



Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok

Előadás kivonatok



2025.10.02. – 2025.10.04.



6720 Szeged, Somogyi u. 7.,

MTA TABT Szegedi Akadémiai Bizottság (SZAB
Székház)



Magisztrális készítmények a bőrgyógyászatban 2025-ben

dr. Kui Róbert; dr Dobson Szabolcs

Szeged

2025. 10. 03.

Alapfogalmak

- ***Mi a gyógyszer?*** Bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére alkalmazható termékként jelenítenek meg, vagy azok az anyagok vagy keverékei, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében az emberi szervezetben vagy emberi szervezeten alkalmazhatók.
- ***Mi a magisztrális gyógyszer?*** Az a gyógyszerkészítmény, amelyet a gyógyszerész a gyógyszertárban a Magyar, illetve Európai Gyógyszerkönyv (a továbbiakban: Gyógyszerkönyv) vagy a Szabványos Vényminta Gyűjtemény (Formulae Normales - Fo-No) (a továbbiakban: Vényminta Gyűjtemény) rendelkezései alapján, orvosi előírásra vagy a Gyógyszerkönyv szerint saját kezdeményezésére készít és a gyógyszertár által ellátott betegek kezelésére szolgál.

(2005. évi XCV törvény)

A Formulae normales név történelmi eredete

1) **Magistraliter írott (formula magistralis)**: az orvos a gyógyszert egyénre szabottan, minőségi és mennyiségi összetétellel és az elkészítés módjával rendelte (a Magister, azaz az orvos által összeállított gyógyszer).

2) **Hivatalos formula (formula officinalis szerinti)** rendelés: a gyógyszerkönyvben feltüntetett néven, az összetételt nem részletezve történt a rendelés.

3) **Normaliter (formula normalis szerinti)** rendelés: az orvos az **1898 évi 99.000 sz. belügyminiszteri körrendelet**hez csatolt szabályzat értelmében **nyilvános felügyelet alatt álló alapok, betegsegélyező pénztárak költségeire gyógyszereket a kijelölt vényminták alapján rendelt.**

Magisztrális gyógyszerrendelés Magyarországon

- több millió vény évente
- Formulae Normales készítmények: 10-15%
- egyedileg összeállított magisztrális vény: 85-90%
- kb. 3500-4500 különböző készítmény
- www.magisztralisvenyek.hu
1172 vény (2020-ban készült)



Magisztrális készítmények előnyei

- **Olcsó**
 - „Hármas kenőcs” 100 g: 1.100,-Ft
 - „Ung. ad vulnera” 100 g: 660,-Ft
 - „Karbamidos puhító 10%” 100g: 1.510,-Ft
 - „Hűtőkenőcs” 100g: 570,-Ft
- **Egyénreszabott**
- **Hiánypótló** (amikor nincs vagy hiánycikk a gyári késztermék)

A magisztrális gyógyszerek készítésének és alkalmazásának problémái

- Túlnyomó többségük mögül hiányoznak a klinikai vizsgálatok (evidence based korszak előtti szemlélet)
- Ezzel együtt elhalványultak a preindusztriális orvoslás és gyógyszerészet bizonyos rendezőelvei, illetve ezek már nem kapcsolhatók össze a modern hatóanyagokkal és segédanyag-rendszerekkel
- Sok a hagyomány/öröklés útján fennmaradó készítmény, amelyeknél „mutációk” alakulnak ki
- Gyári készítmények hozzákeverése (stabilitási, kompatibilitási, hatásossági kérdőjelek)
- Az összetételeknél a hatásági, orvosszakmai, gyógyszerészeti szabályozás szuboptimális szintje vagy hiánya – **REFORMOK szükségesek**



PÉCSI

TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS



A bőr és a bőrfüggelékek mikotikus infekciói

Dr. Szlávicz Eszter

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika

Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház

Balatonfüred, Tagore Medical Center

Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok (Szeged, 2025.10.02-04.)

Bőrpatógén gombák osztályozása

- A valódi rendszertani kategóriáktól eltérő
- Kórokozó képesség alapján: obligát/fakultatív patogén és apatogén
- Morfológiai jegyek alapján: penész/sarjadzó/dimorf
- **Dermatophytonok**: 3 formanemzetség, valójában magas keratináz aktivitású penészek



Microsporum spp.

- *M. canis* (z)
- *M. audouinii* (a)
- *M. ferrugineum* (a)

Nannizzia spp.

- *N. gypsea* (g)
- *N. fulva* (g)
- *N. nana* (g)



Epidermophyton spp.

- *E. floccosum* (a)



Trichophyton spp.

- *Tr. interdigitale* (a)
- *Tr. rubrum* (a)
- *Tr. schoenleinii* (a)
- *Tr. tonsurans* (a)
- *Tr. erinacei* (z)
- *Tr. mentagrophytes* (z)
- *Tr. verrucosum* (z)

Antropophil (a), geophil (g) zoophil (z)

Dermatofitózisok:

- 1. Epidermomycosis:** Tinea corporis; Tinea cruris; Tinea pedis; Tinea manus; Tinea facialis
- 2. Onychomycosis:** Tinea unguium
- 3. Trichomycosis:** Tinea capitis; Tinea barbae; Microsporia; Kerion Celsi; Favus; Folliculitis mycotica

Candida infekcióhoz társuló manifesztációk:

- Erythema intertrigo
- Pelenka dermatitis
- Interdigitális candidiasis
- Onychomycosis
- Paronychia candidomycetica
- Orális candidiasis
- Anguláris cheilitis
- Vulvovaginális candidiasis
- Balanitis
- Krónikus mucocután candidiasis

Malassezia kolonizációhoz társuló elváltozások:

- Pityriasis versicolor
- Malassezia folliculitis
- Seborrhoeás dermatitisz
- Korpásodás
- Atópiás dermatitis “head and neck” szubtípusa

Diagnosztika, rezisztencia

Klasszikus módszerek- tenyésztés vagy szövettani eljárás:

Sabouraud agar, rizsagar, CHROM-agar, PAS-reakció, Grocott-Gömöri festés, mucikármin és alciánkék festés

Szerológiai vizsgálatok: aspergillosis, cryptococcosis, candidiasis

Tömegspektrometriás módszer: MALDI-TOF

Molekuláris diagnosztika:

- Konvencionális és Real-Time PCR
- Új-generációs szekvenálás (ITS analízis)

Rezisztencia analízis: *Candida*, *Aspergillus* fajokra főként

Lokálisan alkalmazható antimikotikumok

1. Alkoholok, aldehidek, karbonsavak:

felületi fertőtlenítők, bórsav és származékai, (formaldehid)

2. Jód és vegyületei: kálium-jodid, povidon-jód

3. Kvaterner ammoniumvegyületek: benzalkónium-klorid

4. Kén/szeléntartalmú vegyületek:

cink-pirition, szelén-diszulfid, tolnaftát

4. Pyridon származék: ciclopirox-olamine

5. Morfolin származék: amorolfin

6. Azolvegyületek

Imidazolok: klotrimazol, bifonazol, ketokonazol, izokonazol

Triazolok: efinakonazol

7. Allilamin származék: terbinafin, naftifin

8. Polyén vegyületek: nisztatin, natamicin

9. Leucil-tRNS szintetáz inhibitor: tavaborol

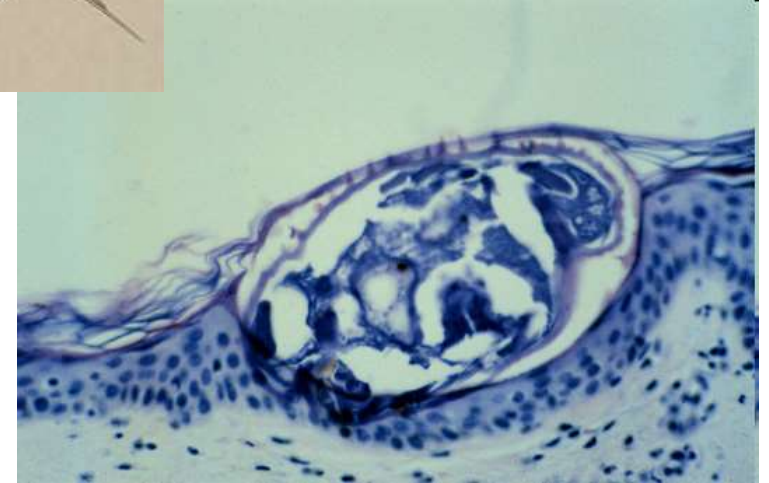
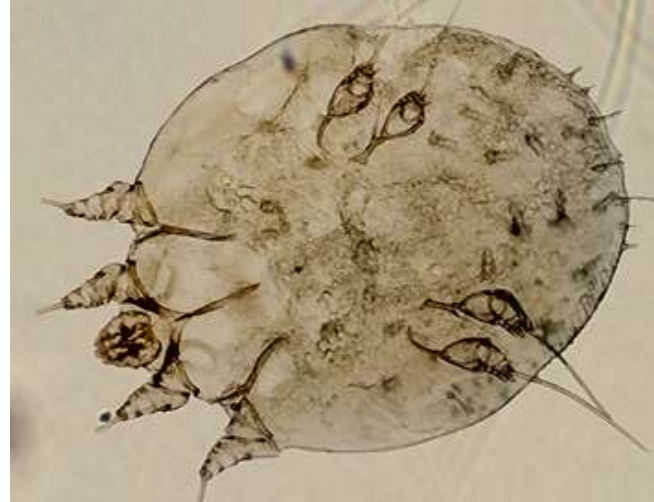
Leggyakrabban alkalmazott szisztémás antimikotikumok, dermatológiai indikációban

Hatóanyag	Célpont	Alkalmazás
Terbinafin	Dermatophytonok	Orális, helyi
Flukonazol	Candida	Orális (i.v. is!)
Itrakonazol	Candida, Dermatophytonok	Orális

Scabies

Dr. Belső Nóra

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika



Innate és adaptív immunválaszok scabies fertőzésben



Klinikai manifesztáció 4-6 héttel a fertőzés után

Immunválasz:

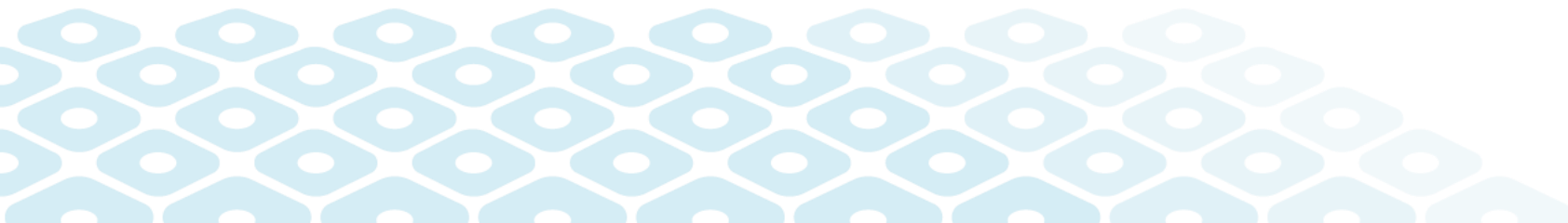
Perivascularis infiltráció (eozinofil, neutrofil, limfocita)

Proinflammatoros citokin szekréció (IL-4, IL-5, IL-13)

IgE mediált (I-es típusú túlérzékenységi reakció)

T-sejt mediált (IV-es típusú túlérzékenységi reakció)

Scabies Norwegica: ↑ atka specifikus IgG4 és ↑ IgE



Pruritogen mediátorok (fertőzött vs egészséges bőr)



nem-hisztaminerg viszketésmediátorok szintje szignifikánsan emelkedett

- PAR2 receptorok
- Periosztin
- TSLP (thymic stromal lymphopoietin)
- IL-31 epidermális expressziója, IL-31 pozitív makrofágok
- TH2-típusú citokinek: IL-4, IL-13
- triptázt termelő hízósejtek
- CCR4+ TH2 sejtek
- bazofilek és eozinofilek

a hisztamin pozitív bőrsejtek száma szignifikánsan alacsonyabb

A scabies diagnózisa az IACS ajánlása alapján

- ◆ Biztos scabies diagnózis (az alábbiak közül legalább az egyik):
 - ◆ Fénymikroszkópos vizsgálattal látható atkák, peték vagy ürülék
 - ◆ Nagy teljesítményű képalkotó eszközzel láthatóvá tett atkák, peték vagy ürülék
 - ◆ **Dermoszkópiával láthatóvá tett atkák**
- ◆ Klinikai diagnózis (az alábbiak közül legalább az egyik):
 - ◆ Scabieses járat
 - ◆ A férfi nemi szerveket érintő jellegzetes elváltozások
 - ◆ Jellemző eloszlású jellegzetes elváltozások és két történeti jellemző
- ◆ Scabies gyanúja (a következők közül az egyik)
 - ◆ Tipikus eloszlású tipikus elváltozások és egy történeti jellemző
 - ◆ Atipikus elváltozások vagy atipikus eloszlás és két történeti jellemző
- ◆ Történeti jellemzők
 - ◆ H1: Viszketés
 - ◆ H2: Pozitív kontaktusos anamnézis

Dermoscopos jelek



- ◆ Keressük a 3+1 repülő tárgyat!
 - ◆ Boomeráng – atka járat
 - ◆ Papírsárkány – atka rágói
 - ◆ Jet kondenzcsíkkal – atka + járat
 - ◆ Hógolyó – atka (csak UV dermatoscoppal látható)

Európai irányelv a scabies kezelésére

Recommended treatments

Permethrin 5% cream
repeat once after 7-14 days

OR

Ivermectin *p.o.* - 200 µg/Kg
repeat after 7 days
(incl. in mass population treatment)

OR

Benzyl benzoate lotion 10-25%
on days 1, 2 and
repeat after 7 days

Alternative treatments

Malathion
0.5% aqueous lotion

OR

Ivermectin
1% lotion

OR

Sulfur 6-33% as cream,
ointment or lotion
on 3 successive days

OR

Synergized pyrethrins
foam

Crusted scabies

A topical scabicide
daily for 7 days then
2x weekly until cure

AND

Ivermectin *p.o.* - 200 µg/Kg,
on days 1, 2, 8.
Severe cases: days 1, 2, 8, 9, 15 ± 22, 29

- **Topical treatment** should be applied to all skin regions at night and left in place for 8-12 hours.
- **Clothing, bedding, towels** etc: machine washed, dry-cleaned, or sealed in plastic bag for one week.
- A **follow-up visit** two weeks after completion of treatment for a test of cure by microscopy examination.



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS



Pszichodermatológiai esetek a gyakorlatban

Dr. Szlávicz Eszter

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika

Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház

Balatonfüred, Tagore Medical Center

Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok (Szeged, 2025.10.02-04.)

1. Pszichofiziológiai bőrbetegségek
2. Bőrbetegségek kifejezett pszichés tünetekkel
3. Pszichiátriai betegségekhez társuló bőrtünetek

(Acta Derm Venereol, 2016)

Pszichodermatológiai megbetegedések figyelemfelkeltő jelei



Krónikus bőrbetegség esetén pszichés distresszre utal:

- Szorongásos tünetek
- Ingerlékenység, indulatkezelési problémák
- Ingadozó, mélyen fekvő vagy kórosan emelkedett hangulat
- Alvászavarok
- Koncentrációs nehézségek
- A teljesítmény csökkenése
- Étvágy változása
- Direkt vagy indirekt szuicid gondolatok

Primer pszichiátriai zavar gyanúja:

- Szabályos, akár geometriai formákat utánzó bőrtünetek
- Nem gyógyuló sebek szokatlan anatómiai régiókban
- A beteg által jól elérhető területekre lokalizált léziók
- Letakarva gyors gyógyulás
- Többfajta testmódosító beavatkozás
- A beteg szokatlan magatartása, viszonyulása a tüneteéhez
- Pszichiátriai betegség az anamnézisben

Krónikus bőrbetegséghez társuló mentális problémák

- Pszichoszociális tényezők, stressz szerepe a tünetek kialakulásában, felerősödésében és fennmaradásában
- Pszichés problémák a betegség következményeként

Legfontosabb példák:

- pikkelysömör
- atópiás dermatitisz (Franz Alexander, 1950; Holy Seven)
- akne, rozácea, szeborrhoás dermatitisz, hidradenitisz szuppurativa
- krónikus urtikária
- alopecia areata és egyéb alopeciák
- vitiligo

Pszichodermatológiai betegségek 2.



Pszichiátriai betegségekhez társuló bőrtünetek

bőrbetegség nem áll fenn, a beteg saját magának okoz tüneteket

CSOPORTOSÍTÁS:

A) Kényszeres és kapcsolódó zavarok (DSM-5)

- testdiszmorfiás zavar (BDD, body dysmorphic disorder)
- neurotikus excoriációk (skin picking, acne excoriée)
- trichotillománia

B) Fakticiózus tünetek

- személyiség zavar (borderline personality disorder, BPD), pszichózis
- Münchausen és Münchausen by proxy szindróma

C) Deluzív zavarok: Ekbon szindróma, deluzív BDD, bromhidrózis

PSZICHOTERÁPIA

- Relaxációs és szimbólum terápiák
- Hipnoterápia
- CBT (kognitív viselkedésterápia)
- Szupportív pszichoterápia
- (Analitikus terápiák)

FARMAKOTERÁPIA

- Antidepresszívumok: SSRI és SNRI-ok
- Anxiolitikumok
- Atípusos, újgenerációs antipszichotikumok: olanzapin, riszperidon (deluzív kórképek)

Konzultáció: pszichiáter, pszichológus /pszichoterapeuta

Bőrdaganatok sebészi ellátása

Dr. Vass Gábor

Bőrdaganatok csoportosítása

- Jóindulatú daganatok
- Praecancerosisok
- In situ carcinomák
- Rosszindulatú daganatok
 - nem-melanoma
 - melanoma malignum

Diagnosztika és biopszia

- Excízió vagy incízionális biopszia
(shave és punch biopszia)
- Kimetszés iránya: Langer-vonalak, RSTL
- Metszésvezetés, varrat technikák

Nem-melanoma bőrrákok

- Basalioma: nodularis, superficialis, morpheiform, pigmentált
- Spinalioma: 15–20% nyirokcsomó metasztázis
- Kimetszési biztonsági zónák:

EADO (European Association of Dermato-Oncology)
ajánlás

Basalioma: alacsony rizikó: 3-4 mm

magas rizikó: 5 mm

Spinalioma: alacsony rizikó: 5 mm

magas rizikó: 6–10 mm

Melanoma kezelése

- In toto kimetszés (1-3 mm), csak speciális esetekben biopszia
- Őrszem nyirokcsomó biopszia: prognosztikai érték
- Blokkdiszekció: terápiás / palliatív indikációval
- Modern szemlélet: radikalitás csökkentése, komplex onkológiai team

Rekonstrukció és új terápiák

- Primer varrat, bőráttűtetés, helyi és távoli lebenyek, szabadlebenyek
- Szövetexpanderek
- Elektrokemoterápia (ECT)
- Kozmetikai és funkcionális eredmény
kiemelten fontos

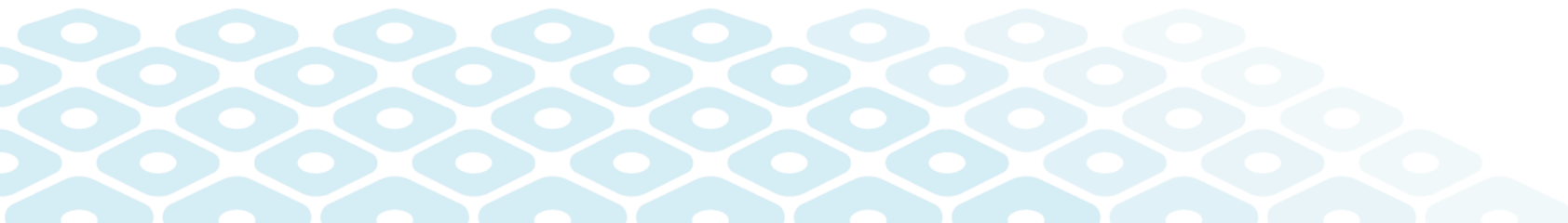
Dermatopatológia-Gyulladásos bőrbetegségek

Korom Irma

Továbbképző napok Szeged 2025

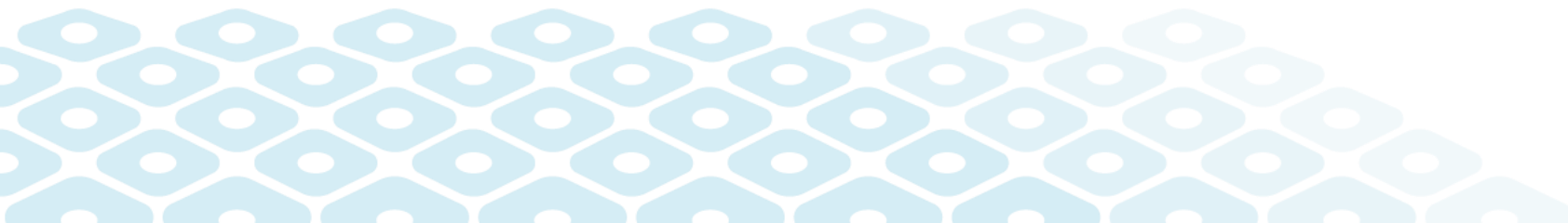
A gyulladásos bőrbetegségek csoportjai

- ◆ specifikus dermatosisok
(atópiás dermatitis, psoriasis)
- ◆ cutan infekciók
- ◆ gyógyszerexanthema
- ◆ secunder folyamatok (fekély)
- ◆ szisztémás betegségek bőrtünetei



Mikor vegyünk szövettant?

- ◆ klinikai diagnózis megerősítése
- ◆ kihívás a diagnózis
- ◆ atypusos klinikai megjelenés
- ◆ differenciál diagnosztikai probléma



Majd a szövettan megmondja....



DE

- ◈ a szöveti kép sokszor nem specifikus
- ◈ mintázat látható
(pl. spongioticus, psoriasiform, interface...)
- ◈ klinikai információ nélkül ne várjunk „végső diagnózist”
- ◈ leírás, foto
- ◈ lefolyás
- ◈ előzetes kezelések
- ◈ klinikai iránydiagnózis(ok)

Biopsia ideje és helye

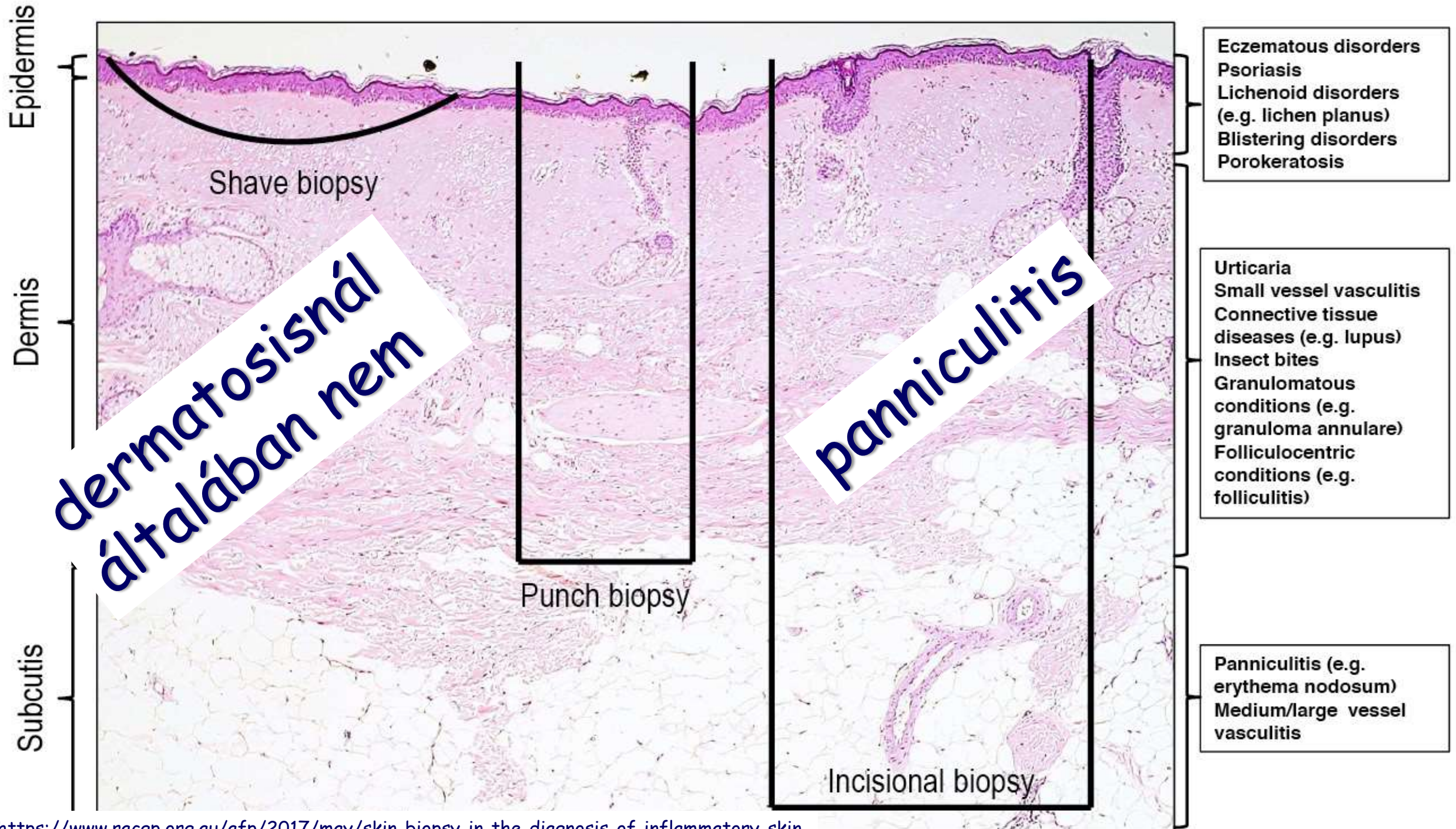
Lesio kora

- ♦ vasculitis: 48-72 h
- ♦ DIF: <24h

Ne legyen secunder elváltozás

Friss / jól kifejezett / reprezentatív

- ♦ hólyagos betegség: új elváltozás
- ♦ psoriasis: típusos, jól kifejezett
- ♦ LE, morphea: régebben fennálló



Bőrbíopsia

Megfelelő klinikai adatok

- ◆ leírás
- ◆ diff.dg
- ◆ lefolyás
- ◆ kezelés



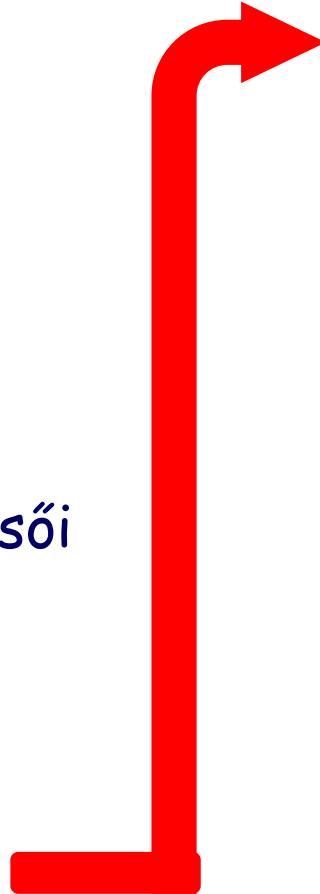
Megfelelő lézió kiválasztása

- ◆ viszkető, vesicula: korai
- ◆ vasculitis: kifejezett
- ◆ psoriasis, LE, fibrotizáló: késői
- ◆ kezeletlen



Bíopsia helye

- ◆ lézió progrediáló része
- ◆ ép-kóros határ



Bíopsia fajtája

- ◆ feltételezett dg alapján: a bőrben hol várható az eltérés



Milyen minta/vizsgálat szükséges

- ◆ hólyagos, LE, vasculitis: DIF
- ◆ infekció: tenyésztés
- ◆ lymphoma: konzultáció!



Klinikopathológiai korreláció, konzultáció!

Dermatopatológia - Daganatos bőrbetegségek

Varga Erika

Továbbképző napok Szeged 2025.

Szövetteni diagnosztika



- ◆ **in vivo konfokális mikroszkópia**
- ◆ **ex vivo konfokális mikroszkópia**

- ◆ klasszikus morphologia
- ◆ speciális festések
 pl: PAS, PASD: glycogen, nyák
- ◆ immunhistochemia

- ◆ **molekuláris pathologia**

Spitz ≠ spitzoid

Genetikai eltérések: meghatározó szerep, morphologia segíthet

Spitz tumorok

1. Spitz naevus
2. Atypusos Spitz tumour-AST
3. Spitz melanoma

Spitzoid melanoma malignum

- ◆ BRAFV600E / NRASQ61R
- ◆ spitzoid = nem Spitz genetikai eltérés

Spitz melanocytás elváltozások

HE

IH

- ◆ ALK, ROS1, NTRK
- ◆ BRAFV600E, NRAS Q61R
- p16, MelanA, HMB45, Ki67



Intermedier malignitás
/ malignus

További vizsgálatok

- ◆ FISH
- ◆ molekuláris genetikai vizsgálat
- ◆ konzultációs központ

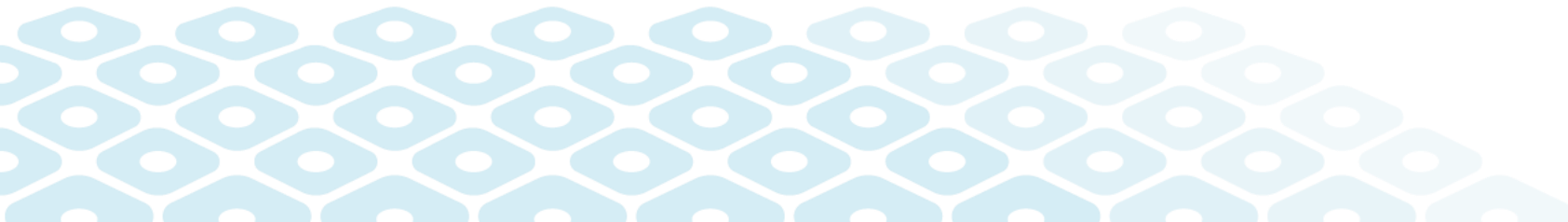
Benignus

- ◆ az elváltozások többsége



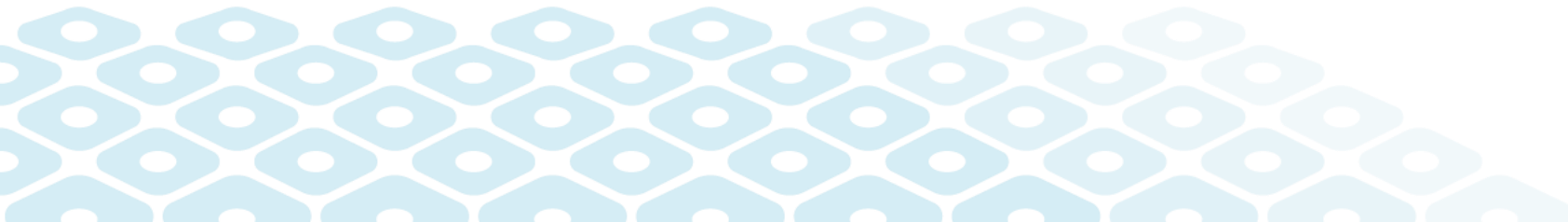
Angiosarcoma

- ♦ idiopathiás: idősek, arc, hajas fejbőr
- ♦ lymphoedema talaján: Stewart-Treves sy
- ♦ postirradiációs: emlőtumor kezelése után!



Szövettan + molekuláris pathológia

- ◆ dermatofibrosarcoma protuberans
- ◆ óriás celluláris fibrosus histiocytoma



Genodermatosisek klinikai formái és diagnosztikája a gyakorlatban

Dr. Nagy Nikoletta

SZTE ÁOK Orvosi Genetika Intézet, Szeged
HUN-REN Funkcionális Klinikai Genetikai Kutatócsoport, Szeged

Bőrgyógyászati Továbbképző Napok
Szeged, 2025. október 2-4.

Genetikai vizsgáló módszerek detektálási spektrumának összehasonlítása

		Aneuploidy	Balanced SV	CNV	STR expansion	SNV/indel	Methylation
Genome wide	Karyotype	✓	✓	>5-10Mb	–	–	–
	CMA	✓	–	>50 kb	–	–	–
	OGM	✓	✓	✓	(✓)	–	–
Targeted	FISH	✓	✓	✓	–	–	–
	Sanger sequencing	–	–	–	–	✓	–
	Fragment length	✓	–	–	✓	–	–
	MLPA	✓	–	✓	–	–	✓
MPS	Panel	–	–	(✓)	–	✓	–
	Exome sequencing	✓	–	(✓)	–	✓	–
	WGS	✓	(✓)	✓	(✓)	✓	–
LR-WGS		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Brackets, detects in specific cases. CMA, chromosomal microarray; OGM, optical genome mapping; MLPA, multiplex ligation-dependent probe amplification; MPS, massively parallel sequencing.

Albinizmus klinikai tünetek és genetikai háttér

Definíció

A melanin csökkenése vagy teljes hiánya jellemző a bőrben, a hajban és a szemekben. A szindrómás formákban más, nem dermális, nem szemészeti tünetek is kialakulhatnak.

Genetikai háttér

23 kóroki gén ismert albinizmusban. Autoszómális recesszív vagy X-hez kötött recesszív öröklődésment jellemzi.



<https://www.visioncenter.org/conditions/albino-eyes/>

Okulokután és okuláris albinizmus

Gén	Klinikai típus	Az összes eset hány %?
<i>TYR</i>	Okulokután albinizmus 1-es típus	42%
<i>OCA2</i>	Okulokután albinizmus 2-es típus	28%
<i>TYRP1</i>	Okulokután albinizmus 3-es típus	2.1%
<i>SLC45A2 (MATP)</i>	Okulokután albinizmus 4-es típus	11%
<i>SLC24A5</i>	Okulokután albinizmus 6-es típus	3%
<i>LRMDA (C10orf11)</i>	Okulokután albinizmus 7-es típus	<1%
<i>DCT (TYRP2)</i>	Okulokután albinizmus 8-es típus	<1%
<i>GPR143 (OA1)</i>	Okuláris albinizmus 1-es típus	7%

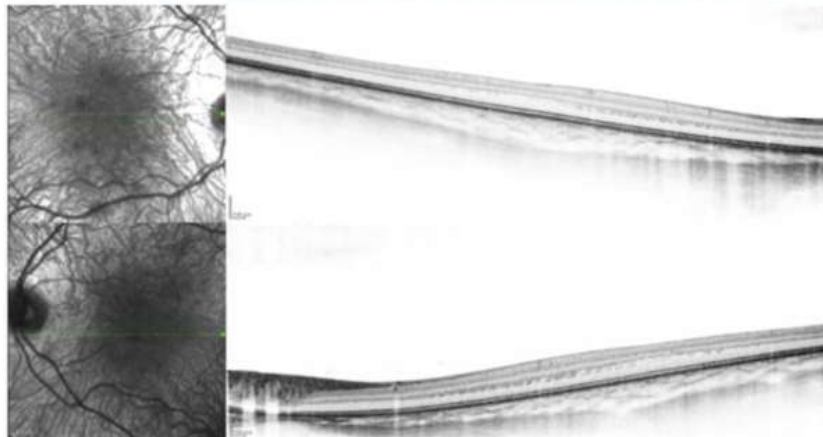
Szindrómás albinizmus

Gén	Klinikai típus	Az összes eset hány %?
<i>AP3B1</i> <i>AP3D1</i> <i>BLOC1S3</i> <i>BLOC1S5</i> <i>BLOC1S6</i> <i>DTNBP1</i> <i>HPS1</i> <i>HPS3</i> <i>HPS4</i> <i>HPS5</i> <i>HPS6</i>	Hermansky-Pudlak syndrome	4%
<i>LYST</i>	Chediak-Higashi syndrome	<1%
<i>MLPH</i> <i>MYO5A</i> <i>RAB27A</i>	Griscelli syndrome	<1%

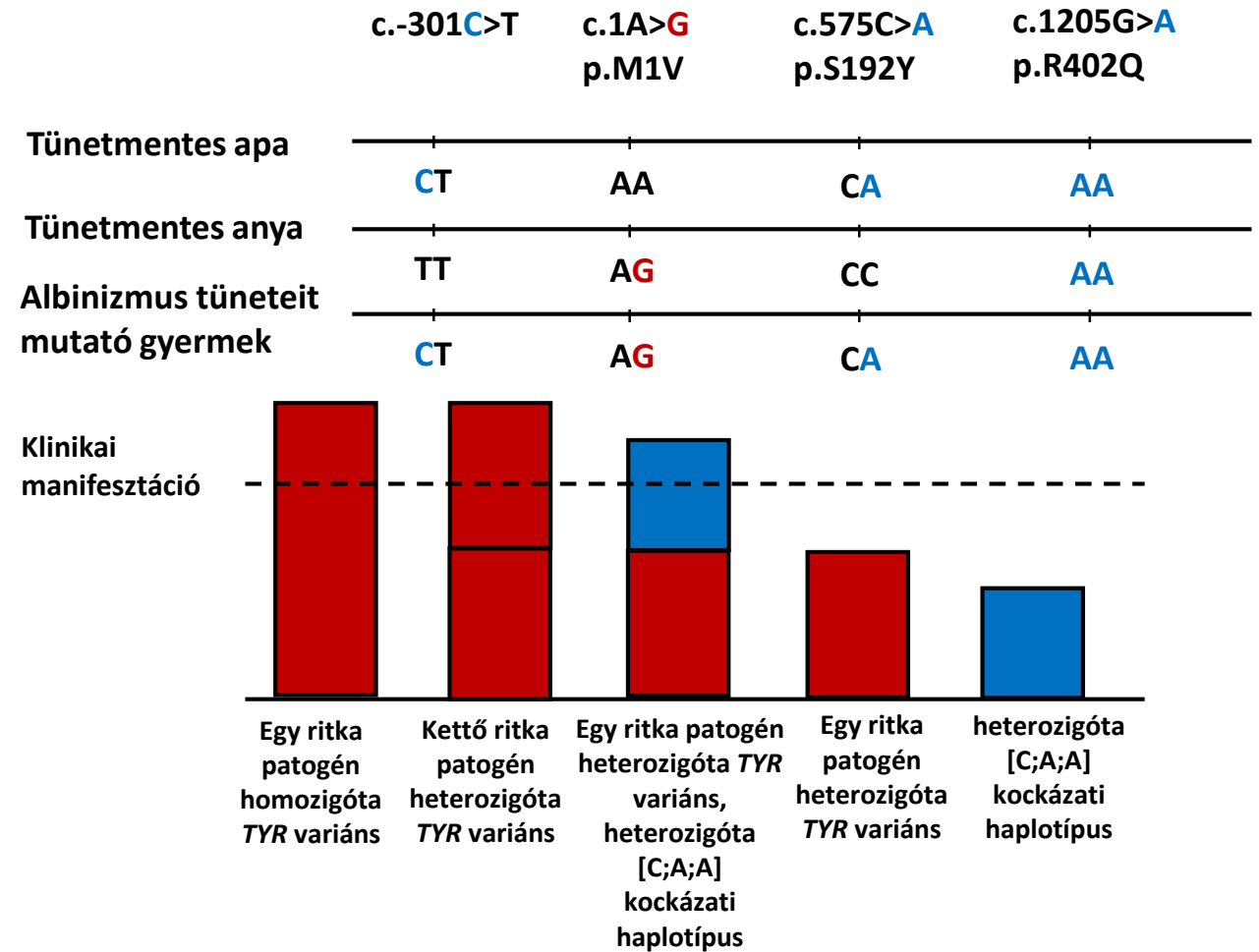
Thomas MG, Zippin J, Brooks BP. Oculocutaneous Albinism and Ocular Albinism Overview.

GeneReviews® 2023 Apr 13.

Albinizmusban érintett beteg genetikai hátterének vizsgálata

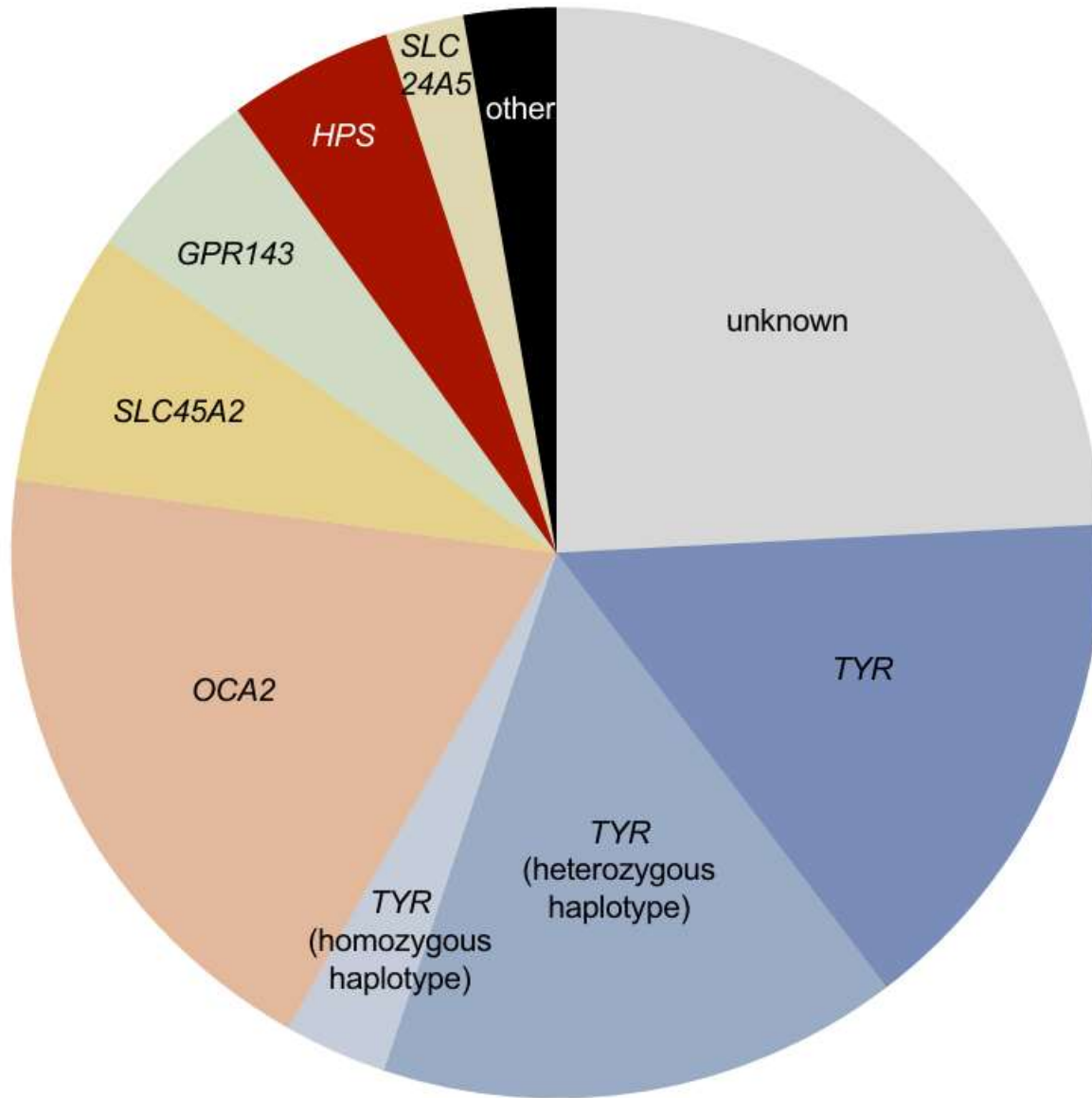


A tirozináz (TYR) génen azonosított variánsok



Nagy N, Abdolreza A, Pál M, Bokor BA, Barcsay-Veres A, Varga NÁ, Medvecz M, Szabó V, Széll M. Oculocutaneous albinism type 1B associated with allelic combination of a risk haplotype. J Dermatol Sci. 2025 Jun;118(3):101-103.

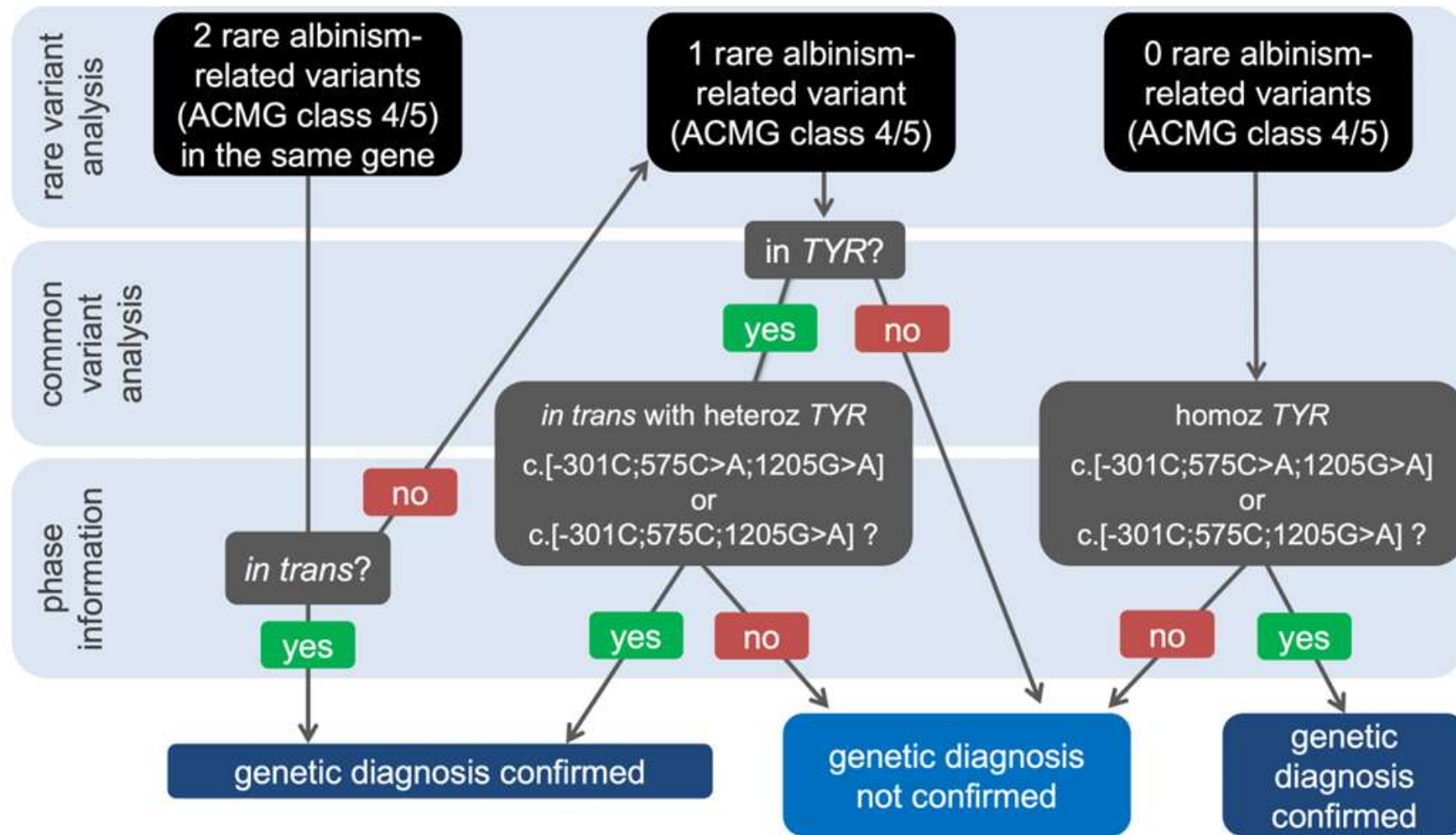
A kockázati haplotípus azonosításának klinikai jelentősége



**Albinizmusban érintett betegek (n=1208)
genetikai vizsgálata kapcsán kapott
leggyakoribb kóroki gének eloszlása**

Michaud V, Lasseaux E, Green DJ, Gerrard DT, Plaisant C; UK Biobank Eye and Vision Consortium; Fitzgerald T, Birney E, Arveiler B, Black GC, Sergouniotis PI. The contribution of common regulatory and protein-coding TYR variants to the genetic architecture of albinism. Nat Commun. 2022 Jul 8;13(1):3939.

A diagnosztikus algoritmus változása albinizmusban



Sergouniotis PI, Michaud V, Lasseaux E, Campbell C, Plaisant C, Javerzat S, Birney E, Ramsden SC, Black GC, Arveiler B. A multilayered approach to the analysis of genetic data from individuals with suspected albinism. J Med Genet. 2023 Nov 27;60(12):1245-1249.

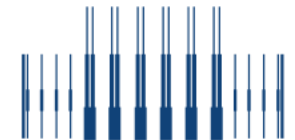


GYAKORI GYERMEKBŐRGYÓGYÁSZATI KÓRKÉPEK

Dr. Csoma Zsanett Renáta

Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok
2025.10.02-04.

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Speciális megfontolások

- Életkori sajátosságok



- Helyi és szisztémás gyógyszerek alkalmazhatósága és dozírozása



- Jellegzetes betegségek korcsoportok szerint



- Jellegzetes lefolyás és tünettan



- Kommunikáció: orvos-beteg-szülő „hármasság”

Gyermekgyógyászati formulációk: elvárás és a jövő

- Pontos adagolhatóság
- Legritkább adagolás és legkisebb beadási mennyiség
- Segédanyagok (benzil-alkohol, propilenglikol, laktóz, glutén)
- Alkoholmentesség
- Illat és színanyag korlátozott alkalmazása, ízhatás
- Megfelelő stabilitás
- Igazodjon az életvitelhez
- Pontos és érthető gyógyszerinformáció
- Kölcsönhatás (ételek, enterális tápszerek)
- Korosztályonként megfelelő formulációk
- Gyermekbiztos zárás
- Gazdaságos előállítás, forgalmazás



ÚJSZÜLÖTT-ÉS CSECSEMŐKOR

- Újszülöttkori, tranziens, benignus bőrelváltozások
- Erythaema toxicum neonatorum
- Sebaceus hyperplasia
- Milia, miliaria
- Naevus simplex, haemangioma precursor léziók
- Infantilis haemangioma
- Dermális melanocytosis
- Atópiás és seborrhoeás dermatitis

ÓVODÁS-ÉS KISGYERMEKKOR, KISISKOLÁSKOR

- Infekciók
- Virális fertőzések: molluscum contagiosum, verruca plana, verruca vulgaris, varicella, roseola infantum,
- Bakteriális fertőzések: impetigo, egyéb gennykeltő baktériumok által okozott kórképek
- Mycoticus fertőzések: tinea corporis, kerion Celsi
- Ekcematosus kórképek
- Exanthemák (infekciózus-nem infekciózus)

SERDÜLŐKOR

- Krónikus gyulladásos bőrbetegségek
 - Atópiás dermatitis
 - Acne vulgaris
 - Psoriasis vulgaris
 - Alopecia areata
-
- A krónikus bőrgyógyászati betegségek pszichés vetületei!

Vakcináció jelentősége a bőrgyógyászatban

Fókuszban az immunmoduláló –immunszuppresszív kezelés

Kulcsár Andrea

Védőoltás szakrendelő



DÉL-PESTI CENTRUMKÓRHÁZ
ORSZÁGOS HEMATOLÓGIAI
ÉS INFEKTOLÓGIAI INTÉZET

OLTÁS IDŐZÍTÉSE: Eredményes és biztonságos oltás a cél!

- **Immunszuppresszív / Immunmoduláló kezelés előtti feladat legyen!**
- **Kezelést halasztani/ felfüggeszteni oltás miatt NEM KELL**
- **Oltás NE a kezelés napján**
- **Oltani kezelés mellett is lehet – szabályok betartása!**



Immuszuppresszív kezelés mellett:

ÉLŐ gyengített kórokozó tartalmú oltás **szabadon NEM ADHATÓ**

- bárányhimlő (VZV)
- kanyaró-rubeola-mumpsz (MMR)
- sárgaláz (YF)

Immunmoduláló kezelés mellett (IL-4,IL-13,IL-5,IgE inhibitor):

ÉLŐ gyengített kórokozó tartalmú oltás **ADHATÓ**

- bárányhimlő (VZV)
- kanyaró-rubeola-mumpsz (MMR)
- sárgaláz (YF)



Ann Allergy Asthma Immunol 133 (2024) 286–294

Contents lists available at ScienceDirect



Original Article

A systematic review and expert Delphi Consensus recommendation on the use of vaccines in patients receiving dupilumab: A position paper of the American College of Allergy, Asthma and Immunology



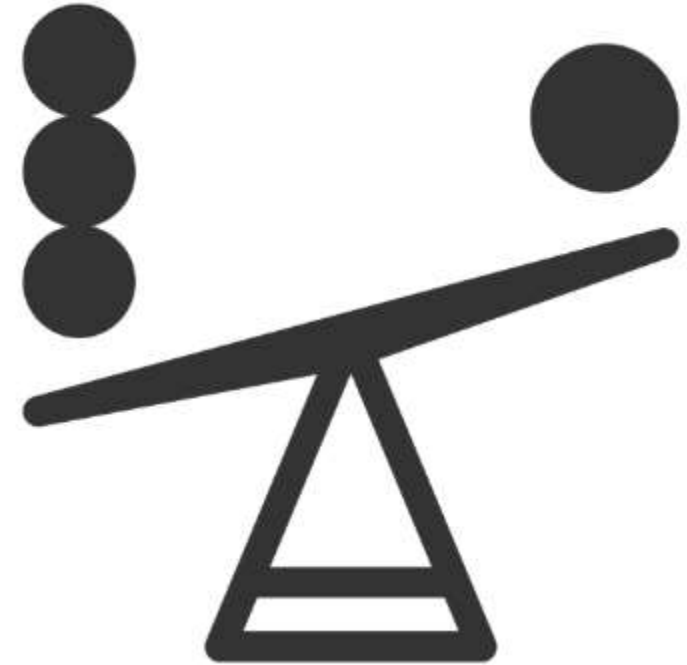
Döntés szempontjai

Megelőzhető fertőzés veszélye

- Járványhelyzet, Herd immunitás
- Páciens oltottsága
- Páciens szerostátusza

Oltás teoretikus / reális veszélye

- Alkalmazott szer hatásmechanizmusa
- Páciens immunstátusza
- Páciens oltottsága, oltási válaszkészsége





Szűrővizsgálatok IL-4, IL-5, anti IgE monoclonális antitest alkalmazása előtt

HBV szűrés nem kötelező, de ha igen, akkor HBsAg, HBcIgG, antiHBs

Parazitológiai szűrés (leginkább benralizumab) (dupilumab esetén haszna kérdéses)

TBC szűrés

!!!

mepolizumab – zoster RZV

dupilumab - keratitis non - infectiosus vagy ritkán HSV



VMB szűrővizsgálatok immunmoduláló kezelés előtt: TNF α , IL-17, IL-12/23, JAK inhibitorok

HBsAg – antigén

Anti-HBcIgG – ellenanyag, csak a vírus jelenléte után alakulhat ki

Anti-HBs⁺ – oltás (>1985szül) vagy fertőzés átvészelése után

HAV IgG

Morbilli – rubeola – mumpsz IgG (átvészeltségről nem tud

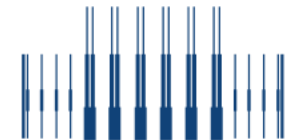
VZV IgG (ha bárányhimlő ellen oltott vagy átvészeltségről nem tud)



Infekciók atípusos bőrtünetekkel gyermekkorban: gondoljunk rá!

Dr. Tajti Zsanett

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
SZTE SZAKK Gyermekgyógyászati Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

- Gyermekkori exanthemák általában fertőzőeses eredetűek
- A fertőzés okozta kiütések 70 %-ban virális eredetűek
- Hirtelen kezdet, több anatómiai régióban
- **Diagnózis – differenciáldiagnózis**
 - Morfológia, lokalizáció, életkor
 - Közösségben, családon belül halmozódás
 - Bevezető és társuló tünetek
 - Enanthema
 - Védőoltások
 - Gyógyszerelés



GYERMEKKORI VÍRUSEXANTHEMÁK

Vesiculosus vírusexanthemák

- Kéz-láb-száj betegség: enterovírusok, coxackie, hepatitis
- Herpes (simplex) infectiók
- Varicella
- Egyéb

Maculopapulosus vírusexanthemák

Specifikus vírusinfekció által

Klasszikus exanthemák

1. Morbilli (kanyaró)- paramyxovírus
2. Skarlát
3. Rubeola (rózsahimlő) – toga vírus
4. Betegség – Filatov-Dukes (rubeola-skarlatinosa)
5. Erythema infectiosum: parvovirus B19
6. Exanthema subitum/Roseola infantum: HHV-6/7

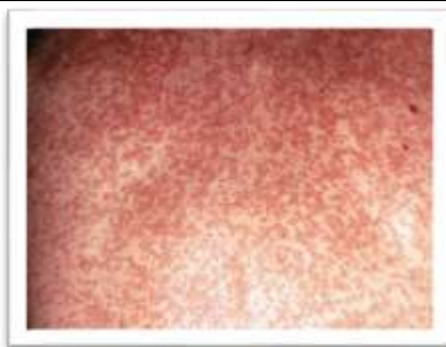
Új/atípusos/paravirális exanthemák

Gianotti-Crosti szindróma
Purpurás-petechiás kesztyű-zokni szindróma (PPGSS)
Aszimmetrikus periflexurális exanthema
Pityriasis rosea
Eruptív pseudoangiomatosis
Mononucleosis szindróma

Nem specifikus vírusinfekció által

A „klasszikusok”

	1. Betegség	2. Betegség	3. Betegség	4. Betegség	5. Betegség	6. Betegség
Elnevezés	Morbilli (kanyaró) 	Skarlát	Rubeola (rózsaáhímlő) 	Filatov-Dukes betegség (rubeola-skarlatinosa)	Erythema infectiosum	Roseola infantum (exanthema subitum, „három napos láz”)
Idő	1900 (Dukes)	1900 (Dukes)	1900 (Dukes)	1900	1905 (Cheinisse)	1910 (Dreyfus)
Kórokozó	Morbilli vírus	Streptococcus pyogenes	Rubella vírus	?	Parvovírus B19	HHV-6, HHV-7
Klinikai tünetek	• Fül mögött induló exanthema, ami a törzs irányába terjed • Koplik folt	• Nyak, hajlatok területéről induló apró erythemás papulák (grízes tapintat) • Perioralis pallor • Málnanyelv	• Erythemás maculo-papulosus exanthema arcon, fülek mögött, ami a törzsre, végtagokra terjed • Forchheimer-jel • Theodor-Klatsch tünet	• Enyhe tünetek • Az exanthemák gyors elmúlása	• Pillangó erythema arcon • Végtagok területén csipkés, girlandos rajzolat • Arthralgia 10 %	• Magas láz után megjelenő maculo-papulosus exanthemák



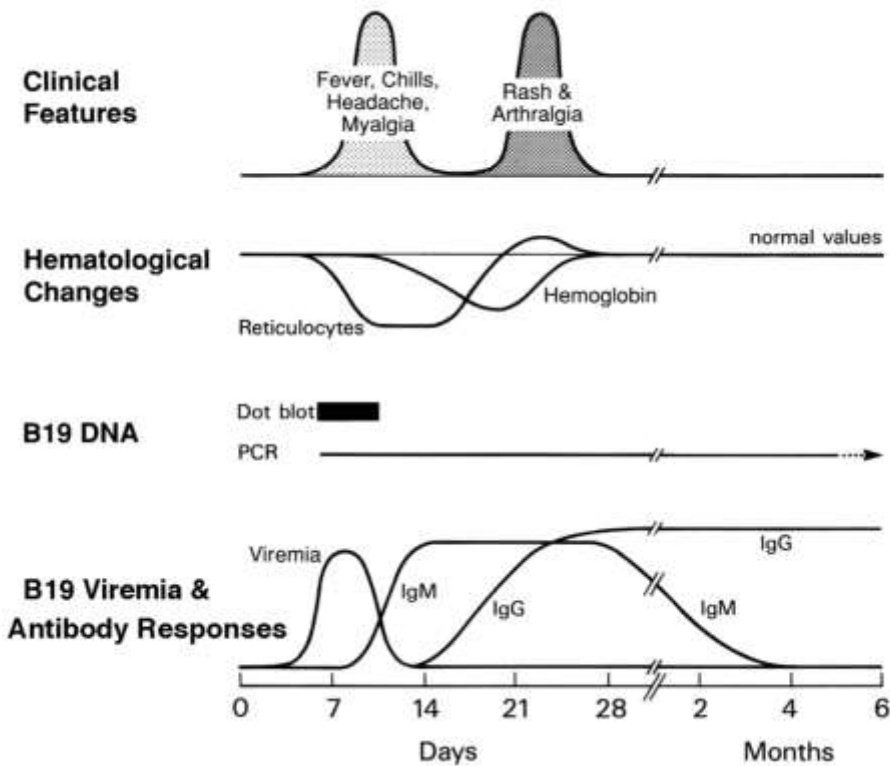
ÚJ EXANTHEMÁK, PARAVIRÁLIS EXANTHEMÁK



- Több lehetséges kórokozó által hasonló bőrtünetet okozó kórképek.
- A bőrtünetek a vírus által kiváltott immunreakció következményei, tehát **a morfológia, és nem az etiológia határozza meg azokat**, és általában több héten át perzisztálnak.
- Új nomenklatúra szerint a paravirális exanthemák csoportja.

Klinikai szindróma	Fő kóroki vírus	Egyéb vírusok
Papuláris acrodermatitis (Gianotti-Crosti szindróma)	Hepatitis B vírus	EBV, COVID-19, számos egyéb vírus
Papuláris-purpurás kesztyű-zokni szindróma	Parvovírus B19	EBV, CMV, számos egyéb vírus
Pityriasis rosea	HHV-7	HHV-6
Gyermekekori akut periflexuralis exanthema	Ismeretlen	Parvovírus B19, HHV-6, HHV-7, EBV, parainfluenza, adenovírus
Eruptív pseudoangiomatosis	Ismeretlen	Parvovírus, enterovírusok, EBV

Vírus szerológia jelentősége



Heegaard ED, Brown KE 2002. Human Parvovirus B19. Clin Microbiol Rev 15:.

A szerológiai vizsgálatok időnként nem megbízhatóak, különösen gyermekek, immunhiányos betegek, illetve atípusos tünetek fennállásakor.

Immunkompromittált betegek illetve a fertőzés akut periódusában szükség lehet PCR módszerre.

- **(ál) negatív PCR:** ha a tünetek megjelenésekor a viraemia már lezajlott
- **(ál) pozitív PCR:** a nukleinsav perzisztencia miatt elhúzódóan, hónapokig

PCR eredmény önmagában nem diagnosztikus az akut fertőzés kimutatására.

Komplett mikrobiológiai diagnosztika - szerológia, PCR, esetenként Western blott) szükséges.

- A módszerek együttes alkalmazása javítja a szenzitivitást.
- Immunkopromittált betegek esetén a PCR módszer használata nélkülözhetetlen.
- Ismételt szerológiai vizsgálat akut fertőzés gyanúja esetén a szerokonverzió igazolása céljából az első mintavételt követően min. 2 héttel később ajánlott.

Majomhimlő & HIV PrEP

(a venerológiai gyakorlat szemszögéből)

Dr. Tamási Béla PhD

Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok

Atípusos klinikum?

- átlagos lappangási idő 6-13 nap
- korai/prodromalis tünetek: láz, izomfájdalom, gyengeség, lymphadenopathia
 - **aktuális járványban: enyhe vagy hiányzó prodroma**
- prodromát követően 1-2 nappal perifériákról centripetálisan terjedő léziók: papula $\Rightarrow$ vesicula $\Rightarrow$ pustula $\Rightarrow$ pörk
 - minden bőrtünet megegyező stádiumban (vs. bárányhimlő)
 - 2-4 hét alatt gyógyul
 - **aktuális járványban: anogenitálisan induló bőrtünetek (proctitist is leírtak), ill. aszinkron léziók (=bárányhimlő)**
- DDx: varicella, herpes, sy II., zoster, molluscum, kéz-láb-száj betegség

MPX nemzetközi tünettan

- N Engl J Med 2022; 387:679-691
- n=528, 16 országból
- átlag életkor: 38 év, 98% MSM
- egyidejű STI: 29% (syphilis, gonorrhoea)
- partnerek átlagos száma: 5/ 3 hó

Table 3. Diagnosis and Clinical Characteristics of Monkeypox in the Case Series.*

Characteristic	All Persons (N = 528)
Suspected route of transmission — no. (%)	
Sexual close contact	504 (95)
Nonsexual close contact	4 (1)
Other or unknown	17 (3)
Household contact	3 (1)
Contact with person known to have monkeypox — no. (%)	135 (26)
Reported clinical features — no. (%)	
Rash or skin lesions	500 (95)
Fever	330 (62)
Lymphadenopathy	295 (56)
Pharyngitis	113 (21)
Headache	145 (27)
Lethargy or exhaustion	216 (41)
Myalgia	165 (31)
Low mood	54 (10)
Proctitis or anorectal pain	75 (14)
Site of positive monkeypox viral PCR — no. (%)†	
Skin or anogenital lesion	512 (97)
Nose or throat swab	138 (26)
Blood	35 (7)
Urine	14 (3)
Semen	29 (5)
Site of skin lesions — no. (%)‡	
Anogenital area	383 (73)
Face	134 (25)
Trunk or limbs	292 (55)
Palms or soles	51 (10)
Description of rash — no./total no. with rash reported (%)	
Vesiculopustular	291/500 (58)
Macular	19/500 (4)
Single ulcer	54/500 (11)
Multiple ulcers	95/500 (19)
Other	41/500 (8)
No rash	28

MPX vakcináció

- rendelkezésre áll effektív vakcina – élő, nem replikálódó feketehimlő (Imvanex, USA: Jynneos)
- 80% hatékonyság
 - védettségben nincs különbség PLWHIV és HIV- között
- oltandók köre országonként különböző
- hazánkban:
 - posztexpozíciós profilaxis, VAGY
 - preexpozíciós profilaxis
 - MSM esetében, ha elmúlt 6 hónapban 1x bakteriális STI
 - MSMWHIV, ha promiszkvál (?)

HIV PrEP

- * PrEP = Pre-Exposure Prophylaxis
- * HIV-negatív személyek megelőző gyógyszeres védelme HIV-expozíció előtt
- * Hatóanyag: tenofovir disoproxil fumarát + emtricitabin (TDF/FTC) vagy tenofovir alafenamid + emtricitabin (TAF/FTC)
- * Hatásmechanizmus: reverz transzkriptáz gátlás → megakadályozza a vírus beépülését
- * új hatóanyagok: cabotegravir (CAB) inj., lenacapavir inj.

Hogyan kell alkalmazni?

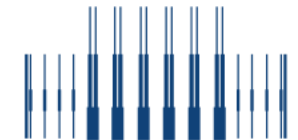
- * **Napi szedés:** TDF/FTC tableta naponta egyszer (adekvát szöveti koncentráció végbélben 7 nap, hüvelyben 21 nap múlva)
- * **Eseményvezérelt séma** (2-1-1, csak MSM esetén validált):
 - 2 tbl 2-24 órával szex előtt
 - 1 tbl 24 órával az első adag után
 - 1 tbl újabb 24 órával később
- * Előtte: HIV- és STI szűrés, vesefunkció, **hepatitis B** és C státusz
- * Kontroll: 3 havonta HIV- és STI-szűrés, vesefunkció ellenőrzés min. évente



Allergén specifikus immunterápia

Dr. Belső Nóra

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Bevezetés az allergén specifikus immunterápiába

AIT célja: immunológiai tolerancia kialakítása,
tünetek csökkentése

Alkalmazási területek:
allergiás rhinitis
allergiás asthma bronchiale
élelmiszerallergia
venom-allergia

Formái:
SCIT: szubkután immunterápia
SLIT: szublingvális immunterápia



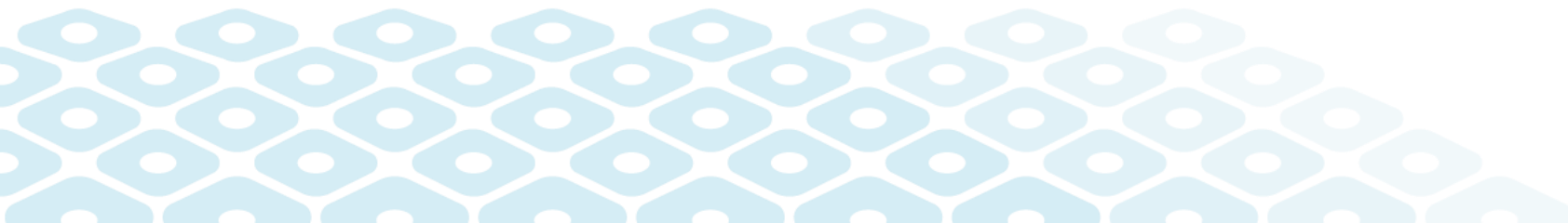
Mechanizmus:

Treg sejtek aktiválódása

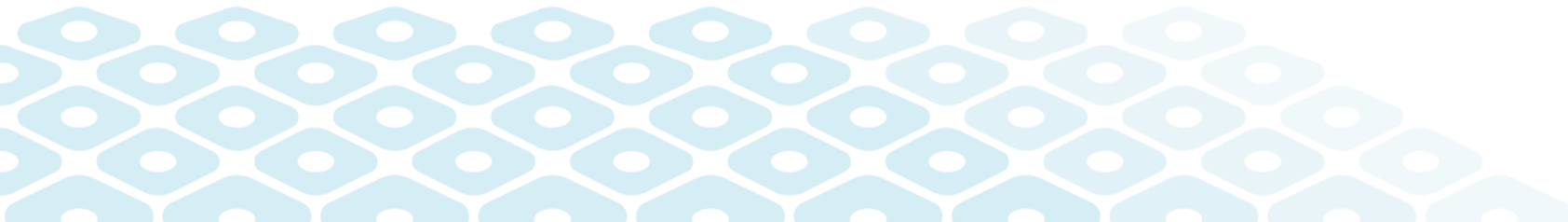
Blokkoló IgG4 és IgA antitestek termelődése



Immuntolerancia kialakulása



- Prick teszt, allergénspecifikus IgE, molekuláris diagnosztika
- Fontos: poliszenzitizáció vs. poliallergia elkülönítése



Speciális esetek és kombinált terápiák

- **Gyermekek:** korai AIT ajánlott az „atópiás menetelés” megakadályozására
- **Rovarcsípés allergia:**
 - VIT hatékonysága: >95% (darázs), 80–90% (méh)
 - Kiegészítő anti-IgE terápia: súlyos reakciók vagy rizikótényezők esetén mérlegelendő
- **Ételallergia:**
 - Orális immunterápia (OIT) – pl. Palforzia
 - Omalizumab: javíthatja a deszenzitizációt, off-label kombinációk

- **Kezelés időtartama:**
 - Ajánlott: 3 év (tartós hatás), 1 év után értékelés szükséges
- **Egyénre szabott kezelés:** kombinációs terápia csak indokolt esetben
- **Mellékhatások:**
 - Lokális reakciók gyakoriak SCIT/SLIT során
 - Súlyos szisztémás reakciók ritkák, de kezelést módosíthatnak

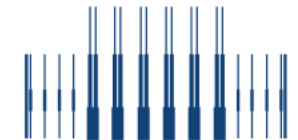


Allergia tesztek *in vitro*, *in vivo*

Bata-Csörgő Zsuzsanna

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika

Szeged Továbbképzés 2025 október



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Miért kell kiváltó okot azonosítani?

A terápia meghatározása miatt.

Terápiák: 1. tüneti gyógyszeres: nem
2. oki: igen
elkerülés, immunterápia

Mikor kell immunterápiát alkalmazni?

1. probléma nélkül működik az elkerülés: nem
2. nem működik az elkerülés: **igen**

Kivizsgálás: anamnézis!!!

in vitro tesztek

in vivo tesztek, provokáció



A specifikus IgE meghatározásnak főleg **ételallergiában** van jelentősége, elsősorban **gyermekeknél**, ahol az orális provokáció fontos és akiknél változik az allergiás status, amit követni kell, de a pontos értékelése további kutatómunkát igényel. A basophil aktivációs teszt és a bőrpróba, mint lehetőség fontos, technikailag komplexebb, időigényesebb.

Rhinitis/conjunctivitis/asthma: a bőrpróba feltehetően jobb, általában inhalatív allergének, elkerülés lehetetlen, viszont deszenzitizálni lehet és kell, ezért fontos az allergén meghatározása, csak tüneti terápiát adunk, sok értelme nincs

terheléses vizsgálatok speciális központokban

Méh/darázs: deszenzitizálás előtt mindkettőt el kell végezni.



Komponens alapú IgE diagnosztika

mogyoró allergének

Allergen	Biochemical name
Ara h 1	Cupin (Vicillin-type, 7S globulin)
Ara h 2	Conglutin (2S albumin)
Ara h 3	Cupin (Legumin-type, 11S globulin, Glycinin)
Ara h 4	Considered an isoform of Ara h 3 and renamed to Ara h 3.02
Ara h 5	Profilin
Ara h 6	Conglutin (2S albumin)
Ara h 7	Conglutin (2S albumin)
Ara h 8	Pathogenesis-related protein 10 (PR-10, Bet v 1 homolog)
Ara h 9	Nonspecific lipid-transfer protein type 1
Ara h 10	Oleosin
Ara h 11	Oleosin
Ara h 12	Defensin
Ara h 13	Defensin
Ara h 14	Oleosin
Ara h 15	Oleosin
Ara h 16	Nonspecific lipid-transfer protein type 2
Ara h 17	Nonspecific lipid-transfer protein type 1

Az eredményeket az allergén különböző koncentrációival végzett bőrteszteléssel, basophil degranulációs teszttel és orális terheléssel bizonyították.

Spec IgE ételallergiákban

szenzitivitás: 75% to 100%
specifititás: 17% to 63%.



Adkinson NF Jr, Hamilton RG. Clinical History-Driven Diagnosis of Allergic Diseases: Utilizing in vitro IgE Testing. J Allergy Clin Immunol Pract. 2015 3:871-6

Az allergén specifikus IgG: étel toleranciát indukál

A specifikus IgE jelenléte nem mindig okoz allergiás reakciót, a klinikai tünetek hiánya összefügg azzal, hogy ezekben az egyéneknben hasonló specificitású IgG van.

A specifikus IgG az FcγRIIb receptoron keresztül gátolja a túlérzékenységi reakciókat.

Az FcγRIIb receptor kifejeződése különösen erős a gasztrointesztinális traktus masztocitáin.

Burton OT, Tamayo JM, Stranks AJ, Koleoglou KJ, Oettgen HC. : Allergen-specific IgG antibody signaling through FcγRIIb promotes food tolerance. **J Allergy Clin Immunol.** 2018 Jan;141(1):189-201.

Ohsaki A, Venturelli N, Buccigrosso TM, Osganian SK, Lee J, Blumberg RS, Oyoshi MK. Maternal IgG immune complexes induce food allergen-specific tolerance in offspring. **J Exp Med.** 2018 Jan 2;215(1):91-113.



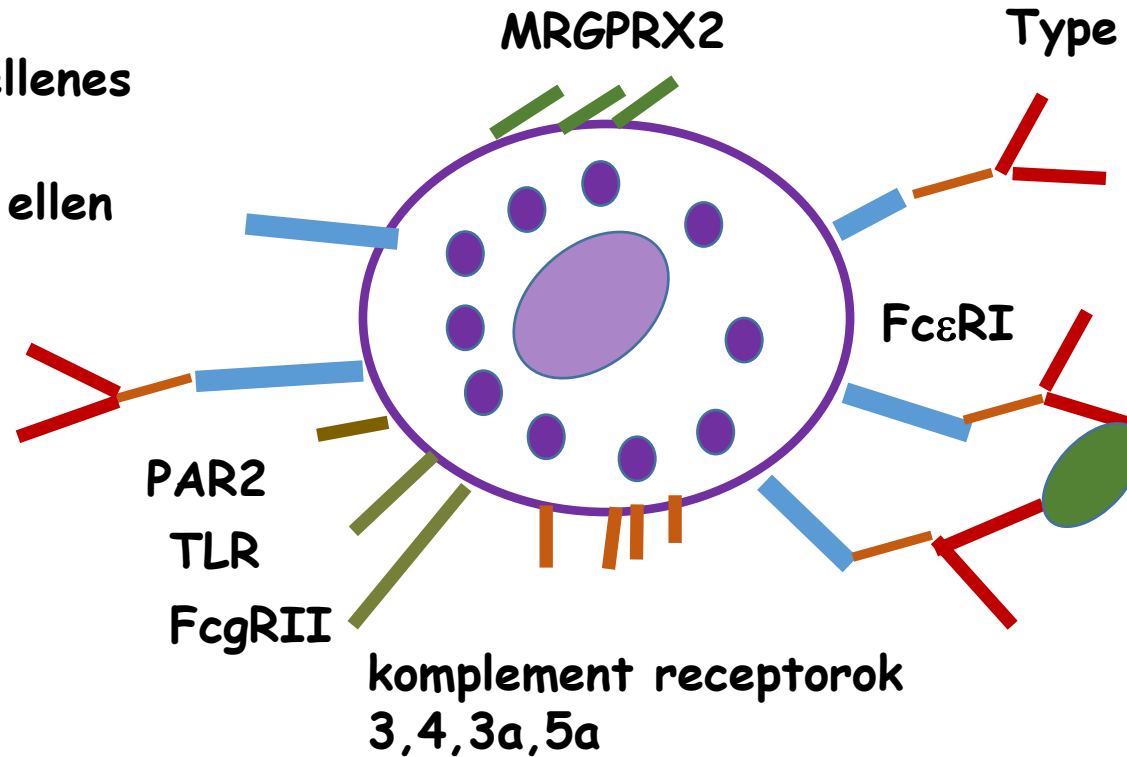
Krónikus spontán urticaria

Pathomechanizmus:

IIB típus mastocytá ellenes autoimmunitás

Anti-IgG az FcεRI ellen

Anti-IgG/IgM az IgE ellen



Type I autoimmun (autoallergiás)

IgE saját antigénekkel szemben

Saját antigén: pl.:
thyreoperoxidáz (TPO)
thyroglobulin, IL24,
tissue factor

Type IIb betegek: autológ szérum teszt (ASST) +: aktívabb betegség, később reagál az anti-IgE terápiára, autoimmun komorbiditás

Anti-IgE (omalizumab, legalizumab): csökkenti a szabad IgE szintet és a receptor szintet is, utóbbi hatása később jelentkezik

A gyógyszerallergiák diagnosztikája

- **Anamnézis**

a klinikai tünetek és a gyógyszeralkalmazás pontos meghatározása

- **LTT** (szenzitivitás 58-78%, a specificitás:85-100%)
- Bazofil degranulációs teszt (CD63+)

- **Prick teszt**

- **Epikután bőrteszt** (patch-teszt)

- **Intrakután teszt**

- **Fénnyel kombinált epikután bőrteszt** (photo-patch teszt)

- **Gyógyszerprovokáció/terhelés (DPT)**

Allergy 2014. 69:420-437 International consensus on drug allergy (ICON)
Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle 2015.

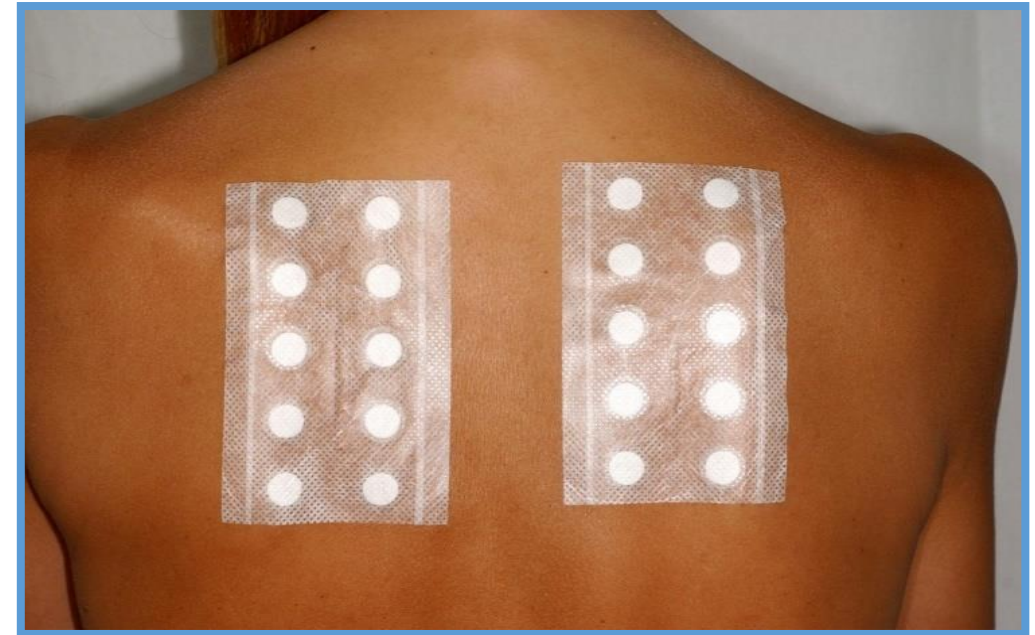


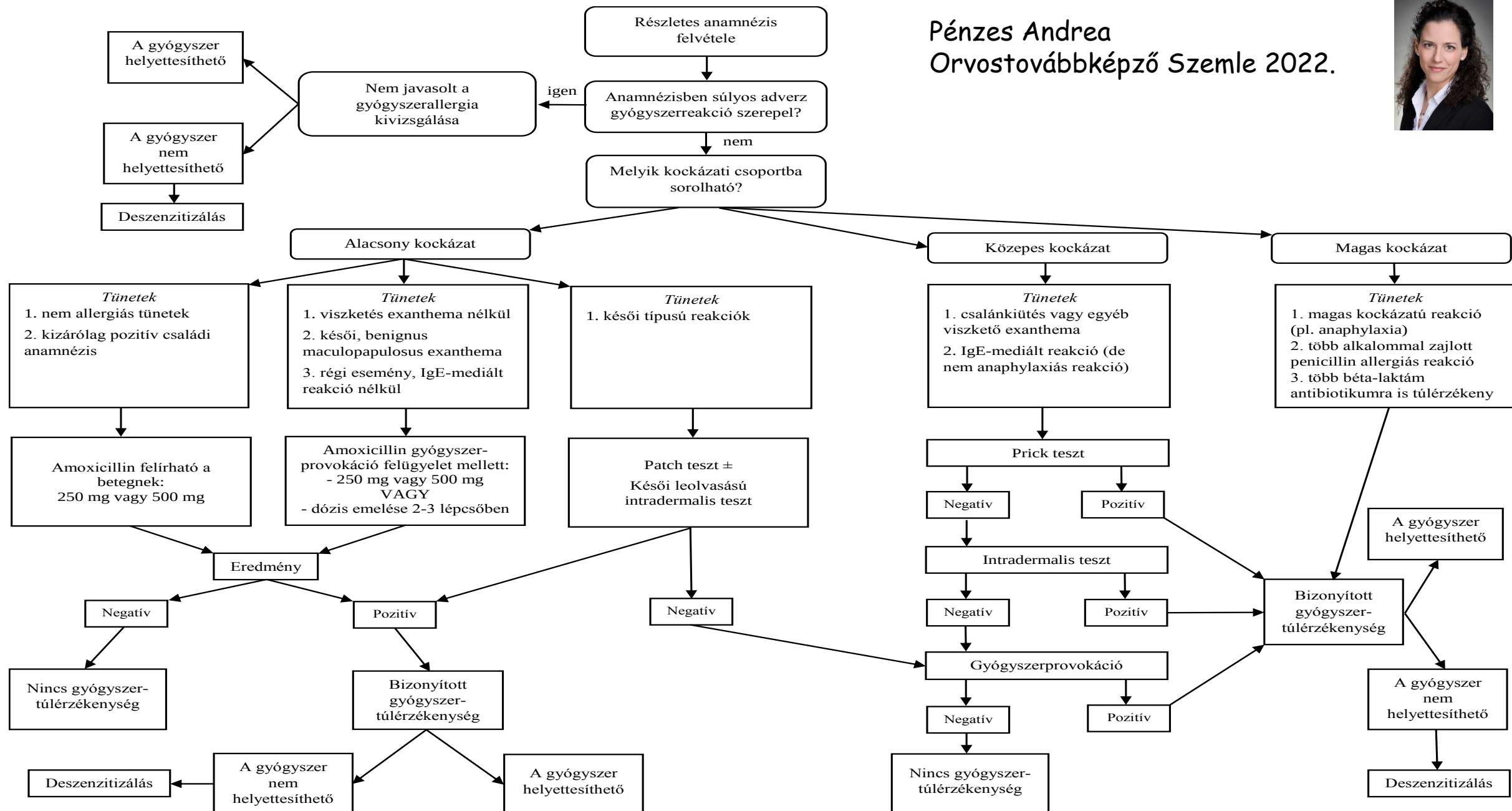
Kontakt dermatitis

Epicután allergia próba

A teszt célja annak kiderítése, hogy mely anyaggal való közvetlen érintkezés miatt alakult ki az adott bőrgyulladás (kontakt dermatitis, ekcéma)

- - standard vagy rutin skála
- - fogászati skála
- - fodrászati skála
- - illat anyag skála
- - tartósítószer skála
- - műköröm skála
- - atopy patch teszt
- - foto-patch teszt
- - hozott anyagok tesztelése





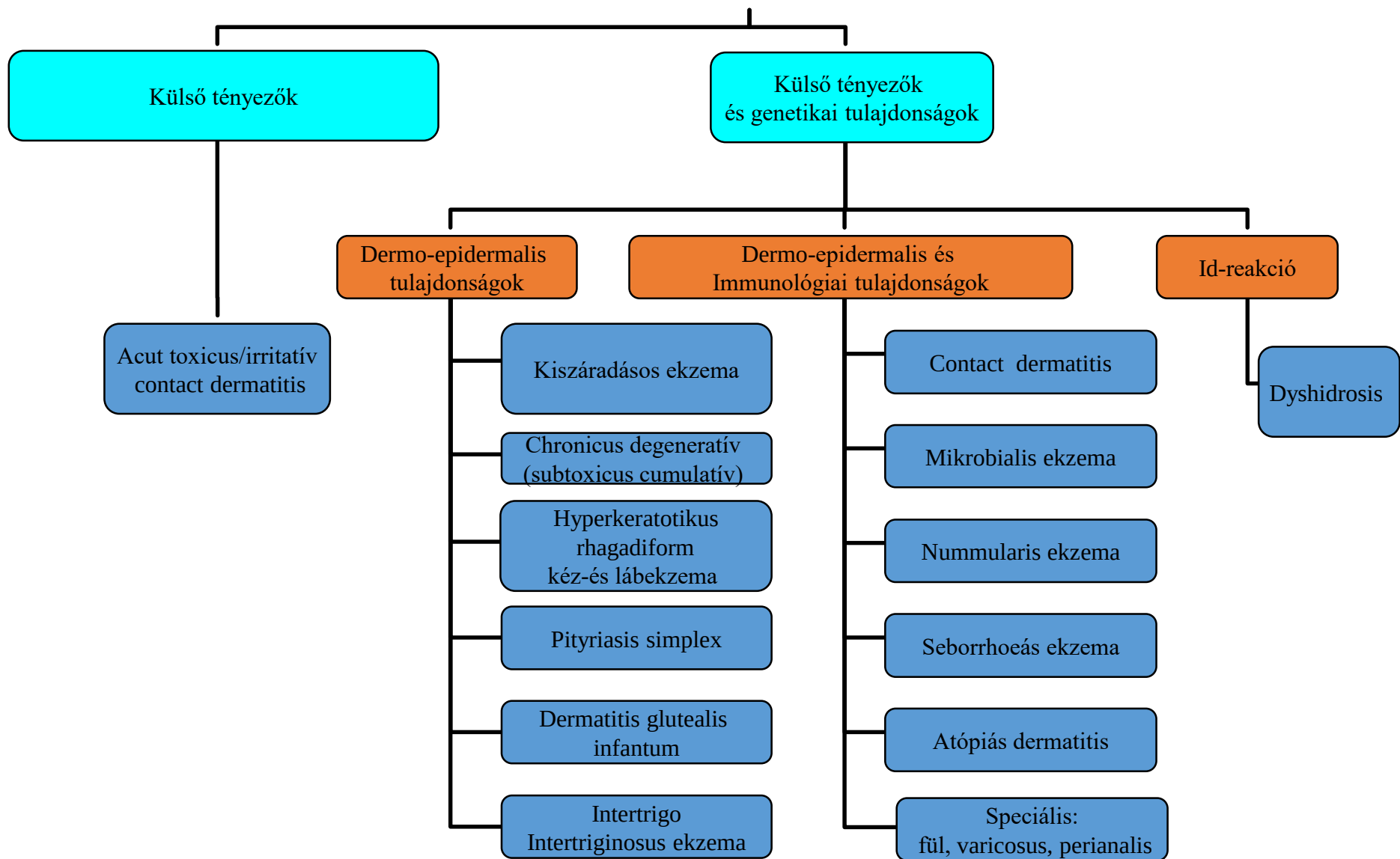
Ekcémák – diagnózis és kezelés aktualitásai



Prof. Dr. Szegedi Andrea
Debreceni Egyetem
ÁOK és KK
Bőrgyógyászati Tanszék és Klinika

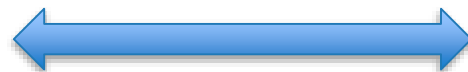


Ekcémák etiológiai felosztása



Az atópiás dermatitis betegségspektrum tagjai:

1. Krónikus kéz ekzema (kivéve az igazolt allergiás kontakt formát)
2. Krónikus szemhéj ekzema
3. Emlőudvar ekzemája
4. Nummuláris ekzema
5. Folliculáris ekzema
6. Lichenoid ekzema
7. Dyshidrosis
8. Prurigo nodularis
9. Lichen simplex chronicus
10. Asteatotikus ekzema
11. Terhességi ekzema
12. Időskori idiopátiás ekzema
13. **Atópiás dermatitis**



Egyéb ekcémák:

1. Kontakt dermatitisek
2. Seborrhoeas dermatitis
3. Varicosus ekzema – stasis dermatitis

AD diagnosztiai javaslatok

Klasszikus formák esetén:

1. Krónikus lefolyás
2. Erősen viszkető jelleg
3. Száraz bőr
4. Karakteres morfológiájú és eloszlású tünetek
5. Atópia a személyes vagy családi anamnézisben (asthma, allergiás rhinitis, AD)

Nem klasszikus formák esetén:

1. Krónikus lefolyás
2. Erősen viszkető jelleg
3. Száraz bőr mellett állnak fenn a tünetek
4. Egyéb ismert betegségeket és más ekcéma formákat kizártunk (allergiás kontakt ekzema, egyéb ekzemák, immundeficiencia, psoriasis, lymphoma, cink deficiencia)

Atópiás dermatitisben engedélyezett terápiák – 2025.

Topikális terápiák	Szisztémás gyógyszerek és biológiai terápiák	Fényterápia, lézerek
Barrier támogatók - emolliensek	Corticosteroidok: Prednisolon	Narrow band UVB
Corticosteroidok	Calcineurin inhibitorok: Ciclosporin A	Excimer lézer
Calcineurin inhibitorok Tacrolimus és Pimecrolimus	JAK inhibitorok - Baricitinib (EU, UK, Japán, USA) – JAK1/2 inhibitor - Upadacitinib (EU, UK, Japán, USA) – JAK1 inhibitor - Abrocitinib (EU, UK, USA) – JAK1 inhibitor	UVA/PUVA
PDE4 inhibitorok: Crisaborol (USA), Roflumilast (USA)	Biológiai terápiák - Dupilumab (EU, UK, USA, Japán) – anti IL-4Rα - Tralokinumab (EU, USA) – anti IL-13 - Lebrikizumab (EU, USA) – anti IL-13 - Nemolizumab (Japán, EU, USA, UK) – IL31 gátló	
AhR agonista: Tapinarof (USA, FDA)	Inozin monofoszfát dehidrogenáz inhibitor: Mycophenolát mofetil	
Lokális JAK gátlók: Delgocitinib (Japán), Ruxolitinib (USA, FDA)	Purin analógok: Azathioprin	
Antimikrobiális és antiszeptikus ágensek	Antimetabolitok: Methotrexát (MTX)	
Antihisztaminok	Interferon gamma, antibiotikumok	
Jelenleg FDA/EMA által jóváhagyott az AD kezelésében		
Indikáción túli alkalmazás, jelenleg az FDA/EMA által nem jóváhagyott az AD kezelésében		

Általános ajánlások a szisztémás gyógyszerekhez

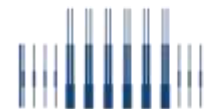
	Conventional systemic treatments			Biologics		JAK-inhibitors			Rescue therapy
	Ciclosporin	Methotrexate	Azathioprine	Dupilumab	Tralokinumab	Abrocitinib	Baricitinib	Upadacitinib	Systemic corticosteroids
Recommendation	↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑
Dose for adults ¹	licensed ≥ 16 years; standard dosage adults: 2.5-5 mg/kg per day in two single doses	off-label; commonly used dosage adults: initial dose: 5-15 mg/ per week; maximum dose: 25 mg/ week	off-label; commonly used dosage adults: 1-3 mg/kg per day	licensed ≥ 6 months; adults: initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W	licensed for adults; initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W; consider Q4W dosing at week 16 in those achieving clear or almost clear skin	licensed for adults; dosage adults: 200 mg per day, reduction to 100 mg per day possible, depending on treatment response; age ≥ 65: 100 mg per day; the lowest effective dose for maintenance should be considered	licensed for adults; dosage adults: 4 mg per day, reduction to 2 mg per day possible, depending on treatment response	licensed ≥ 12 years; dosage adults: 15 or 30 mg per day based on individual patient presentation; age ≥ 65: 15 mg per day; the lowest effective dose for maintenance should be considered	general unspecific licence for adults and children for steroid responsive skin disease; dosage maximum: 1 mg/kg per day
Time to response (weeks) ²	1-2	8-12	8-12	4-6	4-8	1-2	1-2	1-2	1-2
Time to relapse (weeks, based on expert experience) ²	<2	>12	>12	>8	> 8	<2	<2	<2	<2
Monitoring	complete blood count, renal and liver profile, blood pressure,	complete blood count, renal and liver profile, PIIINP if available, screen for chronic infections	complete blood count, renal and liver profile, TPMT activity if available, screen for chronic infections	not required	not required	complete blood count, lipid profile, liver profile	complete blood count, lipid profile, liver profile	complete blood count, lipid profile, liver profile	not required for short-term treatment, consider blood glucose and testing for adrenal gland suppression with high doses/longer-term treatment



A terhességben alkalmazható gyógyszerek allergiás betegségekben

Mihályi Lilla

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika

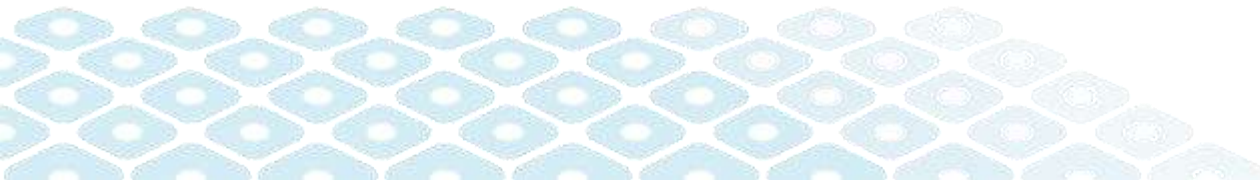


MTA
Kiváló
Kutatóhely

Bevezetés



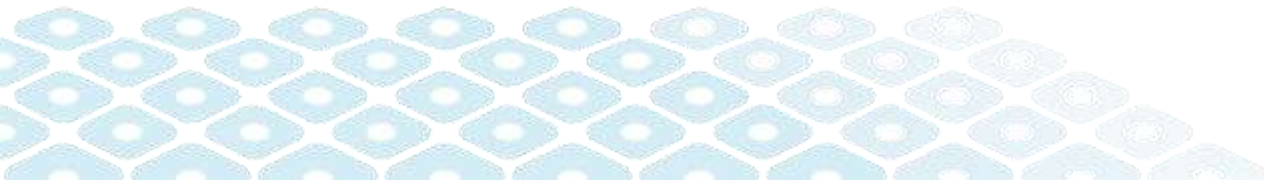
- Az allergiás betegségek gyakoriak reprodukív korú nőknél
- Cél: az anya és a magzat biztonságának megőrzése **a betegség kontrollja mellett**
- Kihívás: a gyógyszerek alkalmazásának biztonságossága – teratogén hatások kerülése
- Cost/benefit mérlegelése
- PLLR ill. EMA szerinti biztonsági kategóriák figyelembevétele



Atópiás dermatitis kezelése terhességben



- ETFAD - European Task Force on Atopic Dermatitis
- Első vonal: emolliensek, lokális kortikoszteroidok (II–III. csoport)
- Lokális kalcineurin-inhibitorok mérlegelhetők (pl. takrolimusz)
- Fényterápia: UV-B biztonságos, PUVA kontraindikált



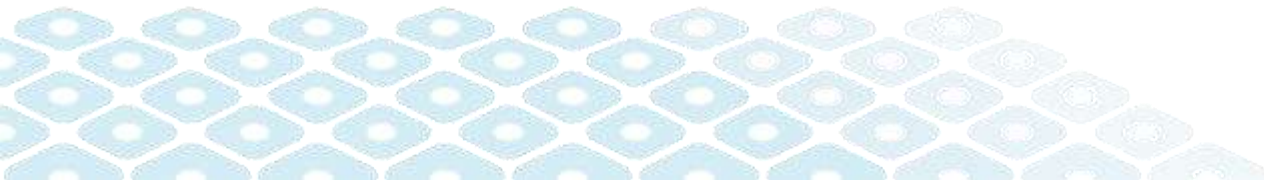
Atópiás dermatitis kezelése terhességben



Szisztémás terápia:

- ciklosporin A elsőként választandó
- indokolt esetben per os kortikoszteroid
- (azatioprin)

Kontraindikált: methotrexat, mikofenolát-mofetil, JAK-gátlók



Urticaria, rhinitis allergica, anafilaxia



- Krónikus urticaria
 - első vonal a nem-szedáló 2. generációs antihisztamin (loratadin, cetirizin)
 - súlyos eset: omalizumab, ciklosporin mérlegelhető
- Rhinitis allergica
 - leukotrién-antagonisták biztonságosak (montelukaszt)
- Anafilaxia: epinefrin azonnali adása életmentő, előnye > kockázat

Összefoglalás



- Az allergiás betegségek megfelelő kontrollja terhesség alatt elengedhetetlen az anya és a magzat egészségének megőrzéséhez
- Számos gyógyszerrel pontos információ
- Az újabb gyógyszerekről egyelőre kevesebb adat
- Kezeletlen betegség nagyobb rizikót jelent, mint a mérlegelt gyógyszeres terápia
- Együttműködés bőrgyógyász, szülész, háziorvos között

Így kezelek én - acne

Törőcsik Dániel

Debreceni Egyetem ÁOK
Bőrgyógyászati Tanszék



-  Keratinociták
-  Faggyúsejtek
-  Baktérium
-  Makrofágok
-  Limfociták
-  Neutrofilek

Az akne kialakulása



GENETIKAI FAKTOROK + KÖRNYEZETI FAKTOROK

EMELKEDETT
ANDROGÉN TERMELEÉS

KERATINOCITA

HIPERKERATINIZÁCIÓ

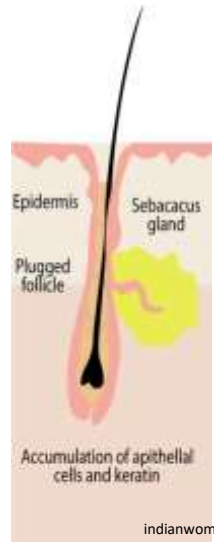
FAGGYÚSEJT

EMELKEDETT SEBUM TERMELEÉS
+ MEGVÁLTOZOTT LIPIDÖSSZETÉTEL

MEGVÁLTOZOTT MIKROKÖRNYEZET

C. ACNES PROLIFERÁCIÓ

GYULLADÁS



enyhe

mérsékelt

súlyos



komédók

papulopustulák

noduláris

Noduláris/cystikus

**azelainsav
szalicilsav**

**Helyi retinoid
+/- BPO**

**Helyi retinoid
és/vagy
belső
antibiotikum
+/- BPO**

**Belső isotretinoin
vagy
antibiotikum
és/vagy
helyi retinoid
+/- BPO
+
antiandrogén**

**Belső isotretinoin
+ antiandrogén
+ antibiotikum
(+ steroid)**

enyhe

mérsékelt

súlyos



komédók

papulopustulák

noduláris

Noduláris/cystikus

azelainsav
szalicilsav

Belső isotretinoin
Helyi retinoid
+/- BPO

Belső isotretinoin
Helyi retinoid
és/vagy
belső
antibiotikum
+/- BPO

Belső isotretinoin
vagy
antibiotikum
és/vagy
helyi retinoid
+/- BPO
+
antiandrogén

Belső isotretinoin
+ antiandrogén
+ antibiotikum
(+ steroid)

Felnőttkori acne

- 25 életév felett megjelenő acne, mely elsősorban a nőket érinti
- 1. perzisztáló acne mely a serdülőkorból áthúzódik a felnőttkorba (80%).
- 2. késő fellépő acne: (late-onset acne) felnőttkorban, rendszerint 21-25 év között jelentkezik (20%).
Gyakran észlelik olyan nők esetében, akik pubertás óta fogamzásgátót szedtek, és a harmincas éveik elején családtervezés miatt a gyógyszert elhagyták.
- Klinikai megjelenését, pathogenezisét tekintve különbözik a serdülőkori formától, jelentős pszichoszocialis, emocionális hatással van az érintettekre
- Prevalenciája: 14-54 %
- Etiológia: genetikai, endokrinológiai tényezők, immunrendszer Cutibacterium acnes általi krónikus stimulációja, stressz, alváshiány, dohányzás, napfény, kozmetikumok

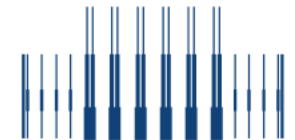




Így kezelek én: psoriasis

Kui Róbert

Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok (2025.10.02-04.)



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Mit kérdezek a betegtől, hogyan tájékozódok?

- ◊ ízületi panaszok!
- ◊ korábbi kezelések és azok eredményessége
- ◊ társbetegségek (különös tekintettel az immunbetegségekre, daganatos betegségekre, krónikus fertőzésekre)
- ◊ rendszeres gyógyszerek
- ◊ **gyermekvállalási szándék**
- ◊ PASI, DLQI

Milyen kezelési célt tűzök ki?

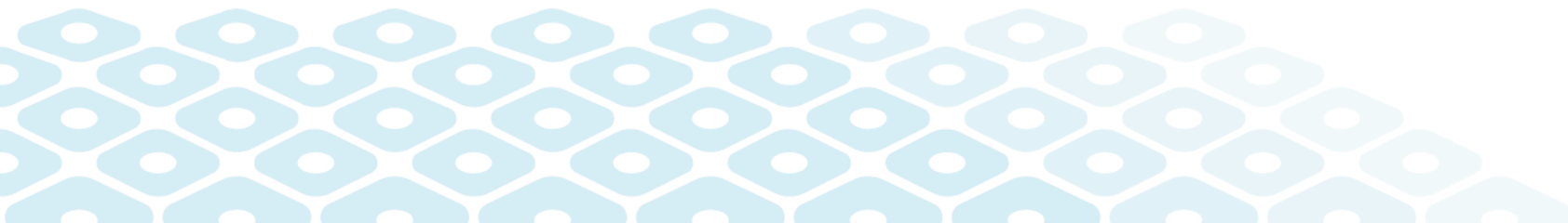
$\Delta\text{PASI} \geq 90\%$

$\text{PASI} < 3$

$\text{DLQI} < 3$

Mikor adok lokális kezelést első vonalban?

- ⇒ limitált psoriasis esetén, mely kis testfelszínt (max. néhány tenyérrnyi) érint és nem észlelhető súlyos hyperkeratosis, vagy számottevő hajas fejbőr érintettség



Kalcipotriol/betametazon-dipropionát fix kombinációja

- magas evidenciaszintű vizsgálatokkal igazolt klinikai hatékonyság
- biztonságosabban alkalmazható a helyi bőratrófia kockázatának csökkenése miatt¹
- a plakkos psoriasis helyi kezelésében **elsőként választandó** készítmény
- kenőcs/oleogél/hab aeroszol formula
- hab aeroszol formula: a hatóanyagok stabil, teljesen oldott, szuperszaturált formában vannak jelen a bőrön, mely jobb biohasznosulást, bőrpenetrációt, így magasabb klinikai hatékonyságot eredményez²

¹Norsgaard et al 2014

²Lind et al 2016

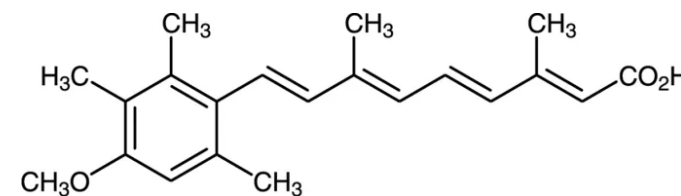
Mikor adok fénykezelést (NB-UVB)?

- ⌘ viszonylag nagy testfelületet érintő, psoriasis esetén, amennyiben valamiért a systemas kezelések ellenjavalltak (vagy a beteg nem szeretné)
- ⌘ nincs PsA
- ⌘ nincs számottevő, életminőséget rontó hajas fejbőr vagy köröm érintettség
- ⌘ nincs kifejezett infiltráció és/vagy hyperparakeratosis (acitretin + NB-UVB ?)



Mikor adok és mikor nem adok acitretint?

- ⇒ IGEN
 - ⇒ nincs ízületi érintettség
 - ⇒ limitált, kifejezett hyperparakeratosissal járó psoriasis (fejbőr, palmoplantaris érintettség)
 - ⇒ nem akarom immunszupprimálni a beteget (pl. daganatos betegség)
- ⇒ **NEM: fogamzóképes korú nőbeteg esetén!**



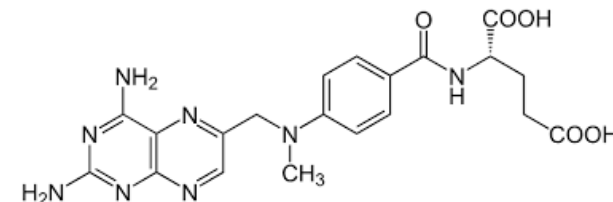
Mikor adok és mikor nem adok metotrexátot?

⇒ IGEN

- ⇒ kiterjedt és/vagy az életminőséget rontó psoriasis, mely lok. kezeléssel nem uralható vagy nem ésszerű a használata
- ⇒ arthritis psoriatica

⇒ NEM

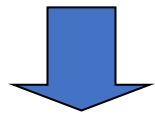
- ⇒ gyermekvállalási szándék a közeljövőben (férfi és nőbetegnél egyaránt)
- ⇒ jelentősen emelkedett transzaminázok (felső határérték kétszerese)
- ⇒ chr. aethylismus
- ⇒ beszűkült vesefunctio
- ⇒ leukocytopenia
- ⇒ ha fennáll a túladagolás lehetőségének veszélye



Mikor jön szóba a biológiai terápia?

középsúlyos/súlyos psoriasis

(**PASI >10** vagy **BSA>10%** vagy **DLQI>10**)



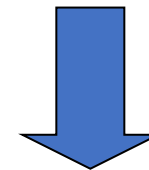
standard szisztémás kezelés

- PUVA, UVB
- acitretin
- metotrexát
- ciklosporin A

3 hónap

PASI75?

vagy **Δ BSA>75%** és
DLQI<5



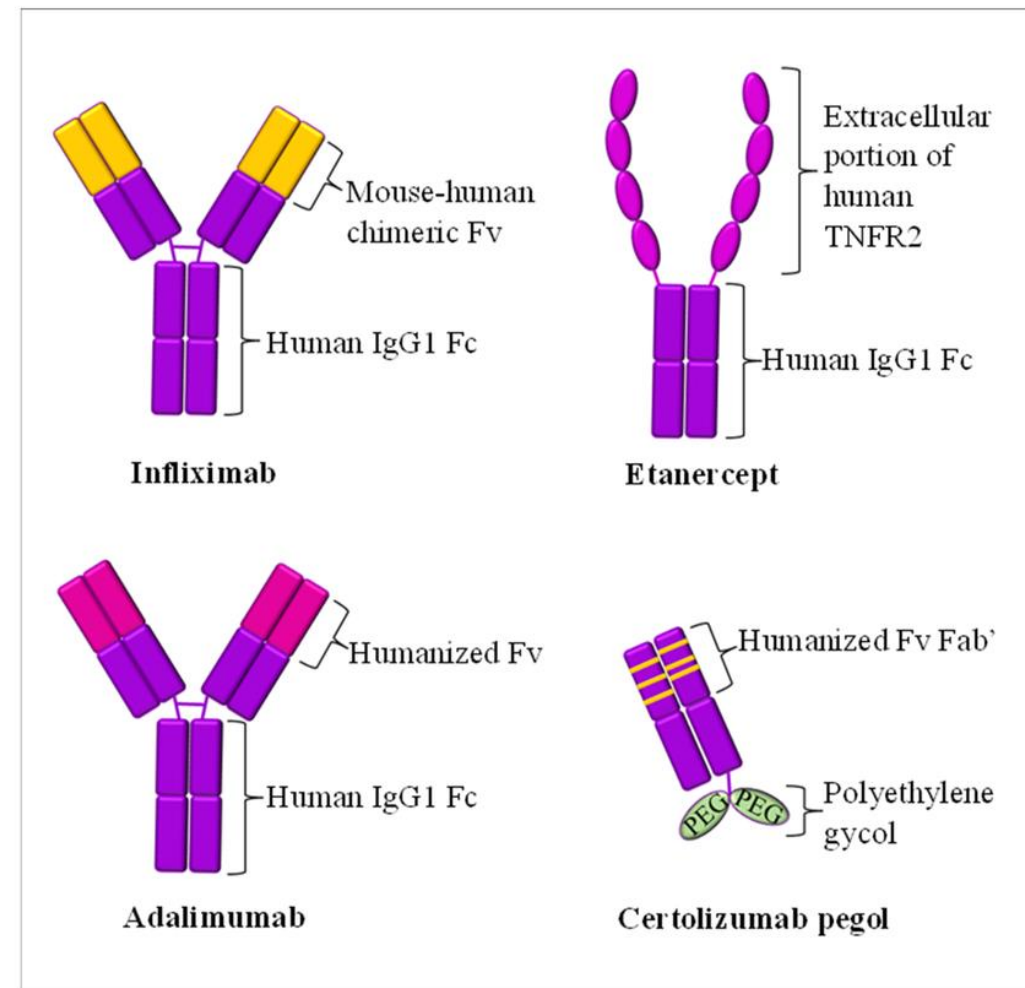
Nem

BIOLÓGIAI TERÁPIA



Hogyan választok az első vonalbeli biológiai szerek közül?

- ⇒ etanercept: -
- ⇒ infliximab: -
- ⇒ adalimumab: PsA és Pso együttes fennállása esetén (Eü. kiemelt kat.!)
- ⇒ certolizumab: papíron másodvonalbeli szer, kivéve nőbetegnél gyermekvállalási szándék esetén (dokumentálandó!) (Eü. kiemelt kat.!)
- ⇒ ustekinumab: ha nincs PsA (tételes elszámolású gyógyszer)



Hogyan választok a másodvonalbeli biológiai szerek közül?



- ⌘ kiváló hatékonyság mindkét útvonalon!
- ⌘ IL-17 gátló (secukinumab, ixekizumab, bimekizumab)
 - ⌘ axialis PsA esetén ez a jó irány
- ⌘ IL-23 gátló (guselkumab, risankizumab)
 - ⌘ IBD (colitis ulcerosa, Crohn-betegség) társulása esetén ez a jó irány
 - ⌘ ritkább adagolás, lassabb kiürülés
 - ⌘ TRM sejtekre való hatás (guselkumab) - betegségmódosító hatás?





Az SLE korszerű szemlélete



Dr. Kovács László

Szegedi Tudományegyetem

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar és
Klinikai Központ

Reumatológiai és Immunológiai Klinika

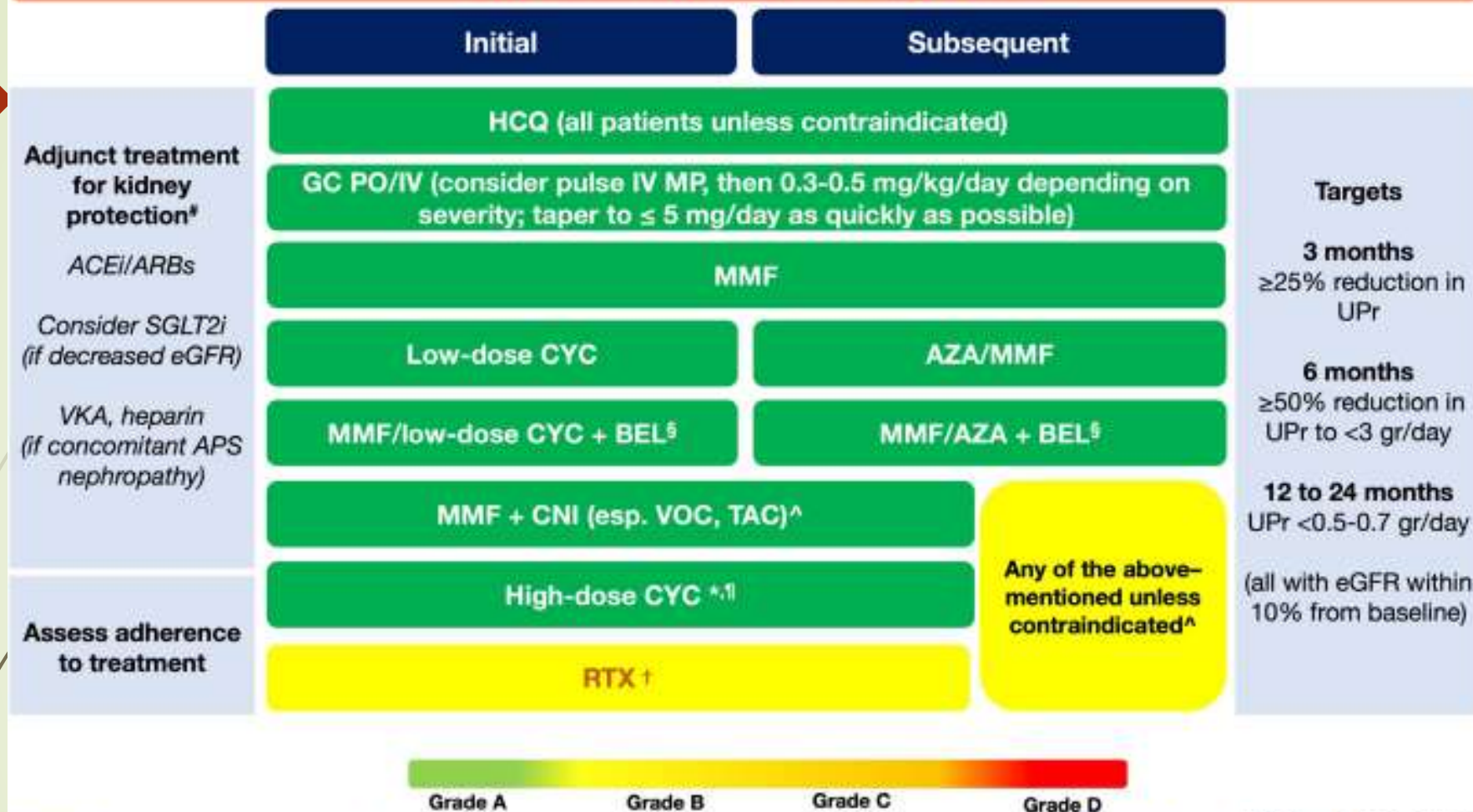


- Átlagos túlélés:
 - 10 éves: 83-93%
 - 15 éves: 76-80%
- Vezető halálokok
 - Súlyos flare, infekció
 - Cardiovascularis, malignitás, ESRD

Clinical manifestations presented at least one time during the observational period

Clinical manifestations (ever)	n (%)	N available data
Lupus-specific fever	706 (37.5)	1884
Lymphadenopathy	610 (32.4)	1881
Malar rash	961 (51)	1884
Discoid rash	384 (20.4)	1881
Subacute cutaneous lupus	103 (5.5)	1882
Livedo reticularis	528 (28.1)	1881
Photosensitivity	1006 (53.4)	1884
Mucosal ulcers	978 (51.9)	1883
Alopecia	1044 (55.5)	1882
Arthritis	1382 (73.5)	1880
Vasculitis cutaneous	282 (15)	1883
Pleurisy	854 (45.4)	1882
Pericarditis	443 (23.6)	1879
Seizures	187 (9.9)	1885
Psychosis	64 (3.4)	1885
Nephrotic syndrome	350 (18.8)	1860
Renal insufficiency*	385 (20.4)	1883
Renal failure†	144 (7.7)	1881
Raynaud's disease	982 (52.2)	1881

Treatment of Lupus Nephritis



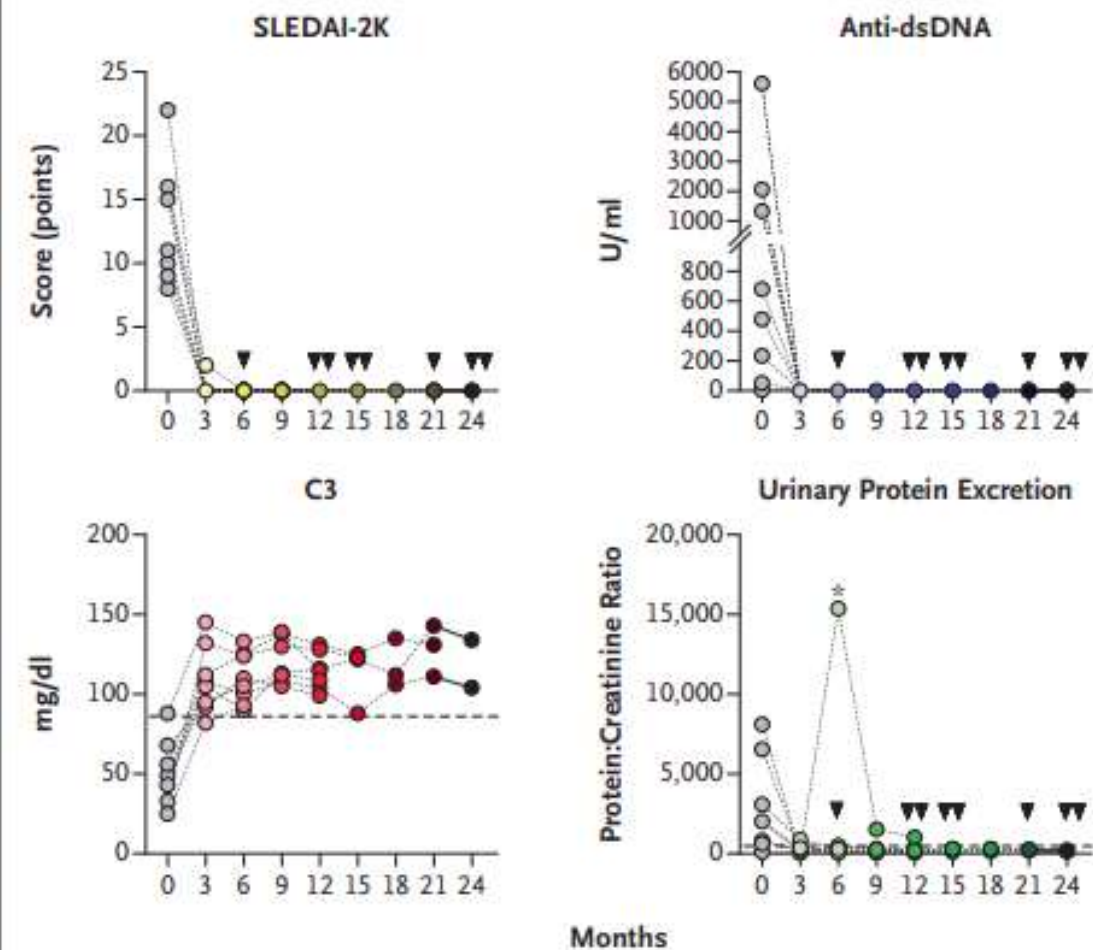
> Ann Rheum Dis. 2024 Jan 2;83(1):15-29. doi: 10.1136/ard-2023-224762.

EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update

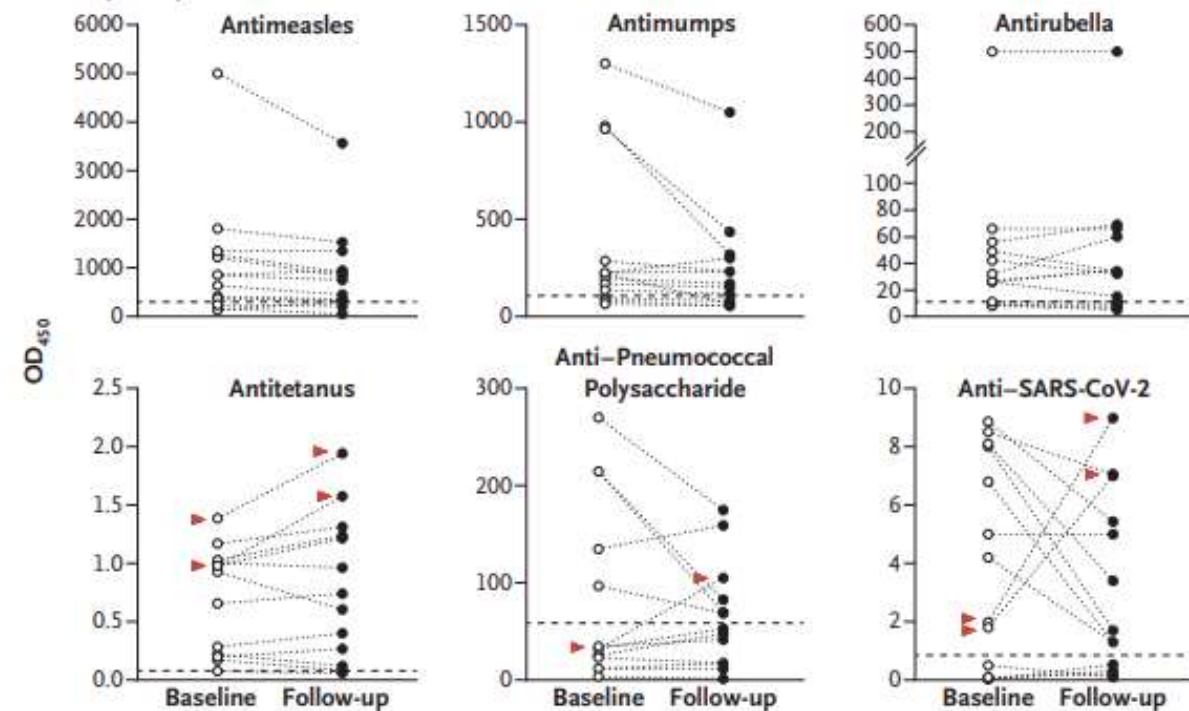
Antonis Fanouriakis ¹, Myrto Kostopoulou ¹, Jeanette Andersen ², Martin Aringer ³, Laurent Arnaud ⁴, Sang-Cheol Bae ⁵, John Boletis ⁶, Ian N Bruce ⁷, Ricard Cervera ⁸, Andrea Doria ⁹, Thomas Dörner ¹⁰, Richard A Furie ¹¹, Dafnia D Gladman ¹², Frederic A Houssiau ¹³, Luís Sousa Inês ¹⁴, David Jayne ¹⁵, Marios Kouloumas ¹⁶, László Kovács ¹⁷, Chi Chiu Mok ¹⁸, Eric F Morand ¹⁹, Gabriella Moroni ²⁰, Marta Mosca ²¹, Johanna Mucke ²², Chetan B Mukhtyar ²³, György Nagy ^{24, 25, 26}, Sandra Navarra ²⁷, Ioannis Parodis ^{28, 29, 30}, José M Pego-Reigosa ³¹, Michelle Petri ³², Bernardo A Pons-Estel ³³, Matthias Schneider ³⁴, Josef S Smolen ³⁴, Elisabet Sverungsson ^{35, 36}, Yoshiya Tanaka ³⁵, Maria G Tektonidou ³⁶, Yk Onno Teng ³⁷, Angela Tincani ³⁸, Edward M Vital ³⁹, Ronald F van Vollenhoven ⁴⁰, Chris Wincup ⁴¹, George Bertolas ⁴², Dimitrios T Boumpas ^{43, 44, 45}

CAR T-sejt terápia SLE-ben

B Long-Term Outcomes in Patients with SLE (N=8)



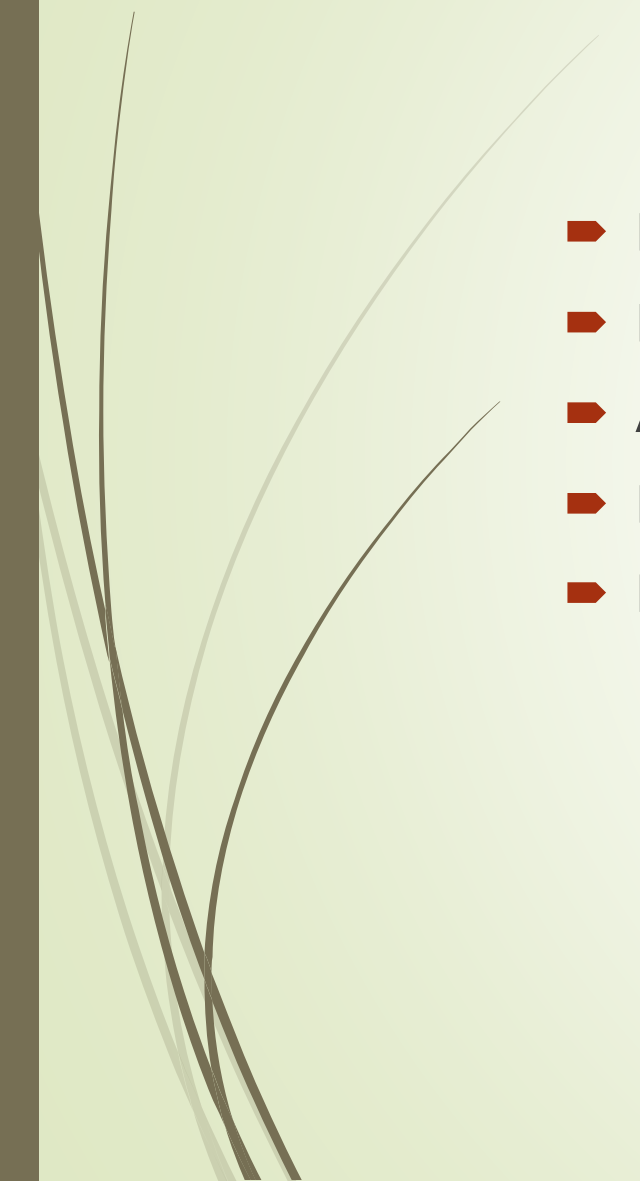
D Vaccination Antibodies (N=13)



LLDAS – DORIS remisszió – DORIS+ mély remisszió? („immunológiai reset?”)



2-es típusú tünetek SLE-ben

- Krónikus fájdalom
 - Krónikus fáradtság
 - Alvászavarok
 - Kognitív diszfunkció
 - Rossz életminőség
- 



Összefoglalás

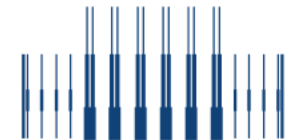
- Adatvezérelt SLE kezelés és gondozás
- Prediktorok
 - Súlyos lefolyás – erélyesebb kezelés
 - Nagyobb kockázatok – fokozott figyelem, személyre szabott kezelés
 - Relapsus kockázat
- Bővülő terápiás lehetőségek
 - Személyre szabott (pathogenesis-vezérelt) kezelés???
 - Javuló biztonságossági profil
 - Corticosteroid spórolás
- 2-es típusú tünetek



Paraneopláziás dermatomyositis jellemzői

Dr. Nagy Géza

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Dermatomyositis (DM)



Definíció:

- Idiopathiás inflammatorikus myopathia (IIM)
- Szimmetrikus proximális izomgyengeség
- Jellegzetes cutan manifesztációk (Heliotrope rash, Gottron-papulák, V-jel, Sál-jel)
- Extracutan érintettség (tüdő, ízületek) lehetséges

Paraneopláziás összefüggés:

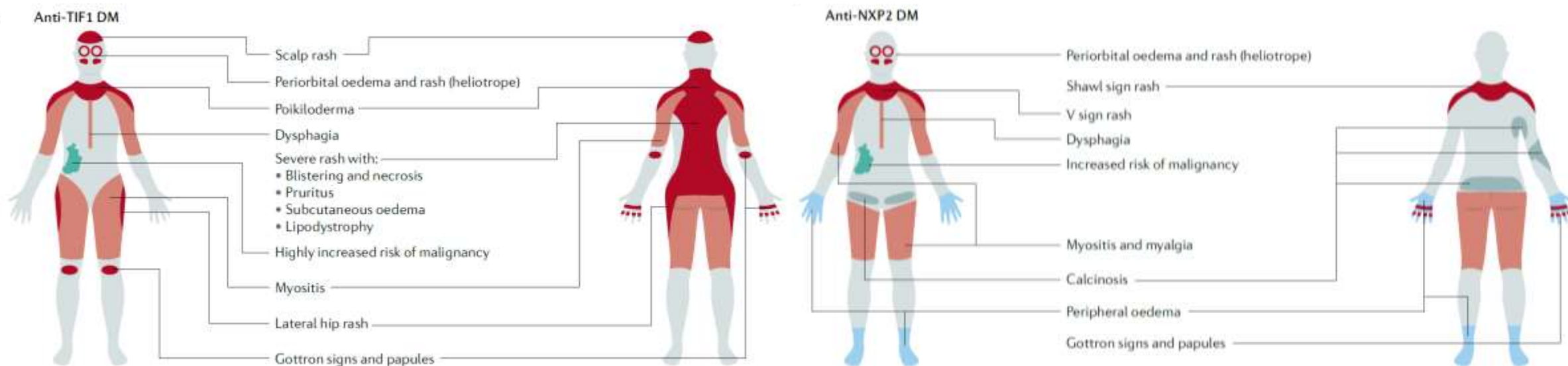
- Felnőttkori DM: 15–25% malignitással társul
- Malignitás leggyakrabban ± 3 éven belül a DM-diagnózishoz képest
- Leggyakoribb daganatok: ovarium, tüdő, pancreas, gyomor, colorectalis, lymphoma; Ázsiai populációban nasopharyngealis carcinoma

► **Onkológiai vörös zászló: mindig gondolni kell a mögöttes malignitásra.**

Paraneopláziás dermatomyositis immunszerezológiája

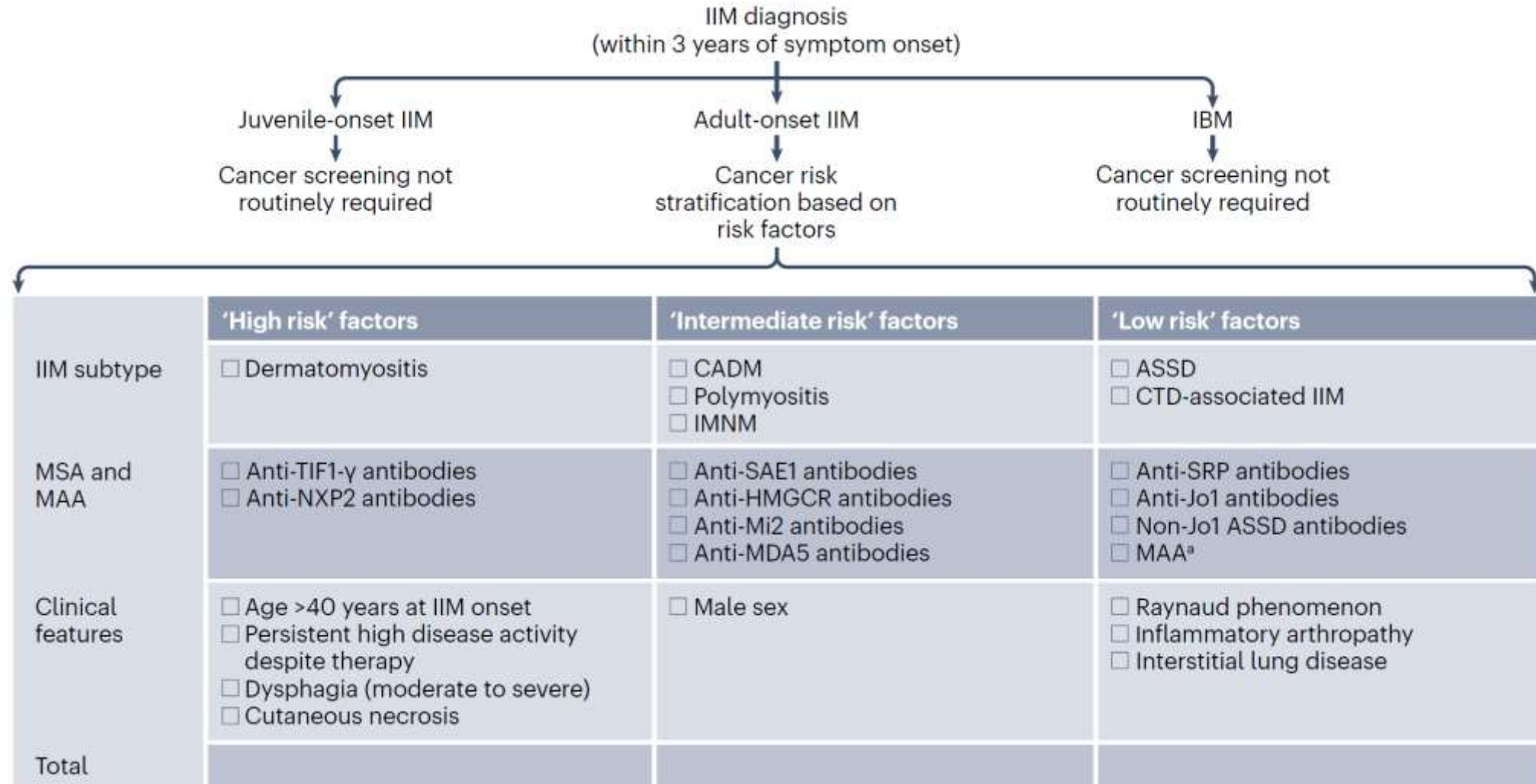
Az **anti-TIF-1 α/γ** pozitív DM betegek 42-75%-ában fordul elő malignus folyamat.
Juvenilis DM 23-29%-ában fordul elő anti-TIF-1 α/γ pozitivitás, malignitás nélkül.

Az **anti-NXP-2** pozitív DM betegek 25-60%-ában fordul elő malignus folyamat.

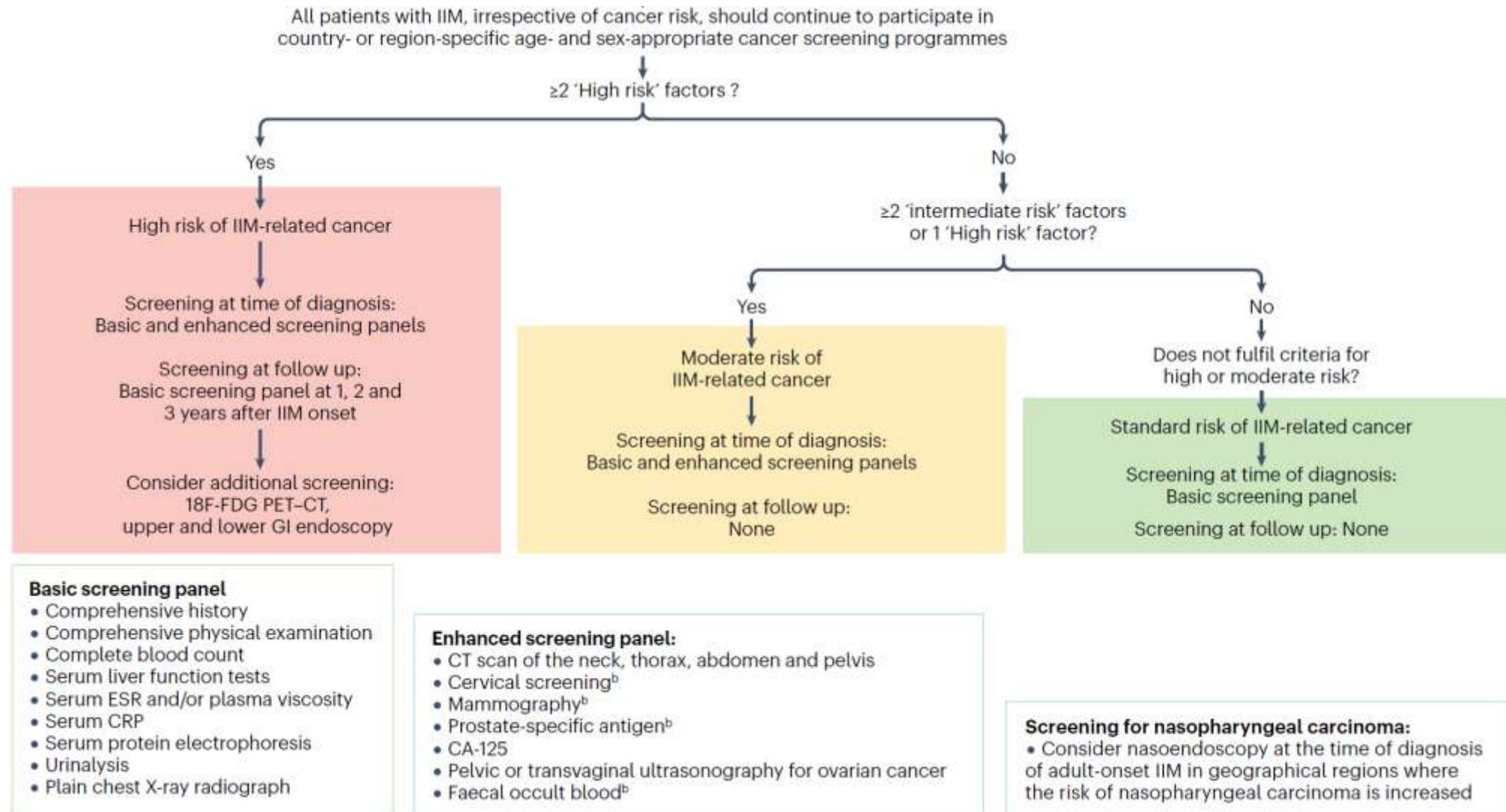


Fujimoto et al. Art Rheum (2012)
Fiorentino et al. Art Reum (2012)
Lundberg et al. Nat Rev Dis Primers (2021)

Paraneopláziás dermatomyositis: IMACS guideline 2023



Paraneopláziás dermatomyositis: IMACS guideline 2023



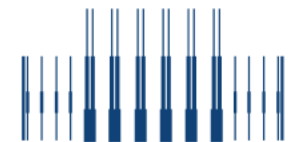
- **Paraneopláziára utaló klinikum:**
 - >40 év életkor
 - anti-TIF1 γ és/vagy anti-NXP2 pozitivitás
 - kifejezett periorbitalis oedema, cutan ulceráció, pruritus
 - dysphagia
 - perzisztáló betegség-aktivitás
- **Első 3 évben részletes tumorkutatás (UH, RTG, CT, PET/CT)**
az IMACS guideline alapján: *Oldroyd et al. Nat Rev Rheumatol (2023)*
- A DM aktivitás szoros kapcsolatban van az onkológiai státusszal



Vasculitisek

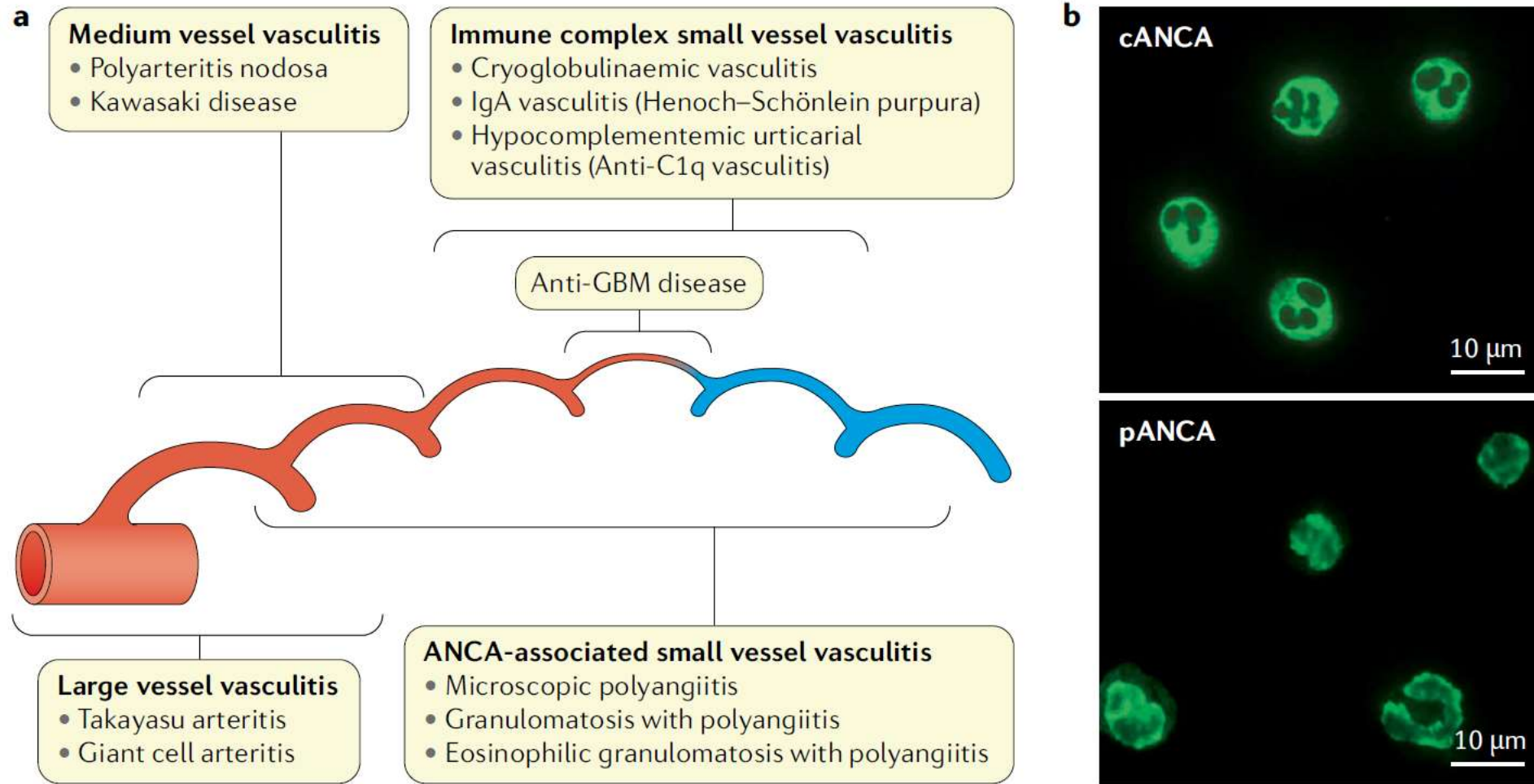
Dr. Nagy Géza

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Chapel Hill Consensus Conference (CHCC) 2012



Definíciók pontosítása (nem diagnosztikai kritériumok).

Fókuszban a cutan vasculitisek:

- 1. szisztémás vasculitis cutan komponenssel**
pl.: IgA vasculitis cutan manifestációja
- 2. cutan-limitált / domináns**
pl.: cutan limitált IgA vasculitis
- 3. egy szervrendszeri vasculitis („single organ vasculitis”)**
pl.: cutan polyarteritis nodosa

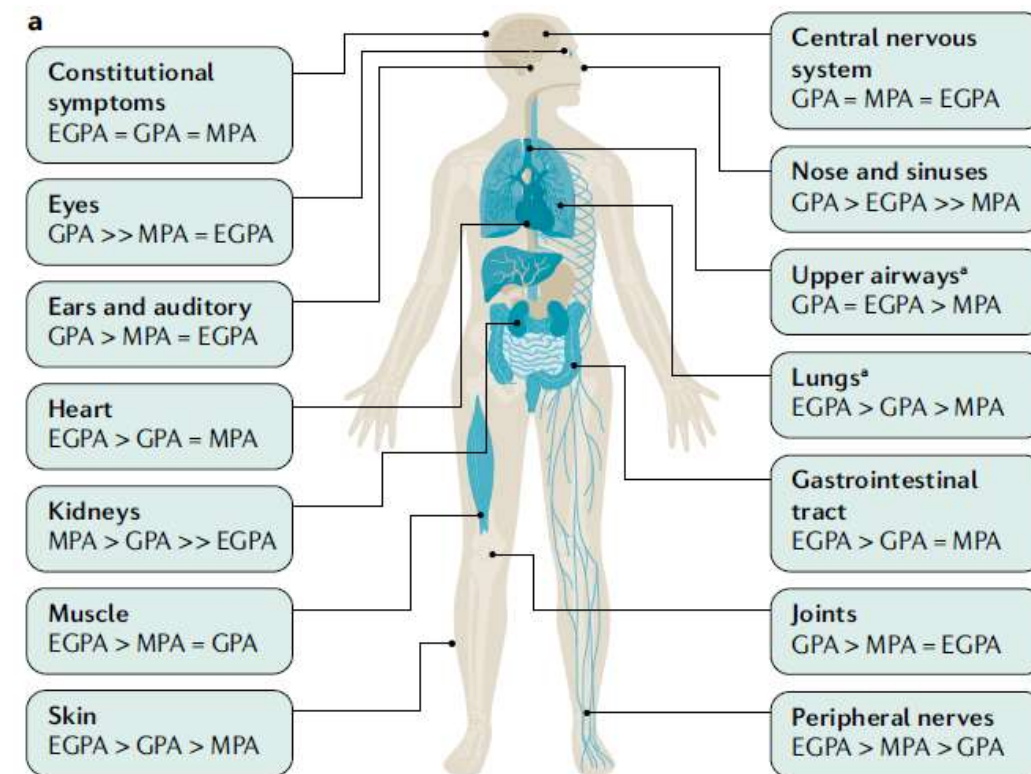
A vasculitisek felosztása, a bőr érintettség alapján

CHCC2012 vasculitis category, name	Skin involvement status	
	Cutaneous component of systemic vasculitis	Skin-limited or skin-dominant variant
Large vessel vasculitis		
Takayasu arteritis	No	No
Giant cell arteritis	Rare	No
Medium vessel vasculitis		
Polyarteritis nodosa	Yes	Yes
Kawasaki disease	No	No
Small vessel vasculitis		
Microscopic polyangiitis	Yes	Yes
Granulomatosis with polyangiitis	Yes	Yes
Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis	Yes	Yes
Anti-glomerular basement membrane disease	No	No
Cryoglobulinemic vasculitis	Yes	Yes
IgA vasculitis (Henoch-Schönlein)	Yes	Yes
Hypocomplementemic urticarial vasculitis (anti-C1q vasculitis)	Yes	Yes
Variable vessel vasculitis		
Behçet's disease	Yes	Yes
Cogan's syndrome	Rare	No
Vasculitis associated with systemic disease		
SLE, rheumatoid arthritis, sarcoidosis, etc.	Yes	Yes
Vasculitis associated with probable etiology		
Drugs, infections, sepsis, autoimmune diseases, etc.	Yes	Yes
Cutaneous SOV (not included in CHCC2012)		
IgM/IgG vasculitis	No (not observed yet)	Yes (as SOV)
Nodular vasculitis (erythema induratum of Bazin)	No	Yes (as SOV)
Erythema elevatum et diutinum	No	Yes (as SOV)
Hypergammaglobulinemic macular vasculitis	No	Yes (as SOV)
Normocomplementemic urticarial vasculitis	No	Yes (as SOV)

* CHCC2012 = 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides; SLE = systemic lupus erythematosus; SOV = single-organ vasculitis.

ANCA-asszociált vasculitisek

	GPA	MPA	EGPA
Életkor	45-65 év	55-75	38-54
Főbb jellemzők (CHCC definíció alapján)	Necrotizáló granulomatosus gyulladás, elsősorban felső légúti érintettség , necrotizáló glomerulonephritis (gyakori).	Necrotizáló vasculitis, granulomatosis nélkül, pulmonális capillaritis , necrotizáló glomerulonephritis (nagyon gyakori).	Eosinophil-gazdag necrotizáló granulomatosus gyulladás, elsősorban alsó légúti érintettség , ANCA ⁺ esetében gyakran glomerulonephritis. 3 fázis: asthma, eosinophilia, vasculitis
ANCA pozitivitás	PR3-ANCA ⁺ : 65-75% MPO-ANCA ⁺ : 20-30% ANCA ⁻ : 5%	PR3-ANCA ⁺ : 20-30% MPO-ANCA ⁺ : 55-65% ANCA ⁻ : 5-10%	PR3-ANCA ⁺ : <5% MPO-ANCA ⁺ : 30-40% ANCA⁻: 55-65%
GPA: granulomatosis polyangiitissel, MPA: mikroszkópikus polyangiitis, EGPA: eosinophil granulomatosis polyangiitissel, PR3: proteínáz-3, MPO: myeloperoxidáz			



Kitching et al. Nat Rev Dis Primers (2020)

- Infekció felkutatása (iniciáló vagy exacerbáló szerep)
- Potenciálisan érintett belszervek feltérképezése
- ANCA-asszociált vasculitiseknél ne csak az autoimmun szerológiára hagyatkozzunk
- A definitív diagnózishoz a bőrbíopszia nyújt segítséget, amelyet a klinikai képpel korreláltatva határozhatjuk meg a lehetséges entitást

Melanoma

Oláh Judit

Paradigmaváltás a melanoma terápiában I.

A sebészi kezelés radikalitása csökkent

- Biztonsági zóna a szövettani paraméterekhez igazodva 0,5-2 cm-re csökkent
- Órszemnyirokcsomó biopszia elvégzése meghatározó a szisztémás terápia időbeni eléréséhez
- Radikális blockdissectiók indikációja rendkívüli módon beszűkült
- Metastasectomia indikációja beszűkült (cutan áttétek sebészi eltávolítása is!)

Paradigmaváltás a melanoma terápiában II.

A szövettani és radiológiai vizsgálatok mellett a molekuláris genetikai diagnosztika határozza meg a kezelési lehetőségeket

BRAF, CKIT mutáció meghatározása elengedhetetlen

Spitzoid melanomák esetén egyéb, ritka mutációk elemzése is szükséges (ALK-, ROS1-, NTRK1/2/3-, RET-fúzió)

Személyre szabott terápia

Paradigmaváltás a melanoma terápiában III.

A szisztémás terápia egyre korábban lép be a kezelésbe

Metasztatikus melanoma kezelés személyre szabottan:

Immunonkológiai szerek (PD1- monoterápiák, kombinált kezelések)

Target terápiák (BRAF+MEK inhibitorok, imatinib)

Adjuváns kezelések

Neoadjuváns terápiák előtérbe kerülése

Kemoterápia csak kivételes esetben, harmadvonalbeli kezelésként jön szóba

Paradigmaváltás a melanoma terápiában IV.

Kombinált modalitások egyre gyakrabban alkalmazottak a kezelésben

Sugárterápia egyre nagyobb szerepet kap, elsősorban az ún. sztereotaxiás kezelések bevezetésével, főleg agyi áttétek esetén

Oligometasztatikus betegségben a sebészet helyett extracraniális sztereotaxiás besugárzás

Cutan áttétek esetén elektrokemoterápia a szisztémás kezelés mellett

Multidiszciplináris teamben való ellátás

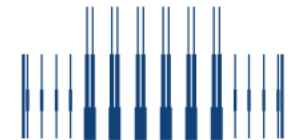
- Mihamarabb **onkodermatológiai központban szükséges a beteget ellátni!**
- Diagnosztizáló **bőrgyógyász felelőssége óriási!**
- **Jogszáály írja elő az onkoteam konzultációt** minden daganatos beteg esetén, kivéve sürgősségi műtétet (a primer tumor eltávolítás nem tartozik a sürgősségi műtét kategóriába!)
- **A beteg érdeke**, hogy a diagnosztikus és terápiás lehetőségek mindegyikével rendelkező intézetben legyen ellátva, mely a betegség prognózisát is meghatározhatja!



Hám eredetű bőrdaganatok

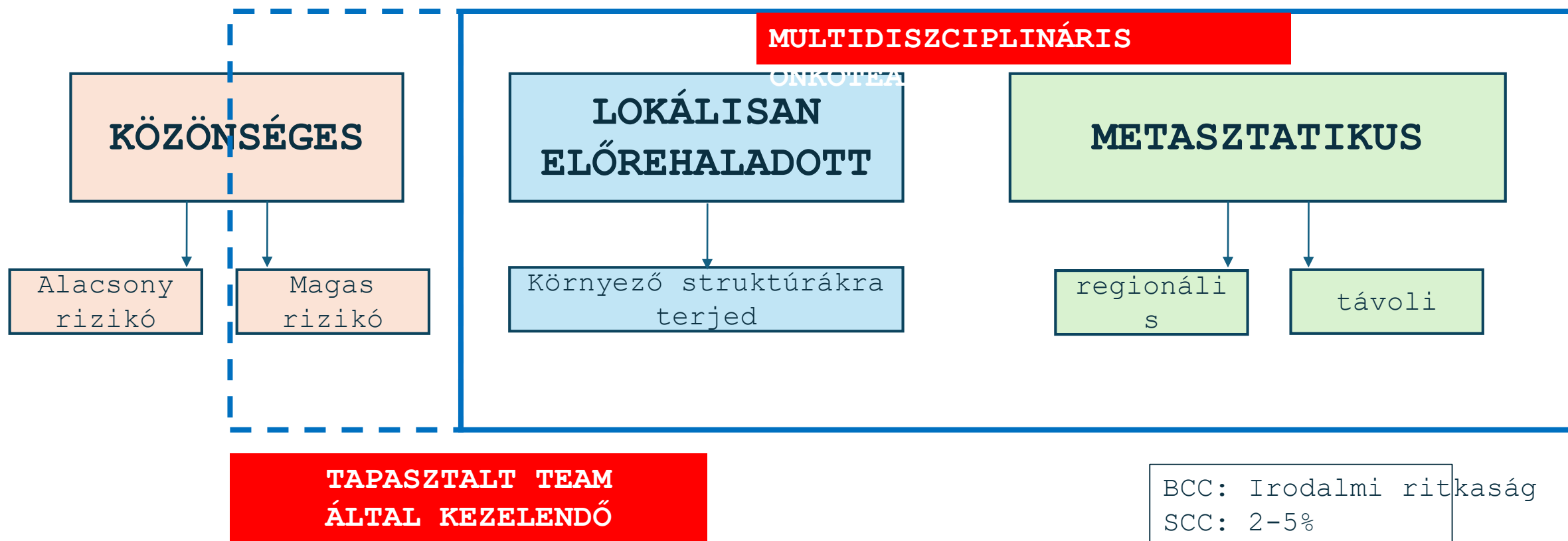
Baltás Eszter

Szegedi Tudományegyetem SZAKK
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

A hám eredetű daganatok beosztása kiterjedés szerint



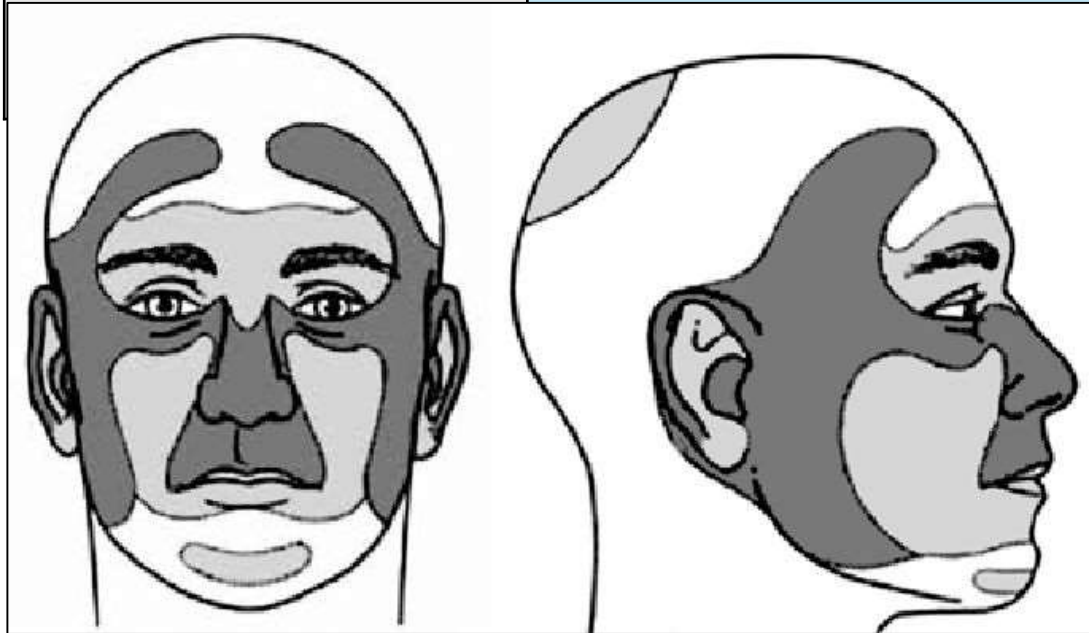
Klinikai rizikótényezők

(BCC, SCC: recidíva, SCC: áttét, halálozás)

	RIZIKÓTÉNYEZŐK	Alacsony rizikó	Magas rizikó
BASALIOMA LAPHÁMRÁK	határok	jól definiált	Rosszul definiált
	primer vagy recidív	primer	recidíváló
	immunszuppresszió	-	+
	Radioterápia /kr. gyulladás	-	+
LAPHÁMRÁK	Gyors növekedés	-	+
	Neurológiai tünetek	-	+

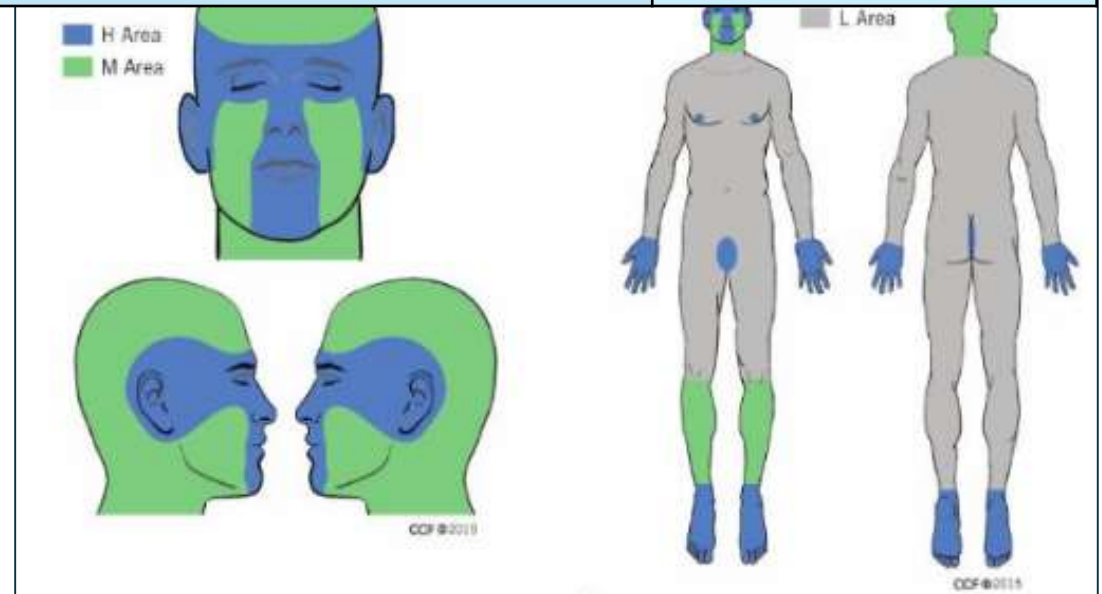
Rizikó a lokalizáció és a méret alapján

Alacsony rizikó	Magas rizikó	Nagyon magas (SCC)
Törzs, végtagok < 2 cm	1. Törzs, végtagok ≥ 2 cm (≤ 4 cm) 2. M zóna, fejbőr, nyak, pretibiális (≥ 1 cm) lábfej, anogenitális –	Bárhol > 4 cm



Area M: homlok, fejbőr, orca, nyak

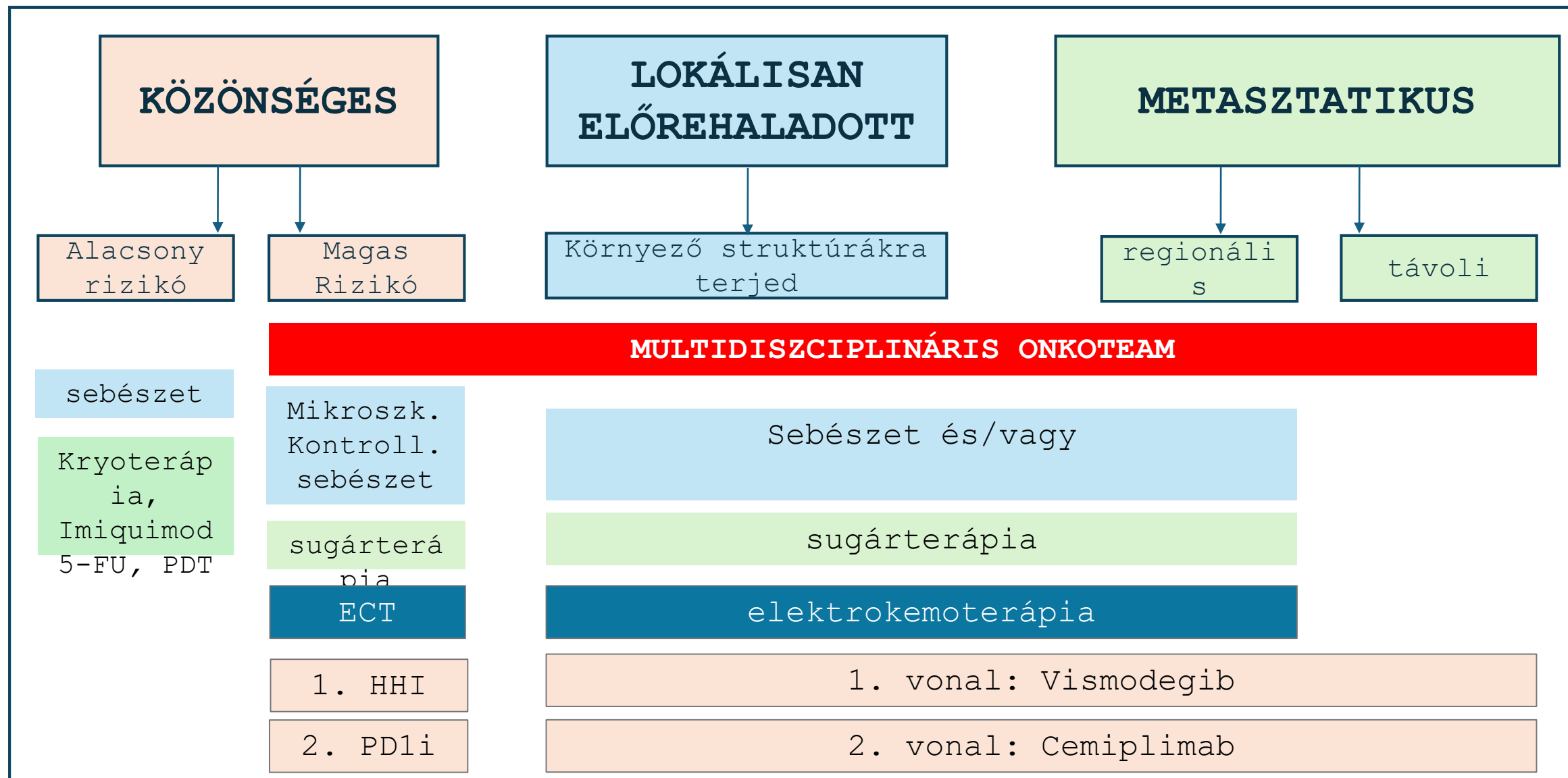
Area H: periorbitalis, szemhéj, periauriculáris, halánték, fül, arc centralis része, ajak, orr.



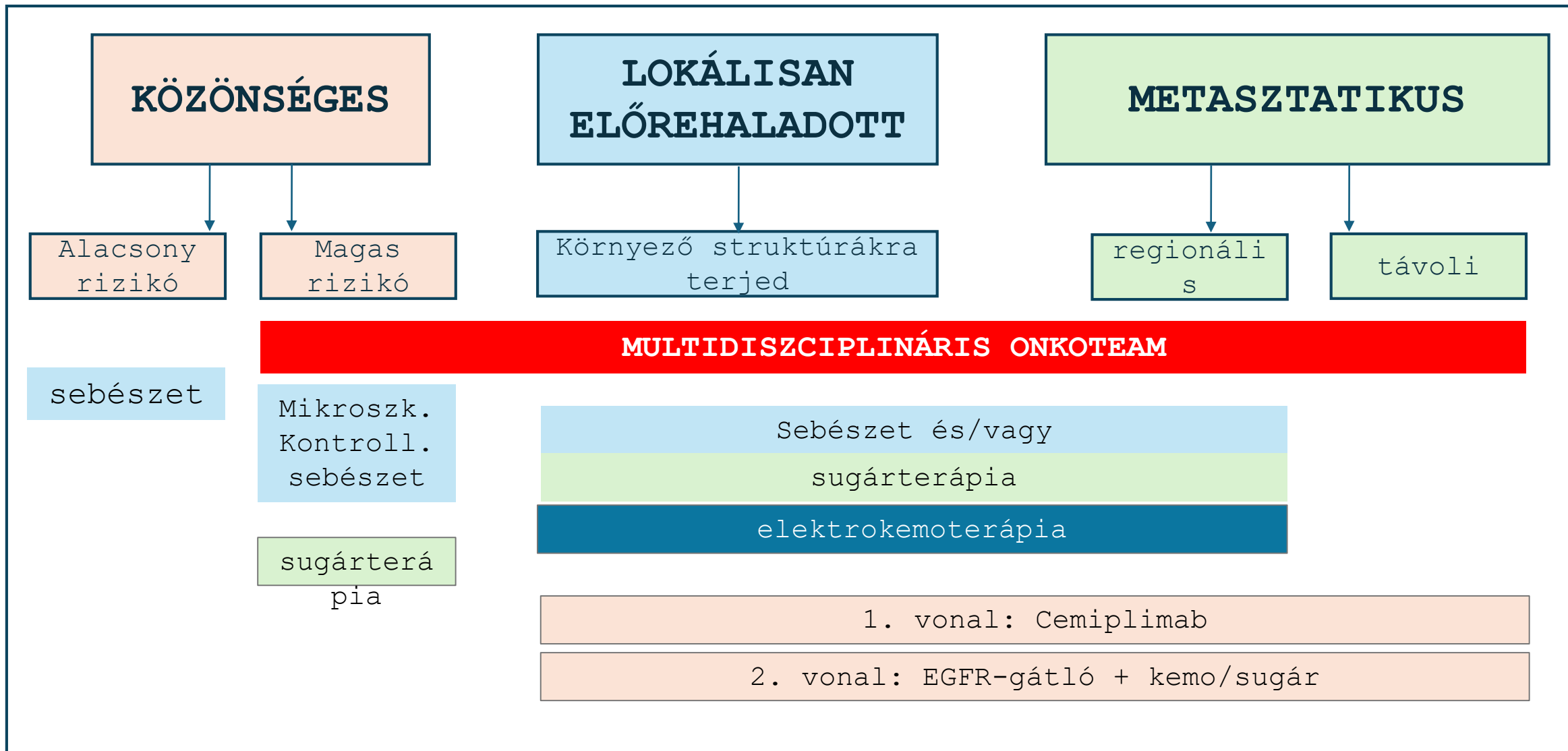
Szövetteni rizikótényezők

LAPHÁMRÁK	Alacsony rizikó	Magas rizikó	Nagyon magas rizikó
differentiáltság	Jól, közepesen	Rosszul	differentiálatlan
Szövetteni típus:	verrucosus, kerathoacantomatosus	acantolítikus (adenoid), adenosquamózus (mucin termelő), metaplázia (carcinosarcomatosus)	dezmoplasztikus
Mélységi invázió	<2 mm és nem terjed a subcutan zsírszövetbe (Clark I-III)	2-6 mm (Clark IV-V)	>6 mm és a subcutan zsírszöveten túlterjed
Perineurális terjedés	-	+	Tumorsejtek a dermisnél mélyebben fekvő/ ≥0,1 mm idegek hüvelyében
BASALIOMA	Noduláris, szuperficiális	Agresszív: infiltratív, mikronoduláris, morfeiform, basosquamosus, carcinosarcomatosus differenciáció	+
Szövettenyi vagy vérzés: invázió			
Perineurális	-	+	

A basalioma kezelése



A kután laphámrák kezelése

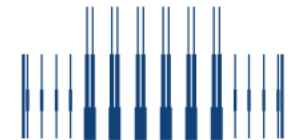




Ritka (ritkább) bőrdaganatok

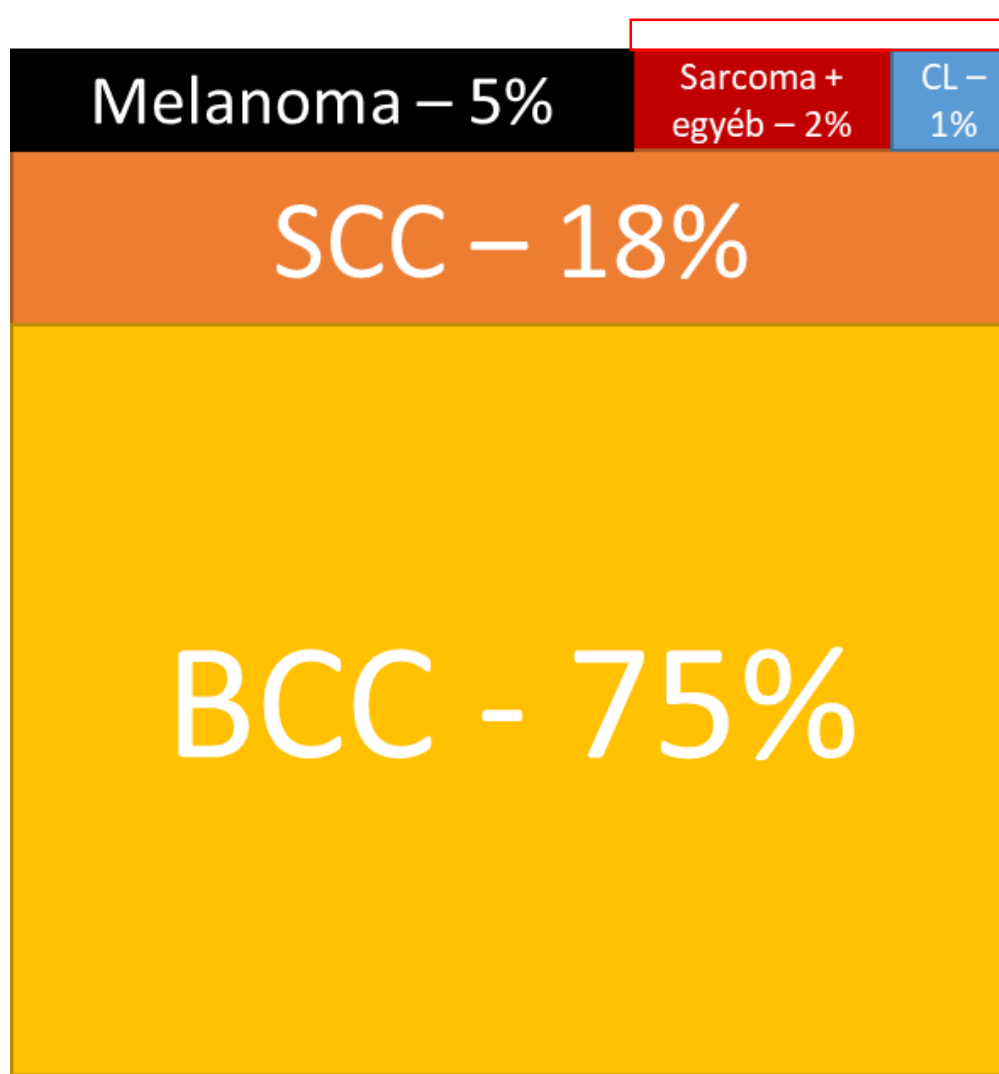
Dr. Gyulai Rolland

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika



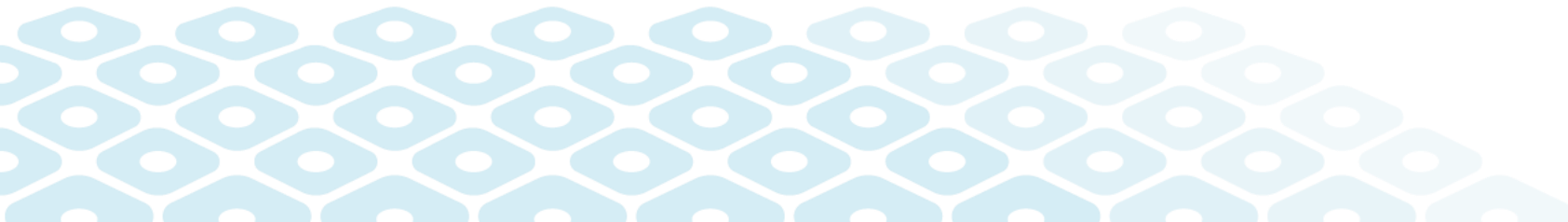
MTA
Kiváló
Kutatóhely

A kután daganatok gyakorisága



- Dermatofibrosarcoma protuberans - DFSP (18%)
- Merkel sejtes cc. (MCC)
- Kaposi sarcoma (71%)

- Leggyakoribb kután sarcoma forma (fibroblast)
- Low-grade
- Megjelenés: 20-60 éves kor
- Férfi : Nő ≈ 1
- Lokálisan agresszív (kesztyűujjszerű) növekedés
- Metasztázis
 - Ritka: 1-4%
 - 75%-ban tüdő
 - Viscerális 3x gyakoribb mint nyirokcsomó
 - Rizikó faktorok: rekuráló tumor vagy sarcomatosus hisztológia



- Szövettani vizsgálat – fibrosarcomatosus jelleg kizárása/igazolása
- Molekuláris biológiai vizsgálat - t(17;22)(q22;q13) transzlokáció igazolása
- Terápia – sebészi eltávolítás
 - Konvencionális: széles biztonsági udvar (3-5 cm)
 - Mikroszkóposan kontrollált sebészet
- SLNB – nem szükséges (lymphaticus terjedés ritka)
- Képalkotó vizsgálatok
 - Indikáció: met. gyanú, recidív tumor, fibrosarcomatosus tumor
 - Nycs és hasi UH, mellkas rtg

MCC – rizikó faktorok (AEIOU)

AEIOU parameter	No.	Percentage
Asymptomatic	78/89	88
Expanding rapidly	57/91	63
Immune suppressed	15/193	7.8 [‡]
Age > 50 y	175/195	90
UV exposed	136/168	81
Fair skin	191/195	98
Criteria met by MCC primary lesions*		
≥ 3	55	89
≥ 4	20	32
5	4	7

- Szövetteni vizsgálat – H&E és immunhisztológia
- Molekuláris biológiai vizsgálat – MCV+/-
- SLNB – mint MM-ben
- Képalkotó vizsgálatok – mint MM-ben
 - PET-CT vagy has/kismedence/mellkas CT
 - Koponya MR
- Sebészi ellátás
 - Excisio: 1-2 cm biztonsági zóna ± adjuváns RT
 - SLNB vagy FNA:
 - Negatív: obszerváció vagy RT (magas rizikójú beteg esetén)
 - Pozitív: LND (ha távoli metasztázis nincs)

KS Típus	Epidemiológia	Életkor	Klinikai megjelenés	Klinikai viselkedés
Klasszikus	Mediterrán vagy zsidó férfiak	40-70 év	Alsó végtag, ritkán nyh. vagy belszervi	Indolens
Afrikai	Fekete afrikaiak	Középkorú	Mpx, alsó végtag vagy nycs.	Progresszív
AIDS-asszociált	MSM férfiak, iv. drogosok	20-50 év	Disszeminált mucocutan/belszervi	Agresszív
Iatrogén	Autoimmun bet., transzplantáció	Bármely életkor	Lokalizált mucocutan vagy disszeminált	Változó

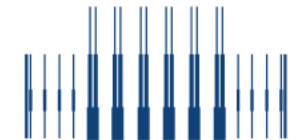
- Obszerváció
- (a betegek kb. 1/3-a 2 éves követés során tünetmentes maradt)
- Alsó végtagi ödéma – kompresszió
- Lokális kezelés
 - Sebészi excisio
 - Radioterápia (15x2 Gy)
 - Cryoterápia, lézer
 - Intralézionális interferon, vinblastin, bleomycin
 - Imiquimod
- Szisztémás kezelés
 - Kemoterápia (pegylált liposzómális doxorubicin)
 - Interferon



Immunterápiák bőrgyógyászati mellékhatásai

Ónodi Katinka

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Immunterápia: folyamatosan bővülő indikációs kör

Tebentafusp

Pembrolizumab

Nivolumab

Nivolumab +

Relatlimab

Ipilimumab



Avelumab



Pembrolizumab

Cemiplimab



Pembrolizumab

Nivolumab

Atezolizumab

Avelumab

Ipilimumab



Pembrolizumab

Nivolumab

Cemiplimab

Atezolizumab

Durvalumab

Ipilimumab



Pembrolizumab

Nivolumab



Pembrolizumab

Atezolizumab

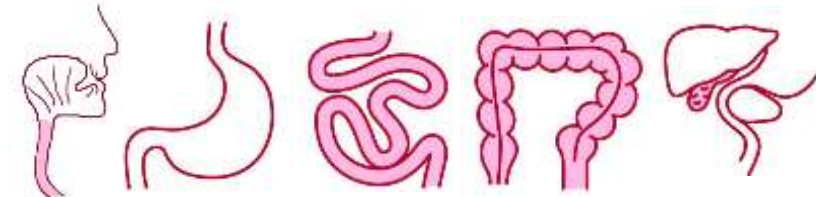


Pembrolizumab

Nivolumab

Cemiplimab

Dostarlimab



Pembrolizumab

Nivolumab

Tislelizumab

Atezolizumab

Ipilimumab

Tremelimumab

PD1-inhibitor

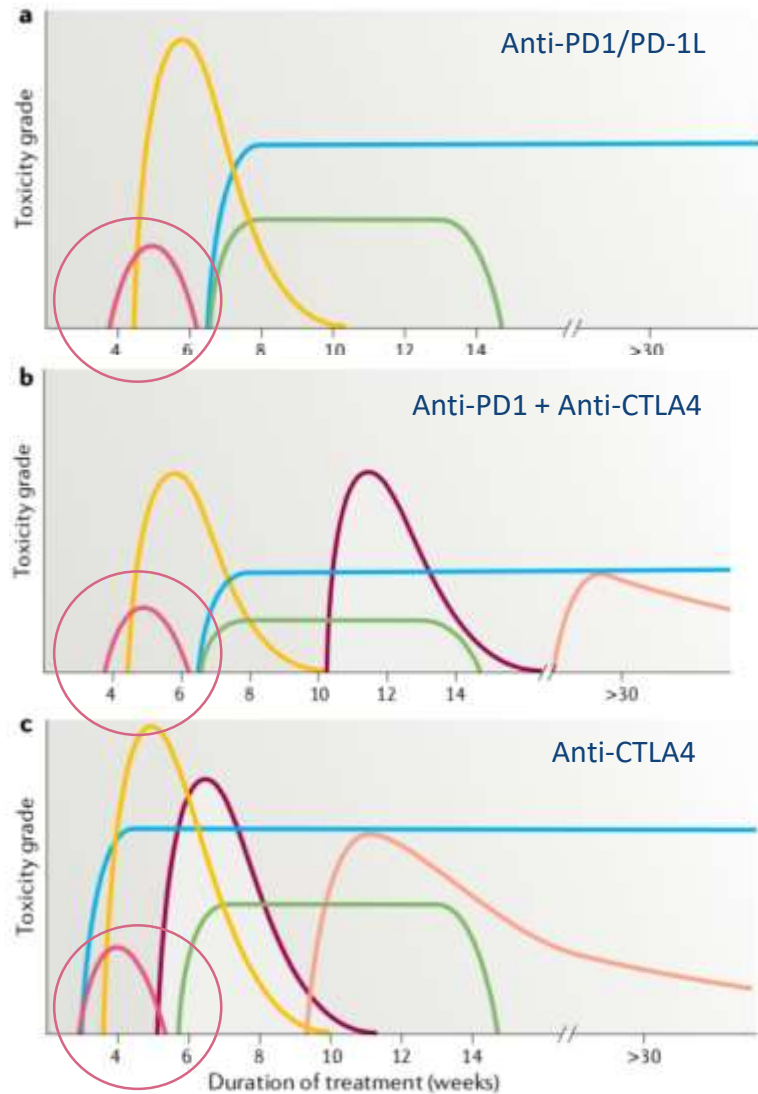
PD-1L-inhibitor

LAG3-inhibitor

Anti-CTLA4-antitest

Tebentafusp

Immunkapcsolt mellékhatás: bármely szervrendszer bármikor



Colitis

Endokrinopátiák

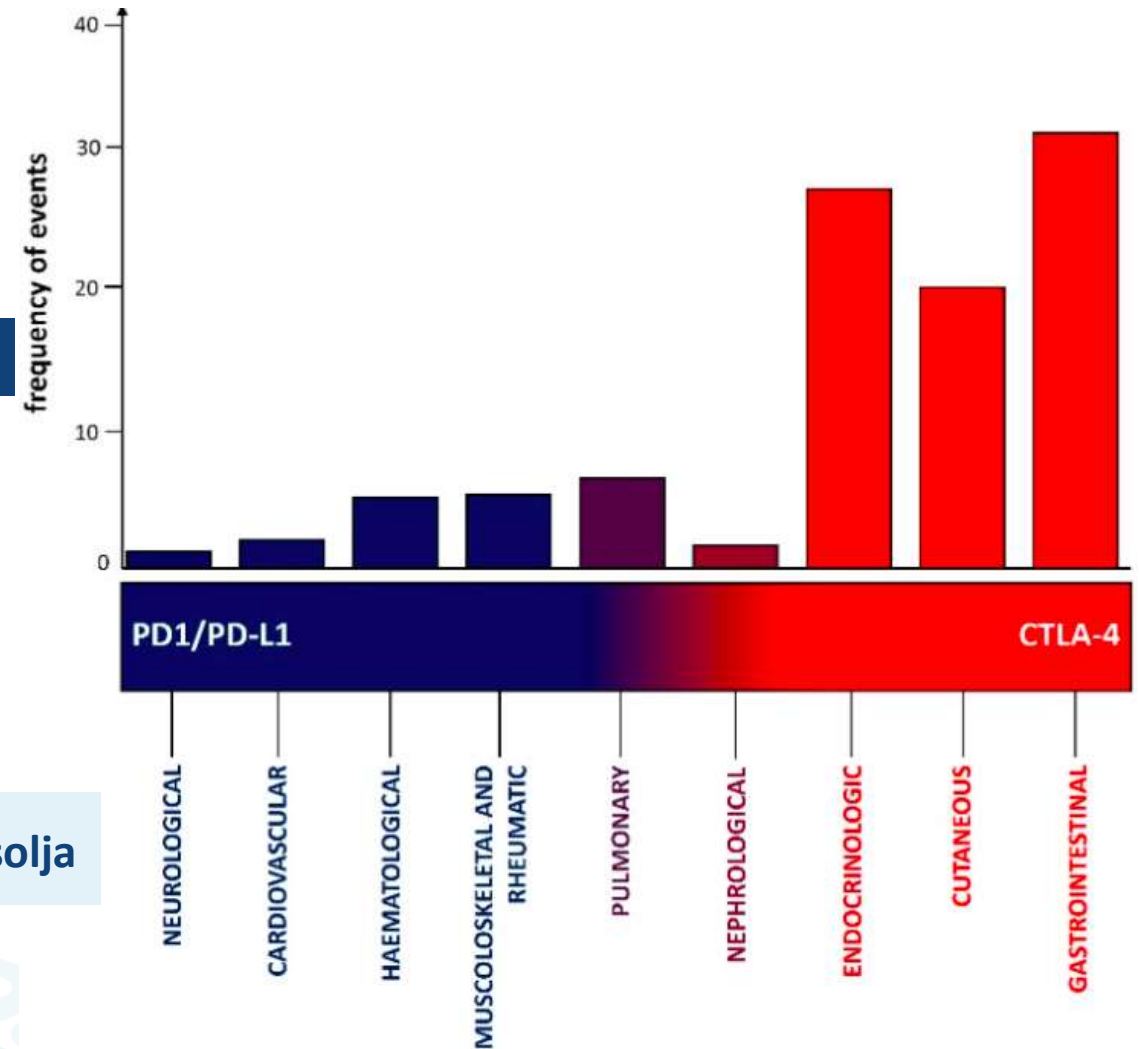
Bőrmellékhatások

Liver toxicity

Nephritis

Tüdő

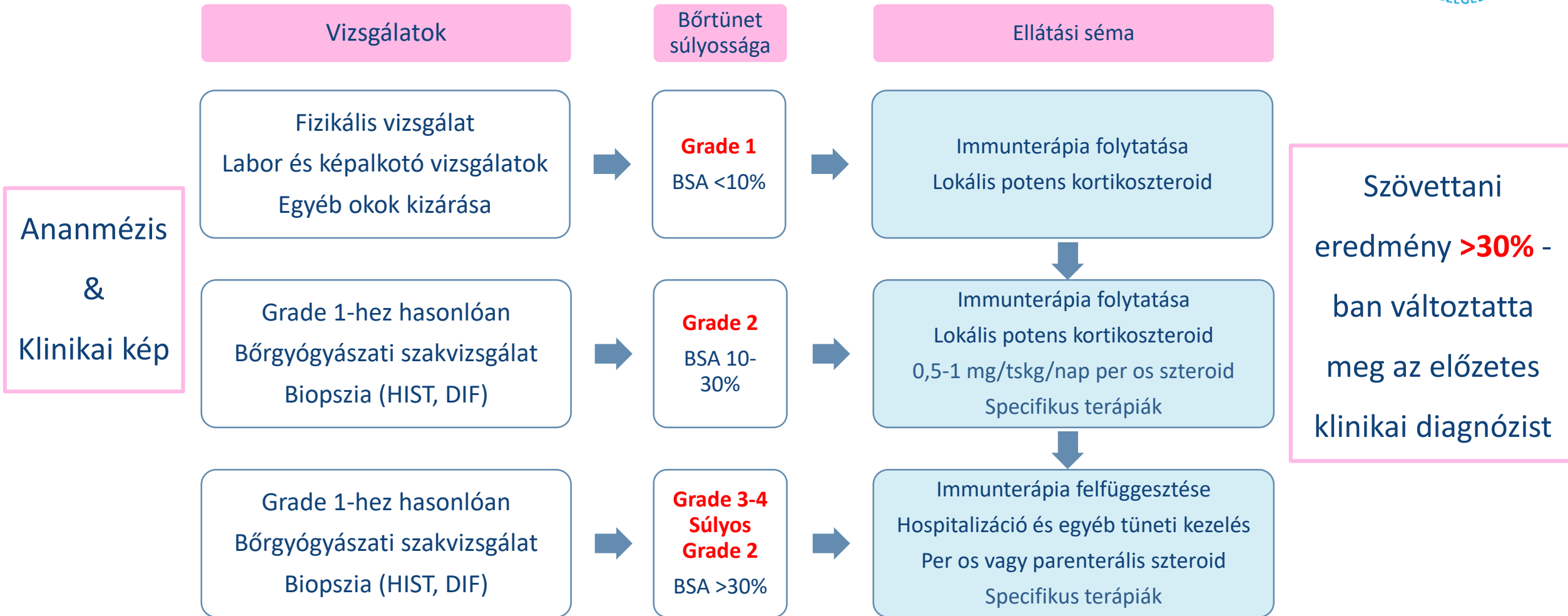
Tumor típusa is befolyásolja



Immunkapcsolt cutan mellékhatások: morfológia és gyakoriság

Dermatitis	Maculopapulos vagy morbilliform exanthema	20-68%
	Lichenoid dermatitis	15-45%
	Psoriasiform dermatitis	3,8-55%
	Ekzema	
	Neutrofil dermatosisok	
Pruritus	Pruritus bőrtünettel vagy anélkül	13,2-47%
Pigmentációs eltérések	Vitiligo	3-25%
	Naevusok és egyéb pigmentált léziók regressziója	
Hólyagos bőrbetegségek	Bullosus pemphigoid (BP)	1-5%
	Bullosus lichen	
	Lichen pemphigoides	
	Lineáris IgA dermatosis	
	Hólyagos gyógyszerreakció	
Súlyos cutan adverz gyógyszerreakciók (SCAR) 150 eset	Akut generalizált exanthematosus pustulosis (AGEP), Stevens-Johnson/Lyell szindróma (SJS/TEN)	
	Gyógyszer hiperszenzitivitási szindróma (DHS)	
Egyéb	Köröm, haj és nyálkahártya-eltérések	
	Vasculitis, dermatomyositis, Sjögren, SCLE, sarcoidosis, urticaria	
	Prurigo simplex, prurigo nodularis, acneiform vagy papulopustulosus	
	rosacea	

Immunkapcsolt cutan mellékhatások: menedzsment



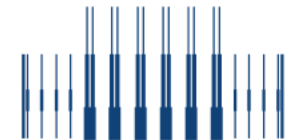
- **Bármikor** jelentkezhetnek
- Egyéb immunkapcsolt mellékhatások **prognosztikai faktorai** 72.3%-ban
- **Életminőségre** gyakorolt hatás: gyakori kiújulás, életet veszélyeztető kórképek
- Jelzik a terápiás választ: összefügghetnek **jobb túlélési aránnyal**
- Malignus **betegség prognózisa** szempontjából: szisztémás szteroid terápia nem befolyásolja a teljes túlélést, immunterápia - felfüggesztés vagy leállítás



Nyiroködéma

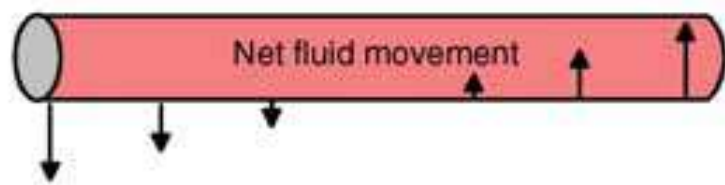
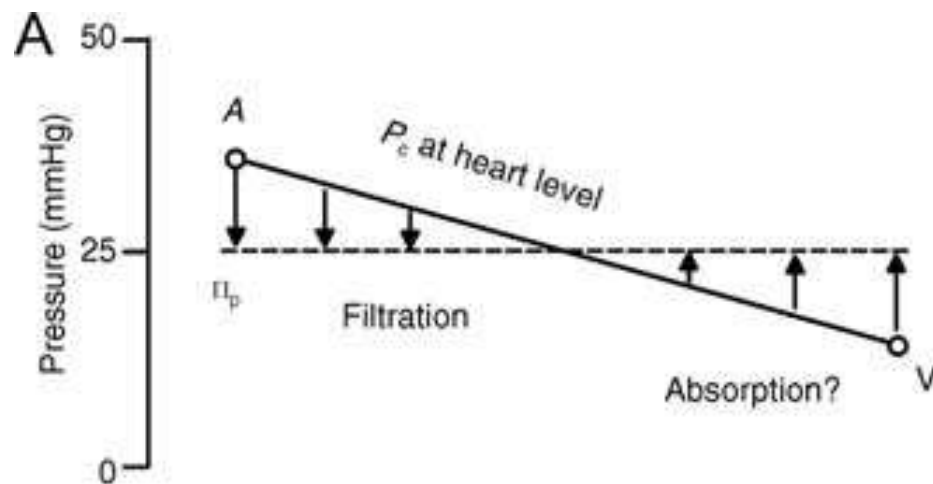
Szolnoky Győző

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika



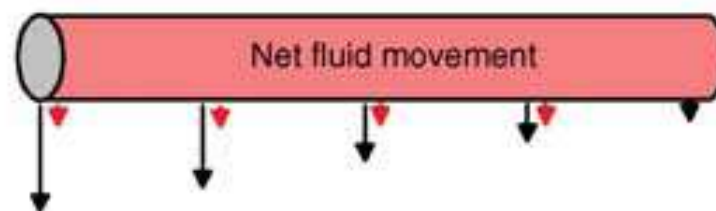
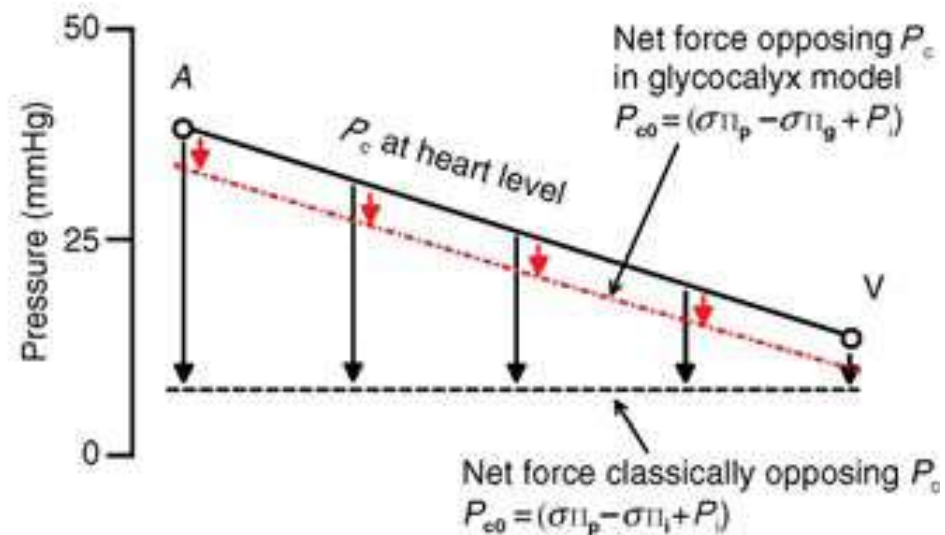
MTA
Kiváló
Kutatóhely

A Starling-féle egyensúly újraértelmezése



Interstitial forces considered small & negligible
 $P_{co} = \pi_p = 25 \text{ mmHg}$
 $P_v = 7.7 \pm 1.9 \text{ mmHg}$ (human arm, heart level)

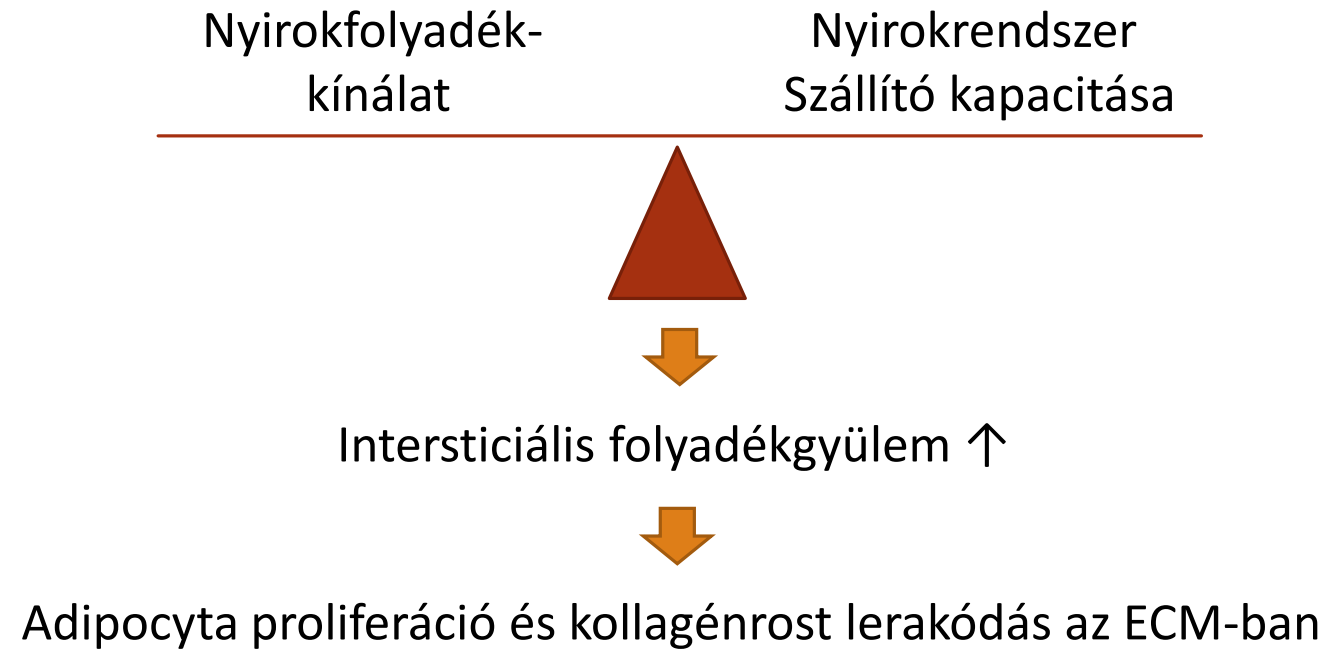
i



Interstitial forces measured in human subcutis
 $P_i = -2.1 \pm 2.2 \text{ mmHg}$, $\pi_i = 15.7 \pm 2.8 \text{ mmHg}$
 $P_{co} = 6.3 \text{ mmHg}$ (classic Starling sum)
 $P_v = 7.7 \pm 1.9 \text{ mmHg}$ (human arm, heart level)

ii

Pathomechanizmus



Prevalencia: 4-6%

Nő:Férfi=5:1

Intenzív terápiás szakasz: komplex ödémacsökkentő terápia

➡ Az MLD-nek nincs is szerepe?
friss bizonyítékok vannak, hogy van ...

Franks PJ, Quéré I, Keeley V, Tilley A, Liebl M, Murray S, Burian EA, Moffatt CJ.
Quality of Life and Costs Within Decongestive Lymphatic Therapy in Patients with Leg Lymphedema:
A Multicountry, Open-Label, Prospective Study. *Lymphat Res Biol.* 2021 Oct;19(5):423-430.

Kamińska P, Gabriel M, Kostrzębski P, Naglak M, Piskorz-Kryk K, Hazy A, Kleczewska M,
Majorczyk K, Pawlaczyk-Gabriel K. Comparative analysis of the effectiveness of the
comprehensive antioedema therapy versus multilayer bandaging in lower limbs
lymphoedema treatment. *Postepy Dermatol Alergol.* 2021;38:644-649.

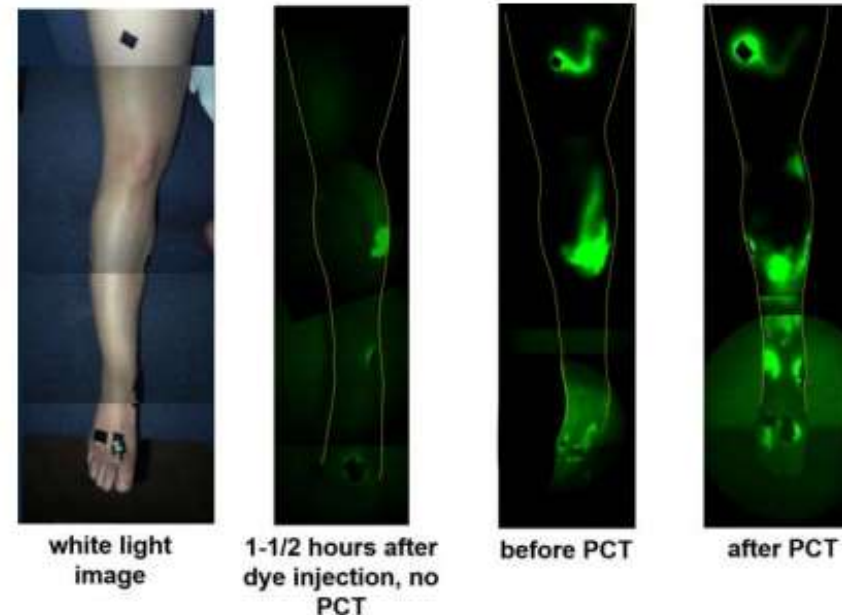
Forner-Cordero I, Muñoz-Langa J, DeMiguel-Jimeno JM, Rel-Monzó P. Physical therapies
in the decongestive treatment of lymphedema: A randomized, non-inferiority controlled study.
Clin Rehabil. 2021 Sep 13

..., de nem ez a teljes igazság: „**Does it mean that manual lymphatic drainage is not useful in lymphedema patients? Not at all.** As the effects of any therapy should be measured in an integral way, volume is a quantitative and important parameter of severity but it does not reflect the whole effect of MLD.”

Intenzív terápiás szakasz: komplex ödémacsökkentő terápia

intermittáló pneumatikus gépi kompresszió (IPC)

- Sorba kapcsolt pneumatikus rekeszek (nyomás: 20-100 Hgmm) a nyirokerek pulzációját utánzó ritmussal (frekvencia: 5-20/min) kompressziós hatást fejtenek ki.
- Komplex kezelés kiegészítése, az MLD-t nem váltja ki (???)



M.B. Aldrich, D. Gross, J.R. Morrow és mtsai. Effect of pneumatic compression therapy on lymph movement in lymphedema-affected extremities, as assessed by near-infrared fluorescence lymphatic imaging. Innov Opt Health Sci. 2017.

Intenzív terápiás szakasz: komplex ödémacsökkentő terápia

kompressziós kezelés

- Bázis terápia
- Előtte kötelező az artériás funkció ellenőrzése
 - $ABI < 0,5 \rightarrow$ szigorúan ellenjavallt
 - $0,5 < ABI < 0,8 \rightarrow$ csökkentett nyomás
- Szakszerű alkalmazás és annak betanítása
 - Végtag mozgásának a biztosítása
 - Nyomás fokozatosan csökkenjen a centrum felé
 - Egyenletes nyomás-eloszlás (egyenletes felhelyezés)
 - Nyomás:
 - felső végtag: 20-30 Hgmm
 - Alsó végtag: 40 Hgmm<
- Rugalmas pólyák: rövid megnyúlású (magas munkanyomás, alacsony nyugalmi nyomás)



Modern kötszerek és működésük

Kui Róbert

Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok (2025.10.02-04.)

Az ideális kötszer

- nedves sebgyógyulási környezetet tart fenn
- a felesleges sebváladékot elvezeti és magában tartja
- védelmet nyújt a külső káros noxák ellen
- nem toxikus, nincs benne allergén, nem irritál
- nem esik szét, nem marad a sebben
- atraumatikusan eltávolítható
- ritkán kell cserélni
- alakítható, méretre vágható
- költséghatékony

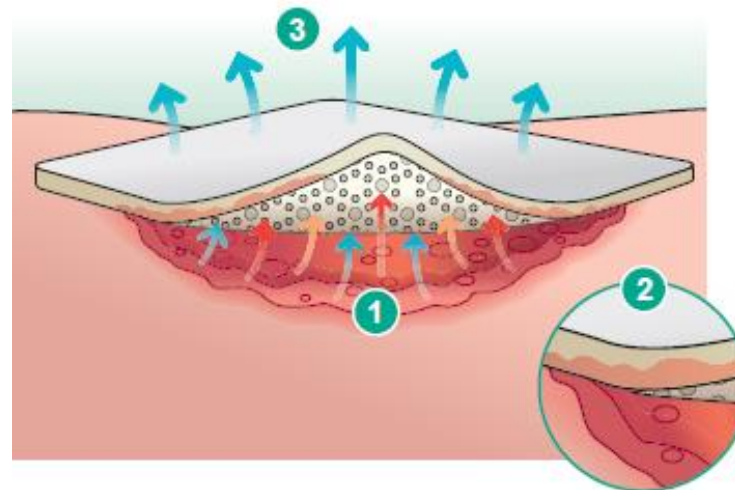


Akhilleusz bekötözi Patroklosz sebeit, Szosziasz alkotása, kb. Kr. e. 500–490

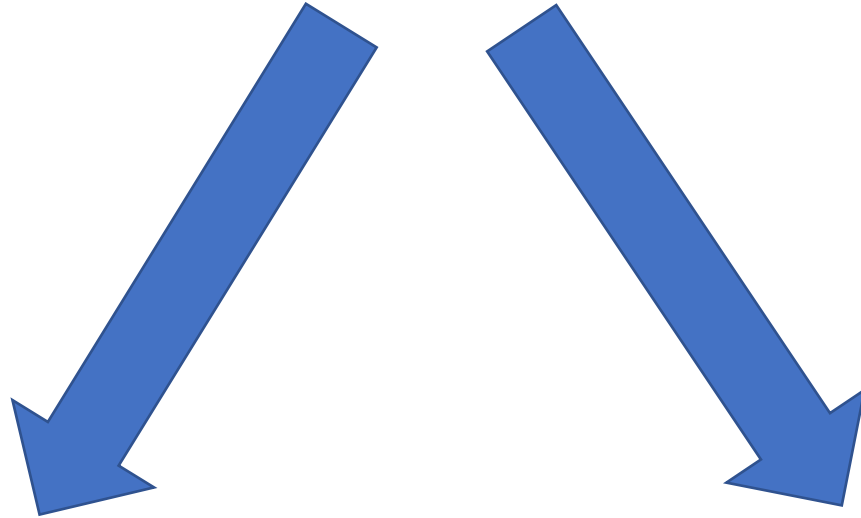
Hab (foam) kötszerek



Mepilex®, Mölnlycke Health Care



Abszorptív kötszerek

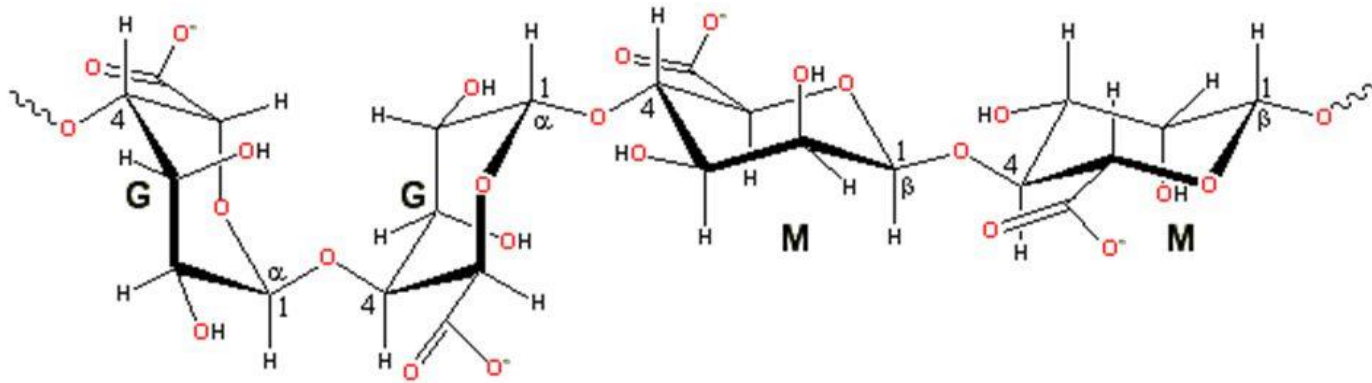


alginátok

hydrofiberek

Alginátok

Alginsav



Lineáris polimer:

β -(1-4)-kötésű D-mannuronsav (**M**) és

α -(1-4)-kötésű L-guluronsav (**G**)

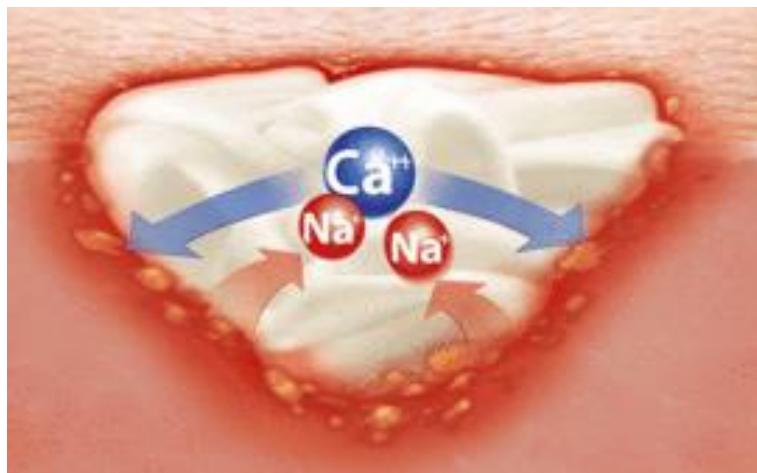


Fibers of alginate stabilized with calcium

Alginátok



Melgisorb Plus®, Mölnlycke Health Care



Hydrofiber kötszerek I.

Hydrofiber® Technology at work



Hydrofiber® Technology
before application to a wound



Transforming into a gel on
contact with exudate



Locking in exudate and
harmful components
contained within exudate,
keeping them away from the
wound



Aquacel®, ConvaTec



MaxioCel®, Axio Biosolutions

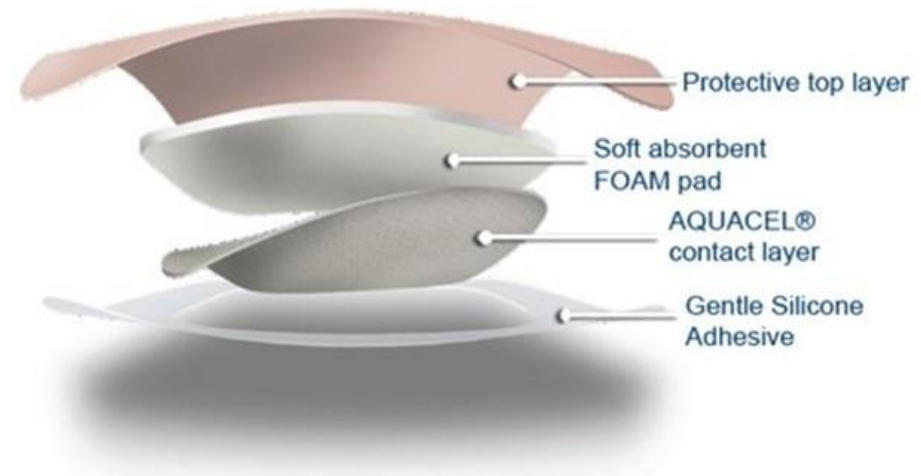
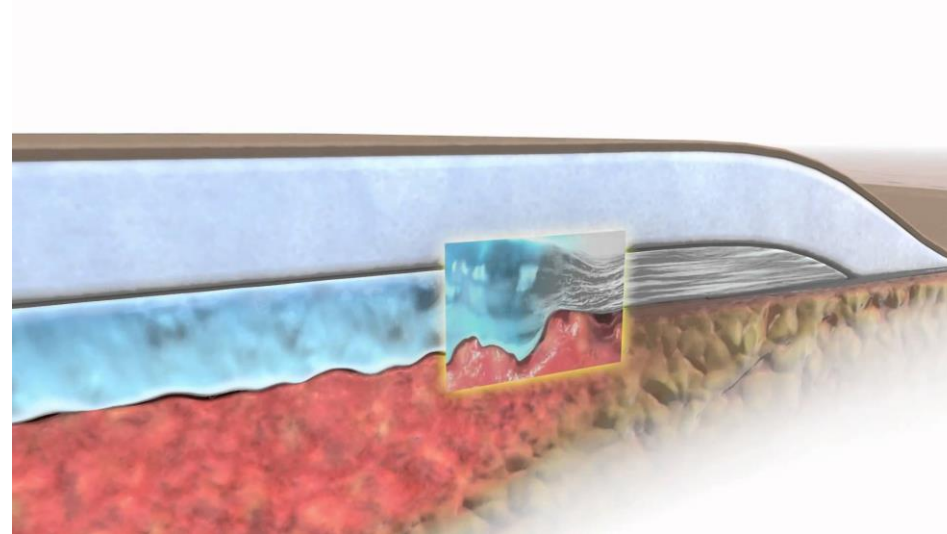


Exufiber®, Mölnlycke Health Care

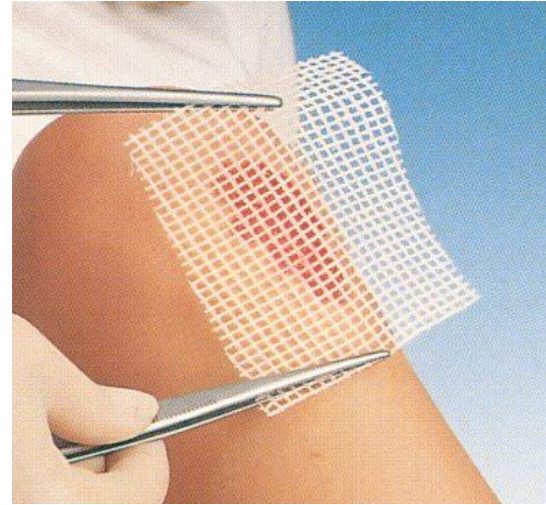
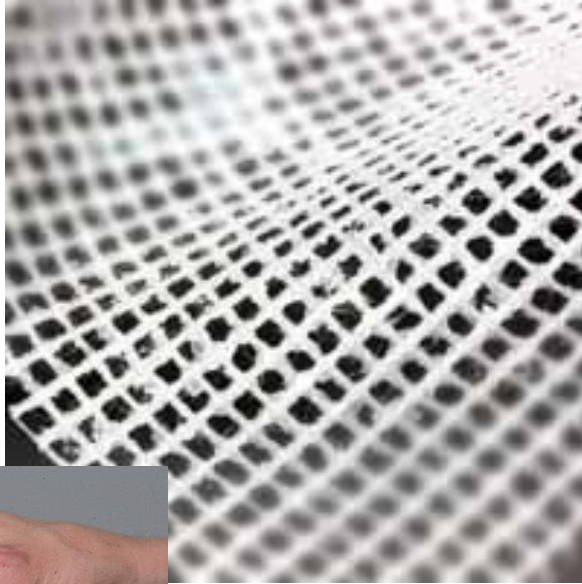
Hydrofiber kötszerek II.



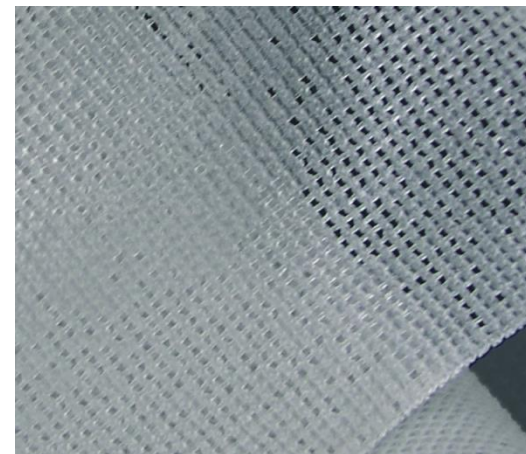
Aquacel Foam®,
ConvaTec



Impregnált hálók, tüllkötszerek



Jelonet®, Smith&Nephew



Cuticerin®, Smith&Nephew

Hidrogélek

Hydrotac®, Hartmann (géllel impregnált habkötszer)



Hydrotac Transparent®, Hartmann



Suprasorb G gel®,
Lohmann & Rauscher



Antimicrobiális kötszerek

- ezüst
- jód
- klórhexidin
- polyhexamethyl-biguanide (PHMB)
- orvosi méz

Antimicrobiális kötszerek I.

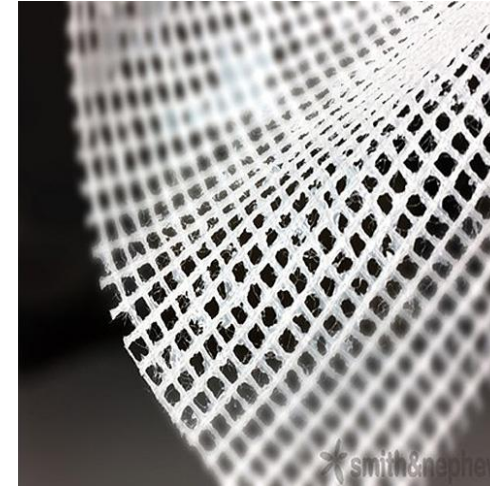
Mepilex Ag®, Mölnlycke Health Care



Actisorb Plus®, Systagenix



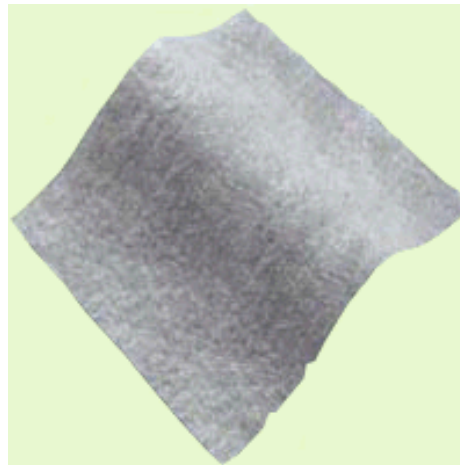
Bactigras®, Smith&Nephew



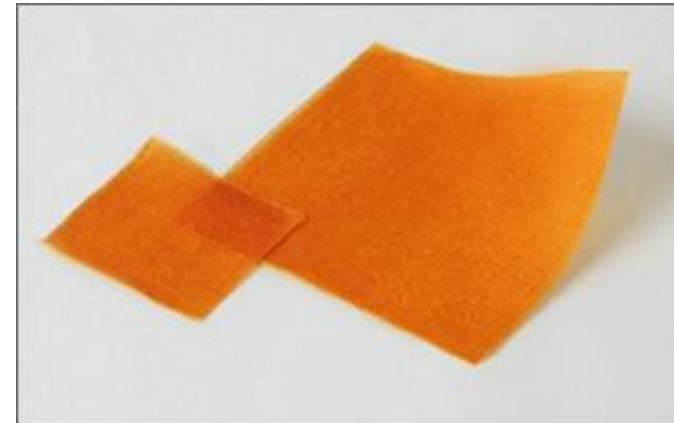
Medihoney®, Derma Sciences



Silvercel®, Systagenix



Inadine®, Systagenix



Antimicrobiális kötszerek II.



Aquacel Ag Foam®, ConvaTec



Aquacel Ag®,
ConvaTec



Atrauman Ag® (Hartmann)



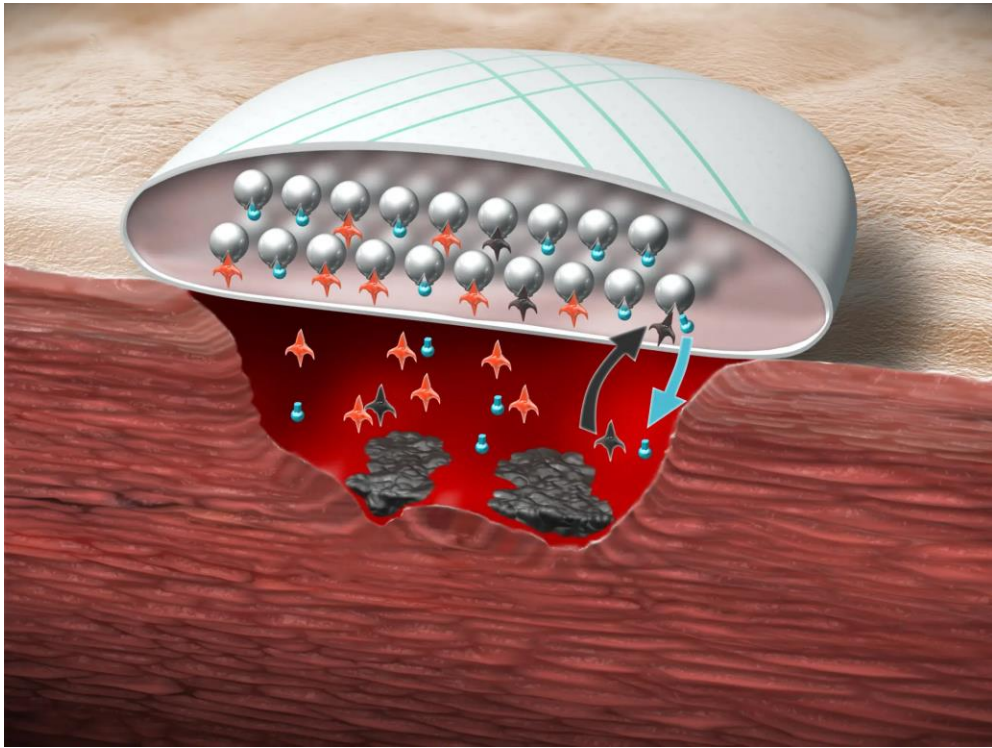
**Kendall AMD
Foam®**, Covidien

Hydrokolloidok

- keresztkötött polimer mátrix
- zselatin, pektin, karboxi-metilcellulóz
- vizet vesz fel, elgélesedik
- okkluzív, lényegében impermeábilis



Speciális szívó-öblítő hatású kötszerek

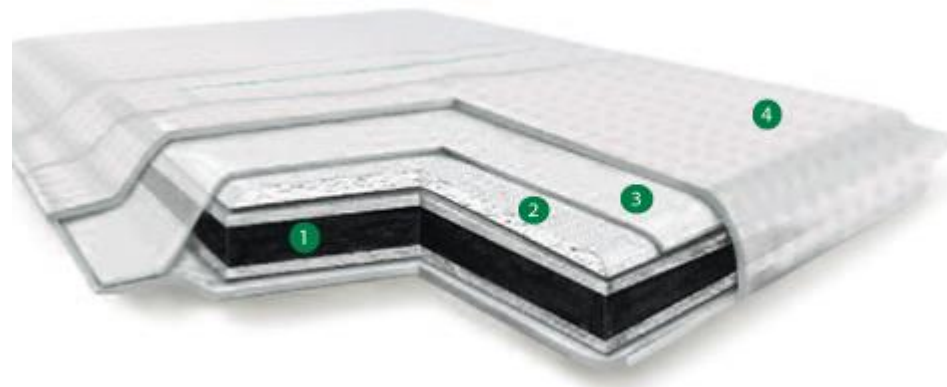


HydroClean Plus® (Hartmann) + PHMB!

Nedvszívó kötszerek



- feladatuk a sebváladék megtartása



Vliwaktiv®, Lohmann & Rauscher

Felejtsük el végre a mull-lapot!

Vliwasoft 10 x 10 cm

gyógyászati segédeszköz

Termék

Betegtájékoztató



GYÁRTÓ: Lohmann & Rauscher GmbH

ISO-KÓD: 0233060603 - Nedvszívó sebpárnák, többretegű, steril 10x10 cm-ig
bővebben

Vliwasoft 10 x 10 cm 1 darab

KISZERELÉS: 1 darab

KIADHATÓSÁG: Kgy.

FOGYASZTÓI ÁR: **14 Ft**

TTT -KÓD: 310051519

 STÁTUSZ: A NEAK információja szerint forgalomban van.

 TB TÁMOGATÁS

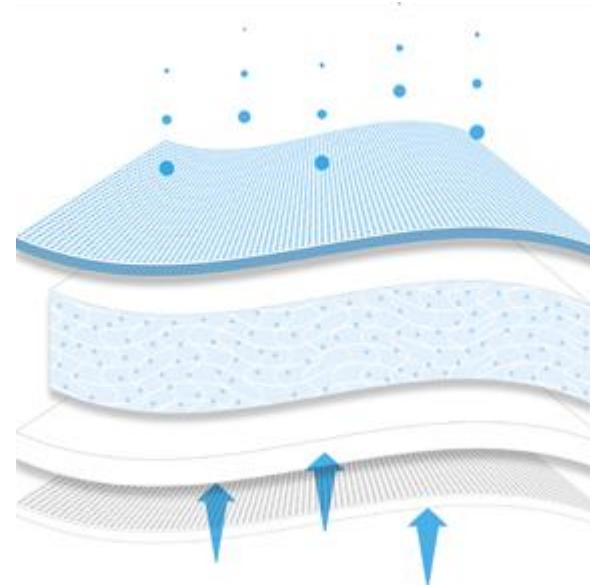
Normatív támogatás **11 Ft** NOMIN 80% Normatív0233

Térítési díj **3 Ft**



Forrás: <https://www.lohmann-rauscher.com/>

Továbbfejlesztett nedvszívó kötszerek



Mextra® (Mölnlycke Health Care)

Zetuvit Plus® (Hartmann)

Vliwazell Pro® (Lohmann & Rauscher GmbH)

❖ NYITÓLAP

KATALÓGUS

LETÖLTÉS

KAPCSOLAT

Kedves Érdeklődő!
Üdvözljük a SEJK honlapján!

Ezen az oldalon a társadalombiztosítás által támogatott gyógyászati segédeszközöket tartalmazó katalógust látja, melynek neve Online Segédeszköz Jegyzék (SEJK), működtetője pedig az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK). Az Online Segédeszköz Jegyzék célja, hogy a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközök használoit, családtagjait, az ezeket az eszközöket rendelő orvosokat, asszisztenseiket, valamint általánosságban a gyógyászati segédeszközök iránt érdeklődőket széles körű információhoz juttassa ezen eszközök vonatkozásában, segítve tájékozottságukat, megkönnyítve munkájukat, mindennapjaikat. A SEJK-et emellett remélhetőleg hasznosnak találják az egészségügyi szolgáltatók, a gyógyászati segédeszközöket gyártók és forgalomba hozók, az eszközöket kiszolgáló gyógyszerárak és gyógyászati segédeszköz-szaküzletek, valamint az érintett szakmai szervezetek.

A SEJK adattartalma

A SEJK a támogatott gyógyászati segédeszközök teljes körére vonatkozóan tartalmazza az alábbi adatokat:

- termékinformációk (leírás, használati útmutató, kép, video),
- támogatási adatok (támogatás összege, kihordási idő, kihordási időre felírható mennyiség, rendelhetőségi feltételek [indikáció, felírási jogok]),
- a forgalomba hozóra vonatkozó adatok (forgalomba hozó neve, címe, elérhetőségei, a gyártó megnevezése),
- az eszközzel kapcsolatosan beérkezett felhasználói vélemények, és
- keretszámláló kalkulátor (a későbbiekben bevezetendő HTL-alapú keretösszeghez).

A SEJK adatállománya a társadalombiztosítási támogatással rendelhető segédeszközöket is tartalmazó – a NEAK által működtetett – publikus gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-törzsből (PUPHA) és a forgalomba hozók által biztosított termékinformációkból áll. A SEJK a forgalomba hozók részére olyan felületet biztosít, amelyen keresztül feltölthetik az általuk forgalmazott eszközök adatait. A feltöltött adatokat a NEAK munkatársai ellenőrzik és jóváhagyás után a SEJK adatbázisba továbbítják. A SEJK oldalai egyszerűen kinyomtathatók.

A SEJK-et a NEAK havi rendszerességgel frissíti, amennyiben a támogatott segédeszközök listájában bármilyen módosítás történik, így például névváltoztatás, méretváltóztatás, árcsökkentés, támogatási adatok változása, törlés, vagy új eszköz támogatása.

Kedves Érdeklődő! Bízunk benne, hogy a NEAK és a gyógyászati segédeszközöket forgalomba hozó vállalkozások együttes munkájának köszönhetően olyan felhasználóbarát katalógust sikerült létrehozunk, melyben a támogatott gyógyászati segédeszközökre vonatkozó minden szükséges információt megtalál.

A NEAK fejlesztő csapata mindent megtesz annak érdekében, hogy a SEJK a felhasználók igényeit a lehető legjobban kiszolgálja. Reméljük, hogy rendszerünk az Ön tetszését is elnyeri. Észrevételeit a sejk@neak.gov.hu e-mail címre elküldve jelezhetik felénk.

Kellemes böngészést!

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő



RÓLUNK

LAKOSSÁGNAK

SAKMÁNAK

Főoldal > Szakmának > Gyógyszer / Gyógyászati segédeszköz / Gyógyfürdő támogatások > Egészségügyi vállalkozásoknak
> Publikus Gyógyászatisegédeszköz-törzs (PUPHAG) > Végleges publikus gyógyászatisegédeszköz-törzs

GYÓGYSZER / GYÓGYÁSZATI SEGÉDESKÖZ /
GYÓGYFÜRDŐ TÁMOGATÁSOK

Egészségügyi szakembereknek

Egészségügyi vállalkozásoknak

Publikus Gyógysztörzs (PUPHA)

Publikus Gyógyászatisegédeszköz-
törzs (PUPHAG)

Archívum

PUPHAX webszervíz

Gyártók, forgalomba hozók

Gyógysztárak

Gyógyászati segédeszköz forgalmazók

GYÓGYÍTÓ-MEGELŐZŐ ELLÁTÁS

SPECIÁLIS FINANSZÍROZÁSÚ ELLÁTÁSOK

FINANSZÍROZÁSI PROTOKOLLOK

SAKMAI IRÁNYELVEK

VÁRÓLISTA

KÖZPONTI IMPLANTÁTUMREGISZTER

Végleges publikus gyógyászatisegédeszköz-törzs



Publikus gysetörzs – 2025. szeptember 1.

Közzététel ideje: 2025. augusztus 25.

Érvényesség kezdete: 2025. szeptember 1.

[Publikus gysetörzs – mdb formátumban](#)

[Társadalombiztosítási támogatással rendelhető és kiszolgálható gyógyászati segédeszközök](#)

[teljes körének érvényes listája](#)

[Publikus gysetörzs – új termékek](#)

[Publikus gysetörzs – törölt termékek](#)

[Publikus gysetörzs – változások](#)

[Publikus Gyógysztörzs és GYSE egy állományban – mdb formátumban](#)

Publikus gysetörzs – 2025. augusztus 1.

Közzététel ideje: 2025. július 23.

Érvényesség kezdete: 2025. augusztus 1.

[Publikus gysetörzs – mdb formátumban](#)

[Társadalombiztosítási támogatással rendelhető és kiszolgálható gyógyászati segédeszközök](#)

[teljes körének érvényes listája](#)

Felírás szigorítása

- Habszivacsok, habok
- Kétrétegű habszivacs kötszer, steril, antimikrobiális
- Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz:
 - másodlagos kötszer és főszabályként kötésrögzítő nélkül. Amennyiben azonban a kötszer nem tapad, rendelhető kötésrögzítővel (filmkötszer vagy öntapadó pólya vagy ragtapasz vagy kötésrögzítő)
 - Időbeli korlátozás (azonos sebre): 2 hónap
 - Az eszköz rendelésekor a sebről fotódokumentációt kell készíteni, melyet az egészségügyi dokumentáció részeként kell kezelni, megőrizni. A fotódokumentációt úgy kell elkészíteni, hogy elősegítse az orvosi indikáció fennállásának megállapítását és ellenőrzését.
 - Az eszköz papíralapú vényen nem rendelhető.

Összefoglalás: a négy legfontosabb sebkezelési alapelv

- Nedves sebkörnyezet fenntartása és epithelizáció támogatása
- Váladékkontroll
- Infekciókontroll
- Atraumatikus kötéscsere

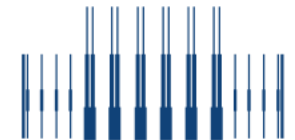


Az autoimmun hólyagos betegségek

Bata-Csörgő Zsuzsanna

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

Szeged, Továbbképzés 2025. október 2-4



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Autoimmun bullosus betegségek diagnosztikája

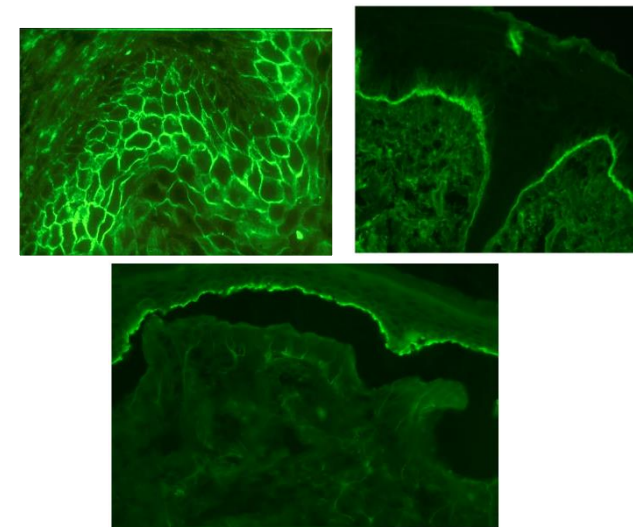
A betegek bőrében és a keringésben autoantitestek találhatók a keratinociták és a bazális membrán bizonyos fehérjéi ellen.

Vizsgálati stratégia:

A beteg léziós (szövetében) bőrében az antigén-antitest depozitumok kimutatása **direkt immunfluoreszcencia (DIF)**

A beteg szérumában vannak-e szövet-specifikus antitestek? **indirekt immunfluoreszcencia (IIF)**

„Salt-split skin” módszer (szeparáció a lamina lucida területén)



multiparametrikus ELISA

BP180-NC16A-4X, BP230, DSG1, DSG3, envoplakin, type VII collagen

Euroimmun, Germany

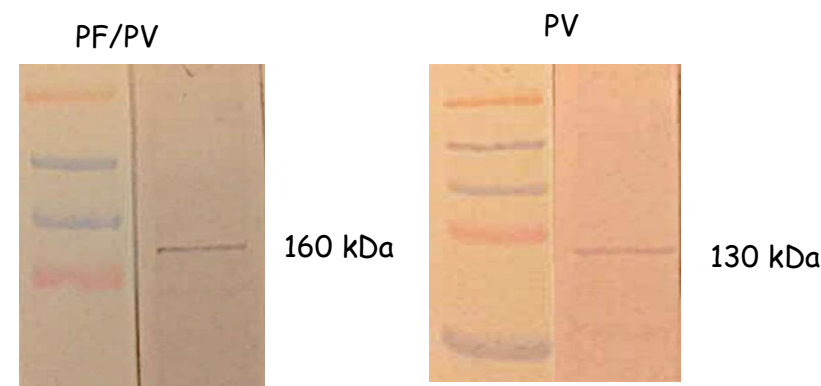
DSG1, DSG3, BP180, BP230, and type VII collagen; MBL

monospecifikus ELISA

Diagnostic performance of the "MESACUP anti-Skin profile TEST". Eur J Dermatol. 2016; 26:56-63.

J Clin Lab Anal. 2018 PMID: 28948640

Western blot



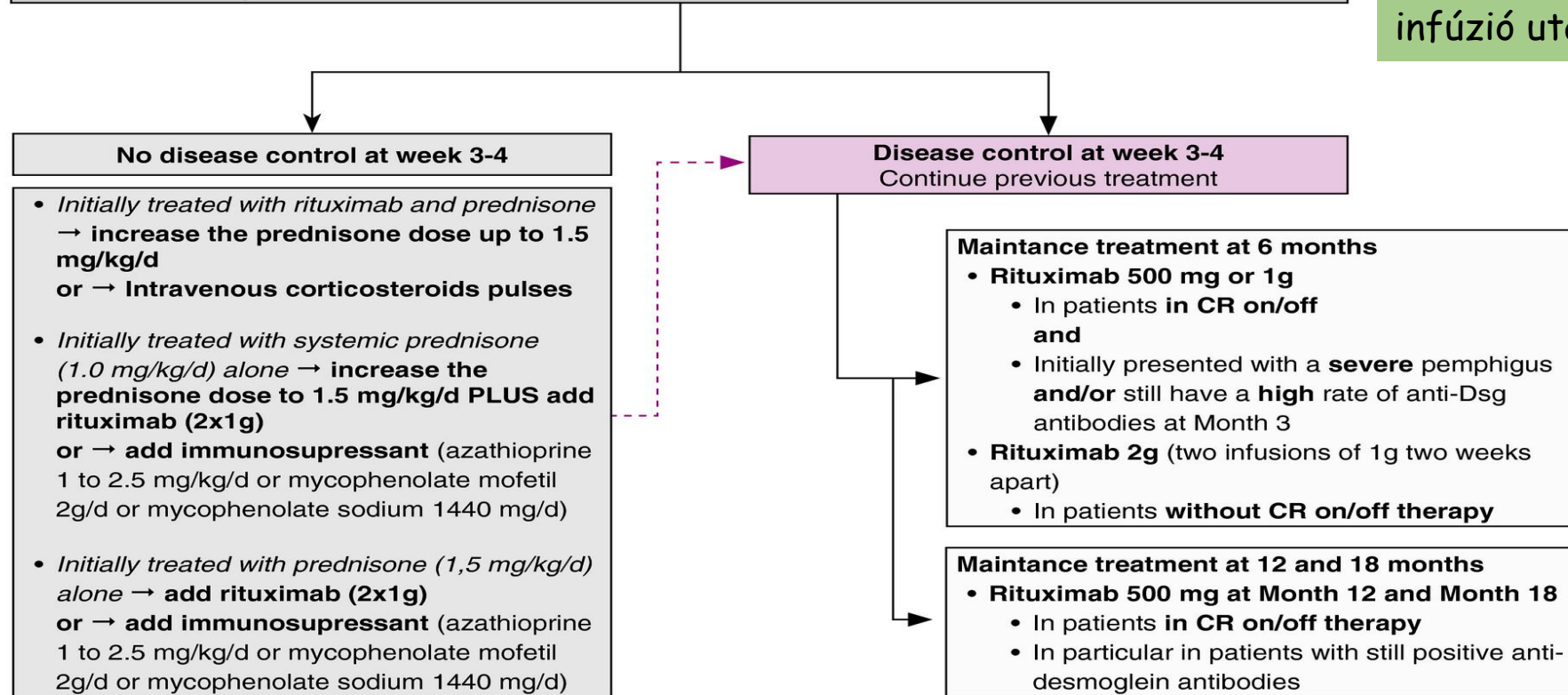
Updated S2K guidelines on the management of **pemphigus vulgaris and foliaceus** initiated by the european academy of dermatology and venereology (EADV)

Moderate to severe PV/PF

1st line treatment

- **Rituximab** two infusions of 1g two weeks apart, associated with systemic corticosteroids (prednisone 1 mg/kg/day) with a progressive tapering in order to stop corticosteroids after 6 months
or
- **Systemic corticosteroids** oral prednisone 1 to 1.5 mg/kg/day alone or associated with an immunosuppressive drug (azathioprine 1 to 2.5 mg/kg/d or mycophenolate mofetil 2g/d or mycophenolate sodium 1440 mg/d)

A steroid nem megkerülhető a betegség elején, a Rituximab hatása később érvényesül, viszont 1,5-2 évig is tünetmentes a beteg az infúzió után.



A steroid terápiával kapcsolatos tudnivalók

A dózis individuális kell legyen a betegségtől és annak súlyosságától, a különböző steroidok farmakokinetikájától, potenciális gyógyszerinterakcióktól és az egyén válaszkészségétől függően.

A corticosteroid használata nem megkerülhető bizonyos betegségekben, függetlenül a sok mellékhatástól.

Ha steroidot kell adni, akkor a terápiás dózist kell adni, rövid ideig (lökésterápia), mintsem az ineffektív dózist elhúzódoan. Az inadekvát dózis a mellékhatásokat generálja jó terápiás hatás nélkül (steroidra nem reagál? vagy ineffektív a dózis?)

A diagnózist fel kell állítani a steroid terápia megkezdése előtt.

Akut kezelés (1-3 nap), rövid idejű 3-4 hét.

Hosszas kezelés: hónapok, évek.

Az egyéb betegségek felmérése és a steroid mellékhatásokhoz igazodóan azok terápia módosítása szükséges, ha steroidot adunk hosszabban mint az akut kezelés:

diabetes mellitus, hypertonia (víz-sóháztartás), szívbetegség, cataracta és glaucoma, gyomorfekély, infekció, osteoporosis

A mellékhatások dózisfüggése: ≤ 5 mg/nap prednisone nem valószínű

> 5 mg/nap és ≤ 10 mg/nap betegfüggő, figyelni kell

> 10 mg/nap a mellékhatás rizikója emelkedett

Ann.Rheum.Dis. 2016, 75: 952-957



Pemphigus:

Első vonal: szisztémás szteroid (predniso(lo)ne 0.5 mg - 1.5 mg/kg/nap), ha 2 hét alatt nem jól reagál emelni a dózist **predniso(lo)ne 2 mg/kg-ig, kiegészítve más immunszuppresszív terápiával, hogy az elhúzódó kezelést (> 4 hónap) és a dózis függést a minimális (>10 mg/day) terápiás dózis feletti adaghoz függést elkerüljük.**

Első vonalbeli adjuváns: Azathioprine (1-3 mg/kg/day). 50 mg /nap dózissal kezdve, hogy az idioszincrás reakciót észrevegyük, mely esetben azonnal le kell állítani a gyógyszert, ha nincs probléma, akkor emelni lehet az adagot.

TPMT aktivitás mérése a terápia előtt, amennyiben lehetséges.

Mycophenolate mofetil (2g/nap) or mycophenolic acid (1440 mg/nap).

Másodvonalba: Anti-CD20 monoclonális antitest rituximab 2 x 1g i.v. (2 weeks apart) vagy 4x375 mg/m² (hetente)

Intravénás immunglobulin (IVIg, 2g/kg/hónap)

Immunadsorpció (2 ciklus 4 nap alatt, majd 4 hét múlva)

~~Cyclophosphamide (500 mg i.v. bolus vagy per os 2 mg/kg/day)~~

~~Methotrexate (10-20 mg/hét)~~

~~Dapsone 100 mg/day vagy ≤ 1.5 mg/kg/nap dózisig~~

Steroid dóziscsökkentés: nincs új hólyag

A predniso(lo)ne 25% -os csökkentése 2 hetente (<20mg lassan!).

Ha <3 új lézió kialakul, vissza kell menni az előző dózisa.

Relapsus esetén 2 lépéssel vissza kell menni a szteroid dózissal, ha ez 2 hét alatt nem segít akkor a kezdeti dózisa kell visszamenni.

A kezelés abbahagyható-e?

Pemphigoid: lokalizált vs extenzív betegség

Helyi vagy szisztémás kezelés?

Dózis: 0.5-0.75 mg/kg (1.0 mg/kg)

Fokozatos csökkentés a tünetekhez igazodva (15 nap vagy ennél kevesebb, ha nincs új hólyag)

British Association of Dermatologists BJD, 2012:
prednisone or prednisolone

0.75-1 mg/kg súlyos

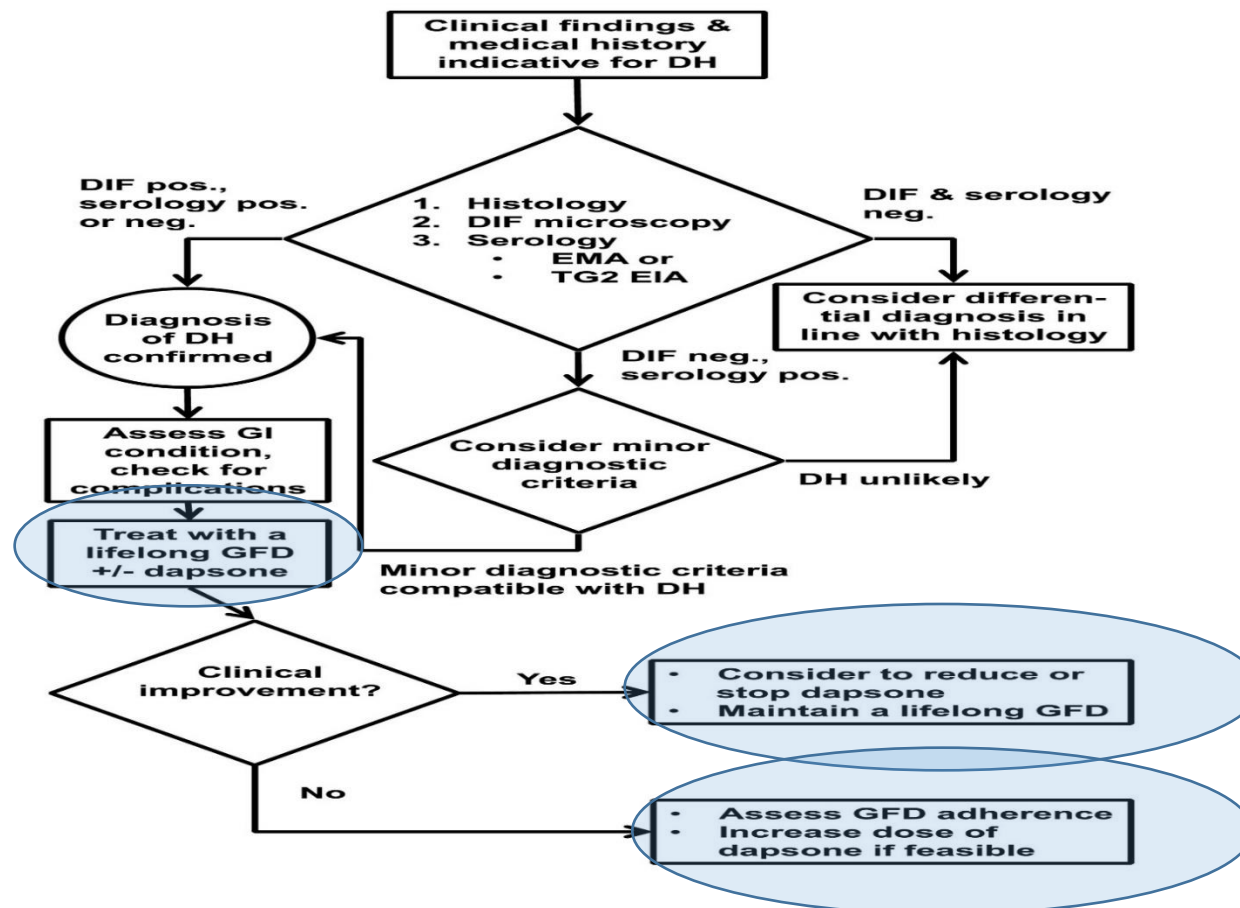
0.5 mg/kg közepesen súlyos

0,3 mg/kg enyhe, lokalizált

4 hétig, ha nincs új lézió csökkentés, 1/3-val a dózisnak vagy 1/4-vel, 15 mg-ig, majd innen 2,5 mg-mal csökkenteni 10 mg-ig, majd havonta 1 mg-mal csökkenteni. Relapsus esetén az előző dózissra visszamenni.

Kérdés: mikor hagyjuk abba a kezelést?

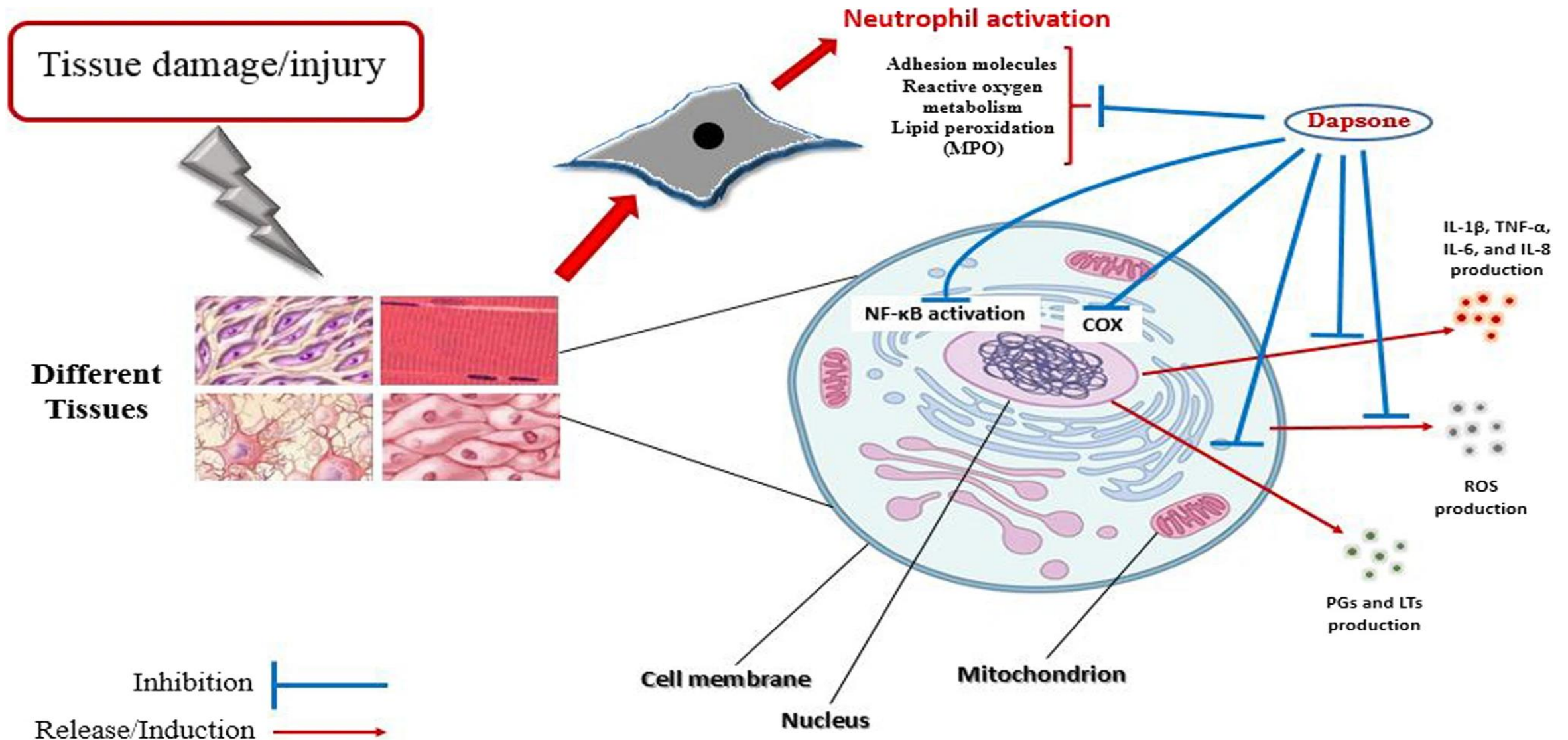
S2k guidelines (consensus statement) for diagnosis and therapy of **dermatitis herpetiformis** initiated by the European Academy of Dermatology and Venereology 2021(EADV)



Acad Dermatol Venereol, Volume: 35, Issue: 6, Pages: 1251-1277, First published: 18 May 2021, DOI: (10.1111/jdv.17183)

A Review Comparing International Guidelines for the Management of Bullous Pemphigoid, Pemphigoid Gestationis, Mucous Membrane Pemphigoid, and Epidermolysis Bullosa Acquisita: minimális különbségek, elsősorban abból adódnak, hogy mikor írták és a biztosító mit fizet. Am J Clin Dermatol. 2020 Aug;21(4):557-565. PMID: 32180161.





Methaemoglobin ellenőrzése (norm:1,5%, 10-20% felett tünetek)
Glükóz-6-foszfát dehidrogenáz (G6PDH)

Arch Pharmacol. 2022 PMID: 36125533



Rituximab

Kiméra monoklonális antitest CD20 ellen, depletálja a normális és pathológiás B sejteket, a plasma sejteket és a csontvelői őssejteket nem.

Alkalmazás előtt hepatitis szerológia, Quantiferon teszt, infekció kizárása, rutin labor

Infúzió során fellépő reakciók

A rituximab beadásával összefüggő, az infúzió során fellépő reakciók a felszabaduló citokinek és/vagy más kémiai mediátorok hatásával lehetnek kapcsolatosak.

Leggyakoribb tünetek az **allergiás-típusú reakciók**: fejfájás, viszketés, torokirritáció, kipirulás, bőrkiütés, urticaria, hypertensio és a láz.

Általában a betegek nagyobb hányadánál tapasztaltak infúziós reakciót az **első infúzió után**, mint bármelyik kezelési ciklus második infúziója után.

(Premedikáció: paracetamol (1000mg), Solu-cortef (50 mg), Telfast (180 mg)

Lázcsillapítót, antihisztamint, illetve esetenként oxigént, intravénás sót vagy bronchustágítókat és szükség esetén glükokortikoidokat adtak. A túlérzékenységi reakciók kezelésére szolgáló szereknek - pl. epinefrin (adrenalin), antihisztaminok és glükokortikoidok - kéznél kell lenniük, hogy azonnal alkalmazhatók legyenek.

Késői neutropenia A vér neutrophil-sejteinek vizsgálata szükséges minden kezelés előtt és rendszeresen, a kezelés megszűnése után 6 hónapig, valamint fertőzés jeleinek vagy tüneteinek esetén

Súlyos bőrreakciókat, mint toxicus epidermalis necrolysis (Lyell-szindróma) és Stevens-Johnsonszindrómát jelentettek, amelyek közül néhány halálos kimenetelű volt.

Az orvosnak fel kell mérnie a beteg **vakcinációs státusát**, és amennyiben lehetséges, a rituximab kezelés megkezdése előtt, az aktuális immunizálási előírásoknak megfelelően, a betegnek minden előírt védőoltást meg kell kapnia, az alkalmazása előtt legalább 4 héttel be kell fejezni. Ezért **élő vírust** tartalmazó vakcinákkal történő védőoltás a kezelés alatt vagy perifériás B-sejt depléción idején **nem** ajánlott.

Terhesség, szoptatás: nem

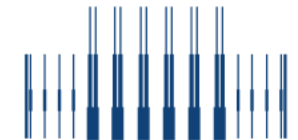




Vasculopathiák

Dr. Nagy Géza

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

- **Vasculopathia = ér-betegség**

*Olyan kórfolyamatok, amelyeknél károsodik az erek struktúrája vagy működése.
Nem feltétlenül van jelen gyulladás az erek falában.*

- Az ér lumen részleges vagy teljes obstrukciója
- Perfúziós elégtelenség – ischaemia
- Esetenként endothel károsodás
- Gyulladás másodlagosan, minimálisan van jelen vagy hiányzó

- **Okklúziós vasculopathia**

- Ér lumen részleges / teljes struktúrális vagy trombotikus obstrukciója
- Pontosabb etiológia: nem jellemző a gyulladásos infiltrátum

Livedo reticularis:

- Livid elszíneződésű háló-szerű mintázat, amely a meglassult dermális is subcutan vénás áramlás miatt alakul ki
- Fiziológiás válasz hidegre (*cutis marmorata*), vazospazmus, kapilláris obstrukció

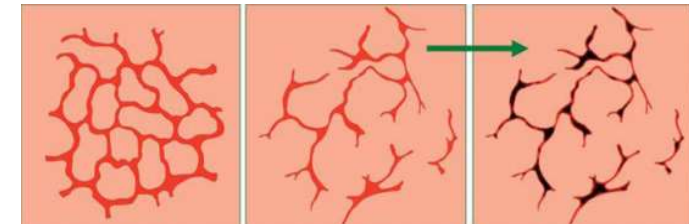
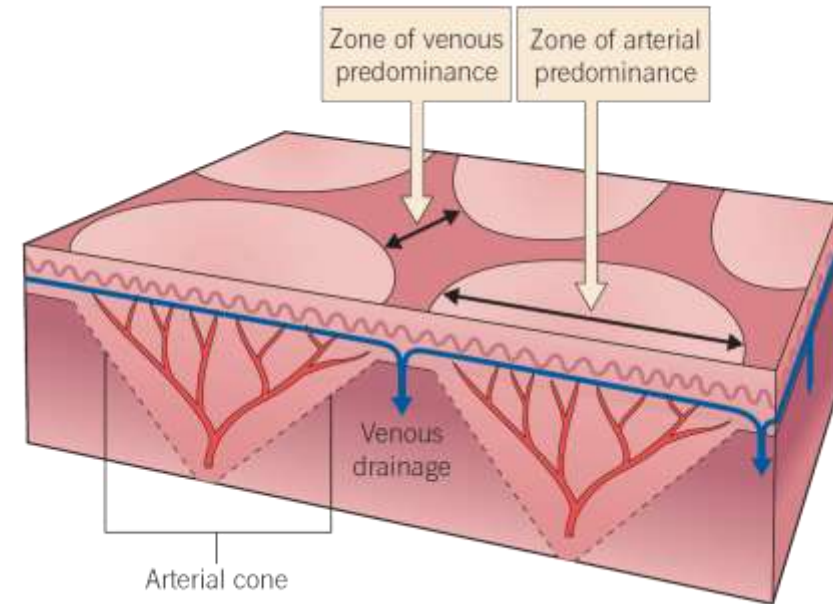
Livedo racemosa: patológiás válasz, maradandó, megtört háló-szerű mintázat

Retiform purpura: vasculitis (*erythema*), vasculopathia (*necrosis*)



Bologna, Dermatology (2012)

Livedo reticularis patomechanizmusa



Bologna, Dermatology (2012)

Differenciáldiagnosztika

Okklúziós vasculopathiák

Érfal elváltozásai

- Calciphylaxis
- Sneddon syndroma
- Reaktív angioendotheliomatosis

Vörösvérsejt / thrombocyta okozta elzáródás

- Polycythaemia vera
- Sarlósejtes anaemia
- Thrombocytaemia
- Leukémiás hyperleukocytosissal

Kóros fehérjék okozta érelzáródás

- Monoklonális gammopathia
- I-es típusú cryoglobulinaemia
- Kryofibrinogenaemia

Embolizáció okozta érelzáródás

- Koleszterin embolizáció
- Infekciós embolizáció
- Tumor embolizáció
- Nicolau syndroma

Koagulopathiákhoz társuló érelzáródás

- Heparin-indukálta nekrózis
- Thrombotikus thrombocytopeniás purpura
- Disszeminált intravascularis koaguláció
- Antifoszfolipid syndroma
- Örökletes / szerzett deficienciák (Protein S, C)
- Livedoid vasculopathia

Átfedő kórképek vasculitissel

- Cutan polyarteritis nodosa



- Laesio morfológiája, anamnézis, exacerbáló / provokáló faktorok felkutatása
- Részletes kivizsgálás nem csak a trombophilia, hanem az immun-mechanizmusok irányába is
- A diagnózishoz a bőrbíopszia nyújt segítséget, amelyet a klinikummal szükséges korreláltatni
- A klinikai evolúció miatt bizonyos esetekben nehéz meghatározni az iníciáló patomechanizmust (*inflammáció versus trombózis*)

Így kezelek én – ulcus cruris

Szolnoky Győző

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

Típusos sebek



Atípusos sebek



Atípusos elhelyezkedés

Atípusos megjelenés

Atípusos okok

Atípusos fájdalom

A standard terápiával szembeni rezisztencia

Kórélettan

- ➡ Perzisztáló krónikus gyulladás
- ➡ Mikróbák szerepe (kolonizáció, kritikus kolonizáció, fertőzés) és a biofilm jelenléte
- ➡ Elégtelen oxigén- és tápanyagellátás, ödéma fenállása

Diagnosztika és osztályozások

Vizsgálati módszerek:

- Anamnézis, fizikális vizsgálat
- Érfelmérés: ABI, kézi Doppler
- Képalkotás: color duplex ultrahang

Osztályozási rendszerek:

- CEAP (vénás)
- Rutherford (artériás)
- Wagner (diabétesz láb szindróma)
- EPUAP/NPUAP (decubitus)

Kezelési alapelvek

Oki terápia:

- Krónikus vénás betegség: kompressziós kezelés vagy a vénás keringés intervenciós kezelése
- PAD: revaszkularizáció vagy egyéb artériás keringésjavítás artériás esetben
- DFU: off-loading, speciális cipő diabéteszes lábnál
- Decubitus: a megelőzésre fektetni a hangsúlyt

Lokális kezelés:

- Sebtoalett, debridement
- Klasszikus és modern kötszerek
- NPWT, graftok, sejterápia (autológ vérterápia)

Prevenció és edukáció

- Beteg edukáció – önellenőrzés, higiéné
- Megfelelő lábbeli, nyomáscsökkentő eszközök
- Kompressziós terápia fenntartása
- Életmódbeli tényezők: dohányzás kerülése, diéta, testsúly kontroll
- Multidiszciplináris team szerepe

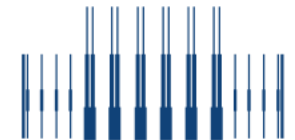


ÍGY KEZELEK ÉN: ATÓPIÁS DERMATITIS

Dr. Csoma Zsanett Renáta

Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok
2025.10.02-04.

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Terápiás útmutató 18 éves kor alatt

** erős ajánlás

* gyenge ajánlás

off label

LCS lokális kortikoszteroid

LCNI lokális calcineurin inhibitor

Súlyos

** Cyclosporin #

≥ 16 év

** Dupilumab

≥ 6 hónap

** Tralokinumab

≥ 12 év

** Lebrikizumab

≥ 12 év

* Azathioprin #

** Baricitinib

≥ 2 év

** Abrocitinib

≥ 12 év

** Upadacitinib

≥ 12 év

* Methotrexat #

Közepes

** LCS

Proaktív

** LCNI

Proaktív

* NB-UVB

* UVA

** Pszichológiai
konzultáció

Enyhe

** LCS

Akut

** LCNI

Reaktív

* Nedves kötés

Akut

Bázisterápia

** Emolliensek

Naponta, megfelelő mennyiségben

** Allergének kerülése

Amennyire csak lehetséges a
szenzibilizált betegeknél

** Edukációs programok

EDF Guideline 2022.

A SZISZTÉMÁS KEZELÉS INDÍTÁSÁNAK/VÁLTÁSÁNAK INDIKÁCIÓJA

- Közepesen súlyos, vagy súlyos AD
- Korábbi cyclosporin terápia dokumentáltan sikertelen volt
- **Az AD objektív és szubjektív súlyossága:**
 - **$IGA \geq 3$ vagy**
 - **$EASI \geq 21,1$ és**
 - **$DLQI \geq 10$**
- **Leállítás/váltás: 75%-os javulás nem érhető el 12 héten belül**

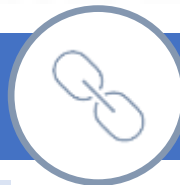
HOGYAN VÁLASSZUNK TERÁPIÁT?

- A tünetek kiterjedése, súlyossága, a fellángolások gyakorisága (EASI, oSCORAD)
- A beteg életkora
- Komorbiditások (2-es típusú betegségek, JAK-gátlók)
- Betegségteher, életminőségre gyakorolt hatás (SCORAD, POEM, DLQI, CDLQI, PO-SCORAD)
- Hatékonyság (klinikai vizsgálatok és real world data)
- Head-to-head vizsgálatok, összehasonlító elemzések
- a terápiás válasz kialakulásának ideje
- Tolerancia, biztonságosság (mellékhatások)
- Kontrollvizitek gyakorisága, monitorizálás
- Gyógyszer adagolása (injekció és per os adagolás)
- Terápiás együttműködés

A CÉLÉRTÉK KEZELÉS ÖTVÖZÉSE AZ OSZTOTT DÖNTÉSHOZATALLAL A MINIMÁLIS BETEGSÉG AKTIVITÁS (MDA) ELÉRÉSE ÉRDEKÉBEN



A páciens



Az orvos

A beteget megkérdezzük arról, hogy számára az AD mely tünete a legfontosabb^a

Az orvos választ egy objektív mérőmódszert, mely felméri a beteg általános állapotát^b

A klinikus a kiválasztja a kezelési célokat:

- ☒ Klinikus által mért eredmények
- ☒ A beteg általi visszajelzés, amely figyelembe veszi, mi a legfontosabb panasz a beteg számára

A klinikusoknak, amikor lehetséges, magasabb kezelési célokat kell kitűzniük a betegségkontroll és a betegek életminőségének optimalizálása érdekében

^aFrom itch, skin appearance/condition, sleep disturbance, mental health, skin pain, and impact on daily life; ^bEASI, SCORAD, or IGA and BSA
AD, atopic dermatitis; BSA, body surface area; EASI, Eczema Area Severity Index; IGA, Investigator's Global Assessment; MDA, minimal disease activity.
Silverberg J, et al. Poster #327 presented at the Revolutionizing Atopic Dermatitis (RAD) Conference; December 2022. Available at:

https://djbnpesxepdyt.cloudfront.net/radv/December2022/Dec2022Posters/327_AD-CQP-MDA-Concept-and-Recs_Silverberg-et-al_Poster_1670622881445.pdf (Accessed September 2023).

ELLENŐRZÉSI PONTOK



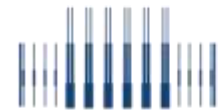
- **Diagnózis, súlyosság** (IGA, EASI, SCORAD)
- Allergológiai kivizsgálások indikációja (enyhe versus súlyos AD)
- **Emolliens kezelés** (gyakoriság, hová alkalmazzák?)
- **Lokális gyulladáscsökkentő kezelések-kortikoszteroidok és kalcineurin-inhibitorok** (szteroidfóbia versus túlzott szteroid használat, hatásereőség, alkalmazási gyakoriság, helyes alkalmazás!)
- **Szisztémás kezelések (tradicionális gyógyszerek, dupilumab, JAK-gátlók)**
 - Kivizsgálás a kezelés előtt, monitorizálás, adagolás, hatékonyság megítélése, mellékhatások
- **Szisztémás kezelés váltása**
- **Áthidaló kezelések (intenzív lokális terápia, szisztémás szteroid, cyclosporin)**
- **Terápiás együttműködés**
- **Betegedukáció és folyamatos kommunikáció, írásos kezelési terv**



Igy kezelek én- URTICARIA

Mihályi Lilla

SZTE SZAKK Bőrgyógyászati
és Allergológiai Klinika
Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképző Napok



MTA
Kiváló
Kutatóhely

Bevezetés

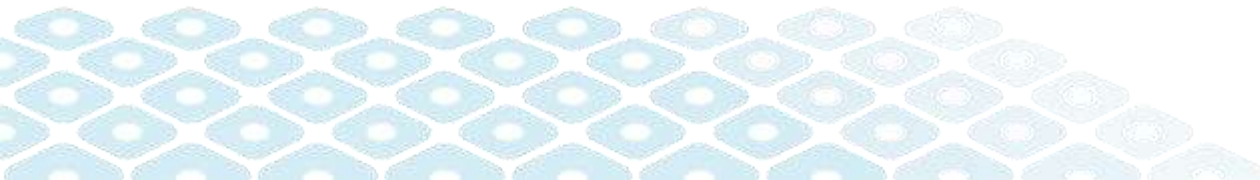


- Gyakori megbetegedés
- Akut urticaria
- Krónikus (indukálható és spontán) urticaria
- Akut formában rutin kivizsgálás nem indokolt, kivétel IgE mediált reakció gyanúja esetén
- Krónikus formában limitált kivizsgálás javasolt

Krónikus spontán urticaria kezelése



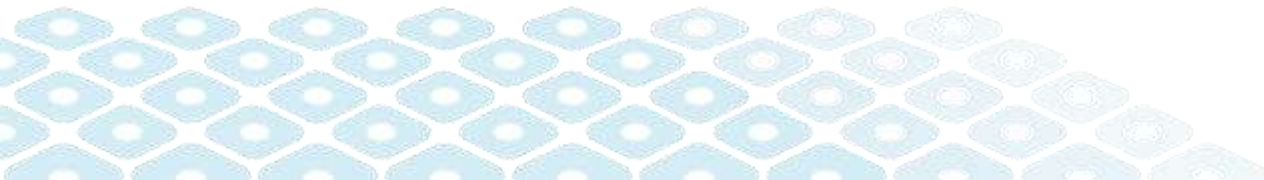
- Modern 2. generációs antihisztamin
- Emelt dózisú antihisztamin (akár 4x)
- Kiegészítés omalizumabbal
- Kiegészítés ciklosporinnal



Omalizumab



- Humanizált anti-IgE monoklonális antitest
- 12 év felett, súlyos, antihisztamin-rezisztens CSU esetén
- 300 mg sc injekció 4 hetente (szükség szerint 2 hetente)
- Hatás: gyors tünetcsökkenés, javuló életminőség
- Mellékhatások ritkák, főként fejfájás, infekciók, ízületi panaszok



Egyéb terápiás lehetőségek

- Ciklosporin
- Omalizumab biosimilar
- Ligelizumab
- Szisztémás kortikoszteroid kezelés rutinszerűen nem javasolt! kivétel súlyos fellángolás vagy társuló arci ödéma esetében
- H2 antihisztaminok, daspon, montelukaszt

