

Prof. dr. Pastinszky István, orvosezredes, az orvostudományok doktora

## A bőrgyógyászati megbetegedések alakulása és kezelésének fejlődése három évtized alatt

A köztakarónk nem csupán határréteg a külvilág és a szervezet között, hanem súlyát és felületét tekintve is a *legnagyobb védő- és elhárító szervünk*. A morphologiai és pathomorphologiai kutatási eredmények functionális szempontból lényegesek a therapiás megfontolások döntéseiben. Mykologiai, bacteriologiai, serologiai és virológiai, valamint humángenetikai kutatások számos alapvető kóroktani eredményt hoztak. A therápiában hatalmas lépést jelentenek a modern chemotherapeuticumok, antibioticumok, tuberculostaticumok, cortison-készítmények, immundepressansok, cytostaticumok, anticoagulansok és tranquillansok. Legjelentősebbek a *correlációs pathológiai alapkutatások*, a *synopticus belső és külső szemlélet*, amelyeket a jövőben még tovább kell fejlesztenünk. Egyre növekedő jelentőséget kell biztosítani a *praeventiónak* és a *therapia* mellett a *rehabilitációnak* is.

Az utolsó harminc esztendő explosív tudományos fejlődése visszatükröződik a bőr- és nemigyógyászat területén is.

Jelentős felismerések történtek egyes betegségek pathogenesisében, therápiájában — de megváltoztak egyes kórképek is megjelenési formájukban, „*morphe*”-jukban gyakoriságukban, therápiás befolyásolhatóságukban; néhány bőrbetegség, amelyet néhány évtizeddel ezelőtt naponta láttunk —, gyakorlatilag eltűntek, ugyanakkor *új kórképekkel* ismerkedtünk meg. Ha összehasonlítjuk harminc esztendő visszalapozással kórházunk bőrgyógyászati statisztikai profilját, feltűnő lényeges eltolódást találunk az egyes kórformák előfordulása és gyakorisága között (14).

A bőrgyógyászati kórfolyamatok változásának oka rendkívül sokrétű, részben a kórokozókban, részben a szervezetben, részben pedig a megváltozott környezeti tényezőkben rejlik (industrialisatio, urbanisatio, chemisatio, megváltozott táplálkozás, az orvostudomány explosív fejlődése, a praeventio mind szélesebb alkalmazása stb.). Ezen rövid tanulmány keretében ne-

\* A HONVÉDORVOS szerkesztősége felkérésére hazánk felszabadulásának 30 éves évfordulójára írt tanulmány.

héz lenne az összes dermatologiai kórképek módosulását áttekinteni, így csak a későbbiekben néhány jellemző *kiemelt formakör* változásait óhajtjuk áttekinteni (3).

Nézzük végig előbb a dermatológiának, mint modern tudománynak legfontosabb irányait (6).

Előljáróban hangsúlyoznunk kell, hogy a bőr, mint szervezetünk köztakarója, „*határrétege*”, a *legtekintélyesebb elhárító és védekező szervünk*; ezt bizonyítja a bőr súlya, amely testsúlyunknak mintegy 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át képezi, továbbá felületileg is a legnagyobb (1,4—1,6 m<sup>2</sup>) organumunk. Minden élőlényt köztakaró borít („*Totus homo in cute*”), amelynek védelmét a különböző elhárító-védő reflexek szolgálják. A bőr tehát nem csupán egyszerű határréteg, vagy „*barrière a külvilág felé*”, hanem valójában szervezetünk *aktív várfala*. A mechanicus és thermicus ártalmak ellen véd a bőrünk relatív nagy rugalmassága és ellenálló képessége, amely a hámréteg *tonofibrillaris rendszerén* alapuló szerkezetén, a kifelé borító *szarurétegen*, továbbá az írha *collagen és elasticus rostrendszerén* alapul. Vegyi, főleg vízben oldott anyagoknak a bőrze jutását a *szaruréteg puffercapacitása* és a *lipoid-fagygyúfilm* akadályozzák.

A bőr *festékrétege* az ultraviolett sugarak ellen nyújt absorbeáló, védő-szűrő réteget, mint arra a pigmentatio zavarai, elsősorban az *albinismus* és a *vitiligo* utalnak.

A bőr *thermicus ingereit* a bőr vérátáramlásának idegi regulációja, valamint a verejtékmirigyek működése egyenlíti ki. Nagy jelentősége van a bőr kórélettanában a pathogen mikroorganizmusok elleni védelemben a *Marchionini* által felfedezett „*savköpenynek*”, azaz a bőrfelület savanyú reakciójának. Persze ezek a védő mechanizmusok csak relatívek, és funkció-képességük lényegében csupán élettani hatások között érvényesülhet (1).

Jelentős felismerések történtek a *bőrnek, mint érzékszervnek* mind morfológiai, mind functionalis (tapintás, nyomás, hideg, fájdalom) megismerése terén; ezeknek receptor tevékenysége a külvilággal való érintkezésünket teszik lehetővé.

Számos tanulmány tisztázza az *érrendszer és eccrin verejtékmirigy rendszer működésén alapuló hőszabályozását* a bőrnek. A hőszabályozási zavarokban az eccrin verejtékmirigyek szerepére főleg a veleszületett és szerzett hiányukkal nyert észleletek utalnak (*anhidrosis congenitalis et acquisita*). Ennek katonaorvosi jelentőségére régebben rámutattunk, hiszen a verejtékezés zavaraiiban már kiséfokú testi munka, vagy melegebb környezet már *lázás reakciókra* adhat alkalmat („*hőretentiós syndroma*”) (14).

A bőr *kiválasztó szerv* is. A nagyméretű vízleadás (*perspiratio insensibilis et sensibilis*), párolgás útján való hőleadás jelentős a thermoregulációban. Kisébb fontosságú a verejtékkal kiválasztott só, carbamid stb. jelentősége (pl. *urhidrosis uraemica* esetén).

A bőr jelentős *resorptiós szervünk* is, amit therápiában is kiséználunk vitaminok, hormonok felszívódására; erre legjelentésebb példa a glycocorticoid kenőcsök utóbbi éveekben való széles körű alkalmazása. Újabb haladást jelentett a magyar származású *Szakall* azon megállapítása, hogy a bőrrel való felszívódásban a szaruréteg alsó részén levő *lipoid mucopolysaccharid-barrière*-nek nagy jelentősége van (1).

A bőr, mint *endocrin szerv* is szerepel, bár ezirányú működése még javarészt ismeretlen. Megismertük azonban, hogy a hám *7-dehydrocholesterint*

képez, amely a D<sub>3</sub>-vitamin előanyaga, és a bőr ultraviolett besugárzásakor D-vitaminná alakul, ami a kékfénykezelés gyógyító hatását rachitis kapcsán magyarázza (11).

A bőr sokrétű, az egész szervezettől és testtájéktól függő különböző természetű sajátosságait összességükben *bőrterrain* név alatt foglaljuk össze, amely arra utal, hogy a köztakaró mind felépítésében, mind anyagcseréjében igen bonyolult és integrált rendszert képez, amelynek egy vagy több rész-működési zavara a különböző kórképek sorozatát idézheti elő. Így nem csodálható, hogy napjainkban a gyakorló orvost felkereső betegek száma 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban bőrbeteg. A tropikus és subtropikus vidékeken a fertőző dermatosisok folytán ez a szám az összes betegségeknek csaknem felét teszi ki. Számos adat utal arra, hogy a bőrbetegségek diagnosisában és kezelésében még számos bizonytalanság van; erre utal az a tény, hogy az általános tárgyú orvosi újságok (pl. JAMA) olvasóköreiből feltett kérdések mintegy 1/5 része bőrgyógyászati jellegű (1).

A bőrgyógyászat jelenkori fejlődésében a kóros bőrelváltozások lényegét továbbra is a jól ismert *elemi jelenségek*, az *efflorescentiák képezik*. Ezek továbbra is a bőrbetegségek alfabétái, amelyek ismeretével a bőr kóros jelenségeit olvasni és differenciálni tudjuk.

A *klinikai morfológia* fontossága ma is éppen olyan jelentőségű a tudományos dermatológiában, mint a századunk elején. A morfológiai kutatások azonban sohasem voltak öncélúak, hanem az utolsó évtizedben szorosan összekapcsolódtak a functionalis szemlélettel. A bőr működési zavarai számos bőrbetegség localisatiójában, klinikai megnyilvánulásában, fennállásában, therapiás befolyásolhatóságában döntő jelentőséggel bírnak (3).

Az utóbbi évtizedekben megismertük a *klinikai morfológia határait*. Bár a bőr bonyolult anatómiai felépítésű, mégis a bőr reakcióinak manifesztációi nagyon is körülhatároltak, azaz *különböző kórokok azonos bőrelváltozásokat hozhatnak létre*. Morbilliform vagy scarlatiniform gyógyszerexanthema okát morfológiailag éppen olyan kevéssé tudjuk meghatározni, mint az urticariá-ét, erythema multiforme-ét, vagy diffus hajhullását. Míg az erythema nodosum gyermekeken tuberculositikus primaer fertőzés keretében allergiás-hyperergiás természetű bőrijelenségnek tekintendő, — addig felnőtteken Boeck-sarcoid első jele, infectallergia (gomba, streptococcus haemolyticus, lepra stb.) tünete, vagy gyógyszer mellékhatás kifejezője lehet. Kiderült, hogy számos bőrfolyamat nem kóroktani egység, hanem *polyaetiológias alapon fellépő bőrreactio (reaction cutanée Brocq)*.

Bár úgy látszott századunk kezdetén, hogy a bőrgyógyászati kórképek külső morfológiai megismerési köre lezárult, mégis az utolsó évtizedekben számos új kórképpel gazdagodtunk, így pl. *acrodermatitis enteropathica (Danbolt-Closs)*; *dermatitis pustulosa subornealis (Sneddon-Wilkinson)*; *bullosus pemphigoid (Lever)*; *pemphigus familiaris chr. benignus (Hailey-Hailey)*; *epidermolysis acuta toxica combustiformis (Lyell)*; *pustulosis palmaris et plantaris (Andrews)*; *granuloma eosinophilicum*; *mucophanerosis intrafollicularis et seboglandularis (Braun-Falco)*; *lymphoreticulosis benigna inoculationis (Mollaret)*; *autoimmun kórképek stb. (1)*.

Az utóbbi évtizedekben jelentősen megváltozott a *gombás betegségek* profilja is. A *favus*, *microsporia capitis*, a régebben többször észlelt *actinomyces cervico-facialis* gyakorlatilag eltűntek. A *trichophyton violaceum* és *tr. crateriforme* által okozott fertőzések rendkívül lecsökkentek, — nagyon

felszaporodott visoznt az 1952 előtt rendkívül ritka *trichophyton rubrum* (*rubrophytiasis*) fertőzések. A *trichophyton rubrum* a szőrzetet is megtámadhatja, amit fiatal nők lábszárán levő follicularis nodosus, néha pustulosus mycogen elváltozások (*tinea nodularis granulomatosa cruris*) bizonyíthatnak, amelyeket azelőtt nem láttunk. Míg a „mykid”-eket régebben kizárólag gyermekeken és fiatalokon általános gombás fertőzés (*trichophytiasis*) kapcsán, vagy diagnosztikus, illetve therapiás injectiók következményeként észleltünk, — manapság nem is olyan ritkán felnőtteken is látjuk (pl. penicillin befecskendezések után) (5).

Óriási mértékben megszaporodott a sarjadzógombás (*candidiasis*) megbetegedések száma, amelynek okát a széles spektrumú antibioticumok, glucocorticoidok, immuno-suppressiv és oralis anticoncipiensek kiterjedt alkalmazásában kell keresnünk. Természetesen gyakoribbak a *candididek* is.

Igen megnövekedett az *onychomykosisok* száma is, amelyeknek 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át *hyphomyceták*, 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át *blastomyceták* okozzák.

Napjainkban az egész világon a *mykosis pedis* („athlete's foot”) szinte népbetegséggé vált (ebben természetesen bentfoglaltatik a körömgombásodás is); a láb gombás betegségeinek napjainkban való halmozódásában döntő szerepe van az urbanisatióknak (közös fürdők, lábrácsok, műanyag talpú cipők és harisnyák stb.). A láb gombásodás gyakran nyit utat másodlagos *bacterialis fertőzéseknek* (impetiginisatio, cocogen superinfectio és sensibilisatio, erysipelas, phlegmone, lymphangoitis, lymphadenitis) (4).

A *pyodermák* száma a II. világháború befejezése után nagymértékben csökkent, — de még most is a bőrbetegségek jelentős részét teszi ki. Az idült pyodermák háttérében mindig gondolni kell részben *parasitaer* (scabies, pediculosis) megbetegedésekre, illetve a szervezet *anyagcsere betegségeire* (diabetes), vagy *immunitasi viszonyainak rosszabbodására* (antianyaghiány-szindróma, cortison- vagy immunodepressív kezelés stb.). Teljesen eltűnt a *malleus*, *anthrax*, *diphtheria*, viszont helyenként *tularaemiát* látunk, amit legtöbbször nem ismernek fel. Az *erysipelas* esetek szaporodtak az erósió interdigitalis mycotica szövődményeként (14).

A *bacteriológiai*, *mykológiai* kutatások fejlődése mellett számos dermatosis kutatásában a *virologia* lépett előtérbe (pemphigus, erythematodes stb.).

A *zoonosisokkal* kapcsolatban elsősorban az *atkás fertőzések* említendők. A II. világháború alatt kórházunkban a *scabies* 0,25—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ról 15—20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ra emelkedett, ami megfelelt a világszerte uralkodó rüh epidemiáknak. A háború utáni húsz évben *emberi* rühatka fertőzés nem fordult elő, csupán olyan szórványos esetek, amelyek atypusos localisatiójuk, lefolyásuk, anamnestikus adataik alapján *állati* eredetű (*acarus felineus*, *a. bovinus*, *a. caninus* stb.) fertőzésnek voltak minősíthetők. Egy-két éve azonban hosszas eltűnés után *újából jelentkezett az acarus humanus okozta rüh az ország minden területén*, ami eleinte, — sőt még most is gyakran diagnosztikus problémát okoz. A *scabies* epidemiológiáját mai nézetünk szerint 15—20 éves *cyclusú morbiditási ingadozások* jellemzik. A rühepidemiák azzal magyarázhatók, hogy a rühatka fertőzés sensibilisatiót és bizonyos infectio-resistentiát eredményez, ami kb. 15—20 évig tart, amikor a legtöbb megbetegedés a nem sensibilizált fiatal egyéneken történik. Megfigyeléseink szerint a *scabies* esetekben a typosus atkás jelenségeken kívül a sensibilisatio hatásá-

ra létrejövő „*id*“-*reactio* mutatható ki („*acarid*”), amelyet a localis szöveti kép, a gyakran kimutatható vér eosinophilia is igazolnak (14).

A *pediculosis*, *cimicosis*, *pulicosis* gyakorlatilag megszűnt az eredményes, kémiai prophylaxis folytán. Gyakrabban észleltünk azonban főleg honvédségi vonatkozásban tömegesen hernyódermatitis (*lepidopterianis*) eseteket.

A *dermato-histopathologia* nemcsak régebben, de ma is a bőrkórtani tevékenység élvonalában maradt. Itt csupán néhány haladást emelnék ki: keretoakanthomák felismerését, a *Gottron-féle* pseudocancerosiseket, a *Pin-kus-féle* fibroepithelialis tumorokat, a *Hellwig-féle* spiradenomákat, az *eccrin* poromákat, a folliculomákat, a tricholemmomákat. Bebizonyosodott, hogy a dermatopathologusnak a klinikussal szorosan együtt kell működnie és a morfológiai staticus szemléletet a *functionalis pathológiának* kell felváltania. A *histochemia* és *elektronmikroszkópos vizsgálatok* dermatopathológiában is rutin eljárásokká váltak. Számos új megismerésre vezettek a szövettani kvalitatív és kvantitatív enzimkimutatási eljárások, amelyek szinte „ujjlenyomatszerűen egyes neoplasmák histogenetikai azonosítását lehetővé tették” (1).

Amióta az ekzémák contact allergiás jellegét *Jadassohn* az epicutan próbával bebizonyította, az *allergia és immunologia* állandóan a *bőrgyógyászati kutatások központjává* vált. A bőrön számtalan immunológiai történés játszódik le; ezek felismerése arra vezetett, hogy alig van olyan lényeges immunbiológiai kísérlet és vizsgálat, amit a bőrön ne lehetne igazolni. Így a bőr kiválóan alkalmasnak bizonyult, mint „*próbaszerv*” a különböző fertőző és nem fertőző betegségek allergiás folyamatainak tisztázására. Ehhez még az is hozzájárul, hogy a bőrgyógyászati betegek csaknem negyed részét kitevő allergiás contact ekzémák és gyógyszerallergiák csak akkor kezelhetők eredményesen és tartósan, ha a kórokozó allergéneket felderítjük, és a velük való érintkezést elhárítjuk. A korszerű allergológiai laboratóriumokban nemcsak az epicutan, hanem intracutan, prick, scarificatiós és expositiós próbákkal a gyakorlati allergia „test”-elés megvalósítható. A kísérleti allergologia külön szakágazattá fejlődött.

Egyre nagyobb jelentőségűvé válnak az *autoimmun kórképek*, azaz olyan bőrreakciók, ahol valószínűleg olyan antitestek játszanak szerepet, amelyet az illető beteg saját bőrének alkotó elemei ellen képez. Számos újabb vizsgálat igazolta, hogy bizonyos ekzémákban, lupus erythematodesben, sőt hólyagképző megbetegedésekben is, mint pl. a pemphigus vulgaris és bullosus pemphigoid, a betegek serumának IgG-fractiójában antitestek találhatóak, amelyek meghatározott bőrstruktúrák ellen irányulnak. Az erythematodes acutus esetén az autoimmun folyamatok csaknem diathesis jellegszerűen állnak előtérben. A dermatomyositisben főleg az enzymológiai pathomechanismus szerepel. A scleroderma progressivum et circumscriptum pedig neurovascularisan indukált folyamat, amely döntően befolyásolja az egyes collagen fractiók viszonyát (10).

Hasonlóan új fogalomként jelentkezett a dermatológiában a „*vasculitis*”, — amelynek formakörében a következő kórképek csoportosíthatók: erythema nodosum, erythema exsudativum multiforme, vasculitis nodularis, panniculitisek, anularis erythemák, arteriolitis necrotica Rüter, periarteritis nodosa, erythema rheumaticum, erythema anulare centrifugum, Behçet-kór, granuloma faciale (9).

Az új immunopathológiai szemléletnek nemcsak elméleti jelentősége van

az illető betegségek kóroktanában, hanem a *klinikai megkülönböztető kóris-mezésben* is felhasználható.

Mint ezen rövid vázlat szerű felsorolásból előtűnik, a korszerű bőrgyógyászat iránya semmiképpen sem csak a bőrre lokalizálódik, hanem az *általános orvostudomány* ismeretét is megköveteli. A legtöbb bőrbetegségnek „*bőrautonom*” jellege ma sem vitatható; itt csak utalunk a bacterialis, mykoticus, virális bőrfolyamatokra, elszarusodási zavarokra, ectodermális dysplasiákra. Másrészt azonban a legújabb kutatások a *bőr- és belső szervek megbetegedések* részletesebb felismerésére vezethetnek.

Itt különösen termékenyek voltak a kötőszöveti rendszer diffúz megbetegedéseire vonatkozó kutatások, mint a lupus erythematodes visceralis et integumentalis, dermatomyositis, scleroderma progressivum, — de egyéb más rendszerbetegségek, mint a Boeck-sarcoid, leukaemiák, reticulosisok, vagy anyagcseremegbetegedések (pl. amyloidosis, xanthomatosis stb.). Gyakran van a bőrgyógyász a bőrtünetek folytán abban a szerencsés helyzetben, hogy a belbetegségek diagnózisát *először* állíthatja fel.

Számos újabb megismerésre vezettek a bőr- és belső szervek vonatkozásos kutatásán alapuló *correlatiós pathológiás törekvések*. Különösen értékesek voltak a bőr- és belgyógyászati *határterületi munkálkodások*. Csupán érdekesség kedvéért említünk néhányat: porphyria cutanea tarda és májártalmak; vasculitisek bőrgyógyászati vonatkozásai; kevésbé tisztázottak még a bőr-, pancreas- és vesebetegségek összefüggései.

Az *endocrin betegségek* vagy hormonkezelés kapcsán a bőrelváltozások széles skáláját ismertük meg; e helyen csupán a cortison kezeléssel és orális anticoncipienssekkal kapcsolatos bőrelváltozásokra utalunk, továbbá arra a tényre, hogy az idült balanitis, pyoderma, vagy soor-infekciók milyen gyakran vezetnek a diabetes mellitus felismerésére. Az utóbbi időben ismerték fel az idült pancreatitis heveny recidívái kapcsán mutatkozó ferment-toxicus bőrjelenségeket. Szív- és érbetegségek kapcsán számos bőrtünet vált ismertté, így pl. a szívinfartus esetén haemorrhagiás bőrnecrosisok az acra-n, hypertonia betegség esetén az ún. hypertonia-fekély (*Martorell-syndroma*), panniculitisek, vasculitisek különböző formái stb. (14).

Új megismerést jelentenek a rosszindulatú daganatos betegségek terén a *nem specifikus onkogen paraneoplasticus bőrtünetek*, amelyeknek pathomechanismusában valószínűleg gyakran *immunoallergiás, toxicus, ellenanyaghiánysyndroma-szerű mechanizmusok* szerepelnek (acanthosis nigricans, dermatomyositis, lymphadenosis benigna cutis, morbus Bowen, alopecia mucinosa és lymphoblastoma, acrokeratosis neoplastica [Bazex-syndroma], Howell-Evans-syndroma, pruriginosus symptoma-complexus, paraneoplasticus dyshormonalis és vascularis jelenségek, bullosis paraneoplastica, figurált erythemák, ichthyosiform és marginalis keratosisok, paramyloidosisok, sclerodaktyliform, ekzematiform és egyéb elváltozások) (14).

Rendkívül szorosak a *bőr és idegrendszeri kapcsolatok*, hiszen mindkettő ectodermális eredetű. Itt említenénk a *phacomatosisok* új fogalomkörét, amelybe a morbus Recklinghausen, morbus Sturge-Weber, morbus Bourneville-Pringle stb. tartoznak. Egyre inkább szaporodott a bőrbetegségek és psyche közti vonatkozások tanulmányozása is.

Az utóbbi évtizedekben rohamosan fejlődtek és szorosabbra fűződtek a *bőrgyógyászat és humángenetika* kapcsolatai. Számos bőrbetegség (*genodermatosis*) öröklődéses jellegét és módszereit ismerték fel, ahol a zavar kóros fehérjestruktúrák képződésében, enzimfehérjék hiányában, vagy kó-

ros képződésében, esetleg inhibitorok létrejöttében, továbbá örökléses regulációs zavarokban (pl. pikkelysömör) található. Talán éppen ezen genodermatosisokban, — amelyek bizonyos mértékben a természet kísérleteinek tekinthetők —, lesz lehetséges a közeljövőben biochemiai, histochemiai és elektronmikroszkópos kutatásokkal újabb alapvető eredményeket szerezni (1).

Mindezen felsorolt tények arra utalnak, hogy a bőrgyógyászat az orvosi ismereteknek nem egy önálló szigete, hanem az egész medicinának szerves része, amelynek correlációs pathológiai vonatkozásaival integrálódik. Egyéb szakorvosoknak is gyakrabban kell a bőrgyógyászokat igénybe venni, hiszen typosus bőrjelenségek gyakran *diagnosztikai kulcsot* jelentenek.

Az utolsó évtizedekben a *chemotherapiás, antibioticus, immundepressans, cortison és cytostaticus gyógyszerek* bevezetésével óriási változások mutatkoztak a bőrgyógyászat területén is, amelyek a dermato-venerológiai kórképek számszerű megnyilvánulásában is lényeges eltolódást okoztak.

Legjelentősebb ezen a téren a *nemibetegek terén elért változások*. 1943-ban Mahoney, Arnold és Harris bevezették a *penicillint a syphilis kezelésébe*, amely csakhamar eltörölte a régi salvarsan+bismuth kezelést. A penicillin kezelés bevezetése, a háború utáni zilált viszonyok normalizálódása és az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet forráskutató munkássága odavezetett, hogy a syphilis és gonorrhoea esetek száma állandóan csökkent az utóbbi évekig (7). A nemibetegségek megelőzésének és gondozásának irányelveit a csapatorvosok számára lefektettük (14). A nemibetegségek újraterjedését csak a *leggondosabb contactuskutatás* hárihatja el. A contactusoknak felderítésére jelenleg a *módosított nyaláb- („cluster”)-technikát* alkalmazzuk, amelynek az a lényege, hogy a kutatás nemcsak a beteg közvetlen sexualis contactusainak megismerésére törekszik, hanem annak szociális és sexualis viszonyainak (gallery, sexualis partnerkörök) felderítésére is. Az egész országra kiterjesztett, központilag irányított nyalábtechnika tudta megakadályozni a friss syphilis továbbterjedését. Az eredményesség feltétele az egész nemibeteghálózat szoros együttműködése a syphilissel fertőzöttek, az arra gyanúsak és contactusai adatainak azonnali közlése az OBNI contactuskutató részlegével. *A honvédorvosok állandó további feladata honvédszemélyek nemi megbetegedése esetén az OBNI-hálózat segítségével felderíteni a fertőző forrásokat* (7).

A nemibeteg fertőző források által veszélyeztetett egyéneknél a felderítést *legújabbban összekapcsolják az utóbbiak antibioticus praeventiójával*. Ennek az új eljárásnak az a célja, hogy a fertőzésnek kitett személy *ne* is kerülhessen tünetes állapotba és *ne* is veszélyeztessen másokat. A fertőzésnek kitett egyéneknél a hiánytalanul elvégzett antibioticum prophylaxis esetén a fertőző láncolat ki sem alakulhat. Nyomatékosan hangsúlyozandó, hogy ezen *antibioticum prophylaxisnak mindig teljes értékűnek (15 ME penicillin)* kell lennie (7).

A modern antivenereás módszerek kidolgozását *társadalmi rendünk alapvető változásai tették lehetővé*: a társadalmi és nemi megkülönböztetéstől teljesen független kezelési kötelezettséget, mindenki részére teljesen ingyenes vizsgálatot és gyógykezelést, a nemibetegeket, a nemibetegségeket terjesztő, magukat nem kezeltető, retinens betegek kötelező kórházi kezeltetését, a fertőző góccok és veszélyeztetett személyek megkülönböztetés nélküli gondozását, az országos jellegű contactus kutatást és antivenereás fej

lődésünk legfőbb eredményeként az exponált személyek antibioticum prophylaxisát és praeventív kezelését (7).

Néhány adatot a nemibetegségek alakulásáról is szeretnénk megemlíteni. Utóbbi években újból emelkedik a sy. és go. esetek száma főleg fiatalok körében. Különösen gyakori a sy. emelkedése *homosexualis* egyéneken. Egyre több észlelés számol be egészségesnek látszó „*gonococcus hordozó*” egyénekről. A go.+sy. coinfectiók esetén a go. gyógyítására adott penicillin a sy. álcázására és későbbi neurosyphilis alakulására adhat alkalmat.

Örvendetes fejlődést jelentett a venerológiában a *serologiai diagnostika* fejlődése és olyan syphilis-specificus módszerek kidolgozása, mint a *Nelson-Mayer-féle Treponema-pallidum-immobilisatiós-test (TPIT)*, a *fluoreszaló TP ellenanyagpróba (Fluorescent Treponemal Antibody Test = FTA test)*, a *Treponema-agglutinatiós-reactio (TPA)*, amelyek alkalmasnak bizonyultak arra, hogy minden olyan kétes esetben biztos kórismét teremtsenek, ahol a klasszikus serologiai reactióról, vagy sy. latens seropositíváról van-e szó. Sajnos a sy. gyógyulásának megítélésében még nem vagyunk ilyen kedvező helyzetben. (14)

Teljesen eltűntek az *ulcus molle* és *lymphogranuloma inguinale* fertőzések. Ezzel szemben rendkívüli módon elszaporodott a *Trichomonas* és *Candida urethritis*, valamint a *balanitis candidamycetica*.

A fokozódó turizmus és közlekedési eszközök rohamos fejlődése szükségessé teszi, hogy a *lepra*-ról megemlékezzünk, hiszen még ma is mintegy 14—16 millió ember szenved ebben a betegségben. A lepra leküzdésében nagyhatású gyógyszereket fedeztek fel: különböző sulfonvegyületeket, thiosemicarbazon, thiocarbamid vegyületeket stb. Érdekes felfedezés, hogy a BCG-oltás lepra ellen lepra lepromatosában szenvedő szülők újszülöttein nagyságrendben éppen olyan hatásosnak bizonyul, mint *tuberculosis* ellen (1).

Számolnunk kell más subtrópusi és trópusi betegségek hazai előfordulásával, mint a *leishmania* vagy *variola* behurcolásával és ezek diagnosztikájával tisztában kell lennünk. A diagnosis legfőbb alappillére kétes esetben a jó *anamnesis* (14).

További eredmény volt a bőrgyógyászatban a *tuberculostaticus chemotherapiás gyógyszerek bevezetése*. Az általános gümőkóros betegségek és ezzel kapcsolatosan a *bőrgümőkóros betegek száma is lényegesen csökkent*. A bovin eredetű (tehén, ló, sertés) fertőzések száma csökkent. Hasonlóan kisebbedett a *tbc. cutis verrucosa* esetek száma is, mert a jobb szociális viszonyok folytán ma már falun sem járnak mezítláb. Előtérbe került viszont a *typus aviarius*, amely INH resistens (16).

Eltűntek a súlyos gümőkóros nyálkahártya betegségek (*tbc. ulcerosa cutis et mucosae*), amelyek anergiás phthitises folyamatokhoz társultak. A *tbc. miliaris cutis*-t is ma már ritkán észleljük. Viszonylag magas még a nyirokcsomók gümőkóros megbetegedéseinek a száma.

A *gümőkóros primaer complexus* megjelenése a BCG oltások következtében mind a tüdő, mind a bőr vonatkozásában a *későbbi életkorra tolódott* el. Egyes BCG oltási seriákban gyakrabban látunk regionális nyirokcsomó megnagyobbodást, ellágyulást, fekélyesedést, az oltás helyén hidegtályogot. Ez hibás oltási technikára és a bevitt oltóanyag fokozott virulentiájára vezethető vissza.

Az ún. valószínűleg gümős megbetegedések eredete is tisztázott (ery-



thematodes, Boeck-sarcoid, erythema nodosum legtöbb esete) abban az értelemben, hogy *nem* gümős eredetűek. A *granuloma nitidum* a lichen ruber planus változatának tűnik módosult tuberculoid szövettani szerkezete ellenére is, amit a *Köbner-tűnet* kiválthatósága is támogatni látszik (16).

Érdekes tényként említjük meg, hogy világszerte a *bőrklínikák és poliklínikák betegforgalma egyre növekszik*, — noha a tbc. és nemibetegségek terén jelentős visszafejlődést értünk el. Ennek oka a *foglalkozási megbetegedések*, az allergiás contact-dermatitisek, allergiás contact ekzémák és az ún. toxicus degeneratív ekzema esetek  *folyamatos emelkedésével* magyarázható. A már szinte áttekinthetetlenül nagy számú vegyi anyag az iparban, háztartásban, kozmetikában stb.  *egyre növekedő contact lehetőséget nyújt*, és *szociális problémává* vált. Az Egyesült Államok ipari munkásainál a foglalkozási bőrbetegségek száma évente 1,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ot tesz ki. A foglalkozási dermatosisok egyre növekvő száma a WHO-nak is külön szociális egészségügyi problémájává vált (megelőzés, adequat kezelés, rehabilitatio).

Mindezekhez hozzájárulnak még dermatologiai vonatkozásban is az egyre emelkedő *gyógyszerártalmak*, amelyeket az egyre *fokozódó gyógyszerfogyasztással* magyarázhatunk. Növekedtek a bőrgyógyászat területén is az *iatrogen ártalmak* is; ezek közül első helyen a *steroid és antibioticum ártalmak* állnak.

Az „allergia-gyűjtőfogalma” foglalja össze napjainkban a dermatologiai gyakorlat legfontosabb differential diagnosztikai problémáit; ezt úgy is fogalmazhatjuk, hogy ma a *toxicodermák és gyógyszerexanthemák* foglalják el azt a helyet, melyet 30—50 évvel ezelőtt a mindent utánzó nagy imitátor: a *syphilis* birtokolt. A gyógyszerallergiás folyamatok számának világszerte való emelkedése számos okban gyökerezik: vegyi és gyógyszeripar explosív fejlődése, polypragmasia, fokozottabb sensibilisatiós hajlam. A gyógyszerártalmak megelőzése és klinikai kórismézésére az utóbbi években számos vizsgálati eljárást dolgoztak ki, — de egyik sem bizonyult teljesen megbízhatónak. Az allergiás jelenségeket okozó gyógyszerek változnak térben és időben használhatóságuknak megfelelően. Míg a századforduló után főleg a különböző hashajtó szerek, balzsamok, amidazophen, higany és chinin allergiás jelenségei uralkodtak, amelyeket később a salvarsan, majd sulfamid készítmények és barbituratok váltottak fel, — addig ma az antibioticumok, elsősorban a *penicillin* (illetve a Chlorocid, Neomycin stb.) állnak a lista élén. A penicillin mintegy 20—80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át képezi a gyógyszerallergiás eseteknek (11).

A legtöbb gyógyszerexanthema ma is stereotyp *scarlatiniform, morbiliform vagy urticariform*, — ezért phaenomenologiailag, anamnesis és exploratio hiányában *anonym*. Nem ritkák újabban a „*lupus erythematodes*”-szerű *exanthemák* sem az arcon (Gricin, Griseofulvin, Hydrazolin stb.). Többször látunk mostanában bizonyos gyógyszerek után *acne-szerű eruptiókat* (ACTH, Cortison, INH, Testosteron, D- és B<sub>12</sub>-vitamin stb.)

A bőr intolerantiához nem ritkán egyéb polytop shockfragmentum is csatlakozik (láz, arthralgia- és trombocytazuhanás, haemolysis stb.). Egyes toxicus-allergiás bőrkiütések keletkezéséhez *fényhatás* is szükséges.

A „*para*”-állású *vegyületek* is gyakran okoznak allergiás dermatosisokat. Ma a novocaint a helyi érzéstelenítésben az allergiás tüneteket ritkábban okozó *lidocain* váltotta fel. Napjainkban igen gyakoriak a *peroralis antidiabeticumokkal* (sulfanilurea, ritkábban biguanid derivatumok) kapcsolatos

gyógyszerezexanthemák. A barbituratok helyébe a ma igen divatos *minor tranquillánsok* (főleg a phenothiazid származékok) nyomultak. Gyakran sensibilizálnak a hydantoin-gyűrűs antisaceres, továbbá a különböző ataractica és relaxantia gyógyszerek is. Súlyos epidermolysis toxica combustiformis (= *Lyell-syndroma*) léphet fel *phenylbutazon* gyógykezelés kapcsán. Az *anticoagulans gyógyszerek* közül a *dicumarol* származékok, a húgyúti de-sinficiensek közül az *5-nitrofurantoin* készítmények, a diagnosztikus szerek közül a szerves és szervetlen jódvegyületek, a tuberculostaticus szerek közül pedig a *streptomycin* és *isonicid* tűnnek ki allergizáló tulajdonságukkal. A *localis externák* közül a formalin, hexachlorophen, salicylanilidek, különböző anilin-festékek, redukáló szerek (dithranol, resorcin stb.). Szaporodtak a hormonallergia kimutatható esetei is.

A korszerű *cortisonkezelés* a dermatosisok megjelenési alakjában, az ún. „*morphe*”-jában hozhat létre feltűnő változásokat, átmeneteket. A legismertebb a pemphigus-formák közötti *pathomorphismus*, „*nosologiai variáns*”-ok képződése. Ismeretes chronicus polyarthritiseknek erythematodes acutusba való átmenetele, továbbá furunculások, gombás granulomák suba-cuitása stb.

Ismeretessé vált *diabetes mellitus* kapcsán a fennálló vascularis és neuritises zavarok következtében számos dermatosis „*morphe*”-jában változások jöhetnek létre (pl. lichen ruber planus bullosus transformatiója: „*diabetogen bullosus pathomorphosis*”)

A *psoriasis*, ezen „*diathesis parakeratotica*”, illetve „*essentialis parakeratosis*” lényege mai tudásunk szerint az epidermopoesis (valószínűleg genetikai alapon gyökerező) túlradó fokozódása, amely nemcsak az oxidációs történések jelentős fokozódásában, illetve a sulfhydryl-csoportok szaporulatában, hanem a DNS-synthesis zavaraiiban és az elszarusodási zóna ebből eredő változásaiban is gyökeredzik. Gyakran látjuk a psoriasis intertriginosa-nak candidával való felülfertőződését, hasonlóan pikkelysömörös körömfolyamatoknak onychomykosissal való szövődését. Feltűnő, hogy a psoriasis már gyermekkorban, sőt csecsemőkórban is felléphet. Utóbbi években halmozottan látjuk, hogy a psoriasis legelső manifesztációját az először bevonultakon jelentkezik, aminek létrejöttében nyilván „*stress*” hatások is szerepelnek. A psoriasis terápiájában a hámszövetek reprodukcióját gátló *Methotrexat* kezelés *nem vált be, egyrészt a májra, gonádokra és vérképző szervekre* kifejtett káros hatása miatt, másrészt a jelenségek recidíváját sem tudja megakadályozni („*Primum non nocere*” elve). Véleményünk szerint psoriasisban a jól alkalmazott externa-kezelés ma is a legcélravezetőbb.

Kiderült, hogy a *parapsoriasis* kórcsoportba nosologiai revisio szükséges. Az *ichthyosisok* formakörébe egyre inkább rámutatnak ezen genetikus eredetű keratinizációs anomalia *systemás tünetekre* (*Rud-syndroma*; *Refsum-syndroma*; *Sjögren-Larsson-syndroma*; *Netherton-syndroma*) (14).

Tökéletesedett a *pemphigus-csoport* differentialis diagnosztikája histológiai és fluorescens serológiai eljárásokkal, az acantholyticus és fluorescens hólyagképződéssel járó pemphigus formák és subepidermalis hólyagképződéssel járó kórfolyamatok elkülönítése. A cortison- és immundepressans therapia az eddig csaknem mindig fatalis pemphigus prognózisát gyökeresen megváltoztatta, a mortalitást az irodalmi adatok szerint átlagban (1,6—40%) kb. harmadával csökkentette.

Itt kell méltatnunk a *cortison-therapiának* a bőrbetegségekre kifejtett

*noso-morbidi-(staticus) hatását*; a kezelés kihagyása után tehát recidivák várhatók, hacsak a kezelés ideje alatt a kórok nem szűnik meg, vagy a betegség nem jutott spontán remissió fázisba. A corticosteroidok alkalmazása a bőrgyógyászatban nem *substitutio*s thérápia, hanem *pharmacodynamia*s hatáson alapszik, amelyet közelebbi ismereteink hiányában a teljesen inadequat „*antiinflammatio*s”, „*antiexsudatív*”, „*antiproliferatív*”, „*antigranulomatosis*”, „*antiblastomás*”, „*antitoxicus*”, „*antipyreticus*”, „*analgeticus*” pontosan kerül nem írható „*multidimensionalis histotrop effectusok*” jellemnek. Az immundepressansok és kéregsteroidok bevezetése hatalmas thérapiás segítséget jelentett a peracut (gyógyszerallergiás) shock állapot pemphigus, collagenosisok, s számos heveny és idült dermatosis kezelésében (14).

Alapvető szemléleti változás következett be a dermatológiában a *haemorrhagiás diathesisek* megítélésében. Ma a cutan és extracutan haemorrhagiás jelenségeket — dermatophaenomenologiai gyakoriságuk sorrendjében — *vascularis (vasculopathiás)*, *thrombocytaer (thrombocytopeniás és thrombocytopathiás)*, valamint *coagulopathiás*, illetve *kombinált zavarokra* osztjuk fel. Bebizonyosodott, hogy ez a „*purpura pigmentosa progressiva*” gyűjtőfogalom alatt összefoglalt különböző kórképek szigorú nosologiai elválasztása *nem* indokolt (14).

Az ún. *phakomatosisok* fogalomköre is lényegesen kibővült, amelyek *adenomás, epitheliomás és pigmentphakomatosisok* lehetnek.

Egyre több figyelem fordul a *bőr daganatos betegségeire*, amelyeknek a száma lupussal és a nemibetegségekkel szemben *emelkedni* látszik és ezek gondozási helyét foglalják el. Legrosszabb indulatú elváltozás a *melanoma*, amely kiindulhat elfajuló naevussejt-haevusból a *Dubreuilh-féle melanosis circumscripta*-ból, sőt a teljesen épnek látszó bőrből is.

Az utóbbi években a dermato-oncologusok figyelmét újból felkeltették a *keratoakanthomák*, amelyek rövid idő alatt fejlődnek ki és kifejezett spontán involutiós hajlammal is bírhatnak; ennek ellenére tanácsos sebészi eltávolításuk, szövettani ellenőrzésük és onkológiai megfigyelésük (17).

Megváltozott, illetve megnövekedett az emberi élet várható időtartama, ami 1970-ben 70 évet tesz ki; így a dermatológiára is *geroprophylacticus és gerotherapeuticus* kérdéseket és problémákat vet fel. Itt elsősorban a *bőr praecancerosisainak* korai felismerése, gyógyítása, gondozása és megelőzése a főfeladat különösen a chronicusan fénynek kitett bőrön (mezőgazdasági munkásokon, hivatásos katonákon stb.) (8).

Egyre több feladatot ró az utóbbi években a bőrgyógyászokra a lábszárrak idült vénás elégtelenségéből származó másodlagos bőrijelenségek (*ekzema cruris varicosum; syndroma postthrombophlebiticum*). Ezek száma világszerte emelkedik és szinte „*népbetegség*” jelleget ölt, nemcsak nőknön, de férfiakon is. Itt is az angiologusok és dermatologusok szoros együttműködésére van szükség (11).

Egyes külföldi, főleg a német iskola a dermatologia újabb határ feladatkörébe szándékozik bevenni az *andrológiát*, ami közös munkaterületet jelentene a gynecologussal, endokrinologussal és urologussal. Szorosabb értelemben véve az andrológia a férfi nemzőképességével foglalkozik, beleértve az idevonatkozó morfológiai, biochemiai vizsgálatokat, sperma fermentanalysist, hormon és a nemi megkülönböztetési vizsgálatokat (1).

A thérapiás mezőnyben a legkülönbözőbb kezelési eljárások tökéletesedtek: így a *radiológiai módszerek, cytostaticus eljárások*, illetve ezek he-

lyes kombinációi, *plasztikai sebészi eljárások*. Ez azt is bizonyítja, hogy a mai dermatologia képe rendkívül sokoldalú speciális szaktudomány.

A bőrgyógyászat további *fejlődését* illetőleg intenzív kutató munka szükséges a normális és kóros bőr szerkezetét és működését illetőleg. Itt alapvetően fontos a bőrnek egész szervezetéhez való vonatkozásainak kutatása, amelyben a modern technikával végzett klinikai-kazuisztikai megfigyelések rendkívül érdekesek lehetnek (12).

A bőrgyógyászat haladásának rövid fejtegetése végén végezetül is azt a változást szeretném aláhúzottan hangsúlyozni, amit a dermatológiai kórképek egyre inkább bővülő *correlatiós pathologiai szemlélete jelent*. A jövőben ezen correlatiós pathologiai *basiskutatásokat, a synopticus belső és külső szemléletet* még tovább kell fejlesztenünk. Egyre növekvő jelentőséget kell biztosítanunk a *rehabilitációnak* is a bőrgyógyászatban (14).

## I R O D A L O M

1. *Braun-Falco, O.*: Jb. d. Marburger Universitätsbund 1, 1—11, 1962; Münch. med. Wschr. 110, 2451, 1968. — 2. *Beerman, H.*: Arch. Derm. Syph. 98, 400, 1968; Am. J. Med. Sc. 250, 127, 1965; 240, 143, 1963. — 3. *Elbert, R. H.*: Arch. Derm. Syph. 97, 265, 1968. — 4. *Flórián E.*: Gombás betegségek felismerése és kezelése, Medicina, 1970. — 5. *Galgóczy J.*: Bőrgyógy. Vener. Szemle, 39, 213, 1963; 41, 70, 1965; Népegészségügy, 11, 432, 1964; Kandidátusi dissertatio, 1971. — 6. *Greither, A.*: D. med. Wschr. 90, 1453, 1965. — 7. *Károlyi I.*: Bőrgyógy. Vener. Szemle, 46, 51, 1970; Kandidátusi dissertatio, 1969. — 8. *Kesztyüs L.*: Orvosi Hetilap, 113, 795, 1972. — 9. *Király K.*: MDT 1970 Debreceni Vándorgyűlés: Vasculitis symposium. — 10. *Korting, W.*: Hautkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen. F. K. Schattauer, 1969. — 11. *Kresbach, H.*: Wien, kl. Wschr. 83, 318, 1971. — 12. *Lynch, F. D.*: Arch. dem. Syph. 92, 117, 1965. — 13. *Mollaret, P., Reilly, J.* et *Bastin, R.*: Presse méd. 59, 681, 1951. — 14. *Pastinszky I.*: Bőrgyógy. Vener. Szemle, 42, 141, 1966; 43, 267, 1967; 44, 140, 1968; 45, 73, 1967; 46, 23, 1968; 48, 51, 1970; Das Deutsche Gesundheitswesen, 23, 1135, 1967; Orvosi Hetilap, 114, 1907, 1973. — 15. *Schneider, W.* und *Fischer, H.*: Arch. klin. exp. Derm. 217, 1—14, 1963. — 16. *Simon M.*: Kandidátusi dissertatio; szóbeli közlések. — 17. *Venkei T.*: Keratoakanthoma; doctori dissertatio; szóbeli közlések. — 18. *Veress J.*: *Tularaemia*. Kandidátusi dissertatio, 1968.

*Паштински И.*, полковник м/с:

## СОСТОЯНИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАЗВИТИЕ ИХ ЛЕЧЕНИЯ ЗА 3 ПОСЛЕДНИХ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

Кожный покров представляет собой не только пограничный слой между внешней средой и организмом, но и самый большой по весу и поверхности защитный и оборонительный орган нашего организма. Результаты морфологических и патоморфологических исследований являются существенными в решении терапевтических проблем с функциональной точки зрения. Микологические, бактериологические, серологические и вирусологические исследования, а также исследования в области гуманной генетики дали ряд основных этиологических результатов. В лечении большими достижениями являются современные химиотерапевтические средства, антибиотики, туберкулостатики, кортизонные препараты, иммунодепрессивные средства, цитостатики, противосвертывающие и успокаивающие средства. Наиболее важное значение имеют исследования корреляционной патологии, синоптический подход к внешним и внутренним явлениям, что в будущем необходимо дальше развивать. Всё возрастающее значение должно быть обеспечено предупреждению и, кроме терапии, также восстановлению.

Prof. Dr. *I. Pastinszky*, Oberst des Med. Dienstes, Doktor der Med. Wissenschaften:

GESTALTUNG DERMATOLOGISCHER ERKRANKUNGEN UND  
ENTWICKLUNG DEREN BEHANDLUNG WÄHREND DER LETZTEN DREI  
JAHRZEHNTE

Die Behütung des menschlichen Körpers gilt nicht nur als eine Grenzschicht zwischen der Außenwelt und dem Organismus, sondern hinsichtlich auf ihr Gewicht und Oberfläche ist sie unser größtes Schutz- und Verhütungsorgan. Bei den Entscheidungen therapeutischer Erwägungen sind die morphologischen und pathomorphologischen Versuchsergebnisse aus funktionellem Gesichtspunkt wichtig. Aus mykologischen, bakteriologischen, serologischen, und virologischen sowie humangenetischen Forschungen ergaben sich zahlreiche grundsätzliche pathogenetische Resultate. In der Therapie bedeuten die modernen Chemotherapeutika, Antibiotika, Tuberkulostatika, Cortisonpräparate, Immunodepressiva, Zytostatika, Antikoagulantia und Tranquillantia einen gewaltigen Schritt. Die korrelativen pathologischen Grundforschungen, die synoptische innere und äußere Anschauung, welche in der Zukunft noch weiter entwickelt zu sein braucht, sind am bedeutsamsten. Neben der Prävention und Therapie muß auch der Rehabilitation eine zunehmende Bedeutung beigemessen werden.

# REASEC TABLETTA, CSEPPEK

**Összetétel:** tablettánként, illetve ml-enként (35 csepp) 2,5 mg diphenoxylatum és 0,025 mg atropinum sulfuricumot tartalmaz.

**HATÁS:** A Reasec localisan ható, főleg csak a gastro-intestinalis motilitást gátló készítmény, amely nem okoz hozzá szokást. A Reasec kezelés tüneti jellegű. Alkalmazása olyan diarrhoeákban indokolt, ahol – önmagában adva vagy egyidejű oki therapia mellett – a víz és elektrolit veszteségét kívánjuk megelőzni.

**JAVALLATOK:** Acut és chronikus diarrhoeák,  
– fertőzőes eredetű (baktériumok, vírusok, paraziták, gombák),

– allergiás eredetű,  
– gyógyszer okozta (hashajtók, cytostaticumok, anti-bioticumok),

– röntgentherapia által okozott,  
– idegi eredetű,  
– utazás okozta,  
– szervi laesiók (neoformatiók, polyposis) miatti,  
továbbá

– incontinentia (apoplexia, dementia, senilitás, scleroris multiplex) okozta,  
– az anyagcsere és a felszívódás zavarai miatt bekövetkező,  
– a bélflóra egyensúlybomlásából beállott,  
– gyomor- és bélresectio utáni,  
– colitis ulcerosa okozta,  
– csecsemőkori

**ELLENJAVALLAT:** Obstructio, illetve annak veszélye.

**ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:** Az adag nagysága a beteg korától és az eset súlyosságától függ.

**Felnőtteknek:** enyhe esetekben: napi  $2 \times 1$  tablettá (vagy  $2 \times 35$  csepp) reggel és este étkezés előtt.

súlyos esetekben: az adag progressiven emelendő napi 2–4 tablettára (illetve  $3-4 \times 35$  csepre). Szükség esetén – néhány napig – ennél több ( $3 \times 2$  tbl.) is adható.

súlyosabb esetekben: a napi adagot esetenként úgy kell megállapítani, hogy a symptomatológia optimális kontrollja lehetséges legyen.

**Gyermekeknek:** 0–6 éves korig naponta  $3 \times 2$  csepp/testsúlykg.

A tabletták adagolása:

0– 6 hónapos korig	$2 \times \frac{1}{4}$ tablettá
7–12 hónapos korig	$2 \times \frac{1}{2}$ tablettá
1– 6 éves korig	$2 \times 1$ tablettá
6–12 éves korig	$3 \times 1$ tablettá

**MELLEKHATÁSOK:** Relatív nagy adagok esetében ritkán előfordulhat émelygés, szédülés, aluszékonyság, nyugtalanság, bőrvizketés, puffadás.

Megfelelő adagolás mellett ezek a mellékhatások nem jelentkeznek. Túladagolás miatt bekövetkezhethet REASEC-mérgezés (légzési depressio, coma) antidotuma a Nalorphin.

**Csomagolás:** 20 tablettá 7,70 Ft  
15 ml-es üveg 15,80 Ft

**MEGJEGYZÉS:** ++

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

**Gyártja:** Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest, a Janssen céggel történő tudományos együttműködés alapján.