

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXVII. évfolyam
2022/4. szám

Tartalom

SZAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

A tét az alapellátás megmaradása 4

INTERJÚ

Debrecen megmutatta:
lehetőségek az összehangolás 5

GONDOZZUK KERTJEINKET!

A trombofiliászűrés indikációi
gyermekkorban 9

TÉNYLEG A LÉNYEG

Utánpótlás a számok tükrében 11

Influenza elleni immunizáció
kisgyermekkorban és várandósoknál 13

Perinatális antibiotikum-használat
és az autizmus kockázata 15

A VILÁG EGYETEM

Tanuljunk meg újra és újra
vágyakozni az után, ami a miénk! 17

KITEKINTŐ

Nem a koronavírus jelenti a legnagyobb
kihívást az egészségügyben 20

Az orális és légúti mikrobióta (X) 23

TÉNYLEG A LÉNYEG

Beszámoló az Európai Gyermekinfektológiai
Társaság konferenciájáról 24

A bélmikrobiom és az allergiás
betegségek kapcsolata (X) 26

EGYESÜLETI HÍREK

Beszámoló a HGYE XXVII. Őszi
szakmapolitikai konferenciájáról 29

PRAXISMENEDZSMENT

Traumatudatosság a csecsemő- és
gyermekgyógyászatban 33

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT

Útmutató az orvosi beutalók
helyes alkalmazásához 37

Médiatámogató: 

Impresszum

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

Cím: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E

Telefonszám: 1 3300 900

Emailcím: hgye@hgye.hu

Bankszámlaszám: 11713005-20419448

Honlap: www.hgye.hu

A magazin szerkesztőbizottságának tagjai:

Dr. Havasi Katalin

Szakmapolitika és érdekvédelem; Interjú

Dr. Győri Blanka

Gondozzuk kertjeinket!; Tényleg a lényeg;

Házunk tája; Ismétlés a tudás anyja;

Naprakészen

Dr. Losonczy László

Jogsegélyszolgálat

Dr. Pátri László

Praxismenedzsment

Dr. Fábíán Dóra

A világ egyetem

Braun Helga

Egyesületi hírek; Kitekintő; Hirdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:
jogsegely@hgye.hu

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

A Hírívő magazin 1800 példányban jelenik meg, kereskedelmi forgalomban nem kapható. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében.

Amennyiben a magazinnal kapcsolatosan kérdése, észrevétele van, írja meg az alábbi emailcímre: hgye@hgye.hu

Kiadó: Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete

Felelős kiadó: Dr. Havasi Katalin, elnök

Lapigazgató: Braun Helga

ISSN szám: 1417-0795

Dizájn, nyomdai munkák:

PRESENT Kft.
1222 Budapest, Borkó u. 4-6.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2022-ben:




LIFE TRANSFORMING NUTRITION





Dr. Havasi Katalin PhD | házi gyermekorvos, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének elnöke, Hódmezővásárhely

A tét az alapellátás megmaradása

Kedves Kollégák!

Az év utolsó hónapjában mindannyian akarva-akaratlanul is számot vetünk az elmuló esztendővel, és egyúttal megpróbáljuk ki-kélni a jövő titkait, vajon mit hoz az új esztendő. Vegyük sorba a kérdéseket.

Mi is a közelmúlt számunkra legfontosabb szakmapolitikai eseménye? Kevéssé kaptuk fel rá a fejünket, pedig a gyermekgyógyászat és a házi gyermekorvoslás jövőjét is alapjaiban meghatározó döntések születtek, megjelent a jogszabály a szakképzés módosításáról. Túlzás nélkül mondhatom, hogy megmaradásunk függ ettől. A változás főbb pontjai: rövidült a képzési idő, a jelölteknek köztes vizsgákon kell tudásukról számot adniuk. Kompetenciovizsgák után bizonyos tevékenységeket önállóan végezhetnek a szakorvosjelöltek. A szakképzés során a két hónapos kötelező alapellátási gyakorlat, valamint a három hónapos, szabadon választható gyakorlat az, ami az alapellátás megismerése, az alapellátásról kialakított kép realitásabb válása, a terület specifikumainak megismerése, egyáltalán a holisztikus szemlélet által megkövetelt szakmai igényesség bemutatása szempontjából a legfontosabb.

A HGYE vezetősége összeállította és elfogadta az alapellátási gyakorlat kurrikulumát. Dolgozunk azon, hogy a gyermek-alapellátó tutorok munkájukban szakmai és módszertani támogatást kapjanak az új rendszer indulásához.

Az alapellátás megmaradása függ attól, hogy a mindannyiunk által megtapasztalt és az Őszi konferencián bemutatott kutatás által is igazolt negatív kép, valamint az alapellátás megfelelő oktatásának a hiánya megváltozzon. Ennek két feltétele van. Az egyik, hogy az igényes szakmai munkát végző, biztos tudással rendelkező kollégák minél nagyobb számban jelentkezzenek házi gyermekorvosi tutorok. A másik feltétel, hogy a képzőhelyek biztosítsák a törvénynek megfelelően az alapellátási gyakorlatok alapellátásban való eltöltését a fiatal kollégák számára.

A HGYE vezetése ezért kéri az alapellátó kollégákat, hogy vegyenek részt az oktatásban, egyúttal kéréssel fordul a képzőhelyekhez, hogy az alapellátási gyakorlatra, alapellátó praxisokba küldjék a hallgatókat. Tudjuk, hogy utóbbi rövid távon a képzőhelyek ambulanciáinak érdekében ütközik, hosszú távon azonban a képzőhelyek érdeke is, hogy maradjon meg a gyermek-alapellátás, és minél felkészültebb fiatal kollégák erősítsék.

A jogszabály megvan, már csak rajtunk, alap- és szakellátásban dolgozó gyermekorvosokon múlik, hogy elinduljon a változás.

Aki hallotta az Őszi konferenciánkat előadásával megtisztelő vezető gyermekgyógyászok, Velkey György kórházszövetségi elnök, Gárdos László MGYT-elnök és Kovács Tamás, a szakmai kollégium tanácsa elnökének előadásait, azt bizakodással töltheti el a szakellátás vezetőinek elkötelezettsége az egységes gyermekgyógyászat, a gyermekgyógyászat mint alrendszeren belül egymást segítő szak- és alapellátás mellett.

Mi a legégetőbb probléma most? Nem hosszú távú, stratégiai kérdés, hanem már rövid távon fenyegetést jelent a rezsiszám-lák kiszámíthatatlansága, akár elképzelhetetlen mértékű emelkedése. Nagy örömmel fogadnánk, ha erre központi megoldás születne, akár összeurópai szinten, mégis arra biztatok mindenkit, hogy tegyen meg minden tőle telhetőt azért, hogy csökkentse saját kiszolgáltatottságát. Tárgyaljatok az önkormányzattal vagy a rendelő fenntartójával a közös teherviselésről, energia-takarékos fejlesztésekről. Mérjétek fel, hogy mit érdemes megtenni önerőből a havi kiadások csökkentése érdekében. Ez mindenkinek saját döntése, de érdemes előtte alaposan tájékozódni. Javaslatokat, és ha lesz információnk, akkor azt is, hírlevélben rendszeresen küldjük!

Hogy mit hoz a következő esztendő? Előttünk áll a béremelés harmadik lépcsője, reményeink szerint szakdolgozói béremeléssel együtt, még ha beárnyékolja is az infláció. Ezenkívül számos tervről hallunk, ami bizonytalanságot okozhat. Olyanokról, mint minőségfüggő finanszírozás, közzethatárok meghatározásának változása, kistérségi központok, licencképzések, informatikai fejlesztés, eszközfejlesztés. Ezekről nem tudunk még biztosat. Egy nagyon gyorsan változó világban élünk, de mint HGYE igyekszünk ott lenni a tervezésnél, szakmai érvekkel és javaslatokkal támogatni a döntéshozók munkáját. Mindent megteszünk a munkafeltételek javításáért, az utánpótlásért, közösségünk és szakterületünk megmaradásáért.

Évek, sokunk mögött évtizedek tapasztalata, leküzdött nehézségek, problémák sokasága áll. A házi gyermekorvosok közössége, a Kávészünet tapasztalata szerint is, egy hatalmas család, ahol számíthatunk, számíthatunk és a jövőben is számítani fogunk egymásra.

Az év utolsó heteiben biztos, hogy sok munka, sok megkeresés vár valamennyiünkre. Mégis azt kérem, szakítások elegendő időt családokra, saját magatokra, az adventi elcsendesedésre.

Áldott ünnepeket, 2023-ra jó egészséget, sikeres munkát kívánok valamennyi kollégának!

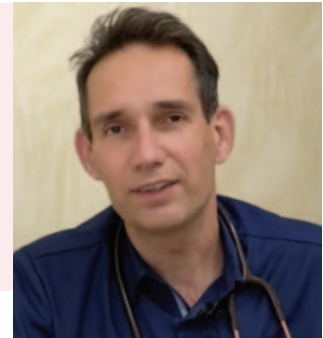
Koncsek Rita |

Debrecen megmutatta: Lehetséges az összehangolás

„Magyarországon nagyon sok újszülött idő előtt látja meg a napvilágot. A koraszülés ellen nincs teljes körű védelem, gyakorlatilag úgy kell felfogni, mint egy autóbalesetet, amely bármiikor bárkivel megtörténhet.”

Dr. Kovács Tamás

a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika
Neonatalis Intenzív Centrumának vezetője



Valóban népbetegség a koraszülés Magyarországon?

Igen, körülbelül minden kilencedik gyermek korábban jön világra, de természetesen nem minden koraszülött extrém kis súlyú újszülött. Statisztikai adatok szerint a koraszülöttek száma Magyarországon az egyik legmagasabb Európában. A koraszülés csak látszólag egészségügyi kérdés, sok társadalmi, szociális aspektusa is van. A társadalom egészségi állapota, az iskolázottság, az anya helyzete, a káros szenvedélyek, bizonyos fertőzések előfordulása is közrejátszik abban, ha egy gyermek korábban jön a világra. Nagyon komplex kérdés ez, nem kifejezetten a szülészeti ellátásról és a szülészeti gondozásról szól. Sokan azt gondolják, hogy ha vigyáznak magukra, nem isznak, nem dohányznak, egészségesen táplálkoznak, akkor nincsenek veszélyben. Ez azonban csak részben igaz, valójában úgy kell tekinteni a koraszülésre, mint egy autóbalesetre, amely bármiikor bárkivel megtörténhet. A koraszülés ellen sajnos nincs teljes körű védelem.

Mikortól számít koraszülöttnek egy baba?

A 24. hét előtt született babák esetében vetélésről beszélünk, utána pedig szülésről. A spektrum másik oldala pedig a 37. hét, az ez után született babák időre születnek egészen a 41. hétig.

Az, hogy egy baba hányadik hétre születik, a további élete szempontjából mennyire fontos?

Nagyon fontos. A 23-24 hetes koraszülöttek esetében viszonylag magas a halálozási arány, az ilyen korú babák felét elvesztjük. A túlélők között pedig sok koraszülöttséggel összefüggő utóbetegséggel számolhatunk sajnos. Ilyen többek között az agyvérzés, a szemészeti és tüdőproblémák. A 24. héttől viszont hétről hétre jobbák a babák esélyei az életben maradásra és a szövődménymentes felépülésre. Fontos azonban azt is látni, hogy egy egyébként közel érett, 36 hetes újszülött eseté-

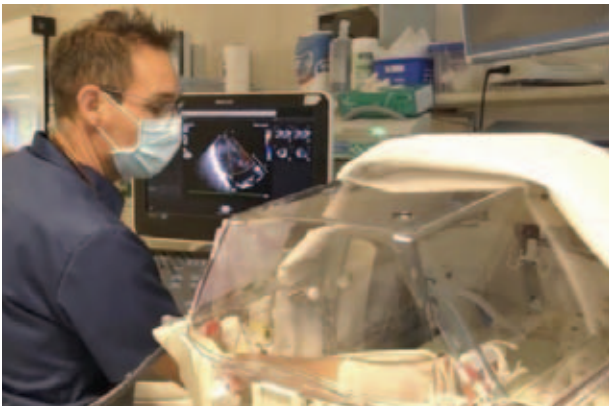
ben is gyakrabban fordulnak elő problémák a 40. hétre születettekkel összevetve. Ilyenek lehetnek például a tanulási nehézségek, a légúti vagy vesefunkció-problémák. Fontos tehát kiemelni, hogy a 40 héten át tartó várandósság utolsó egy-két hete is fontos és sokat számít a babák fejlődése szempontjából. Éppen ezért a tervezett, elektív császármetszést sem javasolják a 39. hét előtt, annak ellenére hogy 38 hetesen a definíció szerint már érettnak számít az újszülött.

A debreceni centrumban évente hány koraszülött babát gyógyítanak, ápolnak?

Debrecenben évente 5500 szülés történik, ebből 500 körül van a koraszülöttek száma. A legsérülékenyebbnek tartott, 1500 gramm születési súly alatti koraszülöttek száma 140-150 körül van évek óta.

Koraszülés után a szülők nyilván nagyon megijednek. Ha egy anya vagy apa nincs jól lelkileg, azt a baba is megérzi, ez pedig a fejlődése szempontjából visszaesést is jelenthet, ugye?





A koraszülés egy válsághelyzet, amely nemcsak a koraszülötet, hanem édesanyját, illetve tágabb értelemben az egész családot érinti. Ezért a koraszülött ellátása során kiemelt figyelmet kell fordítani arra, hogy az édesanya is krízisintervencióra szorul. Az a kisbaba, akit ő a legjobban szeret, és akit annyira várt, nem úgy néz ki, ahogyan ő elképzelte, egy inkubátorban van, monitorkok pittyegnek körülötte, az egész környezet idegen számára, az egész helyzet más, mint amilyennek álmodta. A szülők többségének semmiféle tapasztalata nincs intenzív osztályokkal kapcsolatban. A krízisintervenció, az anyák támogatása, kompetenciájának megerősítése egyébként nem pusztán az anyáról szól. A koraszülött gyermek megfelelő mentális fejlődéséhez, az idegrendszer ideális érzéséhez is nélkülözhetetlen a magabiztos, erős édesanya jelenléte, aki a szükséges meleg, fejlődést támogató „üzeneteket” küldi gyermekének, biztonságot nyújt, jelenlétével nyugtat, fájdalmat csillapít és nem utolsósorban anyatejet biztosít. A cél eléréseért pszichológust és pszichiátert is alkalmazunk, akik akár egyéni, akár csoportos intervenciót, terápiát nyújtanak, és támogatjuk az apák jelenlétét is a gyermekek kórházi kezelése során. Debrecenben huszonnégy órában van „látogatás” apák és anyák számára is. Az idézőjel annak szól, hogy valójában a szülők soha nem látogatók, hanem a szülő-gyermek egyseget figyelembe véve az ellátás részei. Emellett a kórházon belül olyan körülményeket igyekszünk biztosítani, amelyek megtörik a hagyományos, rideg kórházi kereteket, amennyire ez lehetséges. Ilyen a családi kórterem, ahol akár az apával, nagyszülővel, testvérrel együtt lehet az édesanya. Kialakítottunk egy saját konyhát a szülőknek, szociális teret beszélgetésekhez, anyamozit esti közös filmnézéshez, továbbá szülősulit működtetünk, illetve gyógytornászaink vezetésével most indult a közös baba-mama tornacsoport – eddig csak a koraszülöttek fejlesztésére fókuszáltunk –, valamint csak anyáknak speciális, szülés utáni torna is elérhető hetente kétszer. Fontos még megemlíteni egy olyan programot, amely az alapellátó gyermekorvos kollégákat is érinti, és célja a szak- és alapellátó kollégák kapcsolatának erősítése, a kórház-alapellátás tranzíció támogatása és összességében a szülői elégedettség javítása. A hazaadást tervező megbeszélés keretében a házi gyermekorvos, a védőnő, a kezelőorvos, a nővér, a szülők és a hazamenetelre készülő koraszülött gyermek jelenlétében megbeszéljük a hazaadás részleteit, az otthoni teendőket, kitérve például a védőoltásokkal kapcsolatos kérdésekre, a táplálásra, a tervezett kontrollvizsgálatokra, az esetleges utóbetegségekből adódó speciális ápolási szempontokra.

Mennyire nyitottak ezekre a megbeszélésekre a házi gyermekorvosok, ha tudják, hogy a praxisukban született egy koraszülött baba?

Korábban Angliában dolgoztam, ott találkoztam ezzel a gyakorlattal, és úgy gondoltam, hogy itthon is érdemes lenne megvalósítani. Amikor a kollégákkal beszéltünk erről, megfogalmazódtak kétségek, hogy mennyire valósítható meg itthon, de végül úgy döntöttünk, megpróbáljuk. Nagy örömmelre szolgált, hogy az alapellátásban dolgozó kollégák az első perctől kezdve kifejezetten pozitívan fogadták a kezdeményezést, még az ilyen programok bevezetésekor szokásos átmeneti időszak is elmaradt. Előfordult, hogy egyes házi gyermekorvos kollégák, sőt vegyes praxisban dolgozók is 50-100 kilométereket utaztak egy-egy baba miatt hozzánk, de volt olyan is, hogy videokonferencián vettük fel a kapcsolatot. Összességében a program beváltotta előzetes reményeinket, úgy gondolom, hogy a szülőknek is biztonságérzetet ad, valóban nőtt a befelegedettség, nemcsak az általunk nyújtott ellátás tekintetében, hanem úgy látom, a szülő és házi gyermekorvos közti kapcsolatot, bizalmat is jelentősen erősíti. Menet közben realizáltuk, hogy milyen nagy mértékben segíti a kórházak és az alapellátás közötti kapcsolatok építését is. A kollégák telefonszámot cseréltek, sok munkatársam például korábban is ismerte a házi gyermekorvos nevét, de nem tudta archoz kötni, nem volt személyes kapcsolatuk, a program segítségével viszont megismerkedtek, és jó viszony alakult ki köztük, amely minden későbbi konzultációt elősegített, és win-win helyzetet teremtett. A programot sajnos a COVID-járvány megfogta, de a közelmúltban visszatértünk hozzá.

Jól értem, hogy ez a program Magyarországon csak Debrecenben működik?

Igen, úgy tudom, egyelőre csak itt. Azokon a szakmai rendezvényeken, ahol beszámoltunk erről a programról, alapvetően pozitív volt a visszhang, de talán sok helyen azt gondolják, ami kezdetben nálunk is felmerült: nálunk ez nem működne. Ám a mi példánk is mutatja, hogy ez nem így van. A programhoz kapcsolódódik még, hogy alapellátó gyermekorvos kollégákkal elkezdtük szakmai anyagok kidolgozását, amelyek útmutatást nyújtanak a hazaadást követő időszakra. Ilyen például a Sutka Melinda házi gyermekorvos, HGYE-vezetője tag, megyei kollegiális vezető jelentős hozzájárulásával összeállított, Koraszülöttek táplálása hazaadást követően című



gyakorlati útmutató, amelyet remélhetőleg még több is követ. Ebben a tekintetben vannak még teendőink...

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének őszi konferenciáján a szervezet tiszteletbeli tagjává választották. Mennyire szoros a kapcsolata a házi gyermekorvosokkal?

Ezúton is köszönöm mindenkinek, aki érdemesnek tartott erre a megtisztelő címre. A Magyar Gyermekorvosok Társasága főtítkáráként már sok közös ügyem volt házi gyermekorvos kollégákkal, de amióta tagozatvezető lettem, kis túlzással napi kapcsolatban állunk. Amikor megismertem a döntést, két dolog fordult meg a fejemben, amellett hogy már önmagában a jelölés is nagyon jólesett. Egyrészt rögtön felsejlett az emlék, amikor megtudtam, hogy kineveztek az Egészségügyi Szakmai Kollégium gyermek-alapellátási tagozata vezetőjének. Kétségeim voltak, hogyan lehet ezt jól megoldani, hiszen én nem dolgozom az alapellátásban, ami nyilvánvaló hendikep, ráadásul úgy gondoltam, hogy rossz érzéseket szülhet azon tehetséges, alapellátásban dolgozó gyermekorvos kollégákban, akik szintén alkalmasak lettek volna a feladatra. Akkor nehezen tudtam volna elképzelni, hogy tiszteletbeli tag leszek egykor. Nem akarok persze álszent sem lenni, úgy érzem, valóban komolyan vettem a feladatot, és persze magamat is, próbáltam minden tőlem telhetőt megtenni a gyermek-alapellátásért, és jó érzéssel tölt el, hogy ezt mások is így látják. A másik gondolat, ami felmerült bennem, hogy reálisan nézve óriási konkurenciám a díj odaítélése kapcsán valószínűleg nem volt. Az elismerést olyan személy kaphatja meg, aki nem a gyermek-alapellátásban dolgozik, hanem kvázi kívülről tett sokat a gyermek-alapellátásért. Sajnos nem sok ilyen van. Ez a tény két dolgot üzen. Egyrészt azt, hogy elsősorban magunkra számíthatunk, ezért kiemelten fontos, hogy közösen, vállal a vállhoz, egységben tudjunk fellépni a ránk bízott gyermekek és közösségünk érdekében. Ez egyáltalán nem egyszerű feladat, hiszen az alapellátás a jellegéből adódóan sokszor „magányos harcosok” területe, szemben például egy kórházi osztállyal, ahol egy vezető képes kvázi hivatalból véleményt formálni és egységet teremteni a kollégák körében. A másik üzenet, hogy meg kell szólítanunk és a jövőben magunk mellé kell állítanunk szakmapolitikai döntéshozókat, akik támogathatják az ügyünket. Ez már csak azért is fontos, hogy jövőre ne legyen gond, hogy ki kapja ezt a díjat.

A gyermekügyeleti ellátás átszervezéséről tartott előadást a HGYE kongresszusán. Mik voltak ennek a főbb gondolatai?

A legfontosabb gondolat, hogy egy gyermekorvos magasabb szintű ellátást képes nyújtani a gyermekeknek, mint a felnőttgyógyászok, és ez számunkra felelősséggel jár, feladatot ad. Gond viszont a gyermekorvoshiány és a kedvezőtlen korfa. Olyan megoldást kell tehát találni, amely elérhetővé teszi a gyermekgyógyász-szaktudást lehetőleg minden beteg gyermek számára, még ügyeleti időben is. A nagyfokú egyenlőtlenség miatt ezt területenként, megyénként kell megszervezni az érintett gyermekorvos kollégák bevonásával. Sűrűbben lakott területeken, ahol több házi gyermekorvos dolgozik, lehetséges gyermek-alapellátási ügyeletet szervezni úgy, hogy ha kórházi gyermek-sürgősségi ügyelet is elérhető, akkor össze kell vele hangol-

ni a tevékenységet. Ez persze nem jelentheti azt, hogy a sürgősségi osztály orvosaként dolgozzon az alapellátó kolléga, kivéve, ha ő ezt választja. Az este tíz óra utáni feladatok már a sürgősségi ellátás, mentés témakörébe tartoznak, nem alapellátási ügyeleti feladat. Ahol a humánerőforrás-gondok miatt gyermek-alapellátási ügyelet nem szervezhető, ott központi ügyelet láthatja el a gyermekeket is, azonban ott is gondoskodni kell arról, hogy az ügyeletes felnőttellátó kollégák telemedicinális támogatást kaphassanak a terület gyermekorvosaitól.

Az egészségügy nemcsak Magyarországon, de világszerte humánerőforrás-problémákkal küzd. Az újszülöttellátásban is vannak gondok?

Alapvetően a neonatológia hiányszakma, de az ország heterogén ebből a szempontból is. Van, ahol több szakember hiányzik, és van, ahol elfogadható az újszülötteket ellátó orvosok száma. Debrecenben relatíve jó helyzetben vagyunk a folyamatos, évtizedek óta zajló, tudatos csapatépítés révén. Szép eredményekkel dolgozunk, jól felszerelt osztályunk van, ez pedig vonzó szakmai perspektívát kínál a fiatal orvoskollégáknak, szívesen választják ezt a szakterületet. A neonatológia a csecsemő- és gyermekgyógyászatra épített szakvizsgához van kötve, úgyhogy a fő kérdés a gyermekorvos-utánpótlás, amely a gyermek-alapellátást is érinti. Úgy látom sajnos, hogy az orvostanhallgatók körében kevésbé népszerű ez a szakterület, a többszörös túljelentkezés már a múlté. Jelen keretek között nincs idő mélyen belemenni, de úgy gondolom, hogy a gyermekorvos-utánpótlás kérdését az ellátásszervezés, a szakmai perspektíva kontextusában kellene szemlélni és kezelni, nem önmagában. A szakdolgozói oldalon, mint az ország nagy részén, nálunk is megjelent a munkaerőhiány. Ráadásul az egyre inkább előtérbe kerülő családközpontú ellátás biztosítása a korábbiaknál több szakdolgozót igényelne. A huszonnégy órás roomingin ellátásnak akkor van értelme, ha igény szerinti szakmai segítséget tudunk nyújtani az anyáknak, és ez gyakori anya-szakdolgozó kontaktust jelent. Ha az anya ritkán találkozik szakdolgozóval, mert kevés az ápoló, akkor úgy érzi, magára hagyták a nehézségeivel, és ez az egész ellátás lényegét kérdőjelezi meg.

Szakterületén, a neonatológiában, illetve a csecsemő- és gyermekkardiológiában mi a tapasztalata, az újszülötteknél is nő a kardiológiai betegek száma?

Óriási probléma a kardiovaszkuláris betegek növekvő száma és az, hogy egyre fiatalabb korban jelentkeznek a tünetek. Mivel a mi kis betegek nem dohányoznak, nem isznak, és fiatalok, a gyermekkardiológus alapvetően veleszületett szívfejlődési rendellenességekkel foglalkozik. E problémák előfordulása 8 ezrelék körül van, és viszonylag állandó. Az újszülött- és csecsemőkor elsősorban nem is a szívbetegségek és a kardiológia révén kapcsolódik a szív- és érrendszeri betegségek problematikájához. A felnőttkori kardiovaszkuláris betegségek prevenciójával kapcsolatos legfontosabb neonatológiai és gyermekorvosi szempont az anyatejes táplálás. Komoly klinikai vizsgálatok igazolják, hogy az anyatejjel táplált csecsemők körében 18 százalékkal kisebb eséllyel alakul ki felnőttkorban valamilyen kardiovaszkuláris betegség, mint a tápszeres babák kö-

zött. A felnőttkori obezitás is 30 százalékkal ritkábban fordul elő az anyatejes babáknál. Ezért tartjuk fontosnak ezt a típusú kardiovaszkuláris prevenciót. Ezt felismerve indult el Magyarországon is az Első 1000 nap program, amely a fogantatás pillanatától a gyermek kétéves koráig tartó időszakra fókuszál. Ennek kiemelkedően fontos eleme a csecsemők táplálása, amely jelentősen befolyásolja, hogy felnőve milyen betegségekkel fog szembenézni a gyermek, milyen lesz az egészségi állapota. A növekvő számú epigenetikai vizsgálatok révén már egyre jobban megértjük az anyatej protektív hatásának mechanizmusát is. Közös felelősségünk az anyatejes táplálás támogatása, úgy gondolom, ez a legnagyobb jelentőségű népegészségügyi tevékenység a felnőttkori kardiovaszkuláris és egyéb betegségek prevenciója szempontjából. És mellesleg olcsó is.

Van példaképe a szakmában?

Sok jó példa áll előttem a múltból, és a jelenleg aktív kollégáim közül is többet említhetnék. Talán jobb, ha neveket nem említek, mert hosszú lenne a lista, és féltő, hogy úgy is kimaradna valaki. Egyvalakit mégis kiemelnék, mert különösen felnézek rá: az édesapám, aki körzeti orvosként kezdett, majd egy kis városi kórház gyermekosztályán dolgozott, és végül közel húsz éven át vezette az intézményt. Rajta keresztül láttam bele abba a klasszikus gyermekorvoslásba, ami igazolta számomra, hogy technológiaszegény környezetben, limitált vizsgálati eszközökkel, de klasszikus gyermekgyógyászati ismeretekkel fel-

vertezve is lehet nagyon jól gyógyítani. Pályakezdő orvos koromban hétfévente rengeteg gyermeket vizsgáltunk meg közösen a kórházban, hogy ragadjon rám valami. Utólag még jobban látom, hogy mennyire jó gyermekorvos volt, a szakmánk minden aspektusát figyelembe véve. A példáján keresztül értettem meg, hogy a kommunikáció, a betegekkel és szülőkkel való bánásmód hasonlóan fontos orvosi készség, mint a szakmai felkészültség.

Mire jut ideje a gyógyítás mellett?

Az utóbbi években egyre kevesebb a szabadidőm, de szeretek kertészkedni, fával dolgozni, kirándulni, illetve érdekel az ornitológia is. Mostanában túl sok időm nincs ezekre, de már nagy terveim vannak a nyugdíjas éveimre.



Co-Lactase®

LAKTÁZ ENZIMET tartalmazó csepp

Laktózérzékenységgel küzdő csecsemők és kisgyermekek diétás ellátására újszülött kortól



A legkedvezőbb áron elérhető laktáz enzim csepp.*



Készítmény megnevezése	Kiszárlás	Terápiás napok száma (DOT)	Bruttó fogyasztói ár (Ft)	Normatív támogatási kategória (%)	Normatív támogatási összeg (Ft)	Térítési díj normatív támogatás esetén (Ft)
CO-LACTASE CSEPP	10 ml	10	2.500	55	1.375	1.125
LACTASE COMFORT CSEPP	10 ml	10	4.709	55	2.590	2.119

-46%

* A legkedvezőbb árú, a forgalomban lévő, laktáz enzimet tartalmazó, támogatásba befogadott, speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerek között, a PUPHA 2022. október 1. napján közzétett adatbázis alapján. Bármely összehasonlítás a PUPHA 2022. október 1. napján közzétett adatbázisa alapján készült.



- ▶ A Co-Lactase cseppek újszülött kortól alkalmazhatóak. (0+)
- ▶ Akár minden etetés alkalmával hozzáadhatóak az anyatejhez vagy tápszerhez és ezt követően
 - ✓ azonnal alkalmazhatóak, mert a termékben levő
 - ✓ laktáz enzim aktivitása savas közegben a legmagasabb.
- ▶ A cseppek nem tartalmaznak hozzáadott cukrot és tartósítószer mentesek.
- ▶ Egy flakon 10 ml, mely kb. 200 cseppet tartalmaz.
- ▶ TB támogatás kapcsán alkalmazható BNO kód: R6330 „Táplálkozási nehézségek és zavarok”



Forgalmazó:
MagnaPharm Hungary Kft.,
1143 Budapest, Gizella út 44-44.
(Moha Irodaház) I. emelet
Tel: +36 1 354 1840

Az anyag egészségügyi szakembereknek készült.
Speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer.
Összetevők: glicerin, víz, laktáz enzim (β-galaktokidáz)
Egyedüli tápanyagforrásként nem használható!
Csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható!

COI-2022-1001 | lezárás dátuma: 2022.10.17.

Dr. Simon Réka | házi gyermekorvos, gyermek-hematoonkológus főorvos, Miskolc

A trombofiliaszűrés indikációi gyermekkorban

A trombofília vagy más néven trombólízisra való hajlam olyan kórállapot, melyben a tromboembóliás betegségeknek fokozott előfordulási gyakoriságuk van. A thrombus kialakulhat a vénákban, az artériákban, a mikrocirkulációban és a szíven. Virchow 1856-ban írta le trombogénelméletét, mely szerint a trombólízisnek három fő oka van:

1. a vér összetételének megváltozása,
2. a vér megváltozott áramlási viszonyai,
3. érfalsérülés.

Jelenlegi nyelvünkre lefordítva a vér összetételének megváltozása jelenti a familiáris vagy szerzett trombofiliát, a megváltozott áramlási viszonyok jelentik az immobilizációt, a terhességet, a szülést, a hosszú repülőutat, és a harmadik ok hátterében állhat bármilyen súlyos trauma, műtét, centrális vénás kanül és műbillentyű viselése.

A vénás tromboembóliák (VTE) gyermekkori incidenciája 0,7/100000 és 1,4/100000 között^[1] mozog, a felnőtt lakosságban ez az arány Európában 104/100000 és 183/100000 között van.^[2] A gyermekkori VTE növekszik, mert valószínűleg egyre többet ismerünk fel, mind több gyermek visel centrális kanült, a malignus betegségek túlélői is egyre többen vannak, akikben a VTE előfordulása elég gyakori, és a gyermekkori elhízás nagyon súlyos probléma most már hazánkban is, amit a COVID19-járvány okozta bezártság tovább súlyosbított.^[3]

A vénás tromboembóliás megbetegedéseknek két csúcspont van gyermekkorban, az első és magasabb csúcspont az újszülött- és csecsemőkor, a második a serdülőkor. Azon gyermekeknél, akikben VTE alakul ki, általában multifaktoriális eredet áll a háttérben.

Az újszülött- és csecsemőkori trombólízisok nagyon magas százalékában a terápia során használt centrális vénás kanül (CVC) mutatható ki oki tényezőként. Számos klinikai vizsgálatban szűrték a 6 hónapos kor alatt VTE-n átesett csecsemők familiáris trombofiliáhajlamát, mely az egészséges populációhoz képest nem volt magasabb. Az újszülött- és csecsemőkori agyi vénás trombólízisok és stroke hátterében már általában 70%-ban familiáris trombólízishajlam áll. Nagyon fontos, hogy a 6 hónap alatti csecsemők prokoaguláns és antikoaguláns faktorainak szintje alacsonyabb, mint a normál felnőttéteké, ez populációnként is változik, emiatt a normál értékek meghatározása különösen nehéz, ami az elévzett vizsgálatok értékelését is nehezíti. A normál értékek

széles skálán mozgó volta miatt a trombofiliáhajlam szűrésének elvégzése a csecsemőkorban VTE-n átesett gyermekekben 1 éves kor felett ismétlendő.

A serdülőkorban VTE-n átesett gyermekeknél nagyobb arányban tudunk kimutatni familiáris trombofiliát, mint csecsemőkorban, de itt is számolnunk kell hajlamosító tényezőkkel. Itt is az egyik leggyakoribb tényező a centrális vénás kanül viselése, az akut leukémiák megléte és kezelése (aszparaginázkezelés), néhány autoimmun betegség (pl. SLE), pangásos vitiumok, nefrózis szindróma, májbetegség és súlyos égés.

Mi hívja fel a figyelmet familiáris trombofília jelenlétére a családban?

Az újszülöttkori purpura fulminans vagy kumarin necrosis hátterében homozigóta protein C vagy protein S deficiencia áll. Újszülöttkori vagy csecsemőkori CVC nélkül kialakuló stroke vagy sinus thrombosis és a VTE kezelése során alkalmazott heparinrezisztencia hátterében általában homozigóta antitrombin III deficiencia áll. Magyarországon a roma lakosság körében sokkal gyakoribb az antitrombin III deficiencia.^[4] E kórállapotok esetén az akut szakban fontos a kórok tisztázása, mert a terápia választásában kulcsszerepe van.

A konkrét betegségek mellett milyen tényezőknél gondoljunk familiáris trombofiliára?

1. A családban 45 éves kor alatt előforduló VTE
2. Recidiváló VTE
3. A családban halmozódó VTE
4. Enyhe provokációra (orális kontraceptívum szedése, terhesség, 6 órán túli utazás, műtét) vagy spontán kialakuló VTE
5. Szokatlan lokalizációjú VTE (felső végtag, hasi szervek vénái, agyi sinusok)
6. Heparinrezisztencia (AT III deficiencia)
7. Spontán, habituális abortusz^[5]

Kik, mik esetében teszteljünk?

1. Spontán előforduló serdülőkori VTE
2. CVC nélküli spontán trombólízis vagy stroke újszülött- és csecsemőkorban
3. CVC-t viselő gyermek szimptomás VTE-vel

4. Pozitív családi anamnéziséű egészséges gyermek, akinek a családjában súlyos vagy fatális VTE fordult elő fiatakorban, és ismert a genetikai defektus^[6]

Azokban az esetekben, ahol a VTE-ben szenvedő beteg meghalt a diagnózis felállítása előtt, tehát ahol a genetikai defektust nem sikerült kimutatni, a trombózishajlam-szűrés egyéni mérlegelés alapján nem jön szóba, de bármilyen szerzett trombózishajlam fennállása esetén gondolkozzunk rajta.

Nagyon érdekes téma a serdülő leányok fogamzásgátló szer szedése előtti trombózishajlam-kivizsgálása. Az orális kontraceptív hormonkezelés második generációs szerrel 4-szeres trombózishajlamot jelent, a harmadik generációs szer alkalmazása 8-szorosára emeli a VTE előfordulását. A Magyar Nőorvos Társaság szakmai ajánlása, hogy csak a trombózis irányában pozitív családi anamnéziséű leánynál kérnek trombózishajlamra irányuló kivizsgálást a hematólógustól, egyebekben felírható a hormonális fogamzásgátló tabletta. A gyakorlatban azért a laboratóriumi alapteresztet általában megejtik: protein C, protein S, AT III aktivitás és APC-rezisztencia mérése. Ha a családi anamnézis alapján felmerül a gyanú, akkor további tesztek is elvégzendők: FV-Leiden-mutáció, FII-20210A-mutáció, antifoszfolipid antitestek (lupus anticoagulans, antikardiolipin, béta2-glikoprotein I), vércsoport-meghatározás.

Hogyan növelik az egyes mutációk a trombózisra való hajlamot?

Heterozigóta, FV-Leiden:	6–8×
Homozigóta, FV-Leiden:	80×
Heterozigóta, FII-20210A:	2,5–3×
Homozigóta, FII-20210A:	4–5,8×

Ha több mutáció is fennáll egyszerre, akkor a trombózisra való hajlam összeadódik. Nagyon érdekes tény, hogy a 0-s vércsoportú egyéneknél az alvadásifaktor-szintek (FVIII, vWF, fibrinogén) alacsonyabbak, így enyhe familiáris trombofiliákban kiegyenlíti a trombózisra való hajlamot. Enyhe trombózishajlam esetén, ha a beteg vércsoportja 0-s, a második generációs orális kontraceptív szerek megengedhetők, ha vércsoportja nem 0-s, akkor bármilyen fogamzásgátló szedése tilos.

A gyermekek trombózishajlam-szűrése nagyon komplex átgondolást igényel. Javasoljuk előtte a konzultációt a VTE-vel érintett családdal, hogy egyáltalán a tünetmentes gyermeket kitegyük-e ilyen kivizsgálásnak, illetve hogy pozitív eredmény esetén hogyan közöljük a hírt, és hogyan tud megküzdeni a gyermek az eredménnyel.^[7] A kivizsgálásnak akkor van értelme, ha az eredménynek terápiás következményei vannak. A szimptomás, spontán keletkező VTE esetén feltétlenül szükséges a kivizsgálás, melyet VTE-kivizsgálásban és -terápiában jártas gyermekhematológus vezényeljen.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

*Békés karácsonyi ünnepeket és sikerekben, egészségben gazdag új esztendőt kíván a HGYE vezetősége Önnek és családjá minden tagjának!
Köszönjük minden házi gyermekorvosnak, támogatóinknak, partnereinknek, hogy egész évben támogatták munkánkat, és lehetővé tették, hogy elérjük vagy közelebb kerüljünk kitűzött közös céljainkhoz! 2023-ban megyünk tovább a közös utunkon!*



Dr. Gyóri Blanka | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Balatonalmádi

Dr. Sutka Melinda | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Debrecen - másodszerző

Utánpótlás a számok tükrében

A gyermek-alapellátásban dolgozó kollégák átlagéletkora 60,5 év. Az alapellátó gyermekorvosok csupán tíz százaléka van 40 év alatt, nyugdíjkorhatár felett dolgozik a praxisokban minden harmadik kolléga. Egyre több a betöltetlen gyermekközvet, ha még többen abbahagyják a munkát, veszélybe kerül a gyermekek ellátása.

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete szeretné felkarolni az utánpótlás kérdését, és lépéseket tenni azért, hogy a fiatalok szívesebben válasszák ezt a szakmát hivatásukként. Ennek érdekében kérdőíves felmérést kezdeményeztünk 50 év alatti gyermekgyógyász-rezidensek, szakorvosjelöltek, illetve nem alapellátó gyermekgyógyász szakorvosok körében. A kérdőív célja a gyermekgyógyász-szakképzésben részt vevő vagy már gyermekgyógyász-szakvizsgával rendelkező kollégák alapellátáshoz való viszonyulásának felmérése. Terveznek-e az alapellátásban elhelyezkedni? Ha igen, milyen távlatban? Mi az, ami vonzó számukra az alapellátói munkában, és mik a visszatartó erők? A kérdőív összeállításában és értékelésében az Inspira Research Kft. volt segítségünkre.

A kérdőívünkre 220 válasz érkezett. A válaszadók 20%-a rezidens, 28%-a szakorvosjelölt és a fele klinikán dolgozó, szakvizsgázott gyermekgyógyász. A válaszadók 80%-a nő. A szakvizsgázott gyermekgyógyászok átlagosan 9 éve rendelkeznek szakvizsgával, többségük hosszabb ideje van a pályán.

A megkérdezettek 54%-a tervezi, hogy a jövőben az alapellátásban helyezkedik el. A rezidensek között ez az arány még 75%, a már szakvizsgázott válaszolók körében viszont már 37%-ra zuhan, tehát a képzés előrehaladtával csökken az alapellátásban való elhelyezkedési kedv. A szakvizsga megszerzését követő három évben a rezidensek 42%-a, a szakorvosjelöltek harmada tervez alapellátói tevékenységet folytatni. A szakorvosok 25%-a szándékozik három éven belül alapellátásban dolgozni, harmaduk viszont legalább hat éves távlatban tervezi csak, ők az évek során könnyen lemorzsolódhatnak. A jelen helyzet alapján rövid távon csak kismértékű beáramlás várható, ami vélhetően nem tudja enyhíteni majd az orvoshiányt a gyermek-alapellátásban.

A kérdőív következő néhány kérdése a motiváló erők és az alapellátásban való elhelyezkedést gátoló tényezők felderítését szolgálta. A válaszokból egyértelműen kiderült, hogy azok számára, akik terveznek az alapellátásban elhelyezkedni, az alapellátói munkát kiemelkedő mértékben a családi étellel való kompatibilitása teszi vonzóvá. A rezidensek és kisebb arányban a szakorvosjelöltek számára a második legfontosabb a családokkal való hosszabb távú személyes kapcsolattartás. A szakvizsgázott gyermekgyógyászok körében előtérbe kerül az autonómítás, függetlenség iránti igény is.

Azok számára is a családi étellel való kompatibilitás a legfontosabb motiváló tényező az alapellátás mellett, akik alapvetően nem terveznek benne dolgozni. Ezt a családokkal való személyes kapcsolattartás követi, ami a szakorvosjelölteknél és a szakvizsgázott gyermekgyógyászoknál még inkább előtérbe kerül. Harmaduknak még a holisztikus megközelítés is fontos motiváló erő lehet.

Arra a kérdésre, hogy miért nem a közeljövőben szeretne az alapellátásban elhelyezkedni, a rezidensek és szakorvosjelöltek elsősorban a fekvőbeteg-ellátás kínálatáért további tapasztalatszerzést jelölték meg, a rezidensek körében pedig fontos visszatartó erő még a másod-, harmadszakvizsga megszerzésének lehetősége is. A szakorvosjelöltek és a szakvizsgázott gyermekgyógyászok számára az alapellátásban való elhelyezkedés késleltetésének egyik legfontosabb oka, hogy a családalapítás után terveznek vele – hiszen a családi étellel való kompatibilitás az alapellátás legnagyobb vonzereje. Nem a legfontosabb, de fontos visszatartó erő továbbá a specializálódásra való igény, a praxisvásárlás költségei, valamint a jogi környezet bizonytalansága.

Azon kollégák körében, akik nem kívánnak a közeljövőben alapellátásban elhelyezkedni, az elutasítás elsődleges oka a specializálódás iránti igény. A kórházi infrastruktúra hiányát első helyre a szakorvosjelöltek negyede tette, a rezidensek és a szakvizsgázott gyermekgyógyászok magasabb helyre sorolták azt, hogy intellektuálisan kisebb kihívásként tekintenek az alapellátásra. Nem elsődleges szempontként, de 37%-uk a legfontosabb három indok közé sorolta az elszigeteltséget. A praxisvásárlás költségeit kevésbé tekintik gátnak.

A megkérdezettek elsősorban a szakmai fejlődés, kihívás kapcsán érzik visszalépésnek az alapellátást, amely leginkább a családi étellel, feladatokkal való könnyebb összeegyeztethetőséget kínálja csak kiemelkedő előnyként.

A következő kérdésblokk a gyermekgyógyászati képzés során az alapellátással kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzést, illetve annak hiányát mérte fel.

Tízből majdnem kilenc megkérdezett képzésének nem volt hangsúlyos része az alapellátás, a házi gyermekorvosi munkáról tantermi előadása negyedüknek volt. A képzőhelyek ötödénél nincs lehetőség alapellátói gyakorlatra, és ez az arány még magasabb Budapesten és Pest megyében: 33%-os. A válaszadók képzőhelyeinek közel felénél van mód területi gyakorlatra, további 20%-uknál pedig mind a képzőhelyen, mind területen is van alapellátói gyakorlati lehetőség. Tízből egy esetben viszont a képzőhely maga akkreditált, és nem biztosít alkalmat területi gyakorlatra. A rezidensek döntő többsége (még) nem volt alapellátói gyakorlaton. A szakorvosjelöltek fele volt, 39%-uk területen. A nem alapellátó szakvizsgázott gyermekgyógyászok 80%-a volt gyakorlaton, 68%-ban területen. Viszont a gyakorlatnak csak marginális esetben volt részletes tematikája vagy teljesítendő feladatrendszere.

Azok, akik nem vettek részt alapellátói gyakorlaton, elsődlegesen azért nem voltak, mert (még) nem volt lehetőségük rá. A rezidensek 85%-a, a szakorvosjelöltek 69%-a szeretne menni, de (még) nincs rá lehetősége. Az alapellátói gyakorlaton nem részt vevő szakorvosok felének nem volt a képzőhely által biztosított alapellátói gyakorlati lehetősége.

Azoknak, akik voltak területi alapellátói gyakorlaton, 67%-a hasznosnak találta, harmada kifejezetten hasznosnak. A képzőhelyen folyó alapellátói gyakorlat megítélése ezzel szemben rosszabb: harmaduk hasznosnak találta, egy másik harmaduk viszont nem. Ezzel szemben a területi alapellátói gyakorlatot csak 14%-uk ítélte meg úgy, hogy nem volt hasznos számára.

Az alapellátói blokkal kapcsolatos elégedettséget a net promoter score (NPS) segítségével határoztuk meg. Az elégedettség mérésére szolgáló mutató kiszámolásakor egy -100 és +100 között mozgó pontszámot kapunk, ahol a -100 a teljes elégedetlenséget, elutasítást mutatja, a +100 pedig a teljes elégedettséget. Az alapellátói szakképzési blokkal kiemelkedően nagy az elégedetlenség: -89-es pontszámot kapott a terület, ami rendkívül alacsony érték.

A válaszadók 64%-a úgy ítéli meg, hogy képzése során nem kapott elégséges betekintést az alapellátás diagnosztikai és terápiás lehetőségeibe. Negatívumként a harmaduk a gyakorlat rövidségét említette. Ezt követően, főleg a már szakvizsgázott gyermekgyógyászoknak, azért volt hiányérzetük, mert nem volt a képzés része az alapellátói blokk. A rezidensek ötöde számára túl kevés információt nyújtott, nem engedett elégséges betekintést, valamint kevés volt

rajta a hangsúly az eddigi képzésükben. A szakorvosjelöltek között megjelent negatívumként, hogy nem ad kihívást, unalmas az alapellátói munka. A működésbe való beelátás, a vállalkozói ismeretek hiánya pedig a már szakvizsgázott gyermekgyógyászoknál került előtérbe. Az alapellátói blokk jelentősen heterogén: volt, aki azt nehezményezte, hogy csak passzív szemlélődő lehetett a házi gyermekorvos mellett, volt viszont, akit segítség nélkül csak betettek helyettesíteni egy rendelőbe.

Azok, akik elégedettebbek voltak az alapellátói blokkal, elsősorban azt emelték ki, hogy megismerhették az alapellátói munkát. Hasonlóképpen fontos a mentoráló alapellátó gyermekorvos személyisége, hozzáállása és szaktudása. Ezt követően legnagyobb mértékben még a családok, betegek követését emelték ki, illetve hogy az egészséges csecsemők, gyermekek gondozásába is beeláthattak. Többien is említették, hogy sokat tanultak az alapellátói gyakorlatuk során, akár olyan módszereket is, amelyeket aztán a klinikai munkájuk során is alkalmazni tudnak.

A területi alapellátói gyakorlaton részt vevők csak 9%-ának volt részletes tematikája és 11%-ának volt teljesítendő feladatrendszere, viszont döntő többségük hasznosnak találta, ha lenne. A gyermek-alapellátásról tantermi előadása a megkérdezettek negyedének volt, viszont kifejezetten hasznosnak találnák, ha része lenne a képzésüknek.

Az alapellátással kapcsolatos kommunikációs lehetőségek kapcsán kiderült: a válaszadók elsősorban személyes előadások keretében hallanának szívesen a gyermek-alapellátásról, amit a szakmai folyóiratok és a webinariumok követnek. A YouTube a fiatalabbak körében elfogadott kommunikációs csatorna, azonban a már szakvizsgázott gyermekgyógyászok egyáltalán nem preferálják.

A képzéssel kapcsolatos utolsó kérdéskör alapján jelentős fejlesztések szükségesek a képzés és a gyakorlat kapcsán. A megkérdezettek hiányolják a képzésükből az alapellátás bemutatását. A gyakorlat túl rövid, és nem elég még. A területi gyakorlatot hasznosnak tartják, de ezen a téren is maradt hiányérzet a leendő gyermekorvosokban. Ezzel így két fórumot is elveszít a szakma, ahol vonzóbbá tehetné az alapellátást az utánpótlás körében.

A kérdőív értékelésénél fontos következtetésekre jutottunk. A jelen helyzet alapján az alapellátói gyermekgyógyász-utánpótlást a felmérés szerint várható szakorvos-beáramlás nem fogja tudni megoldani. Az utánpótlás biztosítása, az alapellátói szakma vonzóbbá tétele érdekében elsődleges feladat az alapellátás szakmai lehetőségeinek, kihívásainak bemutatása, a pálya szakmai szempontból való vonzóvá tétele, az alapellátó gyermekorvoslás megismertetése már az orvos-, szakorvosképzés során. Fontos viszont a képzések, fejlődési lehetőségek oly módú beépítése, hogy az ne menjen a munka-magánélet egyensúly és a családdal-gyermekvállalással való könnyű összeegyeztethetőség rovására.

Dr. Karászi Éva | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Budapest

Dr. Győri Blanka | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Balatonalmádi

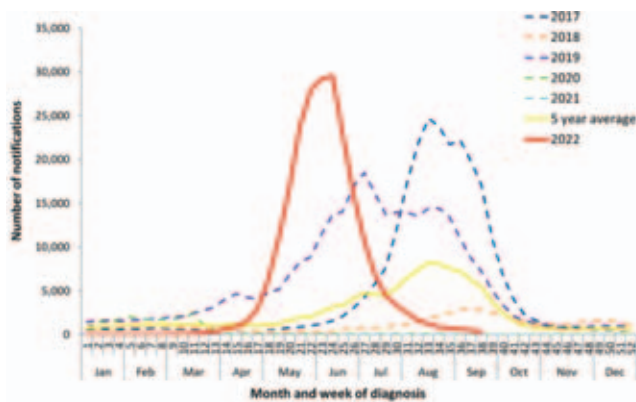
Influenza elleni immunizáció kisgyermekkorban és várandósoknál

Az ausztrál járványügyi adatok szerint 2022-ben az influenzajárvány korán kezdődött, és a megelőző öt év legmagasabb esetszámait mutatta. Ezt magyarázhatja, hogy az utóbbi két évben kevesen fertőződtek influenzavírussal, így a populációs immunitás jelentősen csökkent. Emellett az oltással immunizált egyének száma vélhetően alacsony volt a járvány korai kezdete miatt, és maszkviselési előírás sem volt már érvényben (1. ábra). A két év alatti gyermekek döntő többsége fogékony, egyáltalán nem találkozott még az influenzavírussal. A következőkben a várandósok és a kisgyermek immunizációjának fontosságára hívjuk fel a figyelmet.

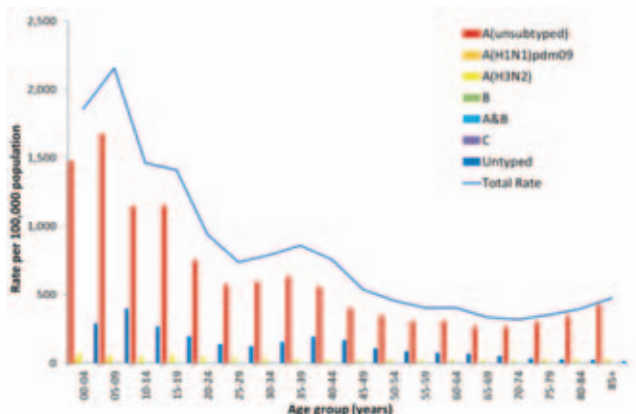
A betegség incidenciája korosztályonként

Az influenza terjesztésében döntően a gyermekek játszanak szerepet: számos adat igazolja, hogy a betegség előfordulása a 0–5 éves korosztályban a legmagasabb. A CDC 2010 és 2016 között regisztrált adatai szerint a kisgyermek körében a betegség incidenciája háromszorosa a 65 év feletti idős korosztálynak: 13,2% kontra 3,9% (lásd táblázat). Az idei ausztrál járványban azonban az 5–18 éveseknél volt a legnagyobb a gyakoriság (2. ábra). A gyermekkori magas előfordulási arány miatt a járvány visszaszorításában kiemelt jelentősége van az óvodás és kisiskolás gyermekek oltásának. Ezt célozzák az Egyesült Királyságban és egyes skandináv országokban az iskolai oltási kampányok az 5–11 éves korosztályban.

1. ábra: Ausztráliai járványgörbék a 2018–2022-es időszakra



2. ábra: Életkor szerinti incidencia Ausztráliában 2022-ben



Influenza életkor szerinti gyakorisága, 2010–2016 (CDC)

Életkor	0–4 év	5–17 év	18–49 év	50–64 év	> 65 év	Átlag
Medián	13,20%	7,90%	7,40%	12,00%	3,90%	8,30%

Súlyos lefolyású influenza az 5 év alatti korosztályban

A kórházi felvételek aránya a 65 év felettek után a 0–4 éves korosztályban a legmagasabb (3. ábra), ezen belül a csecsemők hospitalizációs incidenciája valamennyi korcsoport közül kiemelkedik, meghaladja az idős korosztályét.

A mortalitási adatok életkori megoszlása alapján szintén a kisgyermekcsoportja a legérintettebb: a halálozások körülbelül fele az 5 év alatti korosztályból kerül ki a gyermekpopuláción belül, akiknek 70-80%-a oltatlan. Mind a hospitalizációra, mind a halálra vonatkozó adatok azt mutatják, hogy a gyermekek átlagosan 50%-ának nem volt alapbetegsége (4. ábra). Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy a legkisebbek életkoruk miatt veszélyeztetettek a súlyos lefolyású betegség és a halálozás szempontjából akkor is, ha nincs krónikus betegségük.

A kisgyermekek oltásának előnyei

Bár a magyar védőoltási módszertani levél nem említi az 5 év alatti, ezen belül is a 2 év alatti gyermekeket a rizikócsoportok között, ezt a korosztályt mind a CDC, mind a WHO alapbetegség nélkül is nagy kockázatúnak tekinti a szövődményes influenza szempontjából. A nemzetközi szakmai útmutatók hangsúlyozzák ennek a korcsoportnak az influenza elleni oltását, illetve fertőződés esetén az antivirális kezelést (oszeltamivir). Az oltás hatékonyságával kapcsolatos gyermekkori tanulmányok a CDC adatai alapján az alábbiakat igazolták.

Az oltás jelentősen csökkenti a súlyos lefolyású szövődményes influenzát és a halálozást: Oltott gyermekeknél a hospitalizáció 41%-kal, a sürgősségi ellátás igénye körülbelül 50%-kal, az intenzív osztályos ellátást igénylő életveszélyes betegség pedig 75%-kal csökkent. Mortalitási adatok alapján a halálozást a rizikócsoportokban 50%-kal, egészséges gyermekeknél 65%-kal csökkentette az oltás.

Járványügyi és társadalmi hatások: Fontos társadalmi szempont a gyermekek iskolai hiányzása, a szülők kiesése a munkából és a családtagok (nagyszülő, csecsemő) megfertőzésének veszélye is, melyek további érvek az oltás mellett. A gyermekek megfelelő átooltottsága a közösségi terjedést is jelentősen csökkentheti. Hazánkban az ehhez szükséges 60-70%-os arányt nem érjük el, a populáció átooltottsága átlagosan 30%.

Oltóanyagok: A legkisebbek oltására Magyarországon négykomponensű inaktivált split vakcina áll rendelkezésre 6 hónapos kortól (Vaxigrip Tetra), mely a várandósok oltására is biztonsággal használható. 2 éves kortól már választható az élő gyengített vírust tartalmazó tetraavalens vakcina (Fluenz Tetra) nazális spray formájában 18 éves korig, ez azonban immunszupprimáltaknál, várandósoknál, asztmás roham esetén, illetve aszpirinkezelés mellett kontraindikált. A háromkomponensű, inaktivált, teljes vírust tartalmazó vakcina (3Fluart) 3 éves kortól adható.

Koinfekciók: A téli időszakban a SARS-CoV-2 és az influenzavírusok koinfekciójára is fel kell készülnünk. Eddigi tanulmányok szerint a COVID-os gyermekek 3-4%-ánál igazoltak egyidejű influenzafertőzést (maszkviselés idején). Felnőtteknél egyértelműen súlyosabb lefolyást írtak le koinfekciók kapcsán, gyermekekre vonatkozóan erről még kevés adat áll rendelkezésre. 5 éves kor felett az influenza és COVID elleni védőoltás együtt is beadható.

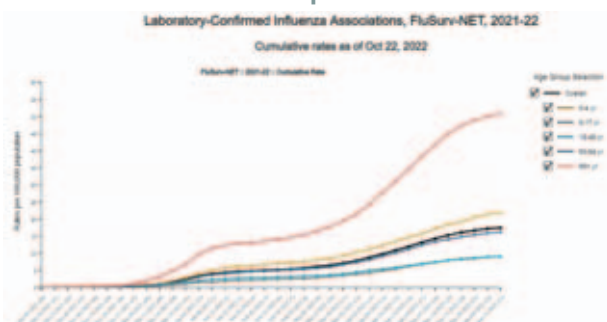
A várandósok oltásának előnyei

A WHO és a CDC 2012 óta a kockázati csoportok között említi a várandósokat, ők a várandósság 9 hónapja alatt és szülés után még 2 hétig minősülnek veszélyeztetettnek a súlyos lefolyású influenza szempontjából.

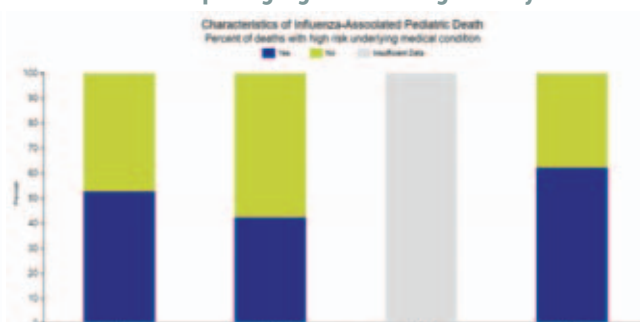
Oltás nélkül a betegség lefolyása súlyosabb a várandósokban, mint a nem várandós nőkben. Az immunrendszert, a szívet és tüdőt érintő élettani változások miatt a hospitalizáció 5-7-szer gyakoribb, mint a hasonló korú nem várandós nőknél. A terhesség előrehaladtával nő a súlyos anyai betegség kockázata. Ha vannak fennálló társuló betegségek, rizikófaktorok (pl. obesitas, diabétesz), tovább súlyosbítják a klinikai képet. A betegség ráadásul nemcsak az édesanyát, hanem a magzatot is veszélyezteti. Influenza esetén nem ismert a vírus direkt magzatkárosító hatása, azonban az anya betegsége miatt másodlagosan, közvetett károsodás révén vetélés vagy koraszülés is bekövetkezhet.

Az oltás 50%-kal csökkenti a megbetegedés gyakoriságát és 40%-kal a hospitalizáció arányát várandósoknál a nem oltottakhoz képest. Számukra a négykomponensű, inaktivált split vakcina javasolt, ez bármely trimeszterben biztonságosan adható. Az USA-ban már több millió várandós nőt beoltottak, így körükben az átooltottság 50% körül van.

3. ábra: Hospitalizáció incidenciája korcsoportonként



4. ábra: Mortalitási adatok: zölddel az alapbetegség nélküli betegek aránya



Élővírus-tartalmú vakcina beadása kontraindikált. A háromkomponensű, teljesvírus-tartalmú inaktivált oltóanyag az előnyök mérlegelésével alkalmazási előírás szerint beadható, azonban nagyobb hatékonysága miatt az összes nemzetközi guideline a négykomponensű split vakcinát javasolja.

Az oltás a csecsemőre nézve is védő hatású. A maternális ellenanyagok a magzatba transzplacentárisan átjutva néhány hónapig immunitást biztosítanak a csecsemőnek. Mivel 6 hónapos kor alatt nem adható egyik vakcina sem, és a 6 hónapról fiatalabbak esetében a legmagasabb a hospitalizáció és a halálozás kockázata a gyermekpopuláción belül, az ő védelmükre mindenképpen hangsúlyt kell fektetni. Számukra a várandós édesanya, majd a környezet, családtagok oltása biztosíthat védelmet (fészekimmunitás).

Összefoglalás

Az ideai ausztráliai influenzajárvány magas esetszámai a fegékony egyének magas arányára utalnak, és a 2022–2023-as

szézonban a korán megkezdett vakcináció fontosságára hívják fel a figyelmet, különösen kisgyermeknél, akiknek két oltásra is szükségük lehet. A gyermekek influenza elleni immunizációjának népegészségügyi szerepe van: a gyermekpopuláció magas átoltottsága a járvány közösségi terjedését fékezheti. Az egyéni védelem biztosításához az alapbetegséggel küzdők minden életkorban oltandók, de hangsúlyozni kell az életkor szerinti rizikócsoportok (0–5 évesek) és a várandósok immunizációját alapbetegség nélkül is. A kisgyermekes esetekben a betegség nagy incidenciája, a kórházi felvételt igénylő fertőzések magas aránya és a gyermekkori halálozáson belül a 0–5 éves korosztály nagyarányú érintettsége teszi szükségesé a vakcinációt, a várandósok immunizációjával pedig nemcsak az édesanyát védjük a súlyos fertőzéstől, hanem a megszületendő gyermek védelmét is biztosítjuk az első pillanattól.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

TÉNYLEG A LÉNYEG | DR. GYŐRI BLANKA ROVATA

Dr. Szalóczi Beáta | házi gyermekorvos, Budapest

Perinatális antibiotikum-használat és az autizmus kockázata

Az autizmus spektrumzavar (ASD) patogenezise jelenleg még nincs tisztázva, mai ismereteink szerint több gén vagy génkombináció közötti kölcsönhatás, illetve epigenetikai tényezők és környezeti módosító hatások felelősek az ASD kialakulásáért. A környezetet befolyásoló egyes tényezők megváltoztathatják a mikrobiomot, ami hatással lehet a bél-agy tengelyre, potenciálisan károsítva így az idegrendszer fejlődését, ezzel esetleg növelve az autizmus kockázatát. Vizsgálatok kimutatták, hogy ASD-s gyermekek mikrobiom-összetételében eltérések észlelhetők, és feltételezések szerint ez is lehet tényező az autizmus etiológiájában.

Az utóbbi időben több tanulmány foglalkozott azzal, hogy kimutatható-e összefüggés a várandósság, a szülés vagy a csecsemőkor idején elszenvedett fertőzések, illetve antimikrobiális szerek használata és az autizmus spektrumzavar kialakulása között.

Kora gyermekkori antibiotikum-használat és autizmus spektrumzavarok^[1] címmel 2018 októberében jelent meg egy populáció-alapú kohorszvizsgálat, amelyben a kanadai Manitobában vizsgálták a fenti összefüggéseket. A vizsgálatban 1998 és 2016 között a tartományban élve született gyermekek adatait dolgozták fel. Az antibiotikum-expozíciót úgy határozták meg, hogy a gyermek számára az élete első évében egy vagy több antibiotikum-receptet kiváltottak, a kimeneti végpont pedig az autizmus diagnózisa volt. Az összesen 214 834 megszületett gyermek kö-

zül 94 024 (43,8%) számára váltottak ki antibiotikumot az élete első évében. Az utánkövetés során 2965 gyermek esetében állították fel az ASD diagnózisát. Az első életévben antibiotikumot nem kapó gyermekekhez képest az antibiotikum-használók csoportjában volt kisebb az ADHD kialakulásának kockázata (Cox-féle regressziós modell, korrigált kockázati arány [HR] 0,91, 95%-os konfidenciaintervallum [CI] 0,84–0,99). A kezelések száma és az antibiotikum-expozíció kumulatív időtartama nem állt összefüggésben az autizmussal. A szerzők következtetése szerint, figyelembe véve a vizsgálat korlátait és a nem vizsgált tényezőket, nincs klinikailag szignifikáns összefüggés a korai életkorban bekövetkező antibiotikum-expozíció és az autizmus spektrumzavarok kockázata között.

2019 augusztusában jelent meg az a tanulmány (Prenatális antibiotikum-expozíció és az autizmus spektrumzavarok kockázata: populációs alapú kohorszvizsgálat),^[2] amely ugyanezen kohorsz – Manitobában egy 18 éves periódusban született gyermekek – adatait dolgozta fel abból szempontból, hogy a prenatálisan alkalmazott antibiotikum-kezelés korrelál-e az ASD kialakulásával. Ezúttal a terhesség alatt felírt egy vagy több antibiotikum volt az expozíció meghatározása, a kimeneti végpont pedig az autizmus spektrumzavar diagnózisa. A 214 834 gyermek közül 80 750 (37,6%) volt terhesség alatt kiváltva antibiotikum-hatásnak. Az utánkövetés során 2965 gyer-

2021 novemberében jelent meg egy közlemény A szülés előtti antimikrobiális terápia és az autizmus spektrumzavar közötti összefüggés^[4] címmel. Ebben az izraeli, beágyazott eset-kontroll vizsgálatban 451 autizmusdiagnózissal élő gyermek adatait hasonlították össze 2255 kontrollegyenéllel abból a szempontból, hogy történt-e antimikrobiális terápia a fogantatást megelőző három hónapban vagy a terhesség alatt. Többváltozós feltételes regressziós modelleket használva mérték fel az anyák terhesség alatti antimikrobiális szerhasználatát és az ASD kockázata közötti összefüggést. A vizsgálatban részt vevő anyák 54,1%-át kezelték antimikrobiális gyógyszerekkel a fogantatást megelőző három hónapban vagy a terhesség alatt. Az összeállítás alapján az autizmusdiagnózissal élő gyermekek anyái körében alacsonyabb volt az antimikrobiális szerek használatának aránya, mint a kontrolcsoport anyáinál (49,0% vs. 55,1%; $p = 0,02$). Ez az összefüggés kifejezettebb volt a terhesség harmadik trimeszterében (18,8% vs. 22,9%; $p = 0,03$), valamint a penicillinek használata esetében (15,7% vs. 19,7%; $p = 0,06$). Ezek az eset-kontroll különbségek arra utalnak, hogy az antimikrobiális szerek terhesség alatti alkalmazása az utódoknál az ASD csökkent kockázatával járt együtt (aOR = 0,75, 95% CI = 0,61–0,92). Érdekes módon ez az összefüggés csak a zsidó népcsoporthoz tartozó anyák esetében volt kimutatható, az arab anyák esetében nem (aOR = 0,62, 95% CI = 0,48–0,79 és aOR = 1,21, 95% CI = 0,82–1,79). Mindezek alapján a szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a prenatális antimikrobiális szerek használata és az ASD csökkent kockázatának összefüggése a zsidó populációban más, esetleges oki tényezőkre utalhat, például kulturális, környezeti eltérésekre vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és igénybevétel különbözőségeire.

meket diagnosztizáltak ASD-vel. Az adatok feldolgozása során többváltozós Cox-regressziót alkalmazva az eredmények szerint az ASD kockázata magasabbnak mutatkozott az antibiotikumoknak kitett gyermekek csoportjában (korrigált HR 1,10 [95% CI 1,01, 1,19]). Az összefüggés azoknál volt megfigyelhető, akik édesanyja a második vagy harmadik trimeszterben kapott antibiotikumot. (HR 1,11 [95% CI 1,01, 1,23] és 1,17 [95% CI 1,06, 1,30]). A testvérek kohorszában az ASD kockázata nem mutatott eltérést (kiigazított HR 1,08 [95% CI 0,90, 1,30]).

A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a prenatális antibiotikum-expozíció az ASD kockázatának kismértékű növekedésével jár. Azonban, tekintettel a vizsgálatban figyelembe nem vett esetleges torzító tényezőkre is, egy ilyen kis mértékű kockázatonövekedésnek populációs szinten valószínűleg nincs klinikai jelentősége.

2021 márciusában Szülés előtti anyai fertőzés és az autizmus kockázata az utódoknál^[5] címmel jelent meg egy metaanalízis, melyben 36, a témával foglalkozó tanulmány eredményeit összesítették. Az elemzések statisztikailag szignifikáns összefüggést mutattak ki az anyai fertőzés, illetve láz és a gyermekeknél diagnosztizált autizmus között (OR = 1,32; 95% CI = 1,20–1,46). Ezen összefüggések a torzítások korrigálását követően gyengébbnek mutatkoztak. A fertőzés kórokozójával vagy helyével érdemi összefüggés nem volt kimutatható. Az expozíciót a terhességi trimeszterekre vonatkoztatva csak kis különbségeket észleltek, melyek statisztikailag nem voltak szignifikánsak. Bár az ok-okozati összefüggés nincs bizonyítva, ezek az eredmények arra utalnak, hogy a terhesség alatti anyai fertőzés növeli az autizmus kockázatát az utódoknál. A metaanalízis publikálói szerint, tekintettel a kockázati tényező gyakoriságára, lehetséges, hogy az autizmus előfordulása jelentősen, akár 12-17%-kal csökkenne, ha az anyai fertőzések időben megelőzhetőek vagy biztonságosan kezelhetőek lennének.

A Pediatrics folyóirat 2022. augusztusi számában megjelent Autizmuskockázat és perinatális antibiotikum-használat^[5] című, kanadai cikkben is abból a feltételezésből indultak ki, hogy a magzat antibiotikummal való érintkezése növelheti

az autizmus spektrumzavar kialakulásának kockázatát. A szerzők arra a kérdésre keresték a választ, hogy a vajúdás és a szülés alatti antibiotikum-expozíció növeli-e az ASD kockázatát a gyermekekben.

Ebbe a retrospektív kohorszvizsgálatba minden, 2000. április 1. és 2014. december 31. között a kanadai Brit Columbiában időre, élve született nem iker gyermeket bevontak. A vizsgálatba 569 953 szülés adatai kerültek be. Az azonos indikációval kezelt várandósok eseteinek összehasonlítása céljából külön csoportban vizsgálták a B csoportú Streptococcus-pozitivitás miatt kezelt eseteket. A korrigálatlan és korrigált kockázati arányok becslésére Cox-féle regressziós modellt használtak. Érzékenységi elemzést is végeztek, ahol a szülés első szakaszának hosszát használták a dózist helyettesítő mérőszámként, hogy értékeljék a dózis-válasz összefüggést.

A vizsgálati eredmények szerint a korrigált kockázati arány 1,29 (95%-os konfidenciaintervallum, 1,24–1,35) és 0,99 (0,94–1,04) volt; valamint 1,07 (0,90–1,27), illetve 0,88 (0,74–1,05) a B csoportú Streptococcus-pozitív csoportban. Nem volt lényeges különbség az antibiotikum-expozíció és az ASD közötti összefüggés tekintetében annak függvényében sem, hogy a szülés első szakasza milyen hosszú volt. E vizsgálat eredményei szerint a vajúdás és a szülés alatti antibiotikum-használat nem járt együtt az autizmus fokozott kockázatával a gyermekekben.

A szerzők összegzése szerint eredményeik azt sugallják, hogy az ASD-vel kapcsolatos aggodalmaknak nem kellene szerepet játszaniuk abban a klinikai döntésben, hogy vajúdás és szülés közben használjanak-e antibiotikumokat. További vizsgálatokat tartanak azonban szükségesek annak felmérésére, hogy a prenatálisan, hosszabb ideig alkalmazott antibiotikumok hatással lehetnek-e az autizmus spektrumzavar kialakulására.

A fenti közlemények eredményei összességében arra utalnak, hogy az autizmus patogenezise szempontjából a perinatális fertőzések és antibiotikum-kezelések valószínűleg nem jelentenek egyértelműen szignifikáns, klinikailag jelentős kockázati tényezőt.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Fábán Dóra | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Taksony

Tanuljunk meg újra és újra vágyakozni az után, ami a miénk!

Hosszú évekkal ezelőtt egy németországi szakmai úton ismertem meg dr. Rente Juditot. Nyílt személyisége, barátságos, mosolygós és kedves természete azonnal feltűnt, higgadt viselkedése jó hatással volt az egész orvoscsoportra. Jó viszonyba kerültünk, azóta többször vettünk részt együtt szakmai továbbképzéseken, sőt voltunk együtt színházban is. Gyakran és hosszan szoktunk beszélgetni, ahol természetesen a szakmai kérdések vannak túlsúlyban. A vele készített interjú alapját az adja, hogy Judit idén megkapta a Budapest Főváros XIII. Kerületért díjat.



Tíz évvel ezelőtt neked ítéltek az Ember az Emberért esélyegyenlőségi díjat, most pedig a Budapest Főváros XIII. Kerületért elismerést kaptad meg. Mindkettő szűkebb pátriád, a XIII. kerület vezetésének és lakosainak elismerése, azok kapják, akik tevékenységükkel jelentős mértékben hozzájárulnak a kerület fejlődéséhez.

Természetesen jólesik, ha elismerik az ember munkáját, de persze az elmúlt harminckét évben nem a díjakért dolgoztam. Sokkal fontosabbak számomra azok a hétköznapi elismerések, melyeket a gyerekektől és a szülőktől kapok.

Miért választottad az orvosi pályát?

Debrecenben születtem, gyermekéveimet a Hajdú-Bihar megyei Polgáron töltöttem, ott is jártam gimnáziumba. Kémiából jó voltam, így vegyészmérnöknek készültem. Szerencsére volt egy kiváló biológiatanárom, Bak Ferenc, akinek mindig hálás leszek, hogy elindított az orvosi pálya felé. Nagyon szorgalmas voltam, szerettem tanulni, elsőre felvettek a Debreceni Egyetemre, és 1982-ben végeztem.

Volt orvos a családban?

Szüleim az akkori rendszerben nem tanulhattak tovább, de nagyon fontos volt számukra, hogy testvéremnek és nekem minden feltételt biztosítsanak a tanuláshoz. Okos emberek voltak, pontosan tudták, hogy az érvényesülés és boldogulás egyetlen útja a tudás megszerzése. Emellett mindig munkára neveltek, és így visszagondolva, ez nekem egyáltalán nem volt teher.

Hogyan lettél gyermekorvos?

Először úgy terveztem, hogy érsebész leszek. Az egyetemen kifejezetten szerettem a manuális tárgyakat, azt éreztem valaminek, amit az ember a kezével teremt. Az egyetemi évek alatt

sokáig jártam be sebészeti ügyeletre, és az akut esetek ellátásában olyankor részt is vehettem. Amikor elkezdtük a belgyógyászatot és a gyermekgyógyászatot, megéreztem az intellektuális alkotás örömét is. Ötödéves egyetemistaként férjhez mentem, majd hamarosan jelentkezett az első pocaklakóm. Az utolsó évben talán ő súgta, hogy gyermekorvos legyek. Diplomaszerezésem idején adták át a Jász-Nagykun-Szolnok megyei új kórházat, ahol tizennégyen kezdtünk frissen végzett orvosok. Meg kell említenem Pintér Sándor professzort, aki nemcsak szakmailag, hanem emberileg is felkészített minket erre a hivatásra. Innovatív szakember volt, gyakran járt Angliában és Amerikában, ahonnan mindig valami újdonsággal tért haza. Rendszeresen küldött bennünket továbbképzésekre, azt mondta: „Lányaim, fiaim, maguktól jó a szolnoki kórház, menjenek, hozzák a tudományt, az okosságokat!” Nem csupán azt akarta, hogy szakmailag fejlődjünk, ő mutatott rá a házi orvosokkal való kapcsolattartás fontosságára. Szakmai álláspontja volt, hogy ha a házi orvos beküld egy gyermeket a kórházba, akkor annak oka van. Így visszagondolva, kifejezetten előremutató tanítás volt részéről az alapellátás és a kórházi ellátás egymásra épülésének szükségessége. Persze ez működött a másik irányból is: a körzeti orvosok között voltak rendszeres beügyelők, és volt olyan kolléga, aki az osztályon is dolgozott. Ennek ellenére akkor úgy gondoltam, hogy körzeti gyermekorvosként magányos lennék a gyógyításban. Ő ennek az ellenkezőjét próbálta bizonyítani azzal, hogy a kooperációra helyezte a hangsúlyt. Ezzel a komplex gondolkodást és ellátást nevelte belénk úgy, hogy ennek fontos alkotóeleme a védőnői szolgálat is. Szomorúan látom azt a jelenlegi visszalépést, amelynek során szakmailag elvették egymástól az orvost és a védőnőt. Az egyetlen alkalom, ahol még tudunk találkozni és egyeztetni, az orvosi tanácsadás.

Mikor kerültél Budapestre?

Férjemet, aki szülész-nőgyógyász lett, a Szabolcs utcai kórházba hívták meg, engem pedig Pintér professzor vitt volna Szegedre. Ez így persze nem volt családbarát megoldás, így mindannyian Budapestre jöttünk. A második fiunk megszületése után már itt töltöttem az első évet. Bár nagyon nehéz időszak volt – hat-nyolc ügyelettel havonta –, szívesen emlékszem vissza a szolnoki évekre, hiszen ott váltam gyermekorvossá.

Budapesten egyből körzetben kezdted dolgozni?

A családi tanács úgy döntött, próbáljam meg az alapellátást. Ennek először nem örültem, a magas szintű kórházi munka után nem akartam az alapellátásban dolgozni. Be kellett látnom viszont, hogy két kisgyerek mellett nem tudnék rendszeresen ügyeletet vállalni. A férjem tudományos munkája sok külföldi utazással járt, így a háztartás is rám maradt. Őszintén megmondom, hullattam néhány könnyecseppet, de ma már úgy látom, ez volt a legjobb döntés az életemben. Még akkor is, ha – mint utóbb kiderült – a két felajánlott szabad körzetből sikerült a nehezebbet választanom. Az itt élő emberek rendkívül nehéz szociális körülmények között éltek. Előttem három év alatt három orvos ment el innen.

Te viszont harminckét éve itt vagy. Mi a titok?

Kapcsolatot tudtam teremteni a családokkal. Hozzám bármilyen családi vagy iskolai problémával jöhettek, meghallgattam őket. A gyermekjóléti szolgálattal is jó a kapcsolatunk. Az utóbbi években sokat változott a körzetem. Rengeteg új ingatlan épült, sok fiatal család költözött ide, gyermekáldás is van bőven. A rendelők szép, modern, minden van benne, és itt kaptak helyet a védőnők is. A körülmények tényleg jók. Ami gondot okoz, az az orvoshiány. A korábban hat orvosra jutó munkát már csak hárman látjuk el, pedig a preventív ellátás bővülése miatt nagy szükség volna új belépőkre. Egy praxist beolvasztottak, a másokra várjuk az új orvost, nem tudjuk, hogyan lesz. Talán majd nagyobb körzeteket alakítanak ki? De azokat ki fogja ellátni? A XIII. kerületben tizenennyolc házi gyermekorvos dolgozik, és én vagyok az ötödik legfiatalabb a 64 évemmel. Ez elkerülhető képet fest a házi gyermekorvosi ellátás jövőjéről.

Milyennek látod az alapellátó gyermekorvosok kapcsolatát a kórházi kollégákkal?

Sajnos nincs élő kapcsolat a kórházak és az alapellátók között. Igyekszem belemenni a kórházak és a klinikák munkájába, mert például úgy alakítanak ki új osztályokat és szakrendeléseket, hogy mi nem is értesülünk róla. A fiatal kórházi kollégák szemében kicsit lenézetté vált ez a pálya. Előfordult, hogy beutalóval, majdnem kész diagnózissal küldtem be a beteget, és leírták, hogy nem látta a háziorvos. Ez arculcsapása az alapellátó házi gyermekorvosnak, és sajnos sok ilyen vereségünk van.

Szoros praxisközösségbe léptél gyermekorvos kollégákkal. Mi az eddigi tapasztalatod?

Sok változást egyelőre nem hozott számomra. Talán többet beszélünk egymással, de persze ezt eddig is megtehettük volna.

A feladatok nem jelentenek pluszmunkát, preventív szemléletű vagyok, eddig is sokat oltottunk a kötelező vakcinákon kívül az ajánlott védőoltásokkal is, amiket a tudomány csodájának tartok. A státuszokat is elvégeztük. Az adminisztráció viszont sokkal több lett. Annak örülnék, ha a konzorciumi forma valahogy segítene megoldani a helyettesítési problémákat. Ezenkívül fontos volna a szakszemélyzet bővítésének lehetősége is. Mert hiába áll rendelkezésünkre minden eszköz, ha a működtetésükhöz nincs meg a személyi feltétel. Fontos lenne, hogy orvosként ne a klaviatúrára meg a monitorra, hanem a páciensem szemébe tudjak nézni. Sokkal hatékonyabb lenne a munkánk, ha például az előszűréseket képzett egészségügyi dolgozó végezné el. Arról már nem is beszélve, hogy iskolaorvosként is dolgozom, bár magam sem tartom helyesnek, hogy házi gyermekorvosok iskolaorvosi munkát végezzenek. Szerintem minden gyermeket a saját háziorvosa lásson el.

Mi a véleményed arról, hogy felmerült az alapellátó orvosok kötelező ügyeletbe való bevonása?

Úgy gondolom, hogy aki becsületesen ledolgozta a napját, annak jár a pihenés. Vannak orvosok, akik szívesen ügyelnek, rájuk kell bízni az ügyeletet.

Végül térjünk vissza a kerületi elismerésre.

Ebben az évben öten kaptuk meg a díjat a 160 ezer fős kerületben. Nagy megtiszteltetés ez számomra. Hogy mit gondolok, miért kaptam? Talán a Pintér professzor úrtól tanult szemléletemnek köszönhető: hogy mindig rendelkezésre kell állni, folyamatosan kapcsolatban kell lenni a szülőkkel. Engem nemcsak a probléma érdekel, hanem kérem a szülőket, hogy jelezzék azt is, ha a gyermekük jobban van. Ez fontos a szülőknek is. A napi munkán kívül a kerületben sok lakossági fórumot szerveztünk a védőnőkkel. Ezeket nemcsak egészségügyi, hanem nevelési és egyéb gyermekjóléti kérdéseket is megbeszéltünk. Mindig sokan jöttek, és nagy öröm volt látni, hogy jól érezték magukat. Sajnos a COVID-járvány ezt is megtépázta. Korábbi években szerettem cikkeket írni preventívorról, táplálásról a helyi lapokba, kiadványokba, továbbá publikáltam a Patika Tükörben is.

Úgy tudom, hamarosan bővül a családod.

Az egyik fiam pedagógus-közgazdász, a másik közgazdász. A kisebbik révén hamarosan nagymama leszek, karácsonyra egy kislány unokát kapok ajándékba. Szeretnék minél több időt tölteni velük.

Mivel töltöd szívesen a szabadidődet, és hogyan tovább?

Próbálok a szabadidőmben többet utazgatni, színházba és kiállításra járni. Szeretnék a családommal és a barátaimmal még több hasznos időt tölteni. Simone Weil mottójának megfelelően próbálok élni, és ezt közvetíteni a környezetemnek is: tanuljunk meg újra és újra vágyakozni az után, ami a miénk! Ezt így gondolom anyaként, orvosként és leendő nagymamaként.

Roland Berger |

Nem a koronavírus jelenti a legnagyobb kihívást az egészségügyben

SAJTÓKÖZLEMÉNY



A COVID19 nem az első és nem is az utolsó egészségügyi kihívás, amellyel globális szinten meg kell küzdeni – derül ki a Roland Berger megatrendekről szóló elemzéséből. A német stratégiai tanácsadó cég egy nagyszabású kutatás összegzéseként adta ki a Trend Compendium elnevezésű tanulmány sorozatot. A sorozat második része a koronavírus-járvány kérdésein kívül az éghajlatváltozás egészségügyre gyakorolt hatását, a betegségek arányainak jövőbeli változásait és a betegápolás átalakulásának lehetőségeit boncolgatja.

A jelenlegi világgjárvány mellett számos hasonlóan sürgető globális egészségügyi probléma vár megoldásra. Ilyen például az antimikrobiális rezisztencia, azaz a mikrobák ellenállásának növekedése az antibiotikumokkal szemben. Ez 2050-re várhatóan évi 10 millió ember halálát, valamint 90 millió dollár értékű GDP-veszteséget okozhat, amennyi-

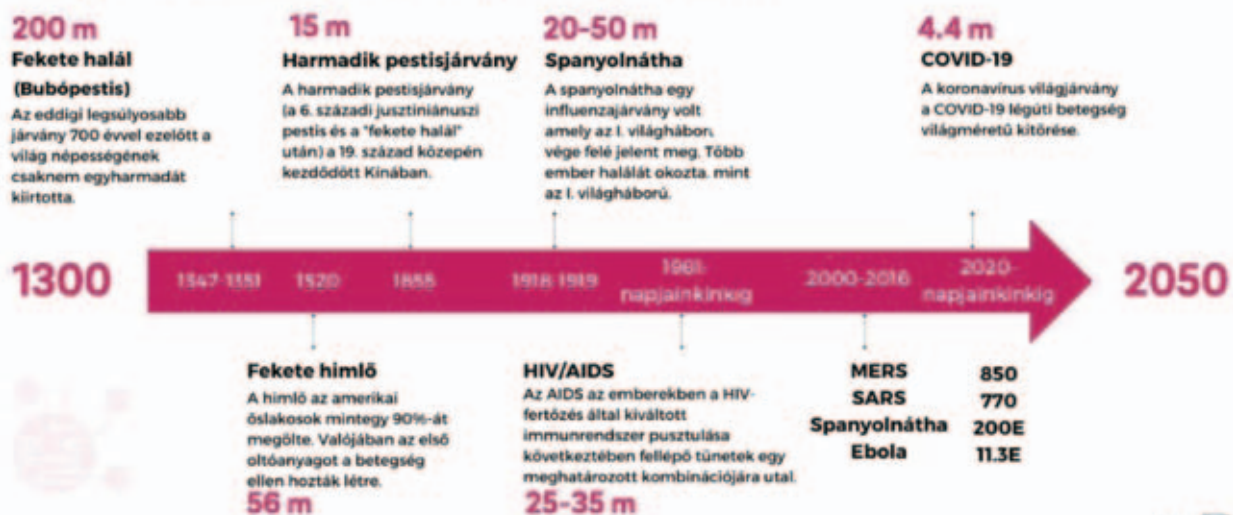
ben nem kezdődik meg egy összehangolt kutatás-fejlesztési folyamat a területen.

Az éghajlatváltozás kezelésére fordított globális költségek egyharmadát az egészségüggyel kapcsolatos kiadások teszik ki, azaz az éghajlati válságot egészségügyi válsággént is lehet értelmezni. A külső környezeti tényezők, mint a légszennyezés vagy az éghajlatváltozás hatásai riasztó megbetegedési kockázatot rónak a világ népességére. A levegőszennyezettég több mint 7 millió ember halálát okozza évente. Az egy főre jutó egészségügyi kiadások 2050-ig valószínűleg minden országban növekedni fognak, a legnagyobb mértékű emelkedés a közepes jövedelmű országokban várható.

Betegségek és kezelések

A növekvő világnépességben régiók szerint változik a fertőző és nem fertőző betegségekből eredő halálozások szá-

A történelem során az emberiséget végigkísérték a világjárványok - A szakértők a jövőre nézve súlyosabb világjárványokat jósolnak



Források: Visual Capitalis; Roland Berger



ma. A fertőző betegségek okozta halálozási számok világszerte csökkennek – a növekvő életszínvonalnak és a higiéniai fejlődésnek köszönhetően –, ez azonban nem mondható el az olyan nem fertőző, nagyrészt krónikus betegségekről, melyek a mozgásszegény életmód, a helytelen táplálkozás vagy a környezet-szennyezés miatt alakulnak ki. 2050-ig a költség- és ellátásigényes megbetegedések – például demencia, cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegségek, rákos megbetegedések – száma tovább növekszik. 2060-ig a nem fertőző betegségek miatti halálozás több mint 50%-kal fog nőni.

A jövőben a betegségek kezelése egyre inkább technológiavezérelt és -támogatottá válik, ez már most is látható az e-egészségügyi alkalmazásoktól a koronavírus-világjárvány során elért kutatás-fejlesztési áttörésekig. Az orvostechonikai alkalmazások térnyerése, a mesterséges intelligencia és a gépi tanulás alkalmazása, valamint a távegészségügy növekvő jelentősége mind azt mutatják, hogy az egészséggel kapcsolatos jövőbeli megoldások előrelépő és megelőző jellegűvé válnak.

Betegápolás, a társadalom öregedése és növekvő gondozási igénye

A betegápolást támogató rendszerek és a gondozási erőforrások elosztása világszerte jelentősen eltér. Ahol rendelkezésre állnak adatok, ott világos, hogy a gondozás sarokköve a családtagok által végzett, általában képzetlen és fizetetlen otthoni ápolás, amely jelentős terhet ró a gazdaságra és az egyénre egyaránt.

A fejlett, többnyire nyugati országokban a hosszú távú ápolás támogatási rendszerei a legjobb esetben is hiányosak, az ápolási források elosztása a GDP mindössze 1–3%-át teszi ki. A hosszú távú ápolás tendenciái számos országban az intézményi ápolásról az otthoni ápolásra való áttérést mutatják.

A következő években egyre több gondozóra lesz szükség. A demencia, valamint az öregedő társadalmakban más, gondozást igénylő betegségek elterjedésével az ápolási igények egyre összetettebbé válnak. Az OECD szerint 2040-re az ápolószemélyzet terén 60%-os növekedésre lesz szükség ahhoz, hogy az ápolószemélyzet és az idős gondozottak jelenlegi aránya megmaradjon – de az ápolási hatékonyság javulásával ez a szám a felére csökkenhet.

Hogyan használhatják ki a vállalatok a megatrendek előnyeit?

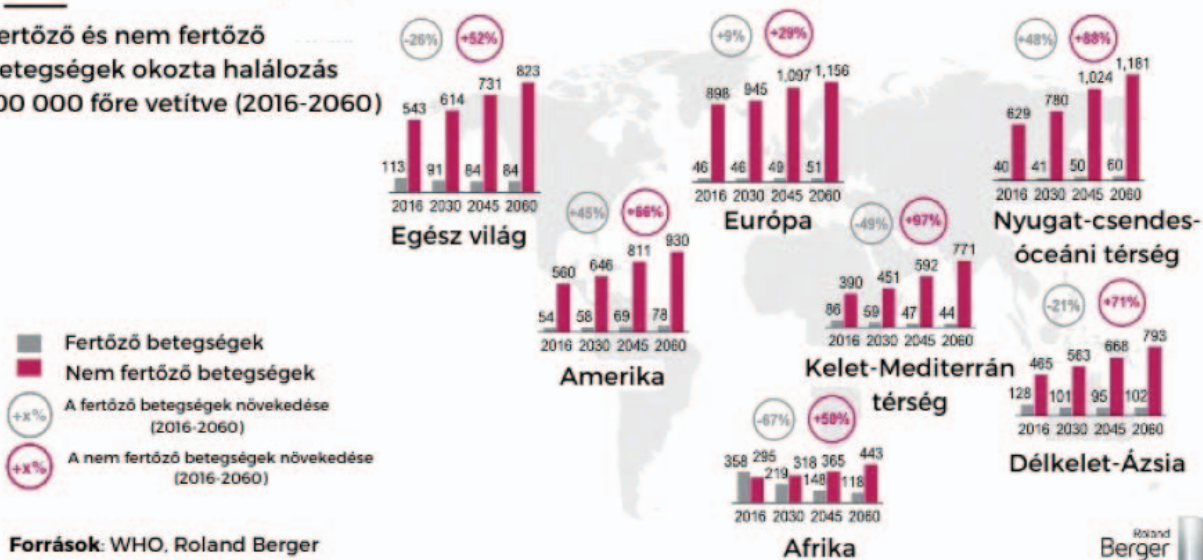
„A COVID19-hez hasonló rendkívüli események tanulságainak levonása alapvető fontosságú, de ugyanilyen fontos felkészülni a lokális nehézségekre is. A felkészültséghez a vállalatoknak érdemes rendszeresen felülvizsgálniuk az ellátási láncokat – akárcsak a politikai és szabályozási kereteket. Az egészséges munkahelyek és a munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos megelőző intézkedések előmozdítása, az egészséges, sportos életmód támogatása közvetlenül elősegíti a termelékenységet” – állítja Schannen Frigyes, a Roland Berger magyarországi partnere.

Az egészségügyben tevékenykedő vállalatok számára fokozottabban jelentkeznek a kihívások és a lehetőségek

A gyógyszerkutatásban a nyitott szemlélet egyre fontosabbá válik az eredeti célok túl új szinergiák megtalálása szempontjából. Az egészségügyi ágazatban működő vállalatoknak fel kell ismerniük azt a tendenciát, hogy a személyes egészség és jóllét számos aspektusa – az önellátó alkalmazásoktól a viselhető eszközökig – a digitalizáció és az összekapcsoltság irányába mutat. Hasonlóképpen, a diagnosztika és az ápolás terén is ki kell aknázniuk az innovatív technológiák, például a mesterséges intelligencia, az adatalapú tevékenységek vagy a robotizált eszközök lehetőségeit.

Az egészségtől a betegségekig: A jövőben a nem fertőző betegségek terhe általános társadalmi kérdéssé válik - A fertőző betegségek száma csökkenni fog

Fertőző és nem fertőző betegségek okozta halálozás 100 000 főre vetítve (2016-2060)



Az orális és légúti mikrobióta

Fókuszban a *L. reuteri* törzsek

Közel két évtizede ismert, hogy az egészséges bélflóra nemcsak a gasztrointesztinális kórképek megelőzésében játszik szerepet, de szükséges az extraintesztinális szervek megfelelő működéséhez, és csökkenti az obezitás kialakulásának az esélyét is. Ma már tudjuk, hogy nem csupán a bélflóra kedvező összetétele fontos az egészség fenntartása és a betegségek megelőzése szempontjából, hanem az egyéb nyálkahártyákon elhelyezkedő mikrobióták megoszlása is. Az utóbbi években egyre jobban feltárták az orális és légúti flóra összetételét egészségesekben és változásait kóros állapotokban.

Az orális és légúti flóra jellemzői és jelentősége

A bélflóra után a szájüregi flóra tartalmazza a legtöbb baktériumot, a fajok száma 700 felett van. Idesoroljuk a szájnyálkahártyán, a nyelven és a fogakon, valamint a lágy és kemény szájpadon elhelyezkedő mikrobiótákat. Ezeknek a baktériumoknak a többsége hat törzsbe, mégpedig a Firmicutesek, az Actinobacteriumok, a Proteobacteriumok, a Fusobacteriumok, a Bacteroidetesek és a Spirocheták közé sorolhatók. A végleges orális flóra nagyjából 2 éves korig kialakul. Az orális flóra összetételét befolyásolja a táplálás módja: anyatejes babák több mint felében voltak detektálhatók *Lactobacillus*ok, a tápszerezésekben viszont nem volt kimutatható. A szájüregi flóra összetételét befolyásolta a szülés módja is, császármetszéssel született gyermekekben kedvezőtlenebb az összetétel.

Az orális mikrobióta diverzitása 18 hónapos kisdedekben szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a szüleikben. Összetételük jobban hasonlított az anyák, mint az apák orális mikroflórájára, ami bizonyítja, hogy különösen az anyai orális mikrobióta befolyásolja a gyermek orális mikroflórájának a fejlődését. Érdekes az a megfigyelés is, hogy tápszerezés esetén nagyon hasonlított egymáshoz a csecsemők és édesanyjuk orális flórája.

Abban az esetben, ha a szájüregi flóra egyensúlya megbomlik, gyakrabban alakulhatnak ki szájüregi betegségek, így főként sztomatitisz és faringitisz. A kedvezőtlen orális flóra lehet az egyik tényezője a rheumatoid arthritis kialakulásának is.

A légutak mukózáján elhelyezkedő kommenzális baktériumok a homeosztázis fenntartását biztosítják, ami elősegíti a patogénnel szembeni rezisztenciát. Diszbiózis esetén patogén törzsek szaporodnak el, amelyek gyulladós folyamatokat válthatnak ki.

Egészségesekben a légutakat kolonizáló baktériumok a *Prevotella*, a *Streptococcus*, a *Veillonella*, a *Fusobacterium*, a *Porphyromonas* és a *Neisseria* nemzetségbe tartoznak. Légúti kórképekben megnő a patogén baktériumok száma. Az egyes

kóros állapotokra más-más kórokozók előfordulása jellemző, így például asztmában megnő a *Moraxella* és a *Neisseria* baktériumok gyakorisága.

A bél-tüdő tengely jelentősége és változásai kóros állapotokban

Az intesztinális mikrobióta kapcsolatban van a légúti mikroflórával, hiszen a bélbaktériumok ligandjai és metabolitjai, eljutva a szervezet más szerveinek nyálkahártyájára, befolyásolják. Ebben szerepet játszanak a nyirok és véráram útján vándorló T-sejtek is, amelyeket a bélflóra is tud modulálni. Megjegyzendő, hogy mind a bél, mind a légutak mikrobiótái modulálják a veleszületett és szerzett immunválaszt is.

Ebből érthető, hogy a bélflóra közvetve befolyásolni tudja a hajlamot egyes légúti kórképekre. Bizonyítást nyert prospektív vizsgálatban, hogy azokban az 5 éves gyermekekben, akikben légúti hiperszenzitivitás észlelhető, 3 hónapos korukban intesztinális diszbiózis volt kimutatható. Nemcsak a bélflóra hat a tüdő mikroflórájára, hanem a tüdő mikrobiótái is hatnak a bélre, elsősorban úgy, hogy tüdőfertőzés esetén a bélnyálkahártya permeabilitása fokozódik.

Vizsgálatok két *L. reuteri* törzs kombinációjával

A bélflóra modulálása révén lehetnek hatékonyak egyes probiotikumok a légúti infekciók kezelésében is. A *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 és a *Lactobacillus reuteri* ATCC PTA 5289 alkalmazásával 6 hónapos és 5 éves kor közötti, vírusos faringitiszben és tonzillitiszben szenvedő gyermekekben 40%-kal rövidebb ideig tartottak a klinikai tünetek (láz, torokfájás, orrdugulás és orrfolyás) a placebocsoporthoz képest. A gyermekek a kezelés 2. napjától láztalanok lettek, a 3. naptól pedig szignifikánsan csökkent a torokfájásuk. A *L. reuteri* ATCC 5289 gátolja a TNF- α -termelést, csökkenti a bélfal áteresztőképességét, és fokozza a CD4 pozitív helper T-sejtek aktivációját, a *L. reuteri* DSM17938 pedig reuterint termel, ami pusztítja a kórokozókat, és javítja a szervezet immunválasztát.

Következtetés

Fontos hangsúlyozni, hogy a leggyakrabban vírus okozta tonzillitisz és faringitisz kezelésében az antibiotikumok adása kifejezetten káros, hiszen nem hatnak a vírusokra, viszont károsítják a bélflórát, és antibiotikum-rezisztenciát okozhatnak. Ezért is nagy előrelépést jelent, hogy a két *L. reuteri* subspecies alkalmazásával ezeknek a gyakori kórképeknek a tünetei enyhíthetők, és lefolyásuk gyorsítható.

A közlemény megjelenését a **BioGaia** magyarországi képviselője támogatta.



Dr. Onozó Beáta | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Miskolc

Beszámoló az Európai Gyermekinfektológiai Társaság konferenciájáról



Közvetlenül a májusi Kávészünet konferencia után, május 9-én kezdődött az Európai Gyermekinfektológiai Társaság konferenciája Athénban. Hibrid módon rendezték meg, mind az előadók, mind a résztvevők online és jelenléti módon is tudtak csatlakozni. Magyarországról több klinikus és a hazai vakcinológia nagyágyúí mellett alapellátó gyermekorvosok is részt vettünk az eseményen.

Az első két nap szokás szerint céges szimpóziumokkal telt, ahol elsősorban a vakcinagyártó vállalatok képviselték magukat. Ezek a szimpóziumok rendkívül izgalmasak, hiszen ilyenkor hallhatunk a vakcinafejlesztések fő irányairól, a szükséges háttérismeretekről, epidemiológiai és immunológiai kutatásokról.

Évek óta nagy erőfeszítések zajlanak az RSV-megelőzés frontján, ahol egy olcsóbb és vélhetően szélesebb körben is elérhető monoklonális ellenanyag kifejlesztése az egyik cél.

A meningococcustémájú szimpóziumok egyöntetűen a széles szerocsoport-lefedettséget, a vakcinához jutás esélyegyenlőségét és a populációs szintű programokat hangsúlyozták. Emellett már elkezdődtek 12 év feletti életkorban az ötkomponensű meningococcusoltások II. fázisú klinikai vizsgálatai. A csecsemőkori vakcinák mellett örök sláger a kamaszok oltása. Ezen a konferencián egy nagyon izgalmas szimpózium szólt a kamaszok komplex prevenciójáról, a szűrővizsgálatokról, a kamaszokkal való kommunikáció nehézségeiről és arról, hogy a kamaszkori vakcináció lehet az a módszer, amellyel ezt a korcsoportot rá tudjuk venni a szűrővizsgálatokra – vagy éppen fordítva: a szűrés segít hozzá az oltás kivitelezéséhez.

A konferencián jelentős szerepet kapott a COVID, valamint az ellene kifejlesztett oltások témája. Paul Offit, a gyermekvakcinológia jelentős személyisége arról tartott előadást, hogy miként állunk a COVID elleni védekezésben, és mi várható a jövőben. Megállapításai szerint a háromoltásos mRNS-vakcinák a T-sejtes immunitás révén várhatóan hosszú távon is védelmet jelentenek a súlyos megbetegedés ellen az immunkompetens személyek esetében. Úgy látja, a túl gyakori boosterelés nem feltétlenül hoz

za meg azt a hasznot, amit várunk tőle. Kijelentette, hogy a variáns-specifikus vakcináknak akkor van helyük, ha az eredeti, vuhani törzs ellen kifejlesztett vakcinák nem védik ki a súlyos betegséget. Hangsúlyozta, hogy meg kell tanulnunk együtt élni a COVID-dal, azaz hosszú távon el kell fogadnunk az enyhe betegséget, fel kell adnunk a zéró tolerancia elvét, és persze folyamatosan figyelniük kell a történéseket.

Miért zajlik másképpen a COVID-fertőzés gyermekekben, mint a felnőttekben? Erről Petter Brodin immunológus tartott kiváló előadást. Az enyhe infekció egyik magyarázata a gyermekkorban megfigyelt erőteljes lokális I. típusú interferon-gamma-válasz. Mint mondta, a MISC patomechanizmusában a szuperantigén medítálta T-sejt-válasz került előtérbe. A SARS-CoV-2 vírus a gyermekek esetében hosszú ideig perzisztál a gasztrointesztinális traktusban, ahonnan a tüskefehérje ismételt és tartósan jut be a véráramba. Ez az ismételt trigger játszhat szerepet a késleltetett hiperinflammációban, amivel a MISC esetén találkozunk.

Az idiopátiás akut fulmináns hepatitis esetében szintén felmerült a SARS-CoV-2 vírus által kiváltott szuperantigén-szenzitizáció, amelyre az adenovírus mint második „ütés” érkezik.

A MISC-vel kapcsolatos eddigi tapasztalatokat az angol és az amerikai munkacsoport együtt értékelté, amely lenyűgöző kollaborációt mutatott a tudomány terén. Egyre több adat van a MISC természetéről az egyes vírus-hullámokból. Ahogy haladunk előre az időben, a MISC előfordulása a kisebb gyermekekben válik kifejezetté, azonban a különböző hullámokban lényegében nem változott a betegség természete a laborértékeket, a kórházi tartózkodást, a szövődményeket figyelembe véve. Bár nagyon ritka előfordulású, számítanunk kell rá. Az elkülönítés egyre nehezebb lesz a bakteriális fertőzésektől, egyéb immunpatomechanizmusú megbetegedésektől, Kawasaki-betegségtől, hiszen továbbra sincs specifikus biomarkere. Egy amerikai munkacsoport ezért fejlesztett ki egy, jelenleg még tesztelés alatt álló applikációt, amely



sürgősségi osztályokon és akár az alapellátási gyakorlatban is jól használható, ez a KIDMATCH kalkulátor.

A hajnali órákban számos meet the expert szekcióban lehetett eseteken keresztül megismerni egy-egy betegséget. Én az immunológiai és autoinflammációs betegségekről szóló szekcióban vettem részt, ahol egy PFAPA-esetet, egy leishmaniasist, illetve egy STAT3-mutációval járó immundeficiencia esetét mutatták be.

Az ESPID-nek mindig nagyon izgalmas szekcióját jelentik az interaktív esetbemutatók, ahol a fertőző betegségeknek új vagy más arcát is megismerhetjük. A konferencia egyik felemelő momentuma volt a Bill Marshall-díjas Nigel Curtis – személyes kedvencem – előadása. A professzor sok egyéb mellett a BCG-oltás nem specifikus hatásaival is foglalkozik. A TB or not TB című előadásában tanítványainak tudományos munkásságát mutatta be fantasztikus humorral és szeretettel.

A konferencia ideje alatt rendezték meg a Kelet- és Dél-európai Meningococcus-tanácsadó Testület ülését, ahol ha-

zánkat én képviseltem. A megbeszélésen átnéztük elsősorban a volt keleti blokk országainak epidemiológiai adatait és vakcinációs stratégiáját. Szomorú tény, hogy Magyarország produkálja a legrosszabb halálozási mutatókat. Öröndetes azonban, hogy az oltási programban nem állunk annyira rosszul, a cseheken és a görögökön kívül nem sok országnak van jól felépített meningococcus-vakcinációs programja. Már a meningococcus C oltás 2 év alatti ingyenes elérhetősége is kiemelkedő.

E beszámoló szubjektív értékelés, de ahogy látható, az ESPID programja nem kizárólag az infektológusoknak szól. Alapellátók, általános gyermekgyógyászok, az immunológia iránt érdeklődők is sokat profitálhatnak belőle. A jelenlegi hibrid forma rendkívül kedvező azoknak, akik nem szeretnék elutazni vagy szabadságot kivenni, hiszen az előadások a konferenciát követően három hónapig elérhetők a platformokon.

2022. évi HGYE-tagdíj

Az egyesület 2020. november 21-én megtartott online küldöttgyűlése 31/2020.11.21. KGY számú határozatával a szervezet éves tagdíját **15 000 forintban** állapította meg, amely tagdíjat a HGYE 11713005-20419448-as bankszámlaszámára továbbra is várjuk. A megjegyzés rovatba kérjük feltüntetni: név, adószám, pecsétszám.

Azon tagtársainknak, akik már befizették a 2022. évi tagdíjukat, ezúton is köszönjük, hogy hozzájárultak az egyesület működéséhez. A tagdíj befizetésével lehetőség nyílik online hírlevél-feliratkozásra, valamint rendezvényeinken kedvezményes áron vehetnek részt.

A praxissal nem rendelkező nyugdíjas tagjainkat továbbra sem terheli tagdíjfizetési kötelezettség.



www.hgye.hu

A bélmikrobiom és az allergiás betegségek kapcsolata

Bevezetés

A bélmikrobiom az emberi gyomor-bél traktusban jelen lévő mikroorganizmusok összessége, egy felnőtt emberben 40 billió baktérium él, ennek többsége, közel 2-3 kilogrammnyi a belekben. Ezek jelentős szerepet töltenek be a gazdaszervezet egészségének fenntartásában, az 1000 faj ujjenyomatszerű egyéni összetétele 3 éves korra alakul ki. A bélmikrobiom egyensúlyának felborulása, az úgynevezett diszbiózis kialakulása különböző okokra vezethető vissza, ilyen például a császármetszés, 3 éves életkor előtt antibiotikumos kezelés, diéta, illetve egyéb kórok. A kialakult diszbiózis növeli számos betegség kockázatát, így az allergiás és autoimmun, valamint a metabolikus, illetve a szív- és érrendszeri betegségeket, sőt egyes feltételezések szerint pszichiátriai kórképeket is. Az allergiás betegekben a bélflóra szekvenálásával kimutatható a diszbiózis, és ez az alapja annak a hipotézisnek, hogy a kevesebb vajsavtermelő baktériummal jellemezhető állapot a regulátoros T-sejtek számának csökkenéséhez, így csökkent immuntoleranciához, ezáltal fokozott immunválasz révén allergiás megbetegedésekhez vezethet.

A bélmikrobiom kialakulása

Korábban úgy tartották, hogy a magzatnak nincs bélmikrobiomja, mert a méhen belüli környezet steril. Akagava Söhei és munkatársa összefoglaló cikkében azonban rámutat, hogy a humán bélmikrobiom kialakulása már a magzati életben megkezdődik, ugyanis számos tanulmány a császármetszéssel született gyermekek méhlepényében, magzatvizében és mekóniumában is bakteriális DNS jelenlétét igazolta.

Az anya hüvely- és béleredetű mikrobiomja, a szülés módja, a táplálás mikéntje, az esetleges antibiotikum-kezelés és más gyógyszerek alkalmazása, a gesztációs kor, a környezetben testvérek és háziállatok jelenléte, valamint a regionális különbségek, beleértve az étrendet és a higiénés feltételeket, mind olyan tényezők, amelyek befolyásolják az újszülöttek és csecsemők bélflóra-összetételét. A bélbaktériumok száma főként a hüvelyi szülést követően gyors növekedésnek indul, az élet első napján egy gramm székletben 10^7 baktérium van, ez a mennyiség a harmadik napon már 10^9 darabra emelkedik, a hetedik napon már 10^{10} , a hatodik hónapban 10^{11} baktérium lesz grammonként, csaknem megközelítve a felnőttekben tapasztalható szintet.

Ugyanígy a bélmikrobiom összetétele is gyors átalakuláson megy át a születés után. Tanaka Maszaru és munkatársa összefoglaló közleménye alapján a stabil bélmikrobiom kialakulá-

sáig általában két nagy szakasz figyelhető meg. Az első szakasz nem sokkal a születés után, a laktáció során következik be, és a Bifidobacteriumok és Acinetobacterek túlsúlyát eredményezi. A Bifidobacteriumok által dominált mikrobióta, az úgynevezett Bifidus-flóra a szilárd táplálék bevezetéséig fennmarad. Az elválasztást követően a Bifidus-flórát a felnőtt-típusú, főként a Firmicuteseket, így Lactobacillusokat és Clostridioideket jelentő nemzetségek fokozatosan kiszorítják. Ez a második szakasz az elválasztási időszakra tehető, a szilárd táplálék bevezetésével és az anyatejes táplálás folytatásával egy felnőtt-típusú, komplex mikrobiom kialakulásához vezet. Ezek a változások 3 éves korig folytatódnak, az Acinetobacterek számának csökkenésével alakul ki a stabil, felnőttkorra is jellemző humán bélmikrobiom, amely döntően már változatlan marad. Fontos, hogy az élet korai szakaszában kialakuló diszbiózis felnőttkorban is megmaradhat, ezért lényeges csecsemőkorban az optimális bélmikrobiom kialakítása.

A bélmikrobiom és az egészség

A diszbiózist számos betegség kialakulásában feltételezik, de nehéz lehet eldönteni, hogy egy betegséghez vezet a diszbiózis, vagy pont a következménye lesz. A diszbiózist már több betegségben leírták, így gyomor-bél rendszeri betegségekből, köztük a gyulladós bélbetegség (IBD), az irritábilis bél szindróma (IBS) és a nekrotizáló enterokolitisz (NEC), valamint allergiás betegségek, cukorbetegség, az elhízás, szív- és érrendszeri betegségek, az autizmus spektrumzavar és a hirtelen csecsemőhalál szindróma esetében is. Sarah L. Bridgman és munkatársai összefoglalják azokat az eredményeket, amelyek alapján a diszbiózis helyreállítása allergiás kórképekben jótékony hatású lehet, így például a táplálkozás kiegészítése probiotikummal csökkentheti az ekcéma és az atópiás dermatitisz kockázatát, de további vizsgálatok szükségesek.

Diszbiózis és allergiás betegségek

Az allergiás és autoimmun betegségek növekvő számához hozzájárulhatnak a megváltozott higiénés szokások (higiéniai hipotézis), a császármetszések számának növekedése, a nyugati típusú étrend és a széles körű antibiotikum-használat. Ezek főleg a bélmikrobiom káros befolyásolása, a diszbiózis kialakítása révén játszhatnak szerepet.

Élelmiszer-allergiás gyermekeknél megfigyelték, hogy csökkent a Bacteroidetes és növekedett a Firmicutes törzshöz tartozó

baktériumok száma. Ugyanígy növekedett a Bacteroidaceae, Clostridiaceae, Lachnospiraceae, Leuconostocaceae, Ruminococcaceae és Streptococcaceae családokhoz tartozó mikroorganizmusok mennyisége, de csökkent a Citrobacter, Clostridioides, Dialister, Dorea, Haemophilus, Lactococcus és Oscillospira nemzetségekhez tartozó mikroorganizmusok szintje. Atópiás dermatitisben szenvedő gyermekeknél az Akkermansia, Bacteroides, Bifidobacterium, Faecalibacterium és Lactobacillus nemzetségek csökkenéséről, valamint a Gemella és Rhodotorula nemzetségek arányának emelkedéséről számoltak be. Asztmás gyermekeknél az Alistipes, Bacteroides, Bifidobacterium, Collinsella, Dialister, Dorea, Faecalibacterium, Flavonifractor, Roseburia és Veillonella csökkent arányát, valamint az Escherichia, Gemmiger és Streptococcus nemzetségek emelkedett szintjét írták le, a Ruminococcus nemzetség mennyisége pedig akár nőhet vagy csökkenhet is.


Számos prospektív tanulmány figyelte meg diszbiózis jelenlétét már az allergiás betegség jelentkezése előtt, ami arra utal, hogy **a diszbiózis az allergiás betegségek kialakulásának kiváltó oka lehet.**

Akagava és munkatársa azt vizsgálta, hogyan járulhat hozzá a diszbiózis az allergiás kórképek kialakulásához. Vizsgálatuk során azt találták, hogy az ételallergiás gyermekekben alacsonyabb a butiráttermelő baktériumok (BAPB) szintje és ezzel együtt a Treg-sejtek száma is. Ezzel összhangban számos korábbi tanulmány igazolta, hogy a bélbaktériumok és azok metabolitjai, beleértve az SCFA-kat, fontos szerepet játszanak a T-sejtek, például a regulatorikus Treg- és a helper T-sejtek, valamint a B-sejtek, például immunglobulin A- vagy IgG-szekretáló B-sejtek proliferációjában és differenciálódásában. Az indukált Treg-

sejtek fontos szerepet játszanak a biológiai védekezés egyensúlyának fenntartásában azáltal, hogy olyan immunszuppresszív citokinokat termelnek, mint az interleukin-10 (IL-10) vagy a béta-transzformáló növekedési faktor (TGF- β), amelyek csökkentik az effektor T-sejtek, például a Th1 és Th17 sejtek túlzott immunválaszát. Ezenfelül a Treg-sejtekben expresszálandó, citotoxikus T-limfocitákkal asszociált 4-es antigén (CTLA-4, más néven CD152) immunszuppresszorként hat, az antigén-prezentáló sejteken lévő ligandumokhoz, például a CD 80/86-hoz kötődve.

Összefoglalás

Különböző tényezők, például császármetszés vagy antibiotikum-kezelés a vajsavtermelő baktériumok alacsonyabb számához vezet. A vajsav-koncentráció csökkenése a naív T-sejtek regulátor T-sejteké váló differenciálódásának gátlását eredményezi, ezzel pedig gyengíti az immunrendszer azon képességét, hogy mérsékelje a túlzott immunválaszt, így allergiás betegségek alakulhatnak ki. A bélmikrobióta fejlődése csecsemőkben egy „kritikus ablakperiódusban” megy végbe, és az e folyamatban bekövetkező zavar később különféle immunbetegségek és allergiák kialakulásához vezethet. Amennyiben ez a feltételezés helytállóan bizonyul, a prebiotikumok és probiotikumok alkalmazása a vajsavtermelő baktériumok növelésére, valamint a vajsavban gazdag posztbiotikumok adása újszerű lehetőséget kínálhatnak az allergiás betegségek megelőzésére és akár kezelésére. Ezért is fontos az időben való kezelés csecsemő- és kisgyermekkorai diszbiózis esetén.

A közlemény megjelenését a  **magyarországi képviselete támogatta.**



(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)



Bifidobaktérium infantist + 10 különböző probiotikus baktériumot tartalmazó csepp csecsemők részére

NDF[®] COLIC RELIEF

0. naptól adható



Megvásárolható webáruházunkban:

www.bioray.hu

vagy személyesen:

Magyarországi képviselet

1158 Budapest, Késmárk utca 16.

+36 70 605 6265

info@bioray.hu

BIO2022/013

Dr. Losonczi László | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, Budapest

Beszámoló a HGYE XXVII. Őszi szakmapolitikai konferenciájáról

Három év után idén nyílt lehetőségünk rá, hogy újra személyesen találkozunk a HGYE szakmapolitikai konferenciáján. 2022-ben mind a helyszínben, mind az időpontban, mind pedig az időtartamban újítottunk az előző évek gyakorlatához képest. A rendezvény helyszíne ezúttal a Hotel Club Tihany volt, november helyett szeptember elejét választottuk, és mivel rengeteg aktualitásról kellett beszélnünk, a konferencia időtartamát két és fél napra bővítettük. Várakozásunkat igazolták a számok, hiszen a korábbi éveknél többen, 183-an regisztráltak a rendezvényre.

Havasi Katalin elnök köszöntő szavai után Szondi Zita nyitotta meg a programot. Az Országos Kórházi Főigazgatóság (Okfő) frissen kinevezett alap- és szakellátásért felelős főigazgató-helyettese hangsúlyozta, az alapellátás a preventív tevékenység egyik legfőbb letéteményese, a megelőzés egyik legmegfoghatóbb indikátora az egészségben eltöltött évek számának növekedése, ebben pedig a gyermek-alapellátásnak kiemelt szerepe van. A tavaly újtárra indított praxis-közösségek kapcsán az eszközfejlesztés fontosságát emelte ki, a kollegiális vezetői rendszer tekintetében pedig a további fejlesztést nevezte meg fontos célként. Aláhúzta, a jelenlegi rendszert csak megfelelő utánpótlás biztosításával tarthatjuk életben, ezért a fiatal gyermekorvos kollégák területre vonzása kiemelt feladat kell legyen az elkövetkező években. Arra is kitért, hogy további indikátor ösztönzők bevezetését tervezik, amelyek a továbbiakban a jelenleginél differenciáltabb finanszírozás alapját képezhetik. Mondandója végén az alapellátó orvosok hatáskör- és a kompetenciabővítésének fontosságát és az erre irányuló törekvésüket emelte ki.



Az első szekció az alapellátási ügyelet kérdéseit járta körül. Kovács Tamás, az Egészségügyi Szakmai Kollégium gyermek-alapellátási tagozatának vezetője előadásában elmondta, gyermekkorban az ellátandó feladat és a rendelkezésre álló kapacitás lényegesen eltér a felnőttekétől, ezért a gyermekek ügyeleti ellátását ezt figyelembe véve kell megszervezni, a helyi viszonyoknak megfelelően, amiben a telemedicinának is fontos szerepet kell kapnia.



Sutka Melinda Hajdú-Bihar megyei gyermek-alapellátási kollegiális szakmai vezető régiójuk ügyeleti projektjét mutatta be. Programjukat alulról induló kezdeményezés nyomán valósították meg, a Debreceni Egyetem Gyermekklinikájának sürgősségi betegellátó egységével együttműködve. Szóba kerültek a vegyes ügyeletek is, amelyekben az ügyelet munkáját gyermekorvos konziliárius tudja támogatni például telemedicinális eszközök alkalmazásával.

Tóth Ágnes, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Sürgősségi Betegellátó Osztályának munkatársa előadásában többek között az alapellátó gyermekorvosok és az osztályán szolgálatban lévő gyermekorvos közötti kommunikációra hívta fel a figyelmet. Bóka László, az Európai Szülők Magyarországi Egyesületének elnöke a szülői, illetve a betegoldali elvárásait és kétségeit fogalmazta meg. Mindkét előadás felhívta a figyelmet a betegek és szülők ügyeleti ellátással kapcsolatos betegegyüttműködésének és a megfelelő tájékoztatásnak a fontosságára.

A szekció utolsó előadásában Rósa Ágnes Csongrád-Csanád megyei gyermek-alapellátási kollegiális szakmai vezető kiemelte, hogy az alapellátásban a gyermekek jelentős hányadát gyermekorvos látja el, az ügyeleti ellátá-

sukat viszont alig több mint egyharmad arányban biztosítják csak gyermekgyógyászok. Elmondta, a HGYE ennek megoldására többek között az ügyeleti központokban a gyermekkorai akut és sürgősségi kórképekben is jártas triázsszakdolgozók képzését, egységes triázsprotokoll kidolgozását, a telemedicinális kommunikáció tárgyi feltételeinek megteremtését tartja fontosnak.

A 21. században az alapellátó gyermekorvos mindennapi munkáját egyre nagyobb léptékben segítik az úgynevezett ágy melletti (angolszász nyelvterületen point-of-care testing – POCT) eszközök – e téma aktualitását, illetve felhasználási területeit mutatták be a következő szekció előadói.

Tordas Dániel alapellátó gyermekorvos a saját praxisukban is használt vérkép-automata alkalmazási lehetőségeit prezentálta. Tapasztalatuk alapján az eszköz révén hatékonyan tudták tovább csökkenteni antibiotikum-felírásukat, illetve tovább növelték a praxisukban alkalmazott CRP-automata szenzitivitását.

Király Balázs alapellátó gyermekorvos a CRP-automata és a strep A gyorsteszt példáján mutatta be, hogy az átgondolt antibiotikum-felírás mellett ezek az eszközök a feltételezett diagnózist és ezen keresztül a magasabb fokú szülői bizalmat is támogatják.

Dózsa Csaba, a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karának docense előadásában felvázolta a POCT-eszközök előnyeit, alapellátásban való alkalmazásának nehézségeit, feltételeit. Többek között kiemelte: ezen eszközök hatékonyan támogatják az alapellátók kapuőri funkcióját, javítják a lakosság terápiás hozzáférést, a betegek terápiás adherenciáját, és hozzájárulnak a gyermekellátás magasabb progresszivitási szintjei működésének optimalizálásához.

A szekciót követő kerekasztal-beszélgetés rávilágított: sok tennivaló van még a POCT-eszközök alkalmazásáért, például ki kell dolgozni azokat a szakmai szempontokat, amelyek mentén a mindennapokban alkalmazni lehet ezeket az eszközöket, megfelelő személyi és infrastrukturális háttérre van szükség. Abban is egyetértettek a kerekasztal résztvevői, hogy megfelelően alkalmazva megéri használni ezeket a gépeket. A konferencia ideje alatt egy POCT-eszközzel felszerelt rendelőt is megtekinthettek az érdeklődők.

A szekció és a nap zárásaként Wenhard Andrea az eKRÉTA fejlesztéséről és annak aktuális eredményeiről számolt be.

A péntek délelőtti szekció fő kérdése a gyermek-alapellátás jövője volt.

Abonyi Zsolt prezentációjában egy, a gyermek-alapellátás utánpótlásával kapcsolatos felmérés eredményeit mutatta be. A HGYE által felkért Inspira Kft. kutatási eredményei világosan rámutattak: szakképzésük során a rezidenseknek sok esetben nincs lehetőségük megismerni az alapellátást – nagy többségük hiányolja is az alapellátási gyakorlatot. Nem véletlen tehát, hogy a szakképzés kezdetén a gyermekgyógyász-rezidensek háromnegyede gondolja azt, hogy dol-

gozna az alapellátásban, a szakvizsga utáni időszakra pedig ez az arány 37 százalékra csökken.

Havasi Katalin előadásában rámutatott többek között arra, hogy a szakellátás tehermentesítésének megvalósításához mind hatásköri, mind pedig kompetenciahatáraink tágítására szükség van, illetve kiemelte a telemedicina jelentőségét és az eszközfejlesztés szükségességét. Prezentációjában a HGYE ügyeleti ellátásra vonatkozó javaslatait is vázolta.

A következő két előadásban Békássy Szabolcs és Muzsai Géza vázolta a gyermek-alapellátás, valamint a családorvosi tevékenység együttműködési lehetőségeit. A háziorvosi, illetve a gyermek-alapellátási országos kollegiális szakmai vezető előadásában elmondta, a betöltetlen körzetek aránya a vegyes praxisok között a legmagasabb, de a betöltetlen gyermekorvosi praxisok hányada is 10 százalék körül mozog, az arány javítására részben a körzethatárok felülvizsgálata jelenthet megoldást. Az ügyeleti ellátásra vonatkozóan kiemelték, e feladat ellátásszervezési kérdés, nem pedig az, hogy kinek kell az ügyeleti ellátásban részt venni. Hozzá tették, a kialakítandó járási ügyeleti központok működéséhez a telemedicinális ellátásnak nagy szerep jut majd. Szó volt a szakmai szervezetek együttműködésének fontosságáról, és az előző előadáshoz hasonlóan rámutattak az alapellátó gyermekorvosok hatáskör- és kompetenciafejlesztésének, a védőnők praxisközösségekbe való integrációjának, a praxisközösségek informatikai támogatásának, valamint a kurikulum fejlesztésének fontosságára.

Kovács Tamás a gyermek-alapellátás helyzetéről és lehetőségeiről szóló előadásában kiemelte, a korábbiakhoz képest kisebb fekvőbeteg-kapacitás szükséges, és a gyermekek jelentős része ellátható az alapellátás keretei között. Rámutatott, a gyermekellátás szempontjai nem tudnak megfelelően érvényesülni sem a döntéshozatal, sem az ellátórendszer szintjén. A jövőben az úgynevezett stand alone gyermekkorházak tudnak ideálisan fejlődni, amelyekben a komplex betegségek ellátása, illetve gondozása is megosztható lesz az alapellátással. Hangsúlyozta, önálló gyermek-egészségügyi alrendszerre van szükség, amelynek keretében a gyermekek ellátásának megszervezése megyénként vagy régióként, az érintett gyermekorvosok – kórházi, illetve osztályvezetők, kollegiális vezetők – bevonásával lehetséges.

Gárdos László, a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke a gyermek-egészségügyben szakmailag egységes, integrált, átjárható ellátás szükségességéről beszélt. Példájából kiderült, hogy Ausztriában egy gyermekkorházban, gyermekosztályon dolgozó gyermekorvosnak lehetősége van kimenni területre dolgozni, majd a későbbiekben akár visszamehet a szekunder, illetve terciér progresszivitási szintre. Ennek révén a jelenlegi statikus rendszer helyett egy dinamikus, rugalmas rendszer valósulhatna meg – és nem csak vertikálisan, de horizontálisan is. Kiemelte többek között az emberi erőforrás növelésének alapvető szükségességét, ezen belül a szakképzési kvótaszámok kitölté-

sét és emelését, valamint a házi gyermekorvosi ráépített szakvizsga bevezetését.

Velkey György, a Magyar Kórházzövetség elnöke hangsúlyozta, egységként kell a gyermek-egészségügyi alrendszerre tekinteni. Aláhúzta, fontos a kapcsolat és a kooperáció a gyermek-egészségügy progresszivitási szintjeinek szereplői között. Kiemelte, lényeges, hogy a területi kórházak átlássák az ellátási területük sajátosságait, hogy segíteni tudják az alacsonyabb progresszivitási szintek működését. Kijelentette: nagyon fontos, hogy a gyermekgyógyászszakorvos-jelöltek szakmai felügyelet mellett önállóan rendelkezsenek alapellátó gyermekorvosi körzetekben.

Végvári Tamás, az Okfő alapellátásfejlesztési igazgatója többek között a kompetenciashift, illetve a szülői kompetencia fontosságát említette, amely a gyermekellátás optimalizálásának egyik fontos mozgatórugója. Elmondta, öröndes az alapellátó gyermekorvosok praxisközösségekbe való belépési hajlandósága. A tervek között beszélt szakmai útmutatók fejlesztéséről, a praxisközösségi jelentések EESZT-integrációjáról, a prevenciók rendelés módszertanának közreadásáról, az indikátorok további fejlesztéséről, valamint az eszköz- és hr-fejlesztésekhez szükséges forrástermelésről és -tervezésről.

A szakmapolitikai témák után a két délutáni szekcióban szakmai előadásokat hallhattunk.

Pölskey Péter alapellátó gyermekorvos előadásában a COVID és az influenza együttes fertőzéseiről nyújtott áttekintést. Megtudhattuk, hogy a koinfekció előfordulása leginkább az omikronhullámban volt jellemző, és nem volt gyakoribb a statisztikailag várhatónál. Rámutatott, hogy az ismert légúti vírusok – így az influenza is – megváltozott időben és megváltozott intenzitással jelenhetnek meg a következő szezonokban. Hozzátette, hogy az influenzavírus változékonysága jelentősen csökkent az utóbbi két évben, a Yamagata-vonal pedig eltűnt az emberi mintákból. Kitért arra is, hogy a természetes, adaptív immunitás hiánya, valamint az influenzavírus utóbbi években csökkent jelenléte miatt elsősorban az 5 év alatti korosztályban várható az idei szezonban az esetek halmozódása.

Simkó Róbert alapellátó gyermekorvos előadásában az invazív meningococcusfertőzés COVID19-pandémia alatti alakulásáról, a védőoltás jelentőségéről, illetve a rendelkezésre álló vakcinálási lehetőségekről nyújtott érdekes betekintést.

Onozó Beáta alapellátó gyermekorvos részletes előadásban beszélt a COVID19-fertőzés gyermekkori sajátosságairól, a MISC-ről, a vakcináció fontosságáról és a long COVID betegséggel kapcsolatos tapasztalatokról.

Bogdányi Katalin alapellátó gyermekorvos előadásában az influenzamegelőző védőoltás fontosságára hívta fel a figyelmet mind a krónikus beteg, mind az alapbetegség nélküli gyermekeknél. Kitért a nyájimmunitás és a fészekimmunitás jelentőségére, valamint a várandósok oltására. Elmond-

ta, a múlt év óta intranazálisan adható készítmény is elérhető hazánkban.

Kulcsár Andrea, az Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Szent László Telephelyének főorvosa előadásában az egyéni oltási terv elkészítéséhez szükséges szempontokat mutatta be, figyelembe véve a környezeti hatásokat, a járványhelyzet változásait és az oltandók egészségi állapotát. Rámutatott, a szomszédunkban zajló háborús konfliktus miatt félmilliónál is több ember hazánkba érkezésével visszatérhetnek a klasszikus fertőző betegségek. Hangsúlyozta, Magyarországon továbbra is a nyájimmunitás fenntartására kell törekednünk.

Cseh Borbála, a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karának mestertanára egy általuk EU-s keretek között végzett felmérésről számolt be kollégák javaslatait összegezve, melyek a COVID-ellátás során születtek. Ezek között egyesek adminisztratív jellegűek – például eljárásrendek gyorsan használható, kivonatszerű megjelenítése –, mások a telemedicina gyakorlatára, a védőfelszerelésekkel való gazdálkodásra irányulnak.

Sinkó Eszter, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának dékánhelyettese nagyívű áttekintést nyújtott az utóbbi évek jelentősebb egészségpolitikai eseményeiről, számos adattal illusztrálva a rendszer jelenlegi állapotát. Felvázolta a közeljövőben várható, praxisainkra is hatással lévő gazdasági kereteket, illetve a mozgásteret is.

Hegedűs Zsolt, a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának elnöke példákkal illusztrált áttekintést adott az orvosi hivatásrend etikai kérdéseinek kezelési gyakorlatáról, számos külföldi gyakorlatot megemlítve olyan hatékony mechanizmusokról, amelyek a felmerülő kérdések gyorsabb, eredményesebb kezelését teszik lehetővé.

Arató András, a Semmelweis Egyetem I. Számú Gyermekgyógyászati Klinikájának professzora a napjainkban intenzíven kutatott mikrobiom szerepére hívta fel a figyelmet, ezúttal két területre, a szájüregi és a légúti flóra jelentőségére fókuszálva. Kiemelte ezek változásának szerepét számos kórállapot kialakulásában vagy súlyosbodásában, legyen az akár az allergiás rinitisz.

Csupor Dezső, a Szegedi Tudományegyetem Klinikai Gyógyszerészeti Intézetének megbízott tanszékvezető egyetemi docense egy széles körű érdeklődésre számot tartó kérdést választott előadása témájául, a vírusellenes hatású növényi hatóanyagokét. Áttekintésében szó esett a széles, a lombiktól a humánalkalmazásig tartó spektrumról, megemlített eredményesen használható növényi hatóanyagokat, olyanokat is, amelyek a szükséges vizsgálatok után is csupán beváltatlan ígérek maradtak.

Constantin Tamás, a Semmelweis Egyetem II. Számú Gyermekgyógyászati Klinikájának egyetemi docense egy sajátos betegségcsoport, a periodikusláz-szindrómák jelentőségére, gyakoriságára, a felismerésükhöz szükséges éber-

ségre és a vonatkozó diagnosztikus kérdésekre hívta fel a figyelmet.

A konferencia utolsó napja szintén érdekes szakmai és szakmapolitikai kérdéseket tartogatott. Az első, szakmai blokkban a gyermekneurológia aktualitásaiba kaphattunk betekintést. Mikos Borbála, a Bethesda Gyermekkórház főorvosa elmondta, mára a spinális muszkuláris atrófia kezelhető betegség lett. Felhívta a figyelmet a diagnózis minél fiatalabb korban való felállításának jelentőségére, mert ez alapvetően befolyásolja a kezelés sikerességét, a beteg életminőségét és élettartamát. Arra is kitért, hogy megfelelő életminőség elérése e betegeknél csak multidiszciplináris együttműködéssel lehetséges.

Szabó Léna, a Semmelweis Egyetem II. Számú Gyermekgyógyászati Klinikájának adjunktusa átfogó előadásban mutatta be a Duchenne-féle izomdisztrófiát. Felhívta a figyelmet olyan tünetekre, amelyek e betegségre is utalhatnak, és kiemelte a betegek gondos szupportációjának fontosságát.

A szekciót Csitos Ágnes, a Bethesda Gyermekkórház bőrgyógyászatának prezentációja zárta az atópiás dermatitisz témájában. Felhívta a figyelmet arra a nagyon fontos tényre, hogy e kórkép kezelésében kulcsfontosságú a bőr integritásának biztosítása és megtartása, s több olyan terápiás lehetőséget vázolt, amely hatékonyan támogatja e kezelési elv megvalósulását.

A szünet után ismét szakmapolitikai vizekre evezünk. Szabó Bálint, az Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ ügyvezetője előadásában elmondta, a védőnők, gyse-forgalmazók és praxisközösségek adatszolgáltatásával jelentősen megnőtt az EESZT-t felhasználók száma. Szemléletes példákon keresztül mutatta be a miniHIS nevű medikai szoftver új funkcióit, a Máltai-projekt bemutatófilmjén keresztül megismerhettük a videokontrollált telerendelést, amely révén olyan településekre is eljuttatható a távdiagnosztikával meg támogatott orvosi vizsgálat, ahol nincs házi orvosi ellátás. Hozzátette, a távkonziliium előnyeit kihasználva a modullal teljes értékű ügyeleti rendszer is könnyedén megvalósítható.

Remete Gergő GDPR-jogász előadásában elmondta, hogy a COVID-járvány kezdete óta a telemedicina használatával kapcsolatos ellátások száma nagyságrenddel növekedett, aminek jelentős adatvédelmi vonzata van. Aláhúzta, a betegazonosítás és a személyes adatokat tartalmazó információk, dokumentumok kezelése csak a mindenkorli adatkezelési szabályokkal összhangban lehetséges. Kiemelte azt is, hogy az elektronikus adatkezelés szabályainak betartása mindenkor az adatkezelő, vagyis a beteg ellátásában részt vevők követhető jogi felelőssége.

Kántor Irén alapellátó gyermekorvos a telemedicina gyakorlati alkalmazási lehetőségeit prezentálta. Látványos és szemléletes tájékoztató anyagok bemutatásával emelte ki az egyéni és közösségi betege edukáció fontosságát. Emlékeztetett:

nemcsak a laikusoknak, de az ellátó személyzetnek is megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie a telemedicina alkalmazásához, és példákon keresztül mutatta be a telemedicina mindennapi gyakorlatba integrálhatóságát.

Ebéd után a konferenciát izgalmas szakmai szekció zárta. Bauer Viktor, a balassagyarmati Dr. Kenessey Albert Kórház osztályvezető főorvosa az inosine pranobex hatóanyag immunmoduláló hatását mutatta be, ezzel is szélesítve a mindennapi munkánkban legnagyobb számban megjelenő betegcsoport, a vírusos felső légúti fertőzések kezelésének terápiás eszköztárát.

Csáki Csilla, a Törökbálinti Tüdőgyógyintézet főorvosa a táplálékallergiákról, ezen belül a kesudió-, szezám- és földimogyoró-allergiák diagnosztikai, terápiás és prevenciósi lehetőségeiről adott hasznos útmutatót.

Papp Gábor előadásában egy úttörő kezdeményezést, az Allergia az iskolában programot mutatta be, amelynek célkitűzése, hogy az érintett szülők mellett a gyermekekkel napközben foglalkozó laikusok, így az óvónők, pedagógusok is biztonsággal fel tudják ismerni és szükség esetén el tudják látni az anafilaxiás reakciót produkáló gyermeket.



A konferenciát Havasi Katalin elnök zárta, ezt követően a Magyar Gyermekorvosok Társaságának és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete Házi Gyermekorvosi Szekciójának taggyűlésével zárult a rendezvény, az erről készült beszámoló a kollégák külön fórumon olvashatók.

Az esemény végig jó hangulatban telt, és örömeinkre szolgált, hogy a hivatalos programon túl ismét lehetőségünk volt személyesen is találkozni, beszélgetni egy csésze kávé vagy a fehér abrosz mellett. A munka mellett igyekeztünk társasági programokkal is színesíteni a konferenciát: csütörtök este Ráskó Eszter, a Dumaszház humoristája nevette meg bennünket, szombaton pedig kellemes grillvacsorát költöttünk el a Balaton partján. Hasznos, minőségi konferenciát zárhattunk, amelyben minden szakmapolitikai aktualitást érintettünk, és bízunk benne, hogy a jelenlévők is hasonlóan jól érezték magukat. Várunk mindenkit jövőre is szakmapolitikai konferenciánkon, reményeink szerint ismét személyesen.

László Noémi | tanácsadó szakpszichológus, Pressley Ridge Magyarország alapítvány – ELTE AJK, Budapest

Varga-Sabján Dóra | pszichológus, gyermekjogi szakértő, Pressley Ridge Magyarország Alapítvány – Terre des Hommes Alapítvány, Budapest

Morva Dorottya | pszichológus, integratív terapeuta, Pressley Ridge Magyarország Alapítvány – Traumaközpont, Budapest

Traumatudatosság a csecsemő- és gyermekgyógyászatban

Az ECLIPS (Enhancing the Capacity to combat child abuse through an Integral training and Protocol for childcare professionals) nemzetközi projekt keretében négy ország négy szakmai csapata dolgozott együtt azért, hogy készüljön egy, a mindennapokban is jól használható szakmai anyag a gyermekbántalmazás és elhanyagolás következtében fellépő traumatünetek felismeréséhez, jelzéséhez és megfelelő ellátásához. A projekt fókuszában a 0–3 éves korosztállyal foglalkozó szakemberek, elsősorban bölcsődei kisgyermeknevelők, házi gyermekorvosok és védőnők álltak.

A projekt keretében szakemberekkel végzett fókuszcsoportos beszélgetések azt mutatták, hogy a trauma fogalma még nem terjedt el széles körben Magyarországon, a gyermekbántalmazással kapcsolatos, az okokra és következményekre fókuszáló szemléletet még nem váltotta fel a traumatudatos ellátáshoz kapcsolódó, a gyógyítást középontba helyező hozzáállás. A traumatudatosság szervezeti szintű alkalmazása még nem jellemző hazánkban, különösen a 0–3 éves korosztály ellátásában. A témára irányuló nagyobb figyelem és a tudatosság így hiánypótló minden szakterületen.

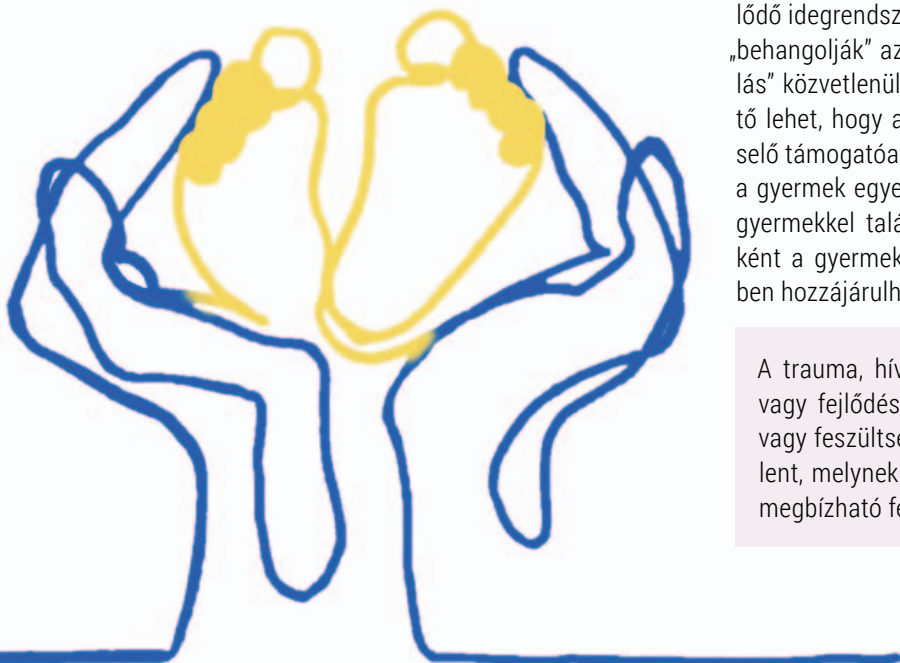
Az ECLIPS projekt során kidolgozott anyag két részből áll. Az első rész az esetek szűrését és jelzését segítő eszköz, a második rész pedig az ellátásra fókuszáló traumatudatos gondozási útmutató. Mindkét anyag ingyenesen hozzáférhető, letölthető a Pressley Ridge Magyarország Alapítvány nobadkid.org/eclips oldaláról.

Mi a trauma?

Bruce D. Perry gyermekpszichiáter és neurobiológus kutató a definícióval kapcsolatban azt hangsúlyozza, hogy „a trauma nem maga az esemény: a trauma az egyén válasza az eseményre. Traumatikus stressz akkor következik be, ha az extrém tapasztalat elárasztja és megváltoztatja az egyén fiziológiai stresszválaszrendszerét, és ez funkcionális visszaeséshez vezet ebben a rendszerben, ami a szervezet szinte minden részét behalózza (pl. a neuroimmun, a neuroendokrin, az autonóm és a központi idegrendszer hálózatait)”.

A korai életesemények, legyenek pozitívak, negatívak vagy egyenesen károsak, közvetlenül hatnak az agy fejlődésére, a kialakuló idegpályákra és a domináns idegrendszeri válaszokra. A stressz is közvetlen és jelentős hatással van a fejlődő idegrendszerre. A korai életesemények tehát mintegy „behangelik” az idegrendszer működését, és ez a „hangolás” közvetlenül a viselkedésben figyelhető meg. Sorsdöntő lehet, hogy a nehéz életeseményeknél a szülő, gondviselő támogatón, biztonságot nyújtva tud jelen lenni, vagy a gyermek egyedül marad a helyzetben. Ha traumát átélt gyermekkel találkozunk, fontos, hogy tudjuk: szakemberként a gyermekkel kiépített kapcsolatunk is nagymértékben hozzájárulhat a gyógyulásához.

A trauma, hívjuk akár krónikus stressznek, komplex vagy fejlődési traumának, minden esetben ártalmas vagy feszültségteli eseményre adott válaszreakciót jelent, melynek során a gyermek nem kap támaszt egy megbízható felnőtt személytől.



Ebből következik, hogy azok a gyerekek a legveszélyeztetettebbek, akiknek nem állnak rendelkezésükre születésüktől fogva biztonságot nyújtó, szeretetteljes kapcsolódások, például akik diszfunkcionális családban nőnek fel, vagy akiket már elválasztottak családjuktól, és gyermekvédelmi gondozásba helyeztek. A trauma természeténél fogva generációról generációra adódik tovább, és ez nem csupán családok generációira, de tágabb értelemben intézményekre és közösségekre, társadalmakra is igaz. A trauma nem válogat nem, etnikum és társadalmi státusz tekintetében, ám minél védtelenebb és kiszolgáltatottabb egy közösség vagy család, annál nagyobb és súlyosabb mértékben lehet jelen.

Hogyan kaphat megfelelő segítséget a kiszolgáltatott és eszköztelen, traumatizált gyermek, ha családja kiszolgáltató és eszköztelen az adott társadalmi közegben, és a családdal vagy a gyermekkel dolgozó szakember az adott intézményi kultúrában? Ahhoz, hogy valóban a gyermek mindek felett álló érdeke lehessen az első, a velük dolgozó szakembereknek, a szülőknek, nevelőszülőknek és örökbefogadó szülőknek is megfelelő támogatásra van szükségük.

Itt merül fel a traumatudatosság, de mit is értünk ez alatt?

A traumatudatos ellátás lényege, hogy hangsúlyozza azokat a tényezőket, amelyek a gyermek és környezete számára biztonságot és kiegyensúlyozottságot nyújtanak, és igyekszik csökkenteni azokat a tényezőket, amelyek a biztonságérzetet és a nyugodt, kiegyensúlyozott állapotot veszélyeztetik. A traumatudatos megközelítésben a kérdés egy-egy probléma kapcsán nem a „mi a baj veled?“, hanem a „mi történt veled?“. A traumatudatos szemléletben dolgozó szakember figyel arra, hogy nyugodtan, megértően és a megoldást keresve tudjon a gyermek felé fordulni, akármilyen nehéz problémával vagy viselkedéssel találkozunk.

A traumatudatosság alapkövei a biztonság, a kiszámíthatóság és a támogató közösségek jelenléte. A traumatudatosság jelen lehet egyéni és szervezeti szinten egyaránt. A szakemberek traumatudatos hozzáállása így tehát meghatározó, azonban a kutatásunkban végzett felmérések alapján sok esetben nincsenek felkészítve, illetve nem kapnak eszközöket, támogatást szervezeti szinten, és ez akadályozza a traumatudatos ellátás megvalósulását. A szakemberek eszköztelenségének és kiszolgáltatottságának leghatékonyabb ellenszere ezért a szervezeti kultúra megváltoztatása, a traumatudatos szemlélet bevezetése, megerősítése és fenntartása lehet.

A traumatudatos ellátás tehát elsősorban egy szemléletmód, tudással kiegészítve. A szemlélet formálja a tudást, amely ezáltal hatással van a cselekedeteinkre is.

A traumatudatos szemlélet három lényegi jellemzője:

- Tudás arról, hogy a trauma hogyan hat a gyermek fejlődésére, valamint arról, hogy ez milyen különös jelentőséggel bír az első 1000 napban.

- A traumatudatos szemléletben dolgozó szakemberek biztonságos, kiszámítható és bizalmi kapcsolatokat alakítanak ki a gyermekkel és a szülőkkel, gondviselőkkel. Ezzel már fontos lépéseket tesznek az újtraumatizáció megelőzéséért.
- A viselkedést nem egy az egyben értelmezik, hanem ismerik és figyelembe veszik a mögötte húzódó családi történetet, traumatizáló eseményeket és a szükségleteket.

Hogyan is működik a traumatudatos hozzáállás a gyakorlatban?

A szülőkkel, gondviselőkkel fenntartott kapcsolatban fontos elismerni, hogy a trauma nem „családi probléma“, és a szülők hibáztatása helyett partnerként kell kapcsolódni hozzájuk. Alapfeltevés, hogy szülőnek lenni komplex és gyakran nehéz feladat, amely tanulható is. Nagyon fontos figyelembe venni a család kulturális háttérét, információt gyűjteni az esetleges múltbeli traumákkal, rasszizmussal, bevándorlással vagy generációkon átívelő traumákkal kapcsolatos tapasztalatokról, hiszen ezek az egyénre is hatással vannak.

A szülők rendszerint szoros kapcsolatban állnak a gyermekükkel foglalkozó szakemberekkel. Ha a szakember igyekszik megalapozni a bizalmat, és hangsúlyozza, hogy bármiről van lehetőség beszélni, a szülők biztonságban fogják érezni magukat. Nehéz élethelyzetekben, a trauma gyanújának felmerülésekor sokat számít, ha időt és teret kapnak, hogy elmondják, mi történt, mi hozta ide őket, és mi annak a háttere.

A traumatudatos szemléletben dolgozó szakember az elsőre „rosszul“ viselkedőnek látszó gyermekről tudja, hogy valójában nehézségekkel küzd. Keresi az aktuális viselkedés mögötti történetet, amely megmagyarázza a helyzetet. Tisztában van vele, hogy a traumával küzdő gyerekek gyakran elvesztik a biztonságérzetüket, és emiatt még kevésbé tudnak segítséget kérni, pedig annál inkább szükségük van rá. Ezért minden alkalommal nagy hangsúlyt helyez a biztonságos környezet és kapcsolódás kialakítására.

A munkatársi közösség működését is a támogató hozzáállás és a hatékonyság jellemzi a traumatudatos szemléletben. Érezhető figyelem van azon, hogy a munkatársi közösség jól érezze magát a munkahelyén, a kollégák támogatást kapjanak, hogy ki tudjanak bontakozni szakmai útjukon. A munkatársak támogatják egymást abban, hogy képesek legyenek segíteni a családokat. Esetmegbeszéléseket tartanak, fordulhatnak egymáshoz segítségért, ha elakadtak, valamint nehéz helyzetben a saját önszabályozásukkal kapcsolatban is kérhetnek és kaphatnak segítséget kollégáiktól, hogy hatékonyabban szembe tudjanak szállni a problémával új szempontokra, készségekre és stratégiákra fókuszálva.

Hogy néz ez ki a gyermekorvosok esetében?

Ahogy azt hangsúlyoztuk, a gyermek életében jelen lévő és visszatérő, biztonságot és elfogadást nyújtó felnőttek gyógyító hatással lehetnek: „Nem kell terapeutának lenned, hogy terápiás hatást érj el.” Különösen igaz ez a gyermekorvosok esetében, akik szemléletükkel, viselkedésükkel fontos példaként szolgálnak mind a szülők, mind a társszakmák szakemberei számára. Egyben ők alakíthatják, formálhatják a gyermek későbbi hozzáállását a teljes egészségügyi ellátáshoz.

A házi gyermekorvosok munkáját jelentős részben a heveny, fertőző betegségek vizsgálata és kezelése teszi ki. A gyerekeket érő káros környezeti, pszichoszociális hatások (ártalmas gyermekkori tapasztalatok) következményei csak célzott figyelemmel, tudatosan és tervezetten ismerhetők fel.

A projekt során több házi gyermekorvost is megkerestünk, és számos jó példa merült fel a traumatudatos jelenlét biztosítására. Ezekből szeretnénk néhányat gondolatébresztő, inspirációs céllal megosztani.

A kommunikáció és az egyéni történetek jelentősége

A nyílt, bizalommal teli kommunikáció kialakítása a szülőkkel, a tér és az idő megteremtése egymás megismerésére a traumatudatos hozzáállás egyik alapköve. Sokat segít, ha a gyermekorvos tisztában van azokkal az eseményekkel, élményekkel, amelyek a gyerekekre és gondozóikra hatással voltak, lehetnek. Tanulmányok igazolták, hogy a gyermekkori elhízás, fejfájás, emésztési és bélműködési zavarok, asthma bronchiale esetében a betegség lefolyását, tüneteit meghatározó tényezőként jelenhetnek meg a gyermek által átélt ártalmas tapasztalatok. A szülés utáni depresszió szűrése, a támogatás a szülésélmény feldolgozásában csak egy példa arra, hogyan segíthet az orvos elfogadni a szülőknek azt, hogy egy nehéz élmény hatással lehet mind testi, mind mentális egészségükre.

A gyerekekkel végzett mindennapi munkát az is segítheti, ha a gyanús és megfigyelt jelenségeket az orvos személyes jegyzetekkel követi nyomon, amik nem feltétlenül kapcsolódnak az orvosi információkhoz. (Természetesen az ügyfelek védelme érdekében jobb, ha ezek az információk nem érhetők el az online rendszerben.)

A biztonság jelentősége

Lényegesek a traumatudatosság szempontjából a környezeti tényezők is. Ha a várószoba és az orvos szobája gyerek- és családbarát, az nagyban hozzájárulhat a biztonságérzet kialakulásához. A színek, a játékok, az ülőalkalmatosságok, a szoptatásra és pelenkacserére alkalmas helyiség mind lehetnek ridegek, és sugározhatnak otthonos érzést is, amire a felnőttek és a gyerekek egyaránt érzékenyek.

A biztonság megteremtése nagyon fontos egyes orvosi beavatkozásoknál is, például a védőoltások beadásánál. Traumatudatos lehet az ellátás, ha az orvos alapvető ismereteket ad át a szülőnek a fájdalomcsillapítás jelentőségéről és módjáról, ha támogatja a szülő jelenlétét, és együtt figyelnek a gyermek szükségleteire a beavatkozás során.

A kiszámíthatóság jelentősége

A házi gyermekorvosok a jelzőrendszer tagjai a gyermekvédelmi törvény 17. §-a alapján, így a jelzéstétel bántalmazás gyanúja esetén az ő esetükben is szakmai kötelesség. Ez a kötelesség konfliktust okozhat, hiszen az orvos nem szeretné elveszíteni a szülő bizalmát. Ha azonban a kötelező szűrések során az orvos rendelkezik a szükséges tapasztalattal és tudással arról, hogy mikor és hogyan kell eseteket jelezni, és ezt a kapcsolat kezdetétől fogva nyíltan és megfelelően tudja kommunikálni a szülőnek, akkor ezzel kiszámítható teret biztosít kliensei számára.

Ahhoz, hogy az intervenció elsősorban segítő jellegű legyen, fontos, hogy a szülők által felvetett kérdésekre és problémákra az orvos tudjon és akarjon segítően válaszolni, és tudja támogatni őket az elérhető szolgáltatásokkal, információkkal kapcsolatos tájékozódás során.

Az önszabályozás jelentősége

Ahogy azt már a fentiekben is hangsúlyoztuk, kiemelten fontos, hogy az orvosok ismerjék a gyerekek és gondozóik bevonására és megnyugtatására szolgáló stratégiákat, és maguk is képesek legyenek az önszabályozásra.

A támogató közösségek, a partneri viszony jelentősége

Kölcsönös kapcsolatok kialakításával és aktív munkakapcsolatok fenntartásával a más szakmákban dolgozókkal (szakorvosok, kisgyermeknevelők, pszichológus, védőnő, gyermekjóléti rendszer) a szakemberek egyfajta védőháló szőhetnek a gyermek köré, aki így nem marad egyedül akkor sem, ha közvetlen környezete körében veszélyeztetetté válik. A nyílt kommunikáció és az együttműködés a jelzőrendszer tagjai között elengedhetetlen ennek a védőhálóknak a kialakításához. Az esetkonferenciákon, szupervízióon való részvétel sokat segíthet e kapcsolatok megteremtésében és ápolásában.

A cikk csak egy szeletét mutatta be az elkészült munkának. Ha felkeltette az érdeklődését, részletesebben tud tájékozódni a témáról a felismerést és jelzést segítő protokollban és a traumatudatos útmutatóban, amely a fenti linken található.



(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Bogdányi Katalin | házi gyermekorvos, Egészségügyi Szakmai Kollégium, Gyermek-alapellátási Tagozat, Budapest

Dr. Tordas Dániel | házi gyermekorvos, házi gyermekorvostan és iskola- és ifjúságorvoslás országos szakfelügyelő főorvos, Budakalász

Dr. Losonczi László | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, Budapest

Útmutató az orvosi beutalók helyes alkalmazásához

Az orvosi beutaló az alapellátás és a járó- és fekvőbeteg-szakellátás, a járóbeteg-szakellátás és járóbeteg-szakellátás, illetve a járóbeteg-szakellátás és fekvőbeteg-szakellátás közötti kommunikációt szolgálja. A beutalók kötelező tartalmi elemeit és helyes alkalmazását rendeletek rögzítik. A mindennapos felhasználás során számos helytelen gyakorlat alakult ki, ezek korrekciójához és a helyes gyakorlathoz kíván útmutatást adni e dokumentum, mely a hivatkozott jogszabályok alapján készült.

1. Mely szakrendelések vehetők igénybe orvosi beutaló nélkül?

A bőrgyógyászat, a nőgyógyászat és gyermeknőgyógyászat, az urológia, a pszichiátria és addiktológia, a fül-orr-gégészet, valamint csecsemő- és gyermek-fül-orr-gégészet, a szemészet és gyermekszemészet, az általános és baleseti sebészet, valamint a gyermeksebészet sürgősségi kázusai (pl. trauma, akut has stb.), a gyermekfogászat (alapellátási szinten), az onkológia vehető igénybe beutaló nélkül.

Ezeket a szakrendeléseket minden esetben beutaló nélkül lehet igénybe venni, függetlenül attól, hogy az adott beteg a területileg illetékes vagy nem illetékes ellátóhelyet keresi fel. Az ellátást – függetlenül attól, hogy sürgős vagy nem sürgős eset ellátásáról van szó – sem a területileg illetékes, sem a nem illetékes szakellátó nem kötheti beutalóhoz.

Ugyanitt fontos kiemelni, hogy a gyermek-sürgősségi osztályok sem beutalókötelesek.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (Ebtv. vhr.) 2. § (1) a)–b)

2. Mit kell tartalmaznia az orvosi beutalónak?

Az 1. pontban nem felsorolt egészségügyi ellátóhelyek csak beutalóval kereshetők fel. A beutalónak (egyebek mellett) a következő kötelező tartalmi elemei vannak: beutaló orvos és ellátóhelye azonosítója, a biztosított neve, taj száma, a beutaló indikálásakor az ellátás során generált naplósám, a vizsgálatra felkért szolgáltató neve, azonosítója, a beteg rövid releváns kórelőzménye, megelőző vizsgálatok leletei, fizikális vizsgálati leírás, beutaló iránydiagnózis, BNO-kód, a felkért szolgáltatónak szóló szakmai kérdés, a területi ellátási

kötelezettség ténye, dátum. Amennyiben a tervezett vizsgálat, konzílium több mint 90 nappal a beutaló kiállítása utánra esik, akkor a tervezett időpontot is rögzíteni kell a beutalón.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 3/A. § (10)

3. Ki állítja ki az orvosi beutalót?

Az orvosi beutalót mindig az az egészségügyi szolgáltató állítja ki, aki a vizsgálatot elrendelte. Amennyiben a beteg ismételt vizsgálatokra szorul, de az ismételt vizsgálat is beutalóköteles, az ismételt vizsgálatához is az köteles kiállítani a beutalót, aki első alkalommal a vizsgálatot elrendelte.

Amennyiben a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátás szakorvosa az általa ellátott betegnek további vizsgálatok elvégzését tartja szükségesnek, akkor az ehhez szükséges beutaló(ka)t mint a további vizsgálatokat indikáló orvos saját maga köteles kiállítani, ezt másik orvosnak, például a páciens alapellátó (gyermek)orvosának nem delegálhatja. Ez vonatkozik a beutalóval vagy anélkül igénybe vett szakellátásra és a műtét előtti kivizsgálásokra is.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 2. § (2), 3/A. (8); 9/2012. (III. 28.) Nefmi rendelet 6. § (2)

4. Mely esetben utalhat be az alapellátás vagy a járó- és fekvőbeteg-szakellátás szakorvosa egy beteget a területen kívüli járó- vagy fekvőbeteg-szakellátóhoz?

Abban az esetben, ha a szolgáltató a beutaló orvosnak vagy a biztosítottnak befogadó nyilatkozat formájában írásban nyilatkozott arról, hogy fogadja a biztosítottat, területen kívüli járó- vagy fekvőbeteg-szakellátóhoz is be lehet utalni a beteget.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (Ebtv. vhr.) 3/A. § (2)

5. Mikor nem kell kontrollvizsgálatra beutaló?

A vizsgáló orvos a vizsgálat alapján készített orvosi dokumentációban a következőket köteles rögzíteni: beutalás alapján végzett vizsgálat esetén a beutaló orvos kérdéseire adott válaszokat, beutaló nélkül igénybe vehető ellátás esetén a beteg kérdéseire adott válaszokat, a betegség okozta

elváltozásokat, az esetleges további teendők szükségességét, ismételt szakkonzíliumot vagy arra tett javaslatokat, beleértve azok tervezett időpontját vagy egyéb feltételeit (pl. egy év múlva, panaszok esetén stb.). Amennyiben a beteg ennek megfelelő időpontban veszi igénybe ugyanezen betegség vagy tünet esetén az ismételt ellátást ugyanazon szolgáltatótól (mely ez esetben ugyanazon egészségügyi intézmény ugyanazon szolgáltató kódú ellátóhelyét jelenti, nem az ellátó orvost), akkor nem szükséges beutalót vinnie, hanem a korábbi ambuláns lapot kell bemutatnia.

Az ismételt ellátás (kontroll) igénybevételének kell tekinteni, ha a beteg a megadott időpontban megjelenik felülvizsgálaton, vagy a megadott időponton belül kér időpontot felülvizsgálatra.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (Ebtv. vhr.) 3/A. § (10d), 2. § (6)

6. Mikor kell kontrollvizsgálatra beutaló?

Amennyiben a beteg ugyanazon problémával, de az előírt időponthoz képest később veszi igénybe az ismételt ellátást (pl. „kontroll egy év múlva” szerepel az ambuláns lapon, de másfél év múlva kér csak időpontot), akkor a vizsgálatához új beutaló szükséges. Amennyiben az időpontkérés a feltüntetett megadott időn belül történt, de le kellett mondani, új beutaló nem szükséges. Az ismételt beutalót ugyanaz állítja ki, aki az előzőt, tehát aki a vizsgálatot indikálta.

Amennyiben a beteg ugyanazon problémával az ismételt ellátást más egészségügyi szolgáltatótól kívánja igénybe venni, mert például a kezelőorvosa munkahelyet váltott, akkor az ismételt ellátáshoz új beutaló szükséges. Az ismételt beutalót ez esetben is ugyanaz állítja ki, aki az előzőt, tehát aki a vizsgálatot indikálta.

Amennyiben a beteg más problémával keresi fel ugyanazt a szakellátót, akkor ahhoz a vizsgálatához új beutaló szükséges. A beutalót ez esetben az állítja ki, aki az új probléma ellátásához szakellátói konzíliumot tart szükségesnek (jellemzően, de nem kötelezően az alapellátó gyermekorvos).

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (Ebtv. vhr.) 3/A. § (10d), 2. § (6)

7. Meddig érvényes az orvosi beutaló?

Az orvosi beutaló a kiállításától számított 90 napig érvényes, vagy a beutalón megjelölt időpontig, amely időn belül a betegnek az ellátást igénybe kell vennie, különben új beutaló szükséges. Az ellátás igénybevételének minősül, ha a beteg megjelent a vizsgálaton, vagy időpontot kért a vizsgálatra.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 3/A. § (10), (10b), (10c)

8. Műtét előtti kivizsgálás beutalási rendje

A műtét előtti kivizsgálást vagy az ellátást végző intézményben kell megtenni, vagy a műtétet indikáló orvos által kiállított beutaló alapján kell elvégezni. A műtét előtti kivizsgáláshoz szükséges beutalóköteles vizsgálatok más orvosnak, például alapellátásban dolgozó orvosnak nem delegálhatók.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 3/A. § (7)–(8); 9/2012. (II. 28.) Nefmi rendelet 6. § (2)

9. Fekvőbeteg-ellátást követő járóbeteg-gondozás beutalási rendje

Amennyiben a fekvőbeteg-ellátó az ellátást követően járóbeteg-szakellátási vizsgálatot, gondozást tart szükségesnek, akkor ehhez a szükséges beutalót a fekvőbeteg-intézet köteles kiállítani.

Hiv.: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 3/A. § (8)

10. Magánellátásban ellátott páciensek esete

Az összeférhetlenség elve miatt a magánellátásban az ellátott páciens betegségével nem fordulhat ugyanazon orvoshoz NEAK-finanszírozott járó-, illetve fekvőbeteg-szakellátónál további ellátás céljából.

Amennyiben a közfinanszírozott vagy magánegészségügyi ellátó szakorvosa az ellátást követően további vizsgálatokat tart szükségesnek, akkor az adott vizsgálatokhoz nem kérhető beutaló NEAK-finanszírozott alap- vagy más járó-, illetve fekvőbeteg-szakellátótól.

Hiv.: 2020. évi C. törvény 4. § (5); 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 2. § (2); 9/2012. (II. 28.) Nefmi rendelet 6. § (2)

Javaslat a járó- és fekvőbeteg-szakellátó helyek számára

A betegfelvételt intéző adminisztrátorokat és a szakrendelések szakorvosait és asszisztenseit is szükséges tájékoztatni a fentiekről, mert a tapasztalatok szerint ezen a ponton van a legtöbb információhiány. Emellett javasolt, hogy beutalóköteles szakellátásra való időpontkéréskor időpontot csak beutaló birtokában kapjon a biztosított, és rögzítsék az időpontkérés pontos dátumát.