók az egész populációra, a módszer hatásának megítéléséhez ezért a jövőben több, nagyobb beteganyagot végzett kontrollált vizsgálatot sürgetnek.

## 2. Diéta, ételmiszerek

Az AD tüneteinek kiváltásában a tápanyagok szerepe az egyes korcsoportok szerint változó. A táplálék releváns provokációs faktor sok atópiás gyermeknél, különösen az egy év alatti csecsemőknél. A gyermekkori atópiával szemben a felnőtt AD betegeknek csupán 1-2%-nál köthetők a bőrtünetek valamely ételmiszer iránti túlérzékenységhez. Ha a felnőtt atópiás mégis valamely ételmiszer fogyasztását követően figyel meg bőrtünetei rosszabbodását, akkor leggyakrabban a pollenasszociált keresztreakciókra kell gondolni. A folyamatban a pollenérzékenység alakul ki először, ezt követi az ételmiszerekhez kapcsolódó tünetek megjelenése (9, 16, 20, 63, 81, 86). *Reekers és mtsai* (59) 37 felnőtt AD beteg vizsgálatánál mutatták ki, hogy atópiások egy nyírpollenre túlérzékeny alcsoportja, nyírpollennel keresztreakáló ételmiszerekre az ekzémás bőrtünetek súlyosbodásával válaszolt. Ezeket a betegeket az ételmiszer vagy nyírpollen spec. IgE eredményeik alapján nem lehetett elkülöníteni a nem reagáló AD betegektől, viszont tünetes bőrükben nyírpollen specifikus T sejt klónok voltak kimutathatók.

Súlyos bőrtünetekkel rendelkező betegeknél a citrusfélék IgE független mechanizmussal váltják ki az AD fellobbanását (10). Az egyes táplálékokban (pl. vörösbor, sajt) lévő biogén aminok bőrtüneteket provokáló hatása atópiásoknál és nem atópiásoknál egyaránt megfigyelhető. Atópiásoknál, mivel hajlamosak a hisztamin intoleranciára, mindenképpen javasolt a biogén aminokban, hisztaminban szegény diéta (4, 8). *Worm és mtsai* (85) 50 felnőtt atópiás betegen vizsgálták a pseudoallergén diéta bőrtünetekre gyakorolt hatását. Eredményeik szerint a diéta hatására a betegek 63%-nak javultak a bőrtünetei, és e betegek 88%-ának az össz IgE szintje is csökkent. Pseudoallergénekben gazdag étrend bevezetésekor a betegek többsége már két nap után bőrtüneteinek rosszabbodásával reagált az ételmiszer adalékanyagok azonban jóval kevesebb betegnél okoztak relapsust. Ezt utóbbi megfigyelést alátámasztják *Gutgesell és mtsai* (26) vizsgálatai is, melyek szerint az ételadditívok a felnőtt AD betegeknél nem jelentenek provokációs faktort. B6 multivitamin készítmény, illetve szelén és E-vitamin felnőtt és gyermek AD betegeknél is hatástalannak bizonyult placebóval összevetve (89).

Érdekes eredmények láttak napvilágot az alacsony kalóriabevittel járó diéták hatásáról AD-ben. Japán szerzők felnőtt betegek alacsony energia bevitellel járó diétája mellett észlelték az AD bőrtünetek javulását, a viszketés csökkenését és az alvászavar enyhébbé válását. *Nakamura és mtsai* (49) egy 23 éves atópiás nőnél vezettek be 20 hétig tartó, heti egy nap, 24 órás koplalással (energiabevitel: 200 kcal/nap) járó diétát, mely a klinikai és szubjektív tünetek javulását eredményezte. A jelenség háttere nem tisztázott, jelenleg csupán valószínűsítik, hogy komplex immunológiai-endokrinológiai változások okozzák. A tünetek javulása összefügghet az éhezést kísérő immunológiai változásokkal (gyulladásos citokinek, pl. IL4, IL5 szuppressziója, NK sejt aktivitás válto-

zás), illetve a szérum kortikoszteroid szint emelkedésével. *Tanaka és mtsai* (76) 20, 15 és 36 év közötti AD betegnél vezettek be két hónapos időtartammal tartósan alacsony energia bevitellel járó (1085 kcal/nap) vegetáriánus diétát. A betegeknél a SCORAD index, az LDH5 aktivitás és az eosinophil szám, a perifériás NK aktivitás és neutrofilszám, valamint a monocyták PGE2 szintézisének szignifikáns csökkenését mutatták ki. A diéta mellett a szérum össz. IgE nem csökkent szignifikánsan, az allergén specifikus IgE értékek pedig nem változtak. Meglepetésre, az IL4 /IFN gamma szintézis aránya emelkedett, ami alapján a szerzők felteszik, hogy a T sejtek profil váltása (Th2 vs Th1) talán nem is felelős a klinikai javulásért. Az eredmények ugyan gondolatébresztők, mégis, az eddig ismertetett esetek alacsony száma miatt, a rövid-, illetve hosszú távú éhezés és az AD tüneteinek javulása közötti összefüggés egyértelműen nem mondható ki, megerősítéséhez további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

Az, hogy az ételek AD bőrtüneteket provokáló szerepe felnőtteknél összességében jelentéktelen, a felesleges, sokszor drasztikus diéták elkerülése szempontjából nagyon fontos. *Ehlers és mtsai* (16) felnőtt atópiás betegek tápláltsági fokát felmérve arra a következtetésre jutottak, hogy a betegek 50-75%-a feleslegesen tart diétát. Ez táplálkozási hiányállapothoz vezet és egyéb krónikus betegségek megjelenését indukálja. A hal fogyasztás mellőzése például az n-3 zsírsavak csökkent bevitelét eredményezi, pedig ezek atópiások számára kedvezően modulálják az immunrendszert, és a cardiovascularis betegségek megelőzésben is fontosak. A hal emellett fontos jód és D-vitamin forrás is. A tejtermékek elhagyása alacsony kalcium bevitt eredményez, mely az osteoporosis kialakulásának esélyét növeli. A disznóhús mellőzése gyakori AD betegek körében, bár nincs arra utaló adat, hogy súlyosbítaná az AD tüneteit. A gyümölcsök elutasításának következménye C-vitamin hiány, e fontos antioxidáns éppen a krónikus gyulladással járó betegségek esetében – mint amilyen az AD is – hasznos lehet (8).

A felnőtt AD betegeknél csak azokat az ételmiszereket kellene kihagyni az étrendjükben, melyek bőr- vagy más tüneteket provokáló hatású orális provokációs próbákkal egyértelműen bizonyították. Az étel allergének kiszűrése, ugyanakkor a megfelelő tápanyagbevitelt mindenképpen garantáló diéta elsősorban gyermekkorban javasolt, lehetőség szerint gyermekgyógyász és dietetikus együttes felügyeletével (16, 44, 55, 63).

Adolescens és felnőtt korban a klasszikus ételallergének (pl. a tej alkotórészei) gyakran okoznak tüneteket kontakt úton. Foglalkozás révén, vagy a mindennapi élet számos helyzetében a bőrre kerülő ételmiszer nyers formában (pl. zöldségek, burgonya, rizs, hús), vagy különféle kivonatok alakjában (dekorkozmetikumok, tisztálkodószerek összetevőiként) hozhat létre kontakt urticariát és kontakt dermatitist, valamint atópiásoknál terápiareszisztens ekzémás bőrtüneteket akár a kontaktus helyén, akár airborne-módon más bőrterületen is. Hajkondicionálókban, szappanokban, fürdőhabokban, krémekben megtalálható protein

hydrolysatumok (tej, rizs, mandula, búza, selyem) atópiásoknál kontakt urticariás reakciókat válthatnak ki. Felnőtteknél tehát a per os bevihető élelmiszer allergénnel szemben nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk a lokáltreapeutikumok és kozmetikumok élelmiszer allergén tartalmának. Az ismert allergénitási élelmiszer proteinek tartalmazó bőrápoló vagy kozmetikai termékek nemcsak atópiás csecsemőknél, gyermekeknél, de felnőtteknél is kontraindikáltak lehetnek. A szenzibilizáció és allergiás reakciók kialakulásának esélyét gyermekeknél a bőr életkorból adódó fokozott permeabilitása, mindkét korcsoportban e mellett az atópiás bőr barrier elégtelensége is növeli. Az élelmiszer allergénre kialakuló kontakt urticariás válasz ekzémás reakcióba mehet át, így közvetve az atópiás bőrtünetek kialakulását vagy romlását idézi elő (14, 27, 43, 50, 87).

### 3. Pszichés tényezők – hipnoterápia

A pszichés tényezők szerepe felnőtt atópiásoknál igen jelentős. A felnőttkori AD és a depresszió, a szorongás és hypochondria összefüggése már évtizedek óta ismert. Stresszes, nehezen uralható élethelyzetek felfolbanthatják az atópiás tüneteket. A probléma elsősorban a nőket érinti (20, 44, 78, 79, 80). Nagy felnőtt beteganyagban 2002-ben *Kilpeläinen* mutatta ki a stressz atópiás bőrtüneteket provokáló szerepét (38). A pszichés stressz atópiásoknál a perifériás vérben átmeneti eosinophil szám emelkedést vált ki, emelkedik az IgE, az IFN $\gamma$  és IL-5 szintje is, míg a kortizol csökken. Egészséges kontrollokhoz képest a citokin és hormonális profil is megváltozik (57). Az AD betegeknek akár 70%-ánál valamely emocionális történet vezet a tünetek felfolbanásához (70, 89). A „stressz” értelmezése természetesen igen szubjektív, felnőtteknél a szorongás, frusztráció, agresszív érzések, interperszonális zavarok egyaránt vezethetnek a dermatitis felfolbanásához. Maga a betegség is szerepelhet stresszorként: stigmatizálás, párkapcsolati zavarok, egzisztenciális problémák léphetnek fel. A kozmetikailag zavaró tünetek főként a női betegekre hatnak kedvezőtlenül, de az atópiások életminőségét összességében mégis a kényszerpruritus és a következményes vakarózási kényszer rontja leginkább. Ez alvászavart, koncentrációproblémákat, szociális izolálódást okozhat, mely ismételt negatív érzelmeket kiváltva, *circulus vitiosus* alakít ki. Mivel a depresszió szuicid készletésekhez vezethet, adott esetben hasznos pszichiáterhez, pszichológushoz irányítani a beteget, a bőrgyógyászati kezelést autogén tréninggel, relaxációs és önkontrollt fejlesztő, a viszketés-vakarás ördögi körét megszakító technikákkal, viselkedés-, család-, csoport-, illetve művészeti terápiával kiegészíteni (20, 55, 44, 48).

*Kimata* sajátos aspektusú megfigyelései szerint a relaxált, jó kedélyű állapot hasznos az atópiások számára. Latex túlérzékeny AD betegeknél Mozart zenéjének hatására az össz. IgE és a latex spec. IgE szintje egyaránt csökkent, a perifériás vérben a Th1 típusú citokinek expressziója növekedett, míg Beethoven zenéjének hatására mindez nem következett be (40). Szintén *Kimata* (39)

vizsgálatai szerint atópiásoknál a dermcidin derivált peptid (mely egy, az izzadságmirigyek által kibocsátott antimikrobiális peptid) a kiválasztott izzadságban mért szintje alacsonyabb a normál kontrollokénál. Vidám, feldobott állapotban, például egy humoros film megtekintése után azonban ennek szintje szignifikánsan emelkedik. Az emelkedett dermcidin derivált peptid szinttel párhuzamosan a bőr *Staphylococcus aureus* kolonizációja is csökken. A változást létrehozó patomechanizmus nem ismert, jelenleg is vizsgálat tárgya.

A hipnózist évszázadok óta alkalmazzák a gyógyászatban: fiziológiailag a fejlődéstaniilag ősbibb agyi területek (különösen a formatio reticularis) aktivizációját okozza (89). A hipnoterápiával szabályozható a vérnyomás és más, nem tudatos kontroll alatt álló autonóm funkciók is, ám a módszer hatásmechanizmusa nem ismert, randomizált, kontrollált vizsgálatok eredményei a legtöbb betegség esetén nem állnak rendelkezésre. A dermatológiai gyakorlatban elsősorban pszichoszomatikus eredetű bőrbetegségeknél, fájdalom- és viszketéscsillapításra, valamint verruca megszüntetésére használják, de nem terjedt el széles körben. Elsősorban közepesen és nagyon hipnabilis betegeknek alkalmazható, akiknél a tünetek kiváltásában a pszichés komponens valószínű és kellően motivált erre a típusú kezelésre. Az atópiás betegek nagy részénél emocionális hatások rontják a bőrtüneteket, ez a betegcsoport fokozottabban hajlamos a szorongásra, így elméletileg a hipnózis megoldás lehet a vakarózás-viszketés eredetének felkutatásában és feloldásában. Önmagában nem tekinthető terápiának, a bőrgyógyászati kezelés, illetve egyéb pszichoterápiás technikák (ego-megerősítés, szuggesztív) mellett, megfelelő szakember által alkalmazható. A tünet-helyettesítés (symptom substitution) hasznos, ilyenkor a vakarózási készletést egyéb helyettesítő mozdulatban, vagy fizikai aktivitásban (sport) vezetik le, de hasznos lehet a kezeket igénybe vevő művészeti tevékenység, vagy a vakarózást kiváltó tényleges érzelmek verbalizációja, illetve a meditáció is (70, 74).

*Stewart és Thomas* (74) 18, kiterjedt és terápiareszisztens atópiás tünetekkel bíró felnőttet és 20 gyermeket kezelt hipnoterápiával. Eredményeik szerint a viszketés, a vakarózás az alvászavarok előfordulása és a betegek feszültsége szignifikánsan csökkent, mely felnőtteknél 4 hét után a lokálisan használt kortikoszteroidok használatának 40%-os, 8 hét után 50%-os, 16 hét után 60%-os csökkenését eredményezte.

A hipnózis enyhe atópiásoknál, a bázis bőrápolást kiegészítő terápia lehet, de súlyosabb, vagy terápiareszisztens esetekben is toxikus mellékhatások nélkül, hasznosan csatlakozhat a hagyományos orvosi kezeléshez. Legfőbb célja a viszketés-vakarás ördögi körének megszakítása (65, 70, 74, 89).

### 4. Gyógynövény készítmények

Az egyes gyógynövény kezelések az AD betegeknél nagyon gyakori alternatív terápiák. Alkalmazásuk azonban veszélyt is rejt magában: a beteg esetleges allergia



esetén magára az adott gyógynövényre is túlérzékenységi reakcióval válaszolhat, de kialakulhat ez a reakció egy kereszt-allergia révén is. Számos lokálisan alkalmazott gyógynövény kiválthat kontakt dermatitist (17). A kontakt szenzibilizáció vonatkozásában AD-ben kétirányú a folyamat: a szenzibilizáció az atópiás dermatitis tüneteit súlyosbítja, de maga az atópia is hajlamosít a túlérzékenység kialakulására. Kontakt környezeti allergének közül a fragrance mix és a perubalzsam a leggyakoribb felnőtt atópiásoknál. A szenzibilizáció részben a fenti anyagokkal gyakran exponálódó foglalkozásokhoz, részben terápiás externákhöz és kozmetikumokhoz kötődik. Így, az alternatív szerek közül a közkedvelt aromaterápiás krémek és illóolajok az alkotórészek iránti túlérzékenység esetén a bőrtüneteket fellobbanthatják, ronthatják (15, 52, 53, 55, 66).

*De Groot és mtsai* (25) teafa-olaj szisztémás kontakt dermatitist kiváltó hatását közölték egy, a teafa-olajat kezdetben lokálisan, majd per os alkalmazó felnőtt atópiás betegen. A teafa-olajat egy Spanyolországban, Portugáliában és Ausztráliában honos fa (*Melaleuca alternifolia*) leveléből, desztillálással nyerik. Antibacterialis hatása révén felsőlégúti infekciók (nasopharyngitis, szájnyh. aphták, gingivitis), vaginalis fertőzések és bőrfertőzések esetén kedvelt alternatív szer. A teafa-olaj egyik fő komponense az eucalyptol, mely számos esszenciális olajban is megtalálható és az eukaliptusz olaj fő komponense. Alkalmazzák parfümökben, a fogáztatban, szájhygiénés termékekben és mesterséges ízesítőként is. Szisztémás alkalmazása esetén súlyos intoxikációt okozhat: hányinger, hányás, izomgyengeség, miósis és tachycardia tüneteivel. Cyanosis, delírium és konvulzió is kialakulhat, 1 g-ja kómát okoz, 3,5 g-ja halálos. *Giordano-Labadie és mtsai* (23) egy 34 éves atópiás nő esetét közölték, aki arca és nyakra alkalmazott kamilla-teás borogatásokat, esszenciális kamilla-olajat tartalmazó homeopathiás készítményeket és per os is fogyasztott kamilla teát. A borogatások után az arcon és nyakon kialakult dermatitise szóródott, majd generalizálódott. A készítményekben azonosított *Anthemis nobilis* (vagy „nemes kamilla”) a Composita család tagja, melynek fő allergénje a sesquiterpen lacton. A kamilla-érzékeny betegeknél a kamilla per os fogyasztása anaphylaxiát, szisztémás kontakt dermatitist is okozhat. A kamilla nemcsak a fitoterápiában elterjedt, de számos kozmetikum alkotója is. A Compositák gyakran okoznak kontakt dermatitist, a család tagjainak (kamilla, fejes saláta, cikória, endívia saláta) fogyasztása szisztémás kontakt dermatitist okozhat, illetve atópiásoknál az AD terápia rezisztenciáját is (82).

### 5. Tradicionális kínai medicina (TCM)

A hagyományos kínai gyógyászat ma az egyik legnépszerűbb alternatív kezelési forma, és nemcsak az AD-ben. Orvosi és gyógyszerészeti irodalma több ezer éves, sajnos a témával foglalkozó tanulmányok, közölt esetek mintegy fele kínai nyelvű. A nyugati világban megfigyelt egyre szélesebb körű használat ellenére sokszor a

terapeuták és betegek sincsenek tisztában a kínai medicina szereinek alkalmazásával és lehetséges toxicitásával. Egy hongkongi, gyógyszerész hallgatók bevonásával készült vizsgálat szerint a TCM felé fordulás fiatal felnőttek körében a nyugati gyógymódokhoz képest kevesebbnek hitt mellékhatáson, a korábbi kezelések hatástalanságán és a barátok, család ajánlásán alapult (32). Kiemelendő, hogy egy szintén hongkongi, 227 atópiás gyermek szüleinek bevonásával készült felmérés szerint, bár a gyermekek harmadánál alkalmaztak a szülők TCM-t, 90%-uk nem volt tisztában a szerek lehetséges mellékhatásaival (33).

A tradicionális kínai medicina keretén belül az egyes betegeknek személyre szabottan állítanak össze gyógynövény-kombinációkat: leggyakrabban tea vagy főzet, ritkábban tabletták, kapszula, krém vagy kenőcs formájában. Ez a gyógymód egyrészt a yin és yang egyensúlyán, másrészt a szervezetben lévő élet-energia, életerő – a csí – kiegyensúlyozott áramlásán alapszik, ezek zavarára vezeti vissza a betegségek kialakulását és ezek helyreállítására törekszik. Nem egyes betegségeket, hanem az egész szervezetet, az egész embert gyógyítja, terminológiája jelentősen eltér a nyugati gyógyászatétól, „atópiás dermatitis”, mint diagnózis nem is létezik ebben a rendszerben. Az AD betegek nem kapnak egységes kezelést, személyre szabottan kezelik őket. A hagyományos kínai medicina a bőrbetegségeket a belső diszharmonióra vezeti vissza, így kezelésüket is belsőleg javasolja, különféle gyógynövény főzetekkel, melyek egyidejűleg 10-12, de akár 30, a felfogás szerint szinergista hatású, különféle arányban összekevert növényből is állhatnak. Ezek között számos, ismeretlen koncentrációban és hatáserősségben alkalmazott, farmakológiailag aktív hatóanyagot tartalmazó is lehet (19, 33, 58, 89).

Lokális kínai gyógynövény-készítményekben több szerző is mutatott ki potens kortikoszteroidot (2, 84). Egy londoni munkacsoport kínai gyógynövényeket tartalmazó krémek chromatográfiás vizsgálatával megállapította, hogy 11, kínai gyógynövényeket tartalmazó krém mintája közül 8-ban dexamethason volt kimutatható szignifikáns koncentrációban (18).

Nagy-Britanniában egy Kínában nevelkedett 10 növényből álló standardizált formulát állítottak elő *Zemaphyte* néven. Öt hónapig tartó, gyermekeken és felnőtteken (utóbbi 40 fő, 17-57 évesek) egyaránt elvégzett kettős- (placebo-kontrollált crossover) vizsgálatok során a terápia hatékonysága elsősorban a viszketés csökkenésében, az alvászavar javulásában és az erythema csökkenésében nyilvánult meg. Mellékhatásként enyhe hasi fájdalom, és fejfájást észleltek, szubjektíve a készítmény hányingert is okozó íze és szaga volt a legkellemetlenebb (58, 68). *Sheehan és mtsai* (67, 68, 69) kettős- (placebo-kontrollált) vizsgálataikban demonstrálták, hogy a tradicionális kínai gyógynövénykeverékből készült preparátum a súlyos AD-ben szenvedő gyermekeknél és felnőtteknél is javította a bőrállapotot 5 hónapos és 1 éves nyomkövetés során is. *Fung és mtsai* (22) *Zemaphyten*nel végzett, de rövidebb nyomon követési idővel zajló vizs-

gálataikban nem tudták ezeket az eredményeket megerősíteni. A lichenifikáció csökkenésén kívül a szer nem bizonyult hatásosabbnak a placebónál. Az ellentmondásos eredmények oka a felmért populációk különbözősége is lehet (30). A hagyományos kínai gyógynövény-terápia farmakológiai hatásának oka, immunológiai hatásmechanizmusa atópiás dermatitisben nem tisztázott, de ismert, hogy az egyes növényeknek gyulladáscsökkentő, simai-zom relaxáló, perifériás vasodilatációt előidéző, antimikrobás, prostaglandin metabolizmust befolyásoló, IL2 és IL3 receptor expressziót növelő, kortikoszteroid-szerű és immunstimuláns hatásai vannak (58, 69). *Sheehan és mtsai* felnőtteket nyomon követő vizsgálatai során (69) megállapították, hogy a betegeknél a szignifikáns klinikai javulás mellett nem mutatkozott változás az IgE szintben, a CD4/ CD8 arányban és az abszolút lymphocytaszámokban. Egy vizsgálat megállapította, hogy a kínai gyógynövényterápia inkább lokálisan, a tünetes bőr mikrokörnyezetében modulálja a CD23 expressziót, mint szisztémásan (5).

A kínai gyógynövény-preparátumok AD-re gyakorolt hatása elsősorban a pruritus súlyosságának csökkenésében és a bőrtünetek javulásában nyilvánul meg. Ez a hatás általában ideiglenes és jellemzően azoknál a betegeknél várható, akiknek nem exudatív és nem felülfertőzött a bőrtünetei. Mellékhatásokkal is számolni kell: reverzibilis májenzim emelkedést, hepatotoxicitást, reverzibilis dilatív cardiomyopathiát egyaránt közöltek (3, 11, 19, 22, 37, 41, 58). Alkalmazásuk során mindenképpen javasolt a terhességet, szoptatást, kisgyermekkor, máj- és szívbetegséget ellenjavallatnak tekinteni (33, 89).

## 6. Akupunktúra

Az akupunktúra az egyik leggyakrabban alkalmazott alternatív gyógymód. A tradicionális kínai medicina módszere, hasonlóan a gyógynövény-kezelésekhez a yin és yang egyensúlyának helyreállítására törekszik, a csí áramlási útvonalain, a meridiánokon elhelyezkedő, több, mint 300 akupunktúrás pont kezelésével. Mechanizmusa mai napig nem teljesen tisztázott, valószínű, hogy endorfin kiáramlás, illetve a hypothalamus-hypophysis tengely aktiválásán keresztül kiváltott szteroid hormon felszabadulás révén fejt ki jótékony hatását. Számos betegségben alkalmazzák, adjuváns gyógymódként ígéretes postoperatív, vagy fogászati fájdalomcsillapításban, az elhízás kezelésében, chemoterápia indukált vomitus esetén, vagy asztmában is. Dermatológiai indikációk közül akne, postherpeses neuralgia, psoriasis, urticaria és atópiás dermatitis eseteiben találták hasznosnak, de hiányoznak a kellő számú kontrollált, klinikai vizsgálatok (13, 28, 89). Egy 139 neurodermatitiszes kínai betegen végzett, nem-kontrollált vizsgálatban hatásosnak találták az akupunktúrát, de a módszer placebo hatását sem lehet figyelmen kívül hagyni (88).

## 7. Klímaterápia

A klímaterápia atópiások számára fontos elemei az egyenletesen magas, az év nagy részében intenzív UV su-

gárzás, a tiszta levegő, az allergénmentesség, egyenletes páratartalom és hőmérséklet és a kis hőingadozás. Mindez a magas hegyekben vagy a tengerparton biztosított leginkább.

A magas hegység allergénszegény, a pollenkoncentráció összességében is alacsony és a pollenterhelés kevés növény pollenjéből adódik össze. Hasonlóan kicsi a háziporatka-allergén terhelés is. A svájci Davosban kezelt, átlagosan 32 napig a Klinikán tartózkodó 97 atópiás beteg 89%-ánál észleltek javulást emissziókor. Egy éven belül a betegek 81%-a szenvedett el relapszust, de ez a korábbiakhoz képest enyhébb volt. A gyógyszerelés is kedvezően változott, szisztémás szteroidokat szedőknél egy kivételével mindenkinél, a lokális szteroidokkal kezelték közül 71%-nál elhagyható volt a gyógyszer. A betegek 62%-a kipróbált különféle alternatív terápiákat is, nagy többségben érdemi javulás nélkül. A szerzők szerint a klímaterápia az AD valódi alternatív kezelését jelenti, még akkor is, ha utána enyhe relapszussal lehet számolni. A népszerű, ám kevésbé eredményes egyéb alternatív módszereknek mielőbbi standardizálást sürgetnek (54). Egy, a Holt Tengernél, 1718, vegyes életkorú AD beteg adatainak retrospektív vizsgálatával végzett izraeli kutatás (29) szerint a tengerpart szintén kiváló klímaterápiás kezelést kínál ennek a betegcsoportnak. A bőrtünetek javulása különösen azoknál várható, akik legalább négy hetet töltenek el a tengerparton.

A klíma elemei összességében fejtik ki hatásukat: p1. a viszketés-érzet szignifikánsan magasabb relatív magasabb páratartalom és alacsony hőmérséklet és kis szélereősség kombinációjakor (pl. csendes hóesés). Az UV sugárzás fontos eleme a klímaterápiának, mert nem csak önmagában van számottevő hatása, de a tengerfelszínről illetve magas hegységben a hóról visszaverődve megsokszorozhatja hatását. A tartósan erős fény az emberi pszichére is jótékony hatású. A magas hegyi klíma hatására az atópiásokra jellemzően nagy transzepidermális vízvesztés szignifikáns csökkenést mutat. A magasban észlelhető relatív oxigén hiány fontos biotróp faktor: emelkedett bőr-véráramlást és a szövetekbe jobb oxigénleadást eredményez, az eredmény: javuló hőreguláció és bőrvéráramlás. A klímaterápia minden atópiás betegnek ajánlható, de elsősorban azok profitálhatnak belőle, akiknél hosszan tartóak és egyéb kezelésre nem reagálnak a tünetek. Sok, klímaterápián résztvevő beteg számára, csak ekkor, vagy ezután nyílik lehetőség az allergológiai (epicutan) tesztek elvégzésére, mert csak ez hoz számukra tünetmentességet. A klímaterápia idején ugyan a bázis bőrápolást (fürdőolajok, fürdőkrémek, emollientek) folytatni szükséges, de mindenképpen szteroid spóroló hatású, mert az esetek döntő többségében a lokális vagy szisztémás szteroid hamarosan leépíthető, elhagyható. A javult állapot, vagy tünetmentesség a klímaterápiás hely elhagyása után is fennmarad, illetve ha a betegnek módja van azt rendszeresen felkeresni, akkor egyre hosszabb időszakokra tolható ki. A legjobb eredmények 1500 méter felett és legalább 4-6 hétig tartó kúra esetén várhatók (72).

## Összefoglalás

A fejlett országokban a gyermekkori AD prevalenciája 10-20%-os, így a közeljövőben a felnőttkori esetszám egyre jelentősebb növekedésével kell számolnunk, jelenlegi prevalenciája átlagosan 3%. Az AD multiplex immunológiai abnormalitásokkal jellemezhető, genetikai alapú bőrbetegség, jövőbeli terápiás lehetőségei így elsősorban az immunológiai eltérések korrigálására kell, hogy fókuszáljanak. A kórkép kezelésében a betegek körében ugyanakkor egyre nagyobb népszerűsége tesz az alternatív terápiák, annak ellenére, hogy az evidence based terápiás lehetőségekkel szemben rendkívül kevés, ellenőrizhető, illetve reprodukálható klinikai vizsgálat igazolja ezek hatékonyságát. A közölt esetek száma rendkívül alacsony, a módszerek hatásossága jórészt anekdotikus közléseken alapul, alkalmazásuk, dozírozásuk nem standardizált.

Az alkalmazott módszerek (homeopátia, akupunktúra, diéták, gyógynövény készítmények, tradicionális kínai medicina, klímaterápia) nagy többségének hatása placeboval egyenértékű, sokszor kiszámíthatatlan. A jelenleg rendelkezésre álló adatok szerint valódi alternatívaként nem tekinthetők, csupán néhány (hipnoterápia, klímaterápia) alkalmazható a bőrgyógyászati szerek mellett komplementer – kiegészítő kezelésként. Egyes terápiák (gyógynövények, tradicionális kínai medicina) súlyos mellékhatásokkal is járhatnak, ami elveti e módszerek tisztán „placebo” jellegét. Az „alternatív”, „komplementer” címkével ellátott szereknek is lehetnek mellékhatásaik, lehetnek toxikusak, ronthatják a betegek bőrállapotát.

A betegek felvilágosítása során javasolt nagy súlyt fektetni az alternatív terápiák hatásának és mellékhatásának bemutatására is. A témával foglalkozó tanulmányok és esetismertetések szerzői az alternatív terápiás lehetőségek kiterjedtebb, az evidence based módszerekkel, gyógyszerekkel történő összehasonlító kutatását, placebokontrollos klinikai vizsgálatokat, a dozírozás, alkalmazás standardizálását sürgetik. Ilyen eredményekből azonban egyelőre rendkívül kevés áll rendelkezésre bőrgyógyászati betegségek, azon belül a felnőttkori AD vonatkozásában, így, kellő megalapozottság hiányában, betegeink számára alternatívaként nem ajánlhatók.

## IRODALOM

1. Abels, C., Proksch, E.: Therapie des atopischen Ekzems. *Hautarzt* (2006) 57, 711-725.
2. Allen, B. R., Parkinson R.: Chinese herbs for eczema. *Lancet* (1990) 336, 177.
3. Armstrong, N. C., Ernst, E.: The treatment of eczema with Chinese herbs: a systematic review of randomized clinical trials. *Br.J.Clin Pharmacol* (1999) 48, 262-264.
4. Ballmer-Weber B. K.: The hypo allergic diet. *Ther Umsch* (2000) 57, 121427.
5. Banerjee, P., Xu, X. J., Poulter, L. W. és mtsai: Changes in CD23 expression of blood and skin in atopic eczema after Chinese herbal therapy. *Clin Exp Allergy* (1998) 28, 306-314.
6. Baron E. D., Barzilai, D., Johnston, G. és mtsai: Atopic dermatitis management: comparing the treatment patterns of dermatologists in Japan, U.S.A. and U.K. *Br J. Dermatol* (2002) 147, 710-715.
7. Baron, S. E., Goodwin, R. G., Nicolau, N. és mtsai: Use of complementary medicine among outpatients with dermatologic conditions within Yorkshire and South Wales, United Kingdom. *J.Am.Acad.Dermatol.* (2005) 52, 589-594.
8. Barth, G. A., Weigl, L., Boeing, H. és mtsai: Food intake of patients with atopic dermatitis. *Eur J Dermatol* (2001) 11, 199-202.
9. Breuer, K., Kapp, A., Werfel, T.: The impact of food allergy in patients with atopic dermatitis. *Hautarzt* (2003) 54, 121-129.
10. Brockow, K., Hautmann, C., Fötisch, K. és mtsai: Orange induced skin lesions in patients with atopic ekzema — evidence for a non-IgE mediated pathomechanism. *Acta Dermatol. Venereol.* (2003) 83, 44-48.
11. Chan, T. X., Chan, J. C., Tomlinson, B. és mtsai: Chinese herbal medicines revisited: a Hong Kong perspective. *Lancet* (1993) 342, 1532-1534.
12. Charman, C. R., Morris, A. D., Williams, H. C.: Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol* (2000) 142, 931-936.
13. Chen, C. J., Yu, H. S.: Acupuncture, electrostimulation, and reflex therapy in dermatology. *Dermatol Ther* (2003) 16, 87-92.
14. Codreanu, F., Morisset, M., Cordebar, V.: Risk of allergy to food proteins in topical medicinal agents and cosmetics. *Allerg Immunol* (2006) 38, 126-130.
15. Crawford, G. H., Katz, K. A., Ellis, E. és mtsai: Use of aromatherapy products and increased risk of hand dermatitis in massage therapists. *Arch Dermatol* (2004) 140, 991-996.
16. Ehlers, J., Forscher, K., Zuberbier, T. és mtsai: Ernährungsstatus bei erwachsenen Patienten mit atopischer Dermatitis. *Hautarzt* (2002) 53, 183-188.
17. Ernst, E.: Adverse effects of herbal drugs in dermatology. *Br J Dermatol* (2000) 143, 923-929.
18. Ernst, E., Pittler, M. H., Stevinson, C.: Complementary/alternative medicine in dermatology. *Am J Clin Dermatol* (2002) 3, 341-348.
19. Ferguson, J. E., Chalmers R. J., Rowlands D. J.: Reversible dilated cardiomyopathy following treatment of atopic eczema with Chinese herbal medicine. *Br. J. Dermatol* (1997) 136, 592-593.
20. Fischer, S., Ring, J., Abeck, D.: topisches Ekzem: Provokationsfaktoren und Möglichkeiten ihrer wirkungsvollen Reduktion bzw. Elimination. *Hautarzt online* (2003) jul. 17.
21. Fritsch, P. (szerk.), Burgdorf W., Murphy, G., Ring, J.: EDF White Book Skin diseases in Europe. *Eur J Dermatol* (2006) 16, 456-461.
22. Fung, A. Z., Look, P. C., Chong L. Y. és mtsai: A controlled trial of traditional Chinese herbal medicine in Chinese patients with recalcitrant atopic dermatitis. *Int J Dermatol* (1999) 38, 387-392.
23. Giordano-Labadie, F., Schwarze, H. P., Bazex, H.: Allergic contact dermatitis from camomile used in phytotherapy. *Contact Dermatitis* (2000) 42, 247.
24. Graham-Brown, R. A. C.: Atopic dermatitis: Prediction, expectations and outcomes. *J.Am. Acad. Dermatol.* (2001) jul. 61-63.
25. deGroot, A., Weyland, W.: Systemic contact dermatitis from tea tree oil. *Contact Dermatitis* (1992) 27, 279-280.
26. Gutgesell, C., Schakel, K. és mtsai: Nahrungsmittel-Additiva sind kein Schubfaktor der atopischen Dermatitis bei Erwachsenen. *Allergologie* (1997) 20, 519.
27. Guttman-Yassky, E.: Exogenous factors in atopic dermatitis. *Exog Dermatol* (2004) 3, 228-236.
28. Haidvogel, M.: Alternative treatment possibilities of atopic diseases. *Padiatr Padol* (1990) 25, 389-396.
29. Harari, M., Shani, J., Seidl, V., Hristakieva E.: Climatotherapy of atopic dermatitis at the Dead Sea: demographic evaluation and cost effectiveness. *Int J Dermatol* (2000) 39, 59-69.
30. Heratizadeh, A., Breuer, K., Kapp, A. és mtsai: Symptomatische Therapie der atopischen Dermatitis. *Hautarzt* (2003) 54, 937-945.
31. Higaki, S., Kitagawa, T., Morohashi, M. és mtsai: Efficacy of Shiunko for the treatment of atopic dermatitis. *Int J Med Res* (1999) 27, 143-147.
32. Hon, E. K. L., Lee, K., Tse, H. M. és mtsai: A survey of attitudes to Traditional Chinese Medicine in Hong Kong pharmacy students. *Complement Ther Med* (2004) 12, 51-53.



33. Hon, E. K. L., Ma, K.-C., Wong, Y. és mtsai: A survey of traditional Chinese medicine use in children with atopic dermatitis attending a paediatric dermatology clinic. *J Dermatol Treatment* (2005) 1, 1-4
34. Itamura, R.: Effect of homeopathic treatment of 60 Japanese patients with chronic skin disease. *Complementary Therapies in Medicine* (2007) 15, 115-120.
35. Itamura, R., Hosoya R.: Homeopathic treatment of Japanese patients with intractable atopic dermatitis. *Homeopathy* (2003) 92, 108-114.
36. Jensen, P.: Use of alternative medicine by patients with atopic dermatitis and psoriasis. *Acta Derm Venereol* (1990) 70, 421-424.
37. Keane, F. M., Munn S. E., du Vivien A. W. és mtsai: Analysis of Chinese herbal creams prescribed for dermatological conditions. *BMJ* (1999) 318, 563-564.
38. Kälpelinen, M., Koskenvuo, M., Helenius, H. és mtsai: Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic diseases. *Clin. Exp. Allergy* (2002) 32, 256-263.
39. Kimata, H.: Increase in dermcidin-derived peptides in sweat of patients with atopic eczema caused by humorous video. *J Psychosom Res* (2007) 62, 57-59.
40. Kimata, H.: Listening to Mozart reduces allergic skin wheal responses and in vitro allergen-specific Ig E production in atopic dermatitis patients with latex allergy. *Behav med* (2003) 29, 15-19.
41. Koo, J., Arain, S.: Traditional Chinese medicine for the treatment of dermatologic disorders. *Arch Dermatol* (1998) 134, 1388-1393.
42. Krause, T. G., Koch, A., Friberg, J. és mtsai: Frequency of atopy in the Arctic in 1987 and 1998. *Lancet* (2002) 360, 691-692.
43. Laurière, M., Pecquet, C., Bouchez-Mahiout, I.: Hydrolysed wheat proteins present in cosmetics can induce immediate hypersensitivities. *Contact Dermatitis* (2006) 54, 283-289.
44. Leung, D. Y. M., Bieber, T.: Atopic dermatitis. *Lancet* (2003) 361, 151-160.
45. Levin, C., Maibach, H.: Exploration of „alternative” and „natural” drugs in dermatology. *Arch Dermatol* (2002) 138, 207-211.
46. Levy, R. M., Gelfand, J. M., Yan, A. C.: The epidemiology of atopic dermatitis. *Clin. Dermatol.* (2003) 21, 109-115.
47. Magin, P. J., Adams, J., Heading, G. és mtsai: Complementary and alternative medicine therapies in acne, psoriasis and atopic eczema: results of a qualitative study of patient's experiences and perceptions. *J Alt Compl Med.* (2006) 124, 451-457.
48. Möhrensclager, M., Darsow, U., Schnopp, C., Ring, J.: Atopic eczema: what's new? *J.Eur. Ac. Dermatol and Venereol.* (2006) 20, 503-513.
49. Nakamura, H., Shimoi, K., Kouda, K. és mtsai: An adult with atopic dermatitis and repeated short term fasting. *J physiol Anthropol Appl Human Sci* (2003) 22, 237-240.
50. Niinimäki, A., Niinimäki, M., Mäkinen-Kiljunen, S.: Contact urticaria from protein hydrolysates in hair conditioners. *Allergy* (1998) 53, 1078-1082.
51. Nnouroka, E. N.: Current epidemiology of atopic dermatitis in south-eastern Nigeria. *Int. J. Dermatol.* (2004) 43, 739-744.
52. Oranje, A. P., de Waard-van der Spek F. B.: Atopic dermatitis: review 2000 to 2001. *Curr. Op. Ped.* (2002) 14, 410-413.
53. Ozkaya, E.: Adult onset atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2005) 52, 579-582.
54. Porta, B., Barandun, J., Wütrich B.: Atopic neurodermatitis – therapy in high altitude climate. *Schweiz Rundsch Med Prax.* (2000) 89, 147-53.
55. Pónyai Gy., Temesvári E., Kárpáti S.: Atópiás dermatitis felnőttekben: epidemiológia, klinikai jellemzők, provokáló és prognosztikai faktorok. *Orvosi Hetilap* (2007) 148, 21-26.
56. Pónyai Gy., Temesvári E.: Az atópiás dermatitis kezelése. *Praxis* (2006) 10, 43-48.
57. Raap, U., Werfel, T., Jaeger, B. és mtsai: Atopic dermatitis and psychological stress. *Hautarzt* (2003) 54, 925-929.
58. Reed, J. R., Rustin M., H. A.: Chinese herbal therapy in atopic dermatitis in Bieber, T., Leung D. Y. M (szerk.): *Atopic dermatitis* Marcel Dekker New York Basel (2002).
59. Reekers, R., Busche, M., Wittmann, M. és mtsai: Birch pollen-related food trigger atopic dermatitis in patients with specific cutaneous T-cell responses to birch pollen antigens. *J. Allergy Clin. Immunol.* (1999) 104, 466-472.
60. Ruzicka, T.: Atopic eczema between rationality and irrationality *Arch Dermatol* (1998) 134, 1462-1469.
61. Sandström Falk, M. H., Faergemann, J.: Atopic dermatitis in adults: does it disappear with age? *Acta Derm Venereol* (2006) 86, 135-139.
62. Sandström, M. H., Faergemann, J.: Prognosis and prognostic factors in adult patients with atopic dermatitis: a long term follow-up questionnaire study. *B. J. Dermatol.* (2004) 150, 103-110.
63. Schneider, I., Sebök, B.: *Atópiás dermatitis* Medicina Budapest (2005).
64. Schultz-Larsen, F., Hanifin, J. M.: Epidemiology of atopic dermatitis. *Immunol. Allergy Clin. North. Am.* (2002) 22, 1-24.
65. Senser C., Habermüller, M., Revenstorf D.: Hypnotherapie bei atopischer Dermatitis. *Akt Dermatol* (2004) 30, 103-108.
66. Sharma, A. D.: Allergic contact dermatitis in patients with atopic dermatitis: A clinical study. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* (2005) 71, 96-98.
67. Sheehan, J. F., Atherton D. J.: One year follow up of children treated with chinese medicinal herbs for atopic eczema. *Br J Dermatol* (1994) 130, 488-493.
68. Sheehan, M. P., Rustin, M. H. A., Atherton, D. J. és mtsai: Efficacy of traditional Chinese herbal therapy in adult atopic dermatitis. *Lancet* (1992) 340, 13-17.
69. Sheehan, M. P., Stevens, H., Ostlere I. S. és mtsai: Follow-up of adult patients with atopic eczema treated with Chinese herbal therapy for 1 year. *Clin Exp Dermatol* (1995) 20, 136-140.
70. Shenefelt, P. D.: Hypnosis in dermatology. *Arch Derm* (2000) 136, 393-399.
71. Siepgen, T. L., Fartasch, M., Ring, J. és mtsai: Education programs on atopic eczema. Design and first results of the German Randomized Intervention Multicenter Study. *Hautarzt* (2003) 54, 946-951.
72. Simon, D.: *Klimatherapie in Zollner, T.M., Boehncke, W.-H., Kaufmann (Hrsg): Atopische Dermatitis* Blackwell Wissenschafts – Verlag Berlin-Wien (2002).
73. Simpson, E. L., Basco, M., Hanifin, J.: A cross sectional survey of complementary and alternative medicine use in patients with atopic dermatitis. *A.J.Cont.Derm.* (2003) 14, 144-147.
74. Stewart, A. C., Thomas S. E.: Hypnoterapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *Br J Dermatol* (1995) 132, 778-783.
75. Stibbe, J. R.: Homeopathy in dermatology. *Clin Dermatol* (1999) 17, 65-68.
76. Tanaka, T., Kouda, K., Kotani, M. és mtsai: Vegetarian diet ameliorates symptoms of atopic dermatitis through reduction of the number of peripheral eosinophils and of PGE2 synthesis by monocytes. *J Physiol Antropol* (2001) 20, 353-361.
77. Thompson, T. D. B., Weiss, M.: Homeopathy – what are the active ingredients? An exploratory study using the UK Medical Research Council's framework for the evaluation of complex interventions *BMC Compl Alt Med* (2006) 6, 37.
78. Timonen, M., Hakko, H., Miettunen, J. és mtsai: Association between atopic disorders and depression: findings from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Am. J. Med. Genet.* (2001) 105, 216-217.
79. Timonen, M., Jokelainen, J., Hakko, H.: Atopy and depression: results from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Molecular Psychiatry* (2003) 8, 738-744.
80. Timonen, M., Jokelainen, J., Silvennoinen-Kassinen, S. és mtsai: Association between skin test diagnosed atopy and professionally diagnosed depression: a Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Biol. Psychiatry* (2002) 52, 349-355.
81. Werfel, T., Breuer, K.: Role of food allergy in atopic dermatitis. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* (2004) 4, 379-385.
82. Wintzen, M., Donker, S., van Zuuren, E. J.: Recalcitrant atopic dermatitis due to allergy to Compositae. *Contact Dermatitis* (2003) 48, 87-88.



83. Witt, C. M., Lüdtke, R., Baur, R. és mtsai: Homeopathic medical practice: long term results of a cohort study with 3981 patients. BMC Public Health (2005) 5, 115.
84. Wood, B., Wishart, J.: Potent topical steroid in a Chinese herbal cream. Nz Med J. (1997) 110, 420-421.
85. Worm, M., Ehlers, L., Sterry, W., Zuberbier T.: Clinical relevance of food additives in adult patients with atopic dermatitis. Clin Exp Allergy (2000) 30, 407-414.
86. Worm, M., Forschner, K., Lee, H. H. és mtsai: Frequency of atopic dermatitis and relevance of food allergy in adults in Germany. Acta Derm. Venereol. (2006) 86, 119-122.
87. Yamakava, Y., Ohsuna H., Aihava, M.: Contact urticaria from rice Contact Dermatitis (2001) 44, 91-93.
88. Yang, Q.: Acupuncture treatment of 139 cases of neurodermatitis. J Tradit Chin Med (1997) 17, 57-58.
89. Zollner, M.: „Alternative“ oder „komplementäre“ Therapieverfahren der atopischen Dermatitis in: Zollner, T.M., Boehncke, W.-H., Kaufmann (Hrsg): Atopische Dermatitis Blackwell Wissenschafts – Verlag Berlin-Wien (2002).

Érkezett: 2008. II. 14.

Közlésre elfogadva: 2008. III. 26.