

A kénes harkányi gyógyvíz hatékonysága a psoriasis kezelésében

Sebők B.(1), Lengyel Zs.(2), Hortobágyi J.(1)

Zsigmondy Hidroterápiás Kórház, Harkány(1), Bőrgyógyászati klinika, Pécsi Tudományegyetem(2), Magyarország

Bevezetés

A *psoriasis vulgaris* egy gyakori és krónikus gyulladással járó bőrbetegség, amely jelentősen ronthatja a betegek életminőségét. A psoriasis Európában és Észak-Amerikában mintegy 25 millió embert érint, és talán a legelterjedtebb immunrendszerrel összefüggő bőrbetegség (1). A klinikai vizsgálatok igazolták az önmagában vagy más terápiás modulokkal kombinálva alkalmazott gyógyfürdő terápia kedvező hatását a bőrtünetek csökkentésében (2).

A harkányi (Magyarország) gyógyhatású termásvizet 1823-ban fedezték fel. Egy biológiailag rendkívül aktív, jól felszívódó, gáznemű vegyületet, *karbonil-szulfidot* tartalmaz, amely egy nemrégiben felfedezett gáznemű transzmitterré, *hidrogén-szulfiddá* alakul át (3). A vizet már évtizedek óta alkalmazzák a psoriasis kezelésében *empirikus alapon*; a psoriasis ellenes hatással kapcsolatban azonban nincsenek adatok. Egy randomizált, vak klinikai vizsgálatot végeztünk el a harkányi gyógyvíz psoriasis ellenes hatásának tisztázására.

Eredmények

Minden beteg 21 napos kezelésben részesült. A két csoport átlagos kiindulási PASI pontszáma közel azonos volt: harkányi gyógyvíz $15,8 \pm 1,7$; csapvíz $14,9 \pm 1,8$ (átlag \pm SEM). A 21. napon a *placebo* csoport PASI pontszáma (átlag \pm SEM) $62,1 \pm 4,9\%$, a *verum* csoporté pedig $38,1 \pm 5,3\%$ volt. A kiindulási pontszámokkal összehasonlítva (amelyeket 100%-nak tekintettünk) a különbségek statisztikailag szignifikánsnak bizonyultak ($p=0,001$). A kezeléseket alatt nem jelentkeztek mellékhatások, és a vizsgált laboratóriumi paraméterek sem változtak meg. Egy esetben mérséklet, statisztikailag nem szignifikáns csökkenést figyeltek meg a szérumban a húgysav szinteknél.

Megbeszélés

Eredményeink megerősítették a korábbi megfigyeléseket és igazolták a harkányi gyógyvíz psoriasis ellenes aktivitását. Mellékhatásokat nem figyeltek meg.

Ismertve a víz tulajdonságait (azaz a szagát), tisztában voltunk azzal, hogy a kettős vak elrendezés kivitelezhetetlen. A *placebo* és a *verum* fürdőket ugyanazon helységben végezték, így a jellegzetes "harkányi szag" áthatotta a helyet. Ennek ellenére néhány fürdő után a betegek feltehetőleg rájöttek, hogy milyen típusú fürdőkúrát (*placebo* vagy *verum*) kapnak. Nagy meglepetésünkre senki sem szakította meg részvételét a vizsgálatban emiatt. A vizsgálat vak jellegét az biztosította, hogy az értékelést független bőrgyógyász végezte. A psoriasis ellenes hatású harkányi gyógyvízes fürdőterápiát alkalmazható önmagában, vagy ami még jobb, kombinált kezelésekként, de a pontos hatásmechanizmus feltárásához további kutatások szükségesek.

Módszer

60 krónikus, plakkos típusú psoriasisban szenvedő, 19 és 79 év közötti férfi- és nőbeteget (33 nő, 27 férfi) választottak be a vizsgálatba. A betegeket két csoportba osztották egyszerű randomizálással, a felvétel sorrendjének megfelelően. A randomizálás előtt minden betegről aláírt beleegyező nyilatkozatot szereztek. A *verum* csoport (16 nő, 14 férfi) tagjai három héten

át (25 perc, naponta kétszer) gyógyhatású termálvizes fürdőkúrában részesültek, illetve lokális kezelésként 0,1% ditranol kenőcsöt kentek a problémás bőrterületekre naponta egyszer (15 perc érintkezési idő). A *placebo* csoportban lévő betegek (16 nő, 13 férfi) csapvizet fürdőben részesültek (25 perc, naponta kétszer) és ugyanolyan lokális kezelést kaptak, mint a *verum* csoport betegei (0,1% ditranol kenőcs naponta egyszer, 15 perces érintkezési idő). A betegek nem tudták, hogy melyik típusú fürdőben részesülnek. A ditranol kenőcsöt az érintkezési idő után lemosták mérsékelten savas kémhatású tusoló géllal. Különböző bőrpuhító krémek használata engedélyezett volt.

A betegek bőrének állapotát egy független bőrgyógyász értékelte a módosított PASI (Psoriasis Area Severity Index = Psoriasis terület súlyossági index) pontszám alapján az 1. és a 21. napon. Vizsgálatunkban a módosítás azt jelentette, hogy nem vettük figyelembe a hajas fejbőrön jelentkező tüneteket, mivel ezen a területen nem tudtunk volna standardizálható (fürdő) kezelést alkalmazni.

A megfigyelési időszak kezdetén és végén laboratóriumi vizsgálatokra került sor (vércék, ESR, SGOT, SGPT, LDH, vércukor, húgysav).

Az eredmények kiértékelése során a 21. napon kapott PASI pontszámokat hasonlítottuk össze a kiindulási (0. nap) PASI pontszámokkal (amelyeket 100%-nak tekintettünk). A statisztikai összehasonlítást nem-paraméteres Mann-Whitney U-próbával végeztük.

1. Lowes, M.A., A., M., Bowcock, J. G. Krueger: Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature* 445: 866-873, 2007.
2. Brockow T., Schiener R., Franke A., Resch K.L., Peter R.U.: A pragmatic randomized controlled trial on the effectiveness of low concentrated saline spa water baths followed by ultraviolet B (UVB) compared to UVB only in moderate to severe psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 21:1027-1037, 2007.
3. Szabó Cs.: Hydrogen sulphide and its therapeutic potential. *Nature Reviews/Drug Discovery* 6: 917-935, 2007.