

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXVIII. évfolyam
2023/2. szám

Tartalom

SAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

Indikátorok II. 4

INTERJÚ

Új vezetőségi tagokat választott a küldöttgyűlés 6

NAPRAKÉSZEN

A gyermekbántalmazás
traumatológiai szemszögből 9

TÉNYLEG A LÉNYEG

Gyermekek és serdülők egészsége Európában:
tovább a 2030-as célok felé 13

Felmérés az IMD felismeréséről
és kezeléséről 15

EKG – igen! 17

ISMÉTLÉS A TUDÁS ANYJA

A gyermekkori végbélelőéséről röviden 20

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT

Asszisztensi végkielégítés 21

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Az A csoportú Streptococcus okozta infekciók
felismerése és kezelése 23

A VILÁG EGYETEM

Beszámoló az ECPCP 2023. évi találkozójáról 29

EGYESÜLETI HÍREK

Beszámoló a 24. Kávészünet konferenciáról 33

Összefoglaló a HGYE 2023. évi küldöttgyűléséről 36

PRAXISMENEDZSMENT

Munkajog és munkavédelem a gyakorlatban 37

Médiatámogató:  OBSERVER

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

Jogsegélyszolgálat

Dr. Györi Blanka

Gondozzuk kertjeinket!

Tényleg a lényeg

Házunk tája

Ismétlés a tudás anyja

Naprakészen

Dr. Pátri László

Praxismenedzsment

Dr. Fábián Dóra

A világ egyetem

Braun Helga

Egyesületi hírek

Kitekintő

Hírdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:
jogsegely@hgye.hu

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

A Hír Vivő 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 2023-ban:

 BioGaia

 NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

 Nestlé Nutrition

 Pfizer

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

Dr. Rósa Ágnes | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, megyei kollegiális szakmai vezető, Szeged

Indikátorok II.

Kedves Kollégák!

Ígéretemhez híven folytatjuk az indikátor témakörét. Az indikátorok súlyuknak megfelelő fejlesztése érdekében megalakult és megkezdte munkáját az indikátorbizottság, melyben a szakmai és szakmapolitikai vezetés mellett a szakmai szervezetek képviselői is helyet kaptak.

A HGYE-vezetőség két tagja, Muzsay Géza és Rósa Ágnes is részt vesz a testület munkájában. Rövid távú céljuk, hogy aki tisztességesen elvégzi a munkáját, az ne járjon rosszul, azaz minél kevesebb kollégát érjen veszteség. Az első eredmények értékelése során számos informatikai, adatküldési és adatelemzési probléma derült ki. A rendszerszintű hibák megoldását már kezdeményezte a bizottság, de sok esetben egyéni – a medikai szoftver adatküldéséből vagy más speciális helyzetből származó – hibát is jeleztek a kollégák. Az alábbiakban bemutatunk néhány, már ismert, megoldásra váró hibát.

Az előző indikátorszámítás során a meningococcusindikátor kalkulálásánál kimaradtak a 2022. februárban született babák, ennek kompenzációjára az e havi kifizetésnél sor került. Volt praxis, ahol ugyanazon a napon két, gyermeknek felírt és kiváltott D-vitamin közül az egyik indikátorba került, a másik pedig nem. Volt, aki a tápszerfelírásban talált valótlán adatot. Ezért nyomatékosan kérünk minden kollégát, hogy szánjon rá időt és energiát, és ahol nem egyezik a medikai rendszerében rögzített és az indikátorban visszajelzett ellátási információ, azt jelezze a NEAK-nak, a kollegiális vezetőknek vagy a HGYE-nek. Az informatika azokat a problémákat fogja tudni orvosolni, amelyeket jelzünk!

Az indikátorok minősége és a finanszírozási hatása miatti aggodalom mellett pozitívan értékeljük a kompenzáció tényét és a NEAK call centereinek megszervezését, a szakma bevonását a fejlesztésekbe, valamint azt, hogy az elemzést alátámasztó adatok egy részét minden kolléga megkapta. Nem emlékszem, hogy korábban lett volna példa ilyenre.

Közel sem ennyire örömteli azonban, hogy a házi gyermekorvosok indikátorai bizonyultak a legszigorúbbnak, az arányaiban nálunk csökkent a legtöbb kolléga finanszírozása, itt kellett a legtöbb kompenzáció. Vannak indikátorok, melyeket csak hónapok alatt tudunk majd teljesíteni. Erre valamelyest megoldás lehet, ha minden praxistípus indikátorait külön számolják. A pálya sem egyforma, akár egymás melletti városokban van, ahol nincs várólista, máshol hóna-

pokat kell várni egy laborvizsgálatra. Az elveszített indikátorok akkor esnek a legrosszabbul, amikor akár századpontonokon múlik. Ennek megoldására merült fel javaslatként az igen/nem helyett a 0/1/2 pontos rendszer finomítása, akár tizedpontokkal, azonban az előzetes számítások szerint ez a megoldás sem lenne kedvező mindenkinek, talán épp a jól teljesítőket érné hátrány.

Vannak nagyon rövid távon kivitelezhető változások, ezek azok, melyek illeszkednek a jelen rendeleti háttérhez, azonban a későbbiekben a rendelet módosítására is javaslatot tesznek majd a kollégák. A bizottság hosszú távú célja új és több indikátor kidolgozása azért, hogy csökkenjen az egyegy indikátornak való kitettség, valamint az, hogy a valóban minőségi munkát tükröző indikátorokat vezessék be.

Előző Hírvivő-számunkban egy hibát követtünk el, amiért elnézésekért kérjük! A **D-vitamin-indikátor** tervezett elhagyása tényként jelent meg. Az történt, hogy közigazgatásban forgó több verzió közül Takács Péter államtitkárral külön egyeztetettünk arról, hogy mi került be véglegesen, emiatt a Hírvivő-cikknek is több verziója keletkezett, amelyek közül egy félreértés miatt ezen a ponton téves verzió került az újságba. Dolgozunk még az indikátor módosításán.

Kérdéseitek alapján az alábbi információkat tudjuk megosztani:

- Az antibiotikum-indikátor a J01 ATC-besorolású készítményeket figyeli, függetlenül a kiszerezéstől (mértől vagy gyógyszerformától).
- A 2022. februárban születettek valóban nem szerepelnek egyik meningococcusindikátorban sem, az adatgyűjtést az informatika korigálta.
- A „kizárólag anyatejes táplálásban részesült csecsemők arányánál” csak a V06C tápszerkódot figyeli a rendszer.
- **Obezitás gondozása.** Az indikátorban nincs korcsoport-meghatározás, javasoltuk és javasoljuk folyamatosan, hogy a 10–18 évesek körében vizsgálják az indikátort. A NEAK-honlapon is szereplő részletes leírás alapján a gondozás tartalma az, hogy az obéz gyerekeknel megtörtént-e négy orvos-beteg találkozás a tárgy hónapot megelőző 12 hónapban. Ennél részletesebb gondozási követelmény jelenleg még nincs. Fontos megjegyezni, hogy az kerül bele az indikátor-

körben figyeltek közé, akinél a tárgyhónapot megelőző 12 hónapban egyszer jelentettek obezitáskódot (E65H0–E680). Másik obezitásindikátorban szerepelnek laborvizsgálatok. Ezeket évente egy alkalommal kell elvégezni, itt is érvényes, hogy a tárgyhónapot megelőző 12 hónapról beszélünk. A laborvizsgálatokra vonatkozó adatok nem a háziorvosi jelentésből (B300) keletkeznek, hanem a NEAK a laborok jelentéséből veszi őket, akár a háziorvos, akár szakrendelés, kórház indikálta. Szintén érvényes, hogy a tárgyhónapot megelőzően kell az öt éves vizsgálatot elvégezni, tehát semmiképpen nem jó a születésnap után vizsgálni.

- **Anémiaszűrés.** Ugyancsak szerepel a NEAK-leírásban, az indikátor neve „Anaemia szűrés a 10–18 éves leányok között (Gyermek indikátor 6.)”. Ebben a korosztályban kell jelenleg évente vérvizsgálatot végezni a megelőző 12 hónapban. A NEAK a jelentett laborteljesítésből veszi az adatokat, nem a háziorvosi jelentésből. Elvileg a magánlaboroknak is fel kell ten-

niük a vizsgálati eredményeket az EESZT-be, s jelenteniük kell. Ha így tesznek, van értékelhető adat.

- **Meningococcus-védőoltás** 2–11 hónapos („Gyermek indikátor 1.”) és 12–24 hónapos korban („Gyermek indikátor 2.”). Mindkét indikátornál a B330-as jelentés alapján a meningococcus C elleni vakcináció (OENO: 43601) kódját figyeli a továbbiakban a NEAK. Ebből következik, hogy mindegy, hogy monovalens MenC- vagy tetraavalens MenACWY-vakcinát alkalmaztunk. Átmenetileg az elkövetkező 12 hónapban a jelenleg is elvárt 43594 OENO-kódot is elfogadják, ez elegendő idő az informatikai átállásra.

Az indikátorokra vonatkozó részletes tájékoztatót itt találják:

https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/Alapellatas/hsz_indikator/Haziorvosi_indikator_utmutato_202301_2.pdf&inline=true



HÍRVIVŐ szakmai válogatás 2020-2022

Értéket őrizni és értéket teremteni – a HGYE megalakulása óta ez a két cél a vezetőség munkájának vezérfonala. A legfontosabb célkitűzés a házi gyermekorvosi ellátás megmaradása, megőrzése. Eközben azonban valódi értékkeremtő munka indult el, melyet leginkább a napjainkra hagyománnyá vált Kávészünet konferencia, az Őszi konferencia és a Hírvivő fémjelez. Az alapító atyák magasra tették a léceket! Nem kis feladatra vállalkoztunk, amikor a stafétabotot átvettük, mégpedig az elődök által teremtett értékek magas szintű megőrzésére. Emellett új utakat is kipróbálunk.

Az elmúlt évek váratlan eseményei sok tekintetben új kihívások elé állítottak bennünket. A HGYE-nek is alkalmazkodnia kellett az új körülményekhez, az új kihívásokhoz. Mindannyian közelebb kerültünk a digitális világhoz, és talán éppen ez hozta magával Pátri László korábbi HGYE-alelnök ötletét, hogy a mindenki által ismert, kézzel fogható Hírvivő 2020–2022-ben megjelent szakmai cikkeit egy teljesen új formában is eljuttassuk tagjainkhoz.

Jó olvasást kívánunk!

A HGYE vezetősége



A Hírvivő szakmai válogatás 2020-2022 című kiadvány már elérhető a www.hgye.hu weboldalon, illetve a QR-kód beolvasásával is hozzáférhető.

Braun Helga |

Új vezetőségi tagokat választott a küldöttgyűlés

2023 májusában, a Kávészünet konferencia keretei között, a HGYE küldöttgyűlése új vezetőségi tagokat választott a ciklus végéig. Ennek apropóján kérdeztük meg őket célokról, tervekről.



Dr. Ács Beáta,
házi gyermekorvos,
Százhalombatta

2018 óta vagyok házi gyermekorvos, Budaörsön helyettesítettem egy évet, majd 2019-ben Százhalombattán indítottam új praxist, ötödik gyermekorvosként a városban. 2019 óta vagyok HGYE-tag. Addigi szakmai tapasztalatomat külföldön szereztem, Magyarországon nem dolgoztam kórházi környezetben, így fontos volt számomra a HGYE-tagság, sok segítséget, tanácsot kaptam a kollégáktól.

Nagyon megtisztelő a HGYE-vezetőségi pozícióra való jelölésem, igazi kihívás számomra, biztos vagyok benne, hogy a vezetőség többi tagjával sikerül minőségi munkát végeznünk. Külföldön szerzett szakmai tapasztalatom megerősítette bennem, hogy a gyermek-alapellátás a védőnői ellátással együtt igazi hungarikum, és közös érdekünk, hogy fennmaradjon mind a kettő. Az alapellátásban sok értékes, tapasztalt kolléga dolgozik, aki szakmai ismeretének csak töredékét tudja kihasználni a jelenlegi keretek között. Egyik legfontosabb dolog szerintem az alapellátó szakemberek kompetenciáját bővíteni, csak így lehet egyrészt vonzóvá tenni a fiatal gyermekorvosoknak ezt a pályát, másrészt tehermentesíteni a szakellátást.

Bukarestben, ahol tizenöt évet dolgoztam, egyedüli magyar gyermekorvosként elértem azt, hogy az ottani orvosi egyetemen oktathassak, számos EU-s projektben vettem részt. Szívügyem a gyermek-alapellátásban az ultrahang használatát bevezetni, ebben nagy tapasztalatom van, hiszen évekig dolgoztam egy ultrahanglaborban, diákokat oktattam, házi orvosoknak tartottam tanfolyamokat. Úgy gondolom,

hogy egy alapkompétencia bárki által elsajátítható, és hatalmas segítséget jelent a napi munkában az alapellátó orvos rendelőjében is.



Dr. Kollár László,
házi gyermekorvos,
Csobánka

2004 óta vagyok tagja a HGYE-nek, és 2020-ig a vezetőség tagja voltam, több évig felügyelőbizottsági tag is. Egy kis pilisi faluban, Csobánkán dolgozom házi gyermekorvosként.

1989-ben végeztem a SOTE-n. A Bethesda Gyermekkórházban kezdtem, majd a Szent László Kórház gyermekintenzív osztályán dolgoztam öt évig. Ott kezdtem el foglalkozni az akut vesepótlás technikájával, majd 2003-ig a Haemobil Egészségügyi Szolgáltató Kft.-nél mobil hemodialízist, plazmaferézist végeztem az ország számos intézményében.

2003-ban szülőfalum, Csobánka felkérésére építettem és felszereltem egy gyermekorvosi rendelőt, és elindítottam a faluban a házi gyermekorvosi praxisomat.

Házi gyermekorvosi működésem alatt szinte folyamatosan tagja voltam a Házi Gyermekorvosok Egyesülete vezetőségének, így végigkövethettem az elmúlt majdnem két évtized fontos kérdéseit és a rájuk adott válaszok megszületését.

Néhány év szünet után ismét felkérést kaptam a HGYE vezetőségétől az aktív közreműködésre, melyet szívesen vállaltam.

Fontosnak tartom a HGYE kapcsolatát a tagsággal és minél több praktikum integrálását a mindennapi kapcsolatba. Lényeges lenne az alapellátás, a szakellátás és a kórházi ellátás közötti szorosabb kommunikáció kiépítése lokalitásban a személyes kapcsolatok felhasználásával.

Jelenleg ezt a módszert látom a legeredményesebbnek az iskolai igazolások helyzetének javításában is.

Ahhoz, hogy minél hatékonyabban tudjuk a munkánkat végezni, fontos lenne, hogy sokkal többet foglalkozunk praxismenedzsmenttel, hiszen eltekintve a kevés kivételtől, gazdasági társaságot üzemeltetünk, és fel kellene használnunk a rengeteg felhalmozott tapasztalatot a saját praxisunkban.

Szeretném támogatni a HGYE-ben azt a folyamatot, mely a testi és mentális jóllétünk fontosságát előtérbe helyezi, ezzel is elősegítve a hosszú és sikeres munkavégzés lehetőségét a praxisban.



Dr. Májér Éva,
házi gyermekorvos,
Tököl

Tökölön vagyok házi gyermekorvos, 2009 óta dolgozom a praxisban. 2010 óta vagyok tagja a Házi Gyermekorvosok Egyesületének.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán végeztem 1990-ben, majd 1994-ben szakvizsgáztam csecsemő- és gyermekgyógyászatból.

2007-ben tettem szakvizsgát gyermek-gasztroenterológiából, aztán a Heim Pál Gyermekkorház szakrendelőjében dolgoztam dr. Polgár Marianne főorvos mellett. Férjem orvos, három gyermekünk van.

Nagy megtiszteltetésnek érzem jelölésemet a HGYE vezetőségébe. Tudásommal segíteni szeretném a házi gyermekorvosok szakmai munkáját, főként gyermek-gasztroenterológiai szempontból.

Közvetlen célom a jelenlegi egészségügyi átalakítás során a munkánk minőségét leginkább tükröző indikátorrendszer kialakításához való hozzájárulás, a későbbiekben pedig a második szakvizsga elfogadtatása és használata a praxisokban.



Dr. Stunya Edina,
házi gyermekorvos,
Miskolc

Debrecenben végeztem 1987-ben, csecsemő- és gyermekgyógyászatból 1992-ben, iskola-egészségtan és ifjúságvédelemből 2000-ben szakvizsgáztam. 2010-ben klinikai kutatási munkatársi diplomát szereztem a Miskolci Egyetemen.

Tíz éven át a Miskolci Gyermek-egészségügyi Központban dolgoztam, ahol gasztroenterológiai, endokrin, anyagcsere-, bőrbetegségben és cisztás fibrózisban szenvedő gyermekeket gyógyító osztályon töltöttem a szakvizsgám utáni öt évet.

1995-ben eljutottam a grazi gyermekklinikára tanulmányútra.

1996-ban írtam egy pályázati anyagot „Megvalósíthatósági tanulmány a vegyes körzettel rendelkező, Miskolc város környéki települések vállalkozás keretein belül történő – a mozgó szakorvosi szolgáltatásnál gyakoribb – helyi gyermekgyógyászati ellátására” címmel. A tanulmány részlete volt a házi gyermekorvosok és vegyes praxisok munkájának összehasonlítása Borsodban, valamint a Miskolc környéki települések önkormányzatával való kapcsolatfelvétel is. Ennek hatására több városkörnyéki településen jött létre házi gyermekorvosi praxis.

1998-tól dolgozom házi gyermekorvosként Miskolcon. Azóta vagyok a miskolci házi gyermekorvosokat összefogó GYAPOSZ vezetőségi tagja, valamint a HGYE-be is beléptem még abban az évben. 2005-től végzek klinikai vizsgálatokat.

Városi gyermekgyógyász-szakfőorvosként tevékenykedtem Miskolcon 2001 és 2013 között.

A Debreceni Egyetem családorvosi tanszékének házi gyermekorvosi tutora vagyok 2007-től.

A szakmai kollégium munkájában 2004 és 2008, illetve 2010 és 2017 között vettem részt, irányelvek fejlesztése és bírálata mellett számos szakpolitikai anyag és a házi gyermekorvosi hatásköri lista ki- és átdolgozásában voltam aktív.

Több TÁMOP- és EFOP-program szakmai anyagainak kidolgozásában, továbbá a „Let’s talk about protection – a practical ECDC guide for healthcare providers to enhance childhood vaccination” magyarországi adaptációjában vettem részt.

Szakkoloztatokat bíráltam több alkalommal a Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Karának orvos-közgazdász-képzésén. 2014-ben részt vettem az Integrált területi stratégia miskolci antiszegregációs programjának kidolgozásában a kar dékánjával együtt.

2016-ban megalapítottuk a Magyar Házi Gyermekorvosok Klinikai Vizsgálati Hálózatát (HunPedNet), melynek azóta elnöki tisztségét töltöm be.

A HGYE vezetőségben már dolgoztam a 2000-es évek elején, és a Kávészünet konferenciák egy-egy szekciójának

vezetése is nekem jutott. Nagyon örültem, amikor a fiatalabbak megjelentek, és aktívak voltak a HGYE vezetőségében, hatalmas munkát végeztek egy mindannyiunk számára igen nehéz időszakban, nyilván elfáradtak. Szívesen segítem a HGYE munkáját, amíg ők kipihenik magukat, és remélem, visszatérnek még a vezetőségbe.

Fontosnak tartom a gyermekpraxisok akut betegellátás terén végzett hatalmas munkájának megjelenítését az indikátorrendszerben, és véleményem szerint időszerű át gondolnunk a gyermekpraxisok alternatíváit is a gyermek-alapellátásban.



Dr. Török Violetta,
házi gyermekorvos,
Győr

2001-ben diplomáztam a Pécsi Tudományegyetemen, a csecsemő- és gyermekgyógyászati szakvizsgára – egyéves győri kitérő után – a Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkorházban készültem fel. Szemléletemet és mindazt, amit gyermekorvoslásnak hiszek – és ahogy ma is gyakorlom –, ezen évek, a tanárain, példaképeim alapvetően meghatározzák. 2008-tól házi gyermekorvosként dolgoztam Pé-

csen, majd 2012-től Győrben. Emellett 2012-ben gyermek-tüdőgyógyászati szakvizsgát tettem, mely tevékenységet azóta folyamatosan, jelenleg a pannonhalmi szakrendelőben végzem. 2019-től kollegiális szakmai vezetőként próbálok összefogni és segíteni megyénkben a gyermekorvosokat.

A felkérés a HGYE vezetőségi pozíciójára igazi meglepetésként ért, de bujkál bennem kíváncsiság, hogyan tudom a bennem levő egység szemlélettel előremozdítani a házi gyermekorvoslás szakmai képviselőjét és érdekvédelmét. Hiszem, hogy mindig az adott pillanat a legjobb; ezzel a szemlélettel szeretnék azon dolgozni, hogy ebben a sok változást, alkalmazkodást és kitartást kívánó időszakban mind szakmai, mind kollegiális, mind kapcsolati szempontból vonzóvá tegyem a házi gyermekorvosi hivatást.

Az alapellátó gyermekorvoslás sokrétű terület, hiszen vizsgálunk újszülöttet, útjára bocsájtunk 19 éves kamaszt, és látjuk, időnként ellátjuk a családot. Munkánk változatossága a szakmai kompetenciák bővítésével tovább növelhető, és teljesebbé, szakmaiságában vonzóbbá tehető. Mindezek megteremtésében egyensúlyra törekednék, hogy munkánk sokfélesége ne rójon ránk túlzott terhelést, hiszen előregedő korával küzd a szakmánk. Úgy tapasztaltam, hogy a kapcsolat ereje, építése és fejlesztése – mind egyéni, mind közösségi, például megyei szinten – a gyermekek, a szülők, a szakrendelők, a gyermekosztályok és leginkább egymás felé egységélményt adhat a mindennapokban túl azon, hogy leegyszerűsítheti, átláthatóbbá teheti a betegutakat.

2023. évi HGYE-tagdíj

Kedves Kolléga, kedves HGYE-tagtársunk!

Az elmúlt évek tagdíjbefizetéseit ezúton is köszönjük, amely összeggel hozzájárult az egyesület fenntartásához, magas színvonalú tevékenység végzéséhez. A hírlevelek, a negyedévente megjelenő Hírvivő, a jogsegélyszolgálat, konferenciák, webinárok szervezése, szakmai politikai háttéranyagok, szakmai anyagok készítése folyamatos működési költségekkel járnak, amelynek hátterét igyekszünk támogatásokból és pályázati forrásokból megteremteni, de a biztonságos működésünket nagyban segíti a tagság által befizetett tagdíjak összege is.

Kérjük, ha még nem tette meg, de megteheti, utalja át a **15 000 Ft** összegű 2023. évi tagdíjat a **11713005-20419448** OTP-számlaszámunkra, hogy az 1200 fős tagságunkért folytatott szakmai és érdekvédő munkánk folyamatos lehessen. Kérjük, hogy az átutalás során a közlemény rovatban tüntesse fel a (cég)nevet, a pecsétszámot. A befizetett összegről számlát állítunk ki, amelyet postai úton megküldünk.

Előre is köszönjük befizetését!

HGYE



A gyermekbántalmazás traumatológiai szemszögből

Sajnálatos módon még mindig nem veszítette aktualitását a téma. Számítalan szakma képviselői találkoznak a gyermekbántalmazás különböző formáival, mind az egészségügy, mind az oktatás, mind a szociális ellátás különféle szintjein. A legfontosabb, hogy mind tartsuk nyitva a szemünket, gondoljunk a gyermek bántalmazására, és tegyük meg a megfelelő jelzést, óvintézkedést.

A gyermekbántalmazás formái

Legtöbbünknek a fizikai bántalmazás jut először eszünkbe. A baleseti gyermekellátás során természetesen ezzel a formával találkozunk legtöbbször. Emellett kiemelkedő helyet foglal el az érzelmi, szexuális bántalmazás is. Szexuális abúzus gyanúja esetén számtalanszor gyermeksebészeti ambulancián köt ki az érintett. Nem feltétlenül jut eszünkbe, hogy idetartozó kategóriák a kizsákmányolás és az elhanyagolás is. Sajnálatos, hogy mind a mai napig többször találkozunk elhanyagolt égési sebekkel, rossz tengellyel gyógyuló, már callusszal bíró többhetes törésekkel... Számítalan dokumentum, jogszabály írja körül a pontos definíciókat a témában. Nemzetközi szinten az ENSZ gyermekjogi egyezménye mérvadó. Európai szinten több európai tanácsi ajánlás érhető el a témában: ajánlás a kiskorúakkal szembeni rossz bánásmód elleni védelemről, a gyermeki jogokról, gyermekekre vonatkozó európai stratégiáról, gyermekek szexuális kizsákmányolásáról, gyermekek bántalmazásáról és elhanyagolásáról. A hazai jogszabályok közül Magyarország alaptörvénye, a gyermekvédelmi törvény és a büntető törvénykönyv szabályozza a kérdést.

A fizikai bántalmazás formái

A legsúlyosabb eset a halálos eredményre vezető bántalmazás: ahogy a nevében is szerepel, ilyenkor a gyermek áldozat életét veszti. Súlyos testi sérülést (pl. törés), maradandó károsodást eredményező esetben a hatályos jogszabályi értelemben súlyos vagy maradandó sérülésnek minősülő behatás éri a gyermeket. A könnyű testi sérülést okozó bántalmazás és a testi fenytés bár nem jár súlyos fizikai ártalommal, a pszichés hatás egyáltalán nem elhanyagolható. Az újszülötteket, csecsemőket érintő, sok esetben súlyos, fatális következménnyel járó bántalmazási forma a megrázott csecsemő szindróma (shaken baby syndrome). Különleges forma a Münchhausen-by-proxy jelenség, mikor a „nagyon gondos” szülő orvostól orvosig hordja a gyermeket, pedig jómaga okozza a tüneteit, sérüléseit.

A következőkben néhány – számomra megdöbbentő – adatot szeretnék bemutatni. A gyermekbántalmazások nagy többségét 3 évesnél fiatalabb gyermekeken követik el. A bántalmazásból származó törések felét 1 évesnél fiatalabb gyermekek szenvedik el. 3 éves kor alatt a törések 30%-a, 1 éves kor alatt 56%-a bántalmazásból származik. A megrázott csecsemők 30%-a maradandó károsodást szenved, fogyatékosná válik, 30%-uk meghal. Feltételezések szerint a bölcsőhalál (SIDS) eseteinek 10-20%-a származhat bántalmazásból. A csecsemőkori bordatöréseket, amennyiben nem közlekedési balesetből származnak, bizonyosan bántalmazás okozza.

Mikor gondoljunk gyermekbántalmazásra?

Az apró jelektől kezdve a teljesen egyértelműnek tűnő helyzetekig bármivel találkozhatunk. Eveline C. Louwers részletes tanácsokat ad, mely szempontokra figyeljünk:

- a szülő története nem konzisztens,
- megmagyarázhatatlan késsedelemmel fordultak orvoshoz,
- nem jöhetett létre a sérülés önerőből,
- a gyermek és a szülő közötti interakció nem adekvát, nem felel meg az általában elvárhatónak,
- a fizikális státusz és az anamnézis nem áll összhangban,
- felmerül, hogy az otthoni környezet nem biztonságos.

A baleseti ambulancián számtalan sérüléssel, külsérelmi nyommal találkozunk. Ezek a biciklis eséstől a korcsolyabalesetig sok módon fordulhatnak elő, s vannak köztük olyan sérülések, amelyeknél mindenképpen fel kell merülnön bennünk a bántalmazás lehetősége.

A sérüléseket kiváltó okok lehetnek mechanikaiak és nem mechanikaiak. A mechanikai erőhatás által kiváltott sérülések a következők:

- éles eszköz által okozott sérülés: szúrt, metszett, vágott sebzés (latinul: vulnus punctum, caesum, scissum),
- tompa erőhatás által okozott: horzsolás (abrasio), zúzódás (contusio), repesztett vagy roncsolt sebzés (vulnus contusum, lacerum)
- kevert típusú sérülés: harapott seb (vulnus morsum), lövésű sérülés (vulnus sclopetarium).

A nem mechanikai erő által okozott sérülések eredete a következő lehet:

- elektromos áram,
- villámcsapás,*
- égés,
- fagyás,
- sugárzás,*
- maró szer,
- egyéb toxikus ágens,
- harci gáz.*

* Didaktikai okból soroltuk fel, bár gyermekbántalmazás során nem gyakran várhatók ezek a külső behatások.

Láttelelet

A láttelelet kiállítása általános orvosi kompetencia, az NNK honlapjáról letölthető formanyomtatvány. A láttelelet kiállítása az első ellátó orvos feladata. Fontos, hogy a láttelelet az első orvosi vizsgálat alapján állítsák ki, de magát a látteleletet nem kell „azonnal” a betegellátás során kiállítani.

A látteleletnek tartalmaznia kell:

- sérült személyes adatait,
- a vizsgálat időpontját,
- az előzményeket,
- a panaszt,
- a külsérelmi nyomok pontos leírását,
- a sérült ellátásának menetét,
- a kórismét,
- a gyógyulás várható időtartamát.

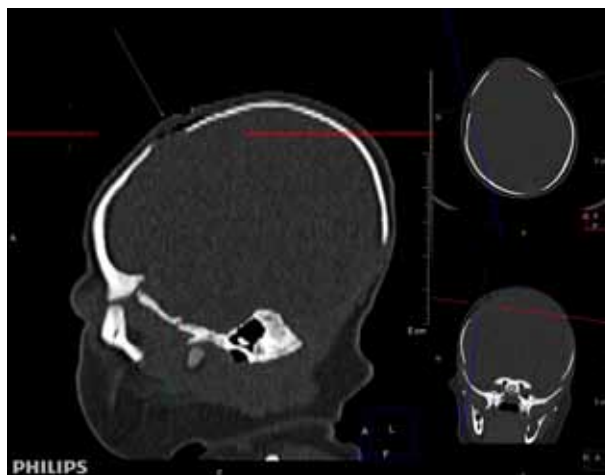
Ezek alapján is egyértelmű, hogy a láttelelet nem feltétlenül tud az első orvosi vizsgálat alkalmával megszületni, hiszen akár több szakma konzíliumára, műtetre, többféle képalkotó vizsgálatra is szükség lehet.

Fontos, hogy a hematóma az idő előrehaladtával változtatja a színét. Az eleinte kékes-lilás beivódás először barnáslila, majd rozsdabarna, később sárgásbarna lesz, legvégül citromsárga. A tompa sérülések esetén fontos, hogy felfigyeljünk megragadási nyomokra (végtagokon, mellkason kisebb gyermekek esetében), speciális sérülésekre. Az égéseknél az égést okozó tárgyak lenyomatait kell keressük: cigarettacsikk, vasaló, hajszítóvas, szivargyújtó. Különleges formája az égésnek a szándékos forrázás: a forró vízbe mártott gyermekek védekezésül felhúzzák a lábukat, így a gluteális tájék, nemi szervek, gát mellett az alsó végtagok disztális része, sarok, talp érintett még. Sajnálatos módon ezeknek a sérüléseknek a mortalitása eléri a 30%-ot. Fojtogatás esetén a kéznyomok, drót, zsinor lenyomata figyelhető meg. Amennyiben hosszabb időn át történt a behatás, az arcon és a sclerán is petechiák jelennek meg. Különleges helyen szerepelnek az állatharapások (3. ábra). A tényleges baleset mellett gyakran fordul elő a gondatlan állattartás is (lásd keretes írásunkat). Mindannyian gyakran találkozunk a pronatio dolorosa infantum jelenségével. Ha egyszer-egyszer fordul elő egy gyermek esetében, érthető, de ha heti rendszerességgel érkezik baleseti ambulanciára, akkor felveti a gondatlanság lehetőségét. Csecsemő-, kisdedkorban kialakult törések esetén mindig eszünkbe kell jusszon a bántalmazás, mint ok! Leggyakrabban a femuron, tibián, humeruson és a koponyán alakulnak ki bántalmazás kapcsán fraktúrák. Ha a röntgenfelvételen különböző elhelyezkedésű, különböző korú, calusszal gyógyuló vagy gyógyult töréseket látunk, rögvést szólaljon meg a vészcsengő! Természetesen a szülő azonnali gyanúsítása előtt érdemes alaposan megvizsgálni a beteget, felvenni a családi anamnézist például osteogenesis imperfectára is gondolván. Izolált törések esetén is vannak speciális radiológiai jelek, melyek felvetik a bántalmazás lehetőségét, ilyen a növekedési zónák közelében kialakuló „corner” és a „bucket-handle” sérülések.

Újszülött kutyaharapása

Újszülött betegünk perinatálisan pneumóniát szerzett, ami miatt neonatológián antibiotikum-kezelésben részesült. A kötelező BCG-oltását megkapta, majd a 13. életnapján otthonába bocsátották. Ott a család másfél éves, oltatlan, csippen sem megjelölt kutyája a hajas fejbőr területén megharapta. Intézetünkbe mentővel érkezett, az elsődleges sebellátás után a seb elhelyezkedésére és a vékony koponyacsontra tekintettel képalkotó vizsgálatot tartottunk indokoltnak. Radiológussal folytatott konzultáció után akut natív koponya-CT-vizsgálat mellett döntöttünk. Sem törés, sem intrakraniális vérzés nem ábrázolódott, de a harapott seb a suturán keresztül a duráig hatolt (1. ábra). Mivel sebészeti ellátást nem igényelt, infektológiai osztályra került a beteg, ahol kombinált antibiotikum-kezelésben részesült. Vakcinológussal folytatott konzultáció után tetanusz-immunglobulinnal elláttuk. Mivel az eb megfigyelhető volt, és a hatósági állatorvos nem észlelt veszélyre utaló tüneteket, lyssaimmunizáció nem vált szükségessé.

1. ábra: 13 napos újszülött koponya-CT-vizsgálati anyaga. Kutya támadta meg, a harapott seb a duráig hatol az egyik suturán keresztül



Bántalmazott gyermek kizárt sérvé?

Egyéves fiú beteget irányítottak vidéki intézményből osztályunkra jobb oldali kizáródott lágyéksérv miatt. Az éjszakai mentős szállítás alatt a laboreredményeket telefonon közölték (még nem volt EESZT), anémiát, illetve megnyúlt alvadási paramétereket jeleztek. A hajnali órákban érkezett gyermeknél testszerte különböző méretű és elhelyezkedésű bőrvérzéseket, hematómákat észleltünk, melyek felvetették a bántalmazás lehetőségét. A jobb inguinális régióban a scrotumba leérő irreponábilis képletet észleltünk (2. ábra). Az ultrahangvizsgálat bevezetett, kizáródott csepleszt tartalmazó sérv lehetőségét vetette fel. A gyermek anamnézisének felvételekor a szülő negatív vérzési anamnézist közölt, de a véralvadási defektus gyanúja miatt célzott laborvizsgálatokhoz mintákat vettünk le a műtét előtt. Sürgős műtét mellett döntöttünk kizáródott lágyéksérv gyanúja miatt, laparoszkópos explorációt végeztünk, mely során jobb oldali zárt inguinális sérvkaput találtunk. Így a látott kép bevezetett scrotumnak imponált. Bántalmazás gyanú miatt készített röntgenvizsgálatok során eltérést nem észleltünk. Posztoperatív észlelt anémia miatt transzfúzió történt. Hematológiai konzílium felvetette a vérékenység lehetőségét, amit az időközben elkészült laboreredmények is alátámasztottak: hemofília A igazolódott. Az ismételt, célzottabb anamnézis felvételekor a szülő már több gyanút keltő tünetet említett, de a látott klinikai kép és a telefonon közölt alvadási eltérések is korábban kellett volna, hogy gyanút keltsenek még bennünk, sebészekben is.

2a ábra: Arcon livid suffusiók



2b ábra: Lábszáron akár megragadásból is származhattak volna a suffusiók



2c ábra: Irreponábilis inguinális képlet, scrotum haematoma, perianális livid, kiterjedt suffusió



Bántalmazás esetén a hasonló megjelenésű képletek a szexuális abúzust is fel kell vessék!

3. ábra: Jobb válltájékot érintő, szerencsére felületes sérülést okozó szamarharapás



A megrázott csecsemők esetében gyakori, hogy rossz állapotú beteg érkezik a sürgősségi ellátásra. Nem észleltünk külsérelmi nyomot, és csak a kivizsgálás esetén az akut koponya-CT igazolja a sérülést. Ilyenkor a hídvénák szakadnak el, ami kiterjedt vérzést okoz.

A szexuális abúzus az egyik legnehezebben felismerhető gyermekbántalmazási forma. Hazánkban is egyre több eset kerül napvilágra, akár évtizedes távlatokból. Mind pszichés, mind testi gyanújelei vannak. Gyermeksebészként alapvetően a szexuális visszaélések fizikális tüneteivel találkozunk. A perianális, gáttájéki sérülések, különösen egy csecsemő esetében, mindig gyanúsak kellenek hogy legyenek. A tátongó ánuszníylás, krónikus sebek, felmaródások, perianális kondilóma esetén minden esetben el kell indítani a jelzést és az alapos kivizsgálást! A genitoanális régió viszketése, érzékenység, diszuria is gyanújel lehet. Főleg kisebb, prepubertás kori gyermekek esetében a húgyútban, vaginában és végbélben levő idegentestek eltávolításán túl az eset alapos kivizsgálása indokolt. Nem kérdés, hogy minden nemi úton terjedő be-

tegség esetén alapvető a szexuális abúzus lehetőségének vizsgálata. Egyre több fiatal-, illetve kiskorú gyermek terhességével találkozunk. Az akut hasi panaszok esetén differenciáldiagnosztikai kérdéssé vált a napi gyakorlatunkban. Ha életkor szerint próbáljuk csoportosítani a szexuális visszaélések gyanújeleit, a következő felsorolást állíthatjuk fel:

- **Kisdedkorban:**
 - alvászavar,
 - étvágytalanság,
 - ismeretlen eredetű vérzés, folyás,
 - nemi úton terjedő betegség (STD),
 - genitoanális viszketés,
 - éjjeli bevizelés;
- **Pubertásban:**
 - aszociális magatartás,
 - iskolakerülés,
 - fejfájás,
 - visszatérő hasi fájdalom,
 - epileptoid rosszullet,
 - provokáló szexuális magatartás,
 - súlyos pszichés tünetek.

Összefoglalás

A gyermekek ellen elkövetett fizikai, pszichés és szexuális visszaélések sajnos napjainkban is velünk vannak. Tartanak nyitva a szemünket, gondoljunk bántalmazásra! Fontos,

hogy megfelelő jelzéseket tegyünk a megfelelő társszerveknek. Ne féljünk akár kórházba irányítani a beteget, felvenni a fogadó osztály orvosával a kapcsolatot, jelezni, hogy bár a beteg fizikális állapota nem indokolja a kórházi felvételt, a körülmények gyanúsak. Ideális esetben a gyermeket gyermekgyógyász, gyermeksebész, szükség esetén gyermeknőgyógyász, bőrgyógyász, szociális munkás és pszichológus várja a fogadó intézetben. De az lenne a legjobb, ha ilyen ellátásra soha senkinek nem lenne szüksége.

További információk és a részletes szabályozás az alábbi jogszabályokban található:

- 47/2004. (V. 11.) ESZCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről;
- 284/1997. (XII. 23.) rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról;
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről;
- 23/2003. (VI. 24.) BM-IM együttes rendelet a belügyminiszter irányítása alá tartozó nyomozóhatóságok nyomozásának részletes szabályairól és a nyomozási cselekmények jegyzőkönyv helyett más módon való rögzítésének szabályairól;
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

In memoriam Dr. Kis Imre



Dr. Kis Imre
(1958–2023)

Cegléden született pedagóguscsaládban, szülei egy Jászkarajenő melletti tanyán éltek és tanítottak. Cegléden érettségizett 1976-ban, 1983-ban szerzett orvosi diplomát a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. Orvosi munkáját a Miskolci Megyei Kórház Gyermekgyógyászati Központjában kezdte, 1988-ban szakvizsgázott csecsemő- és gyermekgyógyászatból. Ezután egy évig Egercsehiben dolgozott házi gyermekorvosként.

Tokajban 1989-ben telepedett le családjával, s haláláig ott dolgozott. Hét gyermeket neveltek feleségével: Virágot,

Annát, Borit, Katát, Veronikát, Imrét, Botondot, közülük ketten szintén az orvosi pályát választották. A városban és a környező falvakban is nagy népszerűségnek örvendett, jó kedvű, humoros, közvetlen ember volt. Munkáját nagy szeretettel, elhivatottsággal és odaadással végezte.

1994-től tagja volt a Magyar Máltai Szeretetszolgálatnak, 2002-től a miskolci területi központ vezetőjeként dolgozott. 2010-ben két alkalommal is részt vett afrikai orvosmisszióban Maliban és Madagaszkáron.

Aktív, tevékeny társadalmi életet élt, több ciklusban tagja volt a városi képviselőtestületnek, a római katolikus közösség egyháztanácsának, a városi vegyeskarnak. Keresztény volt, és magyar, a nemzeti kultúra és hagyományok tisztelője.

Teljes életet élt, s fájó úrt hagyott maga után. Tragikus halála valamennyiünket megrázott.

Nyugodjon békében, emléke tovább él bennünk!

Dr. Kovács Éva

Gyermekek és serdülők egészsége Európában: tovább a 2030-as célok felé

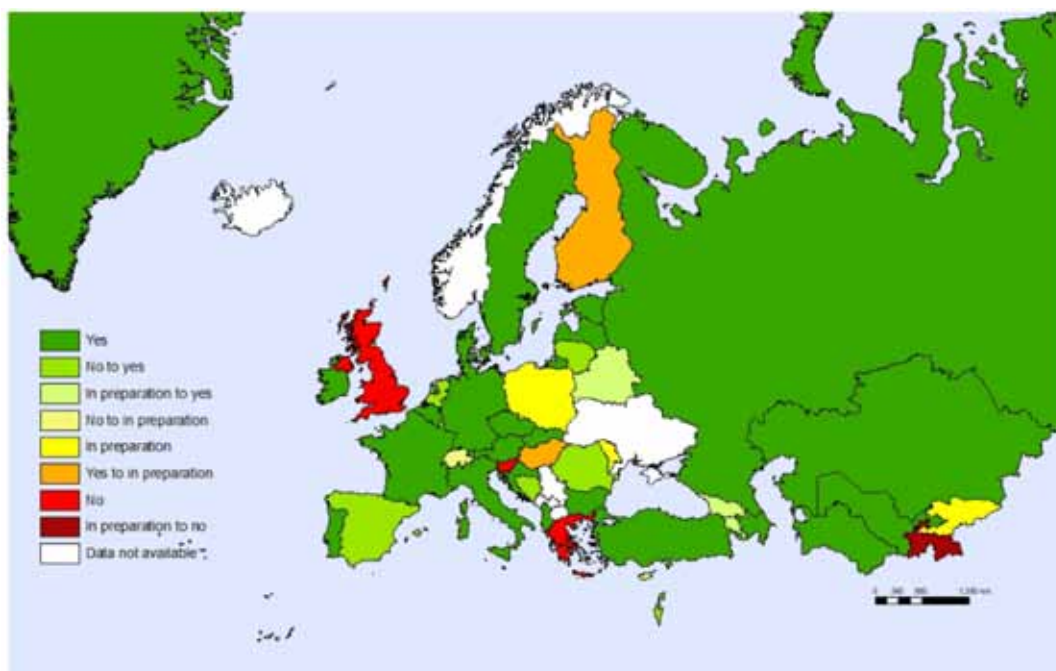
Referátum

Park M., Budisavljević S., Alemán-Díaz A. Y., Carai S., Schwarz K., Kuttumuratova A., Jobe L. B., Hülsen V., Lee Y. E., Scott E., Whitehead R., Weber M. W.: Child and adolescent health in Europe: Towards meeting the 2030 agenda

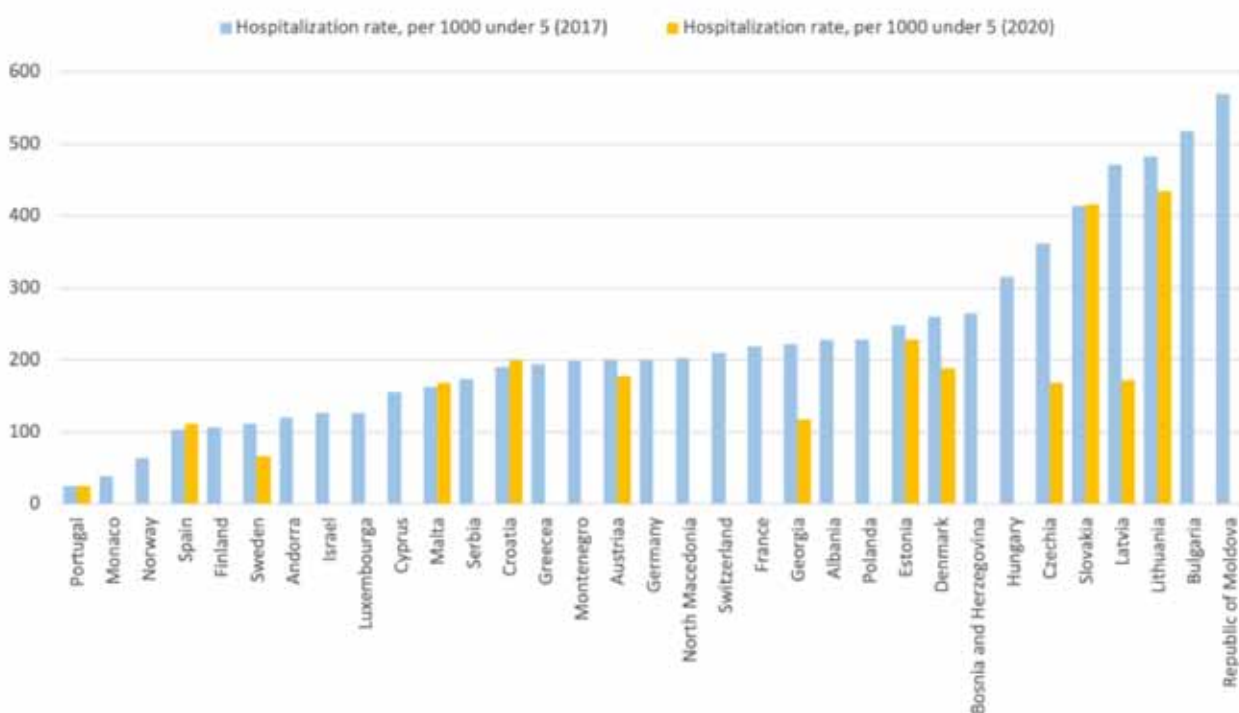
A gyermek- és serdülőkor éve meghatározzák, hogy a további életünket egészségben töltjük-e el. Az utóbbi évtizedben a gyermek- és serdülőkor egészsége mind Európában, mind világszerte egyre több figyelmet kapott. 2014-ben a WHO európai régiójának 53 tagállama elfogadta az erre vonatkozó második stratégiát *Befektetés a gyermekekbe – Európai gyermek- és serdülőegészségügyi stratégia 2015–2020* címmel.^[1] A stratégiában megfogalmazott célok nyomán követését a tagállamok végezték el, az első vizsgálat 2017-ben, a második 2020-ban zajlott. A WHO felkérte az 53 tagállam egészségügyi minisztériumait, hogy végezzék el a vizsgálatot, 45 országból érkezett válasz. (Hazánk is elküldte a vizsgálat eredményeit. Az alábbiakban néhány témát kiemelünk.)

Az európai régió országaiban különböző rendszerekben – házi orvosi, házi gyermekorvosi és vegyes rendszerben – végzik a gyermekek és serdülők elsődleges egészségügyi ellátását. A jelentések szerint 15 országban (33%) gyermekorvosok végzik az egészséges gyermekek szűrővizsgálatát, és 17 országban (38%) ők látják el a beteg gyermekeket. A serdülőkorúak esetében 17 országban (38%) a házi orvosok végzik a preventív szűrővizsgálatokat, és 19 országban (42%) ők látják el a beteget. A komplex gondozási igényű gyermekek esetében 25 ország (58%) számolt be arról, hogy vegyes ellátást biztosít, melyben különböző szakorvosok mellett közösségi és iskolai nővérek is részt vesznek.

1. ábra: 45 országból 41-ben készült, készül gyermek-egészségügyi stratégia



2. ábra: Az öt év alatti gyermekek kórházi kezelési aránya országoként jelentős eltérést mutat



A legtöbb országban (67%) nem tekintették problémának a gyermekek vagy serdülők szükségtelen kórházi kezelését.

A kizárólagos szoptatás aránya a WHO európai régiójában a legalacsonyabb, 25%-os. Mindössze 24 ország (53%) számolt be arról, hogy a szüléstől számított egy órán belül mellre teszik az újszülöttet.

A serdülők mentális egészségét a tagállamok 89%-ában tekintik jelentős problémának, azonban hiányoznak az országos szintű adatok a mentálhigiénés mutatókra vonatkozóan. Az országok 71%-a kínált közösségi alapú korai intervenció programokat azon fiataloknak, akik súlyos mentális egészségi probléma első epizódját élik át.

A legtöbb országban (82%) folyik iskolai szexuális nevelés, de csak 26 ország gyűjtött információkat a serdülők szexuális ismereteiről. 32 ország számolt be arról, hogy a 18 év alatti serdülők szülői beleegyezés nélkül is hozzáférhetnek fogamzásgátlóhoz, de csak 23 ország gondoskodik ingyenes sürgősségi fogamzásgátlásról a serdülők számára. 34 országban orvosi felírás nélkül nem adhatnak ki fogamzásgátlót vagy sürgősségi fogamzásgátlást az iskolai nővérek. A szexuális úton terjedő fertőzések diagnosztikai vizsgálata az országok 71%-ában ingyenesen elérhető serdülőknek.

Az európai régióban jelentős haladás ment végbe az utóbbi években, azonban néhány területen – gyermekkori túlsúly és elhízás, serdülők mentális egészsége, szoptatási arány – még mindig sok a teendő. Bár 41 tagállamban készítették

és fogadtak el országos gyermek-egészségügyi stratégiát, mindössze 8 országban vonták be a gyermekeket a stratégia fejlesztésébe és felülvizsgálatába. Az országok kétharmadában van iskolai egészségvédelmi stratégia vagy egészségnevelési tanterv. Az országok egyharmadában nincs olyan törvény, mely tiltja az egészségtelen ételek, italok árusítását gyermekeknek. A legtöbb országban végeznek rutinméréseket a gyermekek fejlődési nehézségeire vonatkozóan. Nagy hiányosságok vannak a migráns gyerekekre vonatkozó adatgyűjtésben. A kisgyermek kórházi kezelésének aránya a régióban nagy változékonyságot mutat, ami bizonyos országokban a kórházi kezelés túlsúlyára, illetve a területi ellátáshoz való hozzáférés nehézségeire utal. Csak 10 országban engedélyezik a megfelelően érett, de évei száma alapján kiskorúnak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést szülői beleegyezés nélkül. 11 országban teszik lehetővé, hogy az iskolai nővérek fogamzásgátlót adjanak a serdülőknek orvosi rendelvény nélkül.

Ez a dokumentum bemutatja a gyermekek és serdülők egészsége terén az európai országokban 2020-ig elért fejlődést, továbbá azokat a kulcsfontosságú területeket, ahol vannak még teendők. A felmérés az ukrajnai háború és a COVID19-világjárvány előtt készült. Sajnos mindkettő súlyosbítja a problémákat, és valószínűleg visszafordít néhány kedvező folyamatot. Ezeket a körülményeket is figyelembe véve kell további erőfeszítéseket tennünk, hogy a 2030-as iránycélok megvalósuljanak.

Felmérés az IMD felismeréséről és kezeléséről

Referátum

Hovmand N., et al.: Nonspecific symptoms dominate at first contact to emergency healthcare services among cases with invasive meningococcal disease. BMC Family Practice, 2021 22:240

Az invazív meningococcusfertőzésben szenvedő betegek jellemzően nem specifikus tünetekkel jelentkeznek a sürgősségi betegellátóknál.

Az invazív meningococcusfertőzéssel (IMD) kapcsolatos szakirodalom főként az antibiotikum-kezelés időzítésére koncentrált, kevés adatunk van a betegek első ellátás során dokumentált tüneteivel és a prehospitális ellátással kapcsolatban. A tünetek közül a tanulmányok a lázat, a kiütéseket vagy a meningeális tüne-

teket vizsgálják, a ritkábban észlelt korai tüneteket, mint például a gyerekeknél a lábfájdalmat, a felnőtteknél nem vizsgálták.

Az IMD a hatékony, széles körben elérhető terápia ellenére világszerte jelentős terhet ró az egészségügyre. A szeepszis képében megjelenő IMD sokkal súlyosabb lefolyású, mint a meningitisz. A meningococcussepszis klasszikus tünetei közé tartozik a petechiák megjelenése, azonban a betegség korai tünetei általában nem specifikusak, ez a korai diagnózis felállítását megnehezíti, ami a következményes egészségkárosodás és halál esélyének növekedéséhez vezet akár néhány óra leforgása alatt. A korai kezelés megkezdéséhez az IMD korai tüneteinek ismerete szükséges.

Dánia fővárosa és agglomerációs területének sürgősségi betegellátó protokollja alapján amennyiben a beérkező telefonhívás során (akár a segélyhívó vonalon, akár az egészségügyi tanácsadó vonalon) az ellátóban felmerül IMD gyanúja, azonnal mentőegységet és orvost küld a helyszínre, hogy a beteg minél hamarabb antibiotikum-kezelésben részesülhessen.

A cikkben az IMD-esetek sürgősségi betegellátás során észlelt tüneteit dolgozták fel egy Dánia fővárosi régióját érintő, retrospektív, megfigyelésen alapuló tanulmányban, amely a 2016. január 1-jétől 2020. december 31-éig tartó időszakot ölelte fel. A betegeket az elektronikus egészségügyi adatbázisban fellelhető meningitisz-BNO-kódok alapján és a meningococcusfertőzés liquorból vagy bármely szövetből végzett mikrobiológiai azonosítása alapján válogatták ki. Az adatokat a sürgősségi telefonhívásokból, a sürgősségi ellátás dokumentációjából és az elektronikus egészségügyi adatokból gyűjtötték, a szerocsoportokat és a fertőzések helyét a mikrobiológiai laborok adatbázisából azonosították. Összesen 1527 esetet azonosítottak BNO-kódok és mikrobiológiai mintavétel alapján, amelyből 43 esetben igazolódott IMD. 5 eset kapcsán nem történt sürgősségi telefonos konzultáció, ezért a tanulmányban 38 esetet dolgoztak fel. 35 esetben tenyésztéssel, 3 esetben PCR-vizsgálattal igazolódott az IMD.

1. táblázat: A vizsgált esetek részletei

	Összes N = 38	Életkor < 18 év N = 17	Életkor ≥ 18 év N = 21	p-érték
Életkor				
Medián (interkvartilis tartomány)	20 (5 és 61)	3 (1 és 16)	60 (37 és 77)	
Nem				< 0,01
Nő	16 (42%)	2 (12%)	14 (67%)	
Férfi	22 (58%)	15 (88%)	7 (33%)	
A fertőzés lokalizációja				
Meningitisz	8 (21%)	5 (29%)	3 (14%)	0,43
Meningitisz és szeepszis	10 (26%)	5 (29%)	5 (24%)	0,72
Szeepszis	20 (53%)	7 (41%)	13 (62%)	0,32
Szerocsoport				
B	12 (32%)	8 (47%)	4 (19%)	0,09
C	5 (13%)	2 (12%)	3 (14%)	1
W	10 (26%)	2 (12%)	8 (38%)	0,14
Y	8 (21%)	3 (18%)	5 (24%)	0,71
Ismeretlen	3 (8%)	2 (12%)	1 (5%)	0,58
A megbetegedés éve				
2016	8 (21%)	2 (12%)	6 (29%)	0,26
2017	8 (21%)	4 (24%)	4 (19%)	0,69
2018	11 (29%)	8 (47%)	3 (14%)	0,02
2019	8 (21%)	2 (12%)	6 (29%)	0,26
2020	3 (8%)	1 (6%)	2 (10%)	1
Egészségügyi szolgálat				0,08
112-es segélyhívó	13 (34%)	3 (18%)	10 (47%)	
1813-as egészségügyi tanácsadó vonal	25 (66%)	14 (82%)	11 (53%)	
30 napos mortalitás				0,31
Túlélés	34 (89%)	14 (82%)	20 (95%)	
Exitus	4 (11%)	3 (18%)	1 (5%)	

Az esetek egyenletesen oszlottak el a vizsgált öt évben, kivéve 2020-at, akkor kevesebb esetet diagnosztizáltak. A mediánéletkor 20 év volt, és a betegek közül 22 (58%) volt férfi. 20 betegnek (53%) volt szepszise, 8 esetben (21%) észleltek meningitist, és 10 esetben (26%) szepszist és meningitist. 12 esetben (32%) a B, 5 esetben (26%) a C, 10 esetben (26%) a W, 8 esetben (21%) az Y és 3 esetben (8%) ismeretlen szerotípus volt a kórokozó. A gyermekek fertőzéséért a B, a felnőttek megbetegedéséért a W szerocsoport volt leggyakrabban a felelős (1. táblázat).

A 18 éves kor alatti betegek többsége férfi volt, a 18 év feletti betegek között több volt a nő. A telefonhívások során minden esetben legalább egy tünetet megemlítettek, vagy rákérdezés során igazolódott, azonban egy esetben sem volt jelen minden tünet. A leggyakoribb tünetnek a láz (30 esetből 28 alkalommal) és a gyengeség (23 esetből 20 alkalommal) bizonyult. Az IMD-re vagy meningitiszre jellemző tünetek előfordulása alacsonyabb volt az első észleléskor: fejfájás (12/14), módosult tudatállapot (10/26), lábfájás (9/10), kiütés vagy petechia (9/18), tarkókötöttség (4/12), fotofóbia (1/1). A gyermekek és serdülők körében a betegség gyakrabban jelentkezett lázzal és kiütéssel-petechiákkal, a felnőttek esetében pedig gyakoribb volt a nehézlégzés (2. táblázat).

18 megkérdezett betegből 9 esetében fordult elő láz és kiütés-petechia, és 8 megkérdezett betegből 2 esetében volt jelen a láz, fejfájás és tarkókötöttség együtt. A tünetek közül a legszorosabb korrelációt a fejfájás és a hányás, a nehézlégzés és a mellkasi fájdalom, illetve a gyengeség és a módosult tudatállapot között észlelték.

A 38 telefonos konzultáció közül 8 esetben merült fel IMD gyanúja. A 8 beteg orvosi vizsgálaton esett át, ezt követően négy

beteg részesült prehospitalis antibiotikum-kezelésben, 3 beteget kórházba szállítottak, egy beteg otthonában maradt. Az IMD-re nem gyanús esetek egyikében sem történt a kórházi felvételt megelőzően antibiotikus kezelés. Az első telefonhívástól számítva minden esetben 12 órán belül felvették a beteget kórházba.

A prehospitalis antibiotikum-kezelésben nem részesült 34 esetből 10-nél a kórházi vizsgálat során felmerült IMD gyanúja, ezért az első ellátástól számított 2 órán belül megkezdtek az adekvát antibiotikus kezelést. A fennmaradó 24 esetből 10 betegnél IMD-re nem specifikus antibiotikum adását követően átlag 31 óra múlva került sor a megfelelő antibiotikus kezelés megkezdésére, közülük 1 beteg exitált. A többi 13 beteg adekvát kezelésének megkezdésére átlag 4,5 óra múlva került sor megelőző antibiotikum-terápia nélkül. Ebből a csoportból 2 fő, az antibiotikus kezelés megkezdése előtt pedig további 1 beteg exitált.

A 30 napos mortalitás 11% (4/38) volt, mind az első konzultációt követő 24 órán belül.

Az IMD-esetek korai felismerése nehézségekbe ütközött a beteg első ellátásakor a szerteágazó és nem specifikus tünetek miatt. A leggyakrabban észlelt tünet a láz volt, és az IMD-re specifikus tünetek kevésbé voltak jelen vagy kerültek látótérbe az első kikérdezéskor. A tünetek életkorfüggő variációja egy életkor-specifikus kikérdezés fontosságát vetheti fel. A lázas betegknél minden esetben rá kell kérdeznünk olyan specifikus tünetekre, mint a kiütés, a fejfájás, a tarkókötöttség és a kifejezett lábfájdalom. A 18 év alatti lázas és kiütéses betegek, az idősebb korosztálynál pedig a nehézlégzéssel jelentkező betegek kifejezett figyelmet igényelnek, bár ismeretes, hogy ezek a tünetek gyakran társulnak más kórképekhez is.

További vizsgálatok szükségesek az IMD korai felismerését segítő tünetek azonosítása érdekében. A lázas gyermek ellátásakor kevés esetben merül fel IMD vagy BM előfordulása, antibiotikumot prehospitalisan csak azokban az esetekben adnak, amikor a meningitisz vagy szeptikémia biztosnak tűnik. A prehospitalis antibiotikum-kezeléssel kapcsolatban ellentmondó vizsgálatok jelentek meg korábban, azonban a legutóbbi tanulmányok megerősítik a feltételezést, miszerint az első ellátáskor beadott antibiotikum biztonságos, és az IMD-halálozás esélyét kedvezően befolyásolja. Fontos, hogy a lázas betegek első ellátásakor az egészségügyi ellátó személyzetben felmerüljön az IMD gyanúja. Azokat a lázas betegeket, akiknél nem merül fel IMD valószínűsége, tájékoztatni kell a jellemző tünetekről és arról, hogy állapotromlás esetén ismét keressék fel az egészségügyi szolgálatot. Egy tanulmány szerint az IMD-vel diagnosztizált gyerekek szülei gyakran észlelték, hogy gyermekük viselkedése vagy a betegség lefolyása különbözött a korábbi megbetegedéseknél megfigyelttől, ezért fontos az ellátás során a szülők észleléseinek figyelembevétele.

2. táblázat: A 38 telefonhívás során észlelt tünetek

Tünetek (megemlített és rákérdezés során igazolódott)	p-érték				
	Összes eset N = 38	Kor < 18 év N = 17	Kor ≥ 18 év N = 21	A megkérdezettek közül észlelte	Az összes beteg közül észlelte
Láz	28/30	16/17	12/13	1	0,01
Gyengeség	20/23	11/14	9/9	0,25	0,21
Fejfájás	12/14	6/8	6/6	0,47	0,73
Hányás	12/18	6/9	6/9	1	0,73
Felső légúti tünetek	10/16	5/8	5/8	1	0,73
Nhézlégzés	10/19	1/5	9/14	0,14	0,01
Módosult tudatállapot	10/26	5/13	5/13	1	0,73
Lábfájdalom	9/10	4/5	5/5	1	1
Kiütés, petechia	9/18	9/15	0/3	0,21	< 0,01
Remegés, görcs	7/7	2/2	5/5	1	0,43
Hasmenés	6/7	2/2	4/5	1	0,67
Tarkókötöttség	4/12	3/9	1/3	1	0,31
Mellkasi fájdalom	3/6	0/0	3/6	1	0,24
Hasi fájdalom	3/6	0/1	3/5	1	0,24
Vizelet mennyiségének csökkenése	2/6	0/3	2/3	0,4	0,49
Fotofóbia	1/1	1/1	0/0	1	0,45
Légúti elzáródás veszélye	1/4	0/1	1/3	1	1
Sztróktünetek	1/4	0/0	1/4	1	1

Dr. Szlivka Gabriella | házi gyermekorvos, Alsónémedi

EKG - igen!

Házi gyermekorvosként sokszor megfordul a fejünkben, hogy szükségünk van-e EKG-ra a rendelőben. Hiszen a készülék nem tartozik a kötelező eszközök közé, nincs rá olyan mértékben szükségünk, mint egy felnőttkörzetben. Úgy gondolom, hogy igen, szükségünk van rá. Az alábbi esetbemutatóval szeretném ezt alátámasztani.

A hosszú QT szindróma az EKG-n látható QT-szakasz megnyúlásában nyilvánul meg. Mivel a QT-szakasz hossza frekvenciafüggő, helyette korrigált értéket számolunk a pulzusnak megfelelően (QTcB, Bazett-képlet: $QTc = QT / \sqrt{RR}$). Hosszú QT szindrómáról beszélünk férfiaknál 440, nőknél 460 milliszekundumnál hosszabb QTcB-szakasz esetén. 500 milliszekundumnál hosszabb QTcB-idő esetén a hosszú QT szindrómánál előforduló torsades de pointes (TdP) esélye megkétszereződik.

A hosszú QT szindróma lehet primer és szekunder. A primer formákat a káliumion-csatornák (LQT1, LQT2) kórosan csökkent működése, illetve a nátriumcsatorna (LQT3) kórosan fokozott működése okozza. A primer hosszú QT szindróma örökölhető autoszomális domináns (Romano–Ward-szindróma), illetve autoszomális recesszív módon (Jervell–Lange-Nielsen-szindróma). A szekunder formákat a genetikailag érzékeny egyéneknél a táblázatban felsorolt ágensek provokálhatják.^[4]

A QT-szakasz megnyúlását előidéző gyógyszerek és egyéb tényezők
Cisaprid
Antipszichotikumok (haloperidol)
Antidepresszánsok (tricyklikus antidepresszáns, szerotonin-antagonista)
Antihisztaminok
Antibiotikumok
eritromicin
Bactrim
Ciprofloxacín
Klaritromicin
Kardiovaszkuláris szerek
Amiodaron
Szotalol, kinidin
Furoszemid (K ⁺ ↓, Mg ⁺ ↓)
Doppingszerek
Táplálékkiegészítők
Káliumcsatorna blokkolása
Hipokalcémia

A QT-tartam magában foglalja mind a depolarizációs, mind a repolarizációs folyamatokat. A Q-hullám a kamrai depolarizációt, a T-hullám a repolarizációt tükrözi. A kamrai depolarizáció a gyors nátriumion-beáramlás, a befelé irányuló nátriumion-áram következménye, az EKG-n ezt a QRS-tartam jelzi. A repolarizáció igen bonyolult, több ionáram egymás utáni vagy egyidejű működésének az eredménye. A kezdeti repolarizációért a kifelé irányuló átmeneti káliumion-áram, a platófázisért a befelé irányuló lassú kalciumion-áram a felelős. A repolarizáció további, legnagyobb részét a kifelé irányuló késői egyenirányító káliumion-áram gyors és lassú komponense határozza meg, végül a repolarizáció végső szakaszáért és a nyugalmi potenciálért a befelé egyenirányító káliumion-áram a felelős. A fenti ionáramok részvétele a repolarizáció kialakításában igen eltérő lehet az egyes szívrészekben (pitvar, kamra). A QT-tartam meghosszabbodása nem kizárólagos jele a repolarizációs fázisra történő hatásoknak, mert a kamrai ingerületvezetés sebessége szintén befolyásolja ezt a paramétert. Az antipszichotikumok okozta, sokszor fatális ritmuszavar mechanizmusának hátterében a gyógyszerek által a szív késői egyenirányító káliumion-csatornájára gyakorolt gátló hatás áll.^[1, 2]

A szerzett hosszú QT szindróma legfontosabb kérdése, hogy mely betegeknek jelentkezhethet nagyobb valószínűséggel az életet veszélyeztető torsades de pointes ritmuszavar. A TdP egy speciális polimorf kamrai tachycardia, ahol a QRS-ek tengelyállása fokozatosan 180 fokos csavart írt le. Az ágy mellett azonnal értékelhető EKG-eltérések segíthetnek a magas rizikójú betegek kiszűrésében. A diagnózist megerősítheti a genetikai vizsgálat, amely azonban hazánkban egyelőre nem tartozik a könnyen elérhető vizsgálatok közé. Az LQTS TdP-re hajlamosító legfontosabb három EKG-jele: a QT-idő több mint 600 milliszekundum; a QTc-idő több mint 500 milliszekundum; a T-hullám trifázisos, magas késői komponenssel. Ezek az EKG-jelek azért fontosak, mert felhívják a figyelmet, hogy a stabil klinikai állapot ellenére sürgős pacemaker-beültetés szükséges a malignus kamrai ritmuszavar megelőzése érdekében.^[2] Szekunder LQTS esetén a QT-szakasz megnyúlását okozó gyógyszer elhagyása az elsődleges feladat.

Esetbemutató

D. N. 2 éves korában örökbefogadott kisfiú, családi és korai fejlődésbeli anamnézise ezért hiányos. Amit biztosan tudunk, hogy 38. gesztációs héten sectio caesareaval jött a világra. A kórházból rögtön nevelőszülőkhöz, 2 éves korában örökbefogadó szülőkhöz került. Családba kerüléskor a zárkózott, szótlan kisfiú fejlődése hamarosan felgyorsult. Közösségbe

3 évesen kezdett járni, gyorsan beilleszkedett. Magatartászavarai miatt az óvónőkben felmerült a figyelemzavar gyanúja, de részletes kivizsgálás nem történt. Fentiek miatt óvodában pszichológus több évig foglalkozott vele. Iskolában magatartászavarai a fejlesztőpedagógus munkájának köszönhetően enyhültek, tanára elindította a pedagógiai szakvizsgálati kivizsgálását. Praxisombba N.-t 9,5 éves korában jelentette be édesanyja. Javaslatomra pszichiátriai kivizsgálás történt ADHD irányában, KITAP és Piéron-teszt alátámasztotta a diagnózist. A Ritalin beállításának hatására N. viselkedése sokat javult. A gyógyszermentes állapotban készült EKG az 1. ábrán látható.

D. N.-nél 10 milligrammos Ritalint alkalmaztunk, mellette jól volt. Növekedése miatt azonban emelni kellett az adagját, a nyújtott hatású Ritalin nem vált be, pszichiáter többszöri gyors hatású gyógyszer használatát javasolta. Az ekkor készült EKG már felvetette a hosszú QT gyanúját, D. N. kardiológiai gondozásba került. A Ritalin alkalmazása melletti EKG-t a 2. ábra mutatja.

Mivel a kardiológiai vizsgálaton a többször végzett 24 órás EKG-n csak néhány VES látszott, a Ritalin használatának nem volt ellenjavallata. A Holter-monitorizálás ideje alatt kevés sporadikus korai kamrai ütéstől és egy rövid trigeminsorozattól eltekintve végig sinusritmus látható. Ritmuszavar, kóros ST, T-változás a 24 óra alatt nem jelentkezett. A panaszos időszakokban ritmuszavar nem volt regisztrálható. A vizsgált időszakban ritmuszavar, illetve ST-T eltérés nem észlelhető. A szakvélemény szerint szignifikáns ritmuszavar a vizsgált időszakban nem jelentkezett, metilfenidátkezelésnek kardiológiai kontraindikációja nincs. A 2-2-0 darab 10 milligrammos Ritalin tabletta használata mellett készült EKG-t a 3. ábra mutatja be.

Mivel a Ritalin nem bizonyult elég hatásosnak, a pszichiáter gyógyszerváltás mellett döntött. Atomoxetin fokozatosan emelkedő adagban lett beállítva. Bevezetésével azonban a gyermeknél bizonytalan gyengeséggel járó rosszulletek ala-

kultak ki. Emiatt sürgősséggel EKG-vizsgálat történt. A felvételen számtalan VES látszott, amit a 4. ábra mutat meg.

Kardiológussal folytatott telefonos konzultációnak megfelelően azonnal leállítottam az atomoxetint, kardiológiai vizsgálatra 6 nap múlva kapott időpontot a beteg. A 3 nappal később készült EKG az 5. ábrán látható.

Néhány nap múlva sor került a kardiológiai vizsgálatra. Mind az EKG, mind az UH rendben volt. A pszichotróp gyógyszereket a pszichiáter leállította. D. N. 3 napos Holter-vizsgálatra kapott időpontot.

Áttekintve a szakirodalmat, számos vizsgálat történt az atomoxetin kardiológiai mellékhatásainak tisztázására.^[10] Ezekben nem találtak a QT-idő szignifikáns növekedésére utaló eltérést, a QT-idő csak az atomoxetin extra magas vérplazma-koncentrációja esetén kezdett emelkedni. Bizonyítottan csak a pulzusszámot és a vérnyomást emelte.^[5, 6, 7] Nem tudhatjuk azonban, hogy kinél áll fenn a részleges genetikai eltérés, a hajlam arra, hogy bizonyos gyógyszerek fokozottan fejtik ki a szív késői egyenirányító káliumion-csatornára gyakorolt gátló hatást. Az esetemhez hasonló eltéréstől két prezentációt találtam. Az első esetben szintén ADHD atomoxetinnel való kezelése kapcsán jelentkeztek a gyermek rosszulletei – itt kollaptiform rosszulletek világítottak rá a hosszú QT megjelenésére.^[8] A másik esetben atomoxetin hatására LQTS és takocubo-kardiomiopátia alakult ki.^[9] Mindkét gyermek állapota teljesen rendeződött a gyógyszer elhagyására.

Az LQTS-betegek genetikai vizsgálata Magyarországon nehezen elérhető, azonban sikerült D. N. kivizsgálását a Semmelweis Egyetem Genomika Medicina és Ritka Betegségek Intézeténél elindítanom. A genetikai vizsgálathoz a mintát külföldre küldik, eredmény hónapok múlva várható.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

**1. ábra: A felvételen a sinusritmus fr 77/min, normál PQ, QRS, ST, T látható.
A QT-idő 390 ms, a QTcB-idő 440 ms**



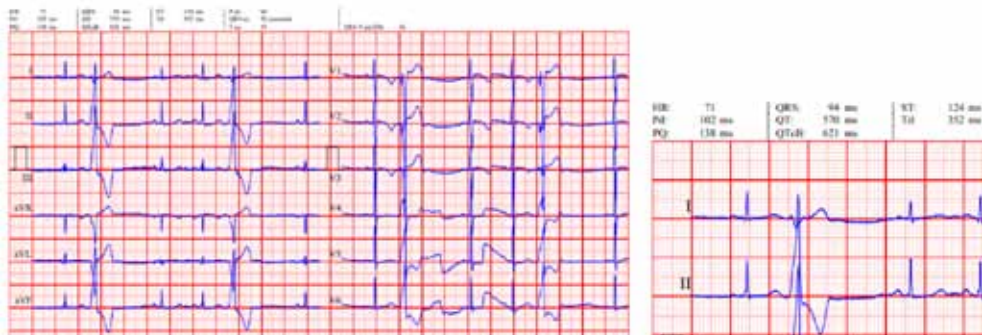
2. ábra: Az EKG-felvételen a sinusritmus fr 68/min, a PQ 160 ms, a QRS 132 ms, a QT 440 ms, a QTcB 480 ms (utóbbi kettő mérve, nem gépi adat). A páciens vérnyomása és pulzusa mindvégig normál tartományban mozgott



3. ábra: Sinusritmus mellett már észlelhetők a VES-ek. A QT-ideje 470 ms, a QTcB ideje 457 ms



4. ábra: Nyugalomban minden harmadik ütés VES, tripletek láthatók, a QT-ideje 480 ms, a QTcB-ideje 560 ms volt mért adatok alapján



5. ábra: Visszaállt a sinusritmus, a PQ 148 ms, a QRS 92 ms, a QT 408 ms, a QTcB 452 ms



A gyermekkori végbélelőesésről röviden

Minden akut ellátásban részt vevő (gyermek)orvos-, alapellátó orvoskolléga találkozott már rémült szülővel, aki gyermeke prolapsált végbelével rohant be kétségbeesve a rendelésre. Amennyire ijesztőnek tűnik a kórkép, annyira egyszerű és egyszeri lehet többségében.

Beosztás, osztályozás

Részleges prolapsus esetén csak a mucosa bukik elő. Ez általában rövid szakasz, körülbelül 2 centiméteres. Teljes prolapsus esetén a rectum teljes vastagságával előesik, ami hosszabb is lehet, akár 5 centiméteres.

Etiológia

Bizonyos ritka anatómiai eltérések, variációk esetén gyakoribb lehet a végbélelőesés. A leggyakoribb predisponáló tényezők közé tartozik a megemelkedett hasúri nyomás, hasmenéssel járó betegség. Emelkedett hasúri nyomás hátterében állhat székrekedés, krónikus és erőteljes köhögés, nagymértékű hányás, hasi daganat. Krónikus obstipáció esetén a régóta zajló laxatív kezelés mellékhatása is okozhat rectalis prolapsust. Saját klinikai gyakorlatunkban az akut hasmenéses betegségekhez társuló esetekkel találkozunk leggyakrabban. A cisztás fibrózisra minden ismétlődő végbélelőesésben szenvedő gyermeknél gondoljunk! Hazánkban szerencsére ritkán fordul elő malnutrició, de erre is gondoljunk! A medencefenék-izomzat gyengesége neurológiai kórképekhez társulva fordulhat elő (myelomeningocele, tethered cord, Hirschsprung-betegség stb.). Ritkábban okozhatja polipoid képlet, colitis ulcerosa miatti pseudopolyposis.

Kivizsgálási algoritmus

Alapvető a gondos anamnéziszfelvétel. Keresnünk kell a hétköznapi okokat, mielőtt felesleges vizsgálatokat végeznénk. Az anamnézis felvételénél nagy segítséget jelenthet a Krukenberg-kérdőív kitöltése (lásd: Gyermekkori végbél-, gát- és keresztcsonttájéki eltérések a gyermeksebész szemszögéből, Hírvivő 2021/3.).

Lényeges a fizikális vizsgálat, ezen belül a has (kóros rezisztencia – daganat?, scibbala?), a perianális régió vizsgálata és neurológiai alapvizsgálat.

Nagy méretű, teljes falvastagságú rectumelőesés



Nem invazív, olcsó és nem jár radiációval a hasi ultrahangvizsgálat, ez minden ismétlődő rectum prolapsus esetében az első választandó vizsgálat. Krónikus, ismétlődő esetekben gyermek-gasztroenterológiai kivizsgálás indokolt a mögöttes betegségek felderítése céljából. Minden ilyen esetben fontos mucoviscidosisa is vizsgálni a beteget!

Kezelési lehetőségek

Akut esetben krémes vagy csúsztatószelés gumikesztyűs kézzel óvatos repozíció javasolt. Az esetek többségében ez mindennemű fájdalomcsillapítás nélkül elvégezhető. Ismétlődő esetekben a szülő is könnyen megtanítható rá.

Konzervatív

A kiváltó okokat kell keresni, és ennek megfelelően lehet kezelni a beteget. A hasmenések többsége infekciózus, melynek szüntével nincs szükség további beavatkozásra. Amennyiben obstipál a beteg, annak megfelelően kell kezelni, gondozni. Fontos, hogy krónikus obstipáció esetén ne használjunk túl sokáig laxatívumot, mert az is okozhat prolapsust!

Operatív

Alapvető, hogy a rectum prolapsus az esetek többségében egy tünet, melyet valamilyen betegség okoz. A sebészi kezelés így csak igen ritkán jön szóba. Amennyiben egy krónikus, ismétlődő rectum prolapsusban szenvedő gyermek adekvátan ki lett vizsgálva, és nem leltünk semmilyen predisponáló faktort, egy éve nem reagál konzervatív kezelésre, akkor gondolkozhatunk el műtéti ellátáson. Korábban a szkleroterápia volt népszerű, de ma már Európában nem ez a jellemző. Amennyiben sebészi kezelést végzünk, számtalan műtéti eljárást alkalmazhatunk – ez is mutatja, hogy nincs egy, igazán jól működő módszer. A hasüreg felőli megközelítés a presacralis rectopexia, mely során a végbélet a keresztcsont periosteumához öltik fel. Módosított változata során a rectopexia mellett bélrezekcióval is kiegészítik az eljárást (sigma-rectum resectio). Az anális megközelítés egyik lehetősége a transanalis rectosacropexia. Végezhetünk

transanalis rectalis mucosectomiát is. Saját gyakorlatunkban eddig összesen egy gyermeket operáltunk, Shehata-féle laparoszkópos sigma-rectopexiával.

Összefoglalás

A gyermekkori rectum prolapsus általában banális háttérbetegséghez kapcsolódó eltérés. Legtöbbször akut hasmenés, illetve krónikus székrekedés áll a háttérben, melynek múltával, kezelésével megelőzhető az újabb végbél-előesés. Ismétlődő esetben fontos az adekvát kivizsgálás, gondoljunk mucoviscidosisra! Terápiarefrakter esetekben kerülhet szóba műtéti ellátás. A nemzetközi irodalom nem egységes a választandó műtéti kezelésben. Saját gyakorlatunkban a minimálisan invazív, laparoszkópos ellátást preferáljuk.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT | DR. HAVASI KATALIN ROVATA

Dr. Szalma Tibor | jogász

Asszisztensi végkielégítés

Amennyiben a háziiorvosi asszisztens végkielégítésre jogosult, azt abban az esetben is ki kell fizetni neki, ha a munkaviszony megszüntetésére azért került sor, mert a praxisjogot egy másik házi orvos vette át. Lehetőség van arra az átadó és az átvevő házi orvos megállapodása alapján, hogy az asszisztens munkaviszonya ne szűnjön meg, hanem jogfolytonos maradjon. Ehhez meg kell felelni a munka törvénykönyve 36–40. §-ában foglaltaknak, amelyek a munkáltató személyében bekövetkező változással kapcsolatos rendelkezéseket tartalmazzák. Ennek feltételeinek és szabályainak elemzése meghaladja a kereteket, ezért javasoljuk a kedves kollégáknak, hogy a praxisjog átruházása esetén feltétlenül konzultáljanak ügyvéddel és könyvelővel.

Annyit azonban mindenképpen érdemes már előzetesen tudni, hogy az átvétel időpontjában fennálló, munkaviszonyból származó jogok és kötelezettségek az átadóról az átvevő munkáltatóra szállnak át. Vagyis a végkielégítés tekintetében arra érdemes figyelni, hogy ha mondjuk a praxisjog átvételétől számított két év múlva fel kívánunk mondani az asszisztensnek, akkor nem kétévnyi, hanem a jogelőd munkáltatónál eltöltött éveire tekintettel hosszabb idejű munkaviszony alapján kell meghatározni a végkielégítés összegét. Mindez természetesen csak abban az esetben érvényes, ha a végkielégítés-

re jogosultság feltételei egyébként fennállnak, tehát például nem minősül nyugdíjasnak a munkavállaló.

Ahogy fentebb is említettem, mivel a tényállás részletei meghatározók lehetnek az ügy megítélése szempontjából, mindenképpen érdemes konzultálni ügyvéddel és könyvelővel, a jelen összefoglaló nem minősül jogi tanácsadásnak.



Az A csoportú Streptococcus okozta infekciók felismerése és kezelése

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete Házi Gyermekorvosi Szekciójának szakmai javaslata alapellátó gyermekorvosoknak és házi orvosoknak

Az alábbi szakmai javaslat nem tekinthető a közegészségügyi, járványügyi hatóság által kiadott eljárásrendnek vagy bármilyen hivatalos szakmai grémium kötelezően betartandó irányelvének. Csupán a kurrens, bizonyítékokon alapuló nemzetközi szakmai ajánlások összefoglalása a betegellátás minőségének javítása céljából, melynek követése a betegét ellátó orvos egyéni döntése.

Bár konkrét hazai epidemiológiai adatok nem állnak rendelkezésre, számos alapellátó gyermekorvosi, házi orvosi praxisban a Streptococcus tonsillopharyngitis és a skarlát előfordulásának jelentős halmozódását észlelték 2023 első negyedévében.

Járványtani jellemzők

Kórokozó: A Streptococcus pyogenes a Gram-pozitív baktériumnemzetség A csoportjának béta-hemolizáló tagja (a továbbiakban: GAS). A normál flóra része, a bőrön, az orrgaratban és az anogenitális régióban kolonizál. Kizárólag humánmegbetegedéseket okoz. A nasopharyngealis hordozás a nyugati országokban az 5–15 évesek 10-15%-ánál mutatható ki.

Epidemiológia: A GAS tonsillopharyngitises új esetek számát évente közel 700 millióra, a pyodermáét 110 millióra becsülik. Az invazív GAS-fertőzés (iGAS) incidenciája világszerte 1,7 millió, ez magas mortalitása miatt a nyolcadik vezető halálok a fertőzéssel összefüggő halálozások között. A betegségre a téltavaszi szezonális jellemző.

Terjedés: A kórokozó elsődlegesen cseppfertőzéssel terjed, de a transzmisszióban szerepe van a nyálnak, az orrváladéknak, az evőeszközöknek, a bőrkontaktusnak és a kontaminált felületekkel való érintkezésnek is.

Lappangási idő: Átlagosan 2-5 nap a lappangási idő.

Klinikai megjelenés

Lokális, felületes fertőzések: tonsillopharyngitis exsudatummal, skarlát, impetigo, erysipelas

Invazív betegségek: nekrotizáló fasciitis, szepszis, szepszis, osteomyelitis, endocarditis, (pyo)myositis, peritonitis. Megelőző vírusfertőzések, illetve immunsérült állapotok hajlamosíthatnak invazív betegség kialakulására, amelynek mortalitása magas, 10-23%-os.

Jelen szakmai javaslat témája a tonsillopharyngitis és a skarlát helyes diagnosztikus és terápiás megközelítése.

Streptococcus tonsillopharyngitis

Gyermekkorban az akut tonsillopharyngitisek körülbelül 10-20%-át okozza S. pyogenes. Előfordulása az 5–15 éves korosztályban a leggyakoribb, 3 éves kor alatt kifejezetten ritka.

Tünetek: A betegséget hirtelen kezdetű magas láz, erős torokfájás jellemzi, melyet fej- és hasfájás kísér. Hányinger, hányás előfordul. Nátha, köhögés, felső légúti vírusfertőzésre jellemző hurutos tünetek nincsenek (lásd 1. táblázat). A torokkép típusos esetben jellegzetes: erősen lobos garat és tonsillák láthatók, a szájpadon petechiákkal, a tonsillákon foltos exsudatum (tűsző) lehet. Az elülső nyaki nyirokcsomók megnagyobbodtak, érzékenyek. A nyelven először fehér lepedék látható, ennek leválása után jelenik meg a típusos papillázott, vörös málnanyelv (angol-szász irodalomban eprenyelv).

Scarlatina (skarlát, vörheny)

Tonsillopharyngitishez társulva vagy sebfertőzés kapcsán – amennyiben a fertőzést a S. pyogenes eritrogén toxint termelő törzse okozza (10-es szerotípus) – a tonsillitis tüneteinek megjelenését követő 12–48 óra múlva a hajlatokban, majd a törzsön, a végtagokon halványvörös alapon apró elemű, grízes tapintatú, nem viszkető kiütés jelentkezik, mely alatt a bőr olykor subicterusosnak tűnhet. A hajlatokban vonalas megjelenésű bevérzések lehetnek láthatók (Pastia-jel). A kiütés nyomásra halványodik. Az arcon nincs kiütés, de eritéma lehet, mely a száj körüli régiót megkíméli (periorális pallor). A betegség későbbi fázisaiban a tenyerek, talpak hámlása jellemző.

A skarlát diagnózisa elsősorban a klinikai tüneteken alapul. Kétes esetben (pl. nem típusos korosztály) Strep. A teszt végzendő, egyéb kiegészítő laboratóriumi vizsgálatra nincs szükség. Lehetséges szövődményei és kezelése megegyezik a GAS tonsillopharyngitisével. A nem viszkető, 3-5 nap alatt spontán múló kiütések lokális (pl. rázókeverék, szteroid) vagy szisztémás (pl. antihisztamin) kezelése szükségtelen, nem befolyásolja a tüneteket és a betegség lefolyását.

1. táblázat: A GAS-fertőzés tünettana

GAS-fertőzés mellett szól	GAS-fertőzés ellen szól
<ul style="list-style-type: none"> • Hirtelen kezdetű torokfájás • 38 °C feletti láz • Fejfájás • 3–14 éves életkor • Hányinger, hányás, hasfájás • Erősen lobos garat és tonsillák • Tonsillákon exsudatum (tűsző) • Szájpadon petechiák • Megnagyobbodott, érzékeny elülső nyaki nyirokcsomók • Fehér és vörös málnyelv (angolszász irodalomban epernyelv) • Téli-tavaszi szezonális • Expozíció GAS-fertőzött egyénnel • Skarlatiniform kiütés 	<ul style="list-style-type: none"> • Kötőhártya-gyulladás • Nátha • Köhögés • Rekedtség • Hasmenés • Stomatitis, nyálkahártyafekély, hólyag • Víruskiütés

Diagnózis

Az Infectious Diseases Society of America (IDSA) által kiadott irányelv a GAS-fertőzés diagnosztikájához és az antibiotikum-kezelés indításához gyermek- és serdülőkorban minden esetben szükségesnek tartja a torokból Strep. A gyorsteszt elvégzését is. Antibiotikum-kezelés csak igazoltan pozitív esetben indítható (a teszt specificitása > 95%, szenzitivitása 70–90%). Negatív gyorsteszt esetén a diagnózis felállításához torokváladék-tenyésztés szükséges.

A kórelőzmény és a fizikális vizsgálat önmagában nem vagy csak ritkán különíti el biztonságosan a GAS-fertőzést a vírusinfekciótól. A tünetek nem mindig típusosak, ezért a diagnózis megállapítását klinikai score-rendszerek segítik. Az egyik legismertebb ilyen pontrendszer az angliai National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ajánlásában szereplő Centor score (Robert M. Centor után).

A Centor score rendszere:

- 38 °C feletti láz (1 pont)
- megnagyobbodott tonsillák exsudattal vagy anélkül (1 pont)
- megnagyobbodott és érzékeny elülső nyaki nyirokcsomók (1 pont)
- köhögés hiánya (1 pont)

0–2 pontérték esetén a Streptococcus-pharyngitis nem valószínű, 3–4 pont a Streptococcus-pharyngitis mellett szól, tesztelés szükséges (lásd 2. táblázat).

A Warren J. McIsaac által módosított Centor score a fentiek mellett figyelembe veszi az életkort is, a 3–14 év közötti életkor további 1 pontot jelent. Egy számítógépes applikáció segítséget ad a klinikai tünetek alapján a Streptococcus-

pharyngitis valószínűségnek becsléséhez és a tesztelés szükségességének megítéléséhez: mdcalc.com/calc/104/centor-score-modified-mcisaac-strep-pharyngitis.

Az UpToDate álláspontja szerint csak olyan meghatározott esetekben van szükség a torokváladék tenyésztésére, amikor a gyorsteszt téves negatív eredménye miatt esetlegesen elmaradó kezelés nagy kockázattal járna (magas GAS-prevalenciájú, zsúfolt lakóhely, anamnézisben reumás láz, immunuszupprimált beteg és ezek szoros kontaktja).

Az anti-streptolizin-O (AST) titerértéke nem használható az akut betegség kórismézésében, jelentősége csak a reumás láz diagnosztikájában van.

Differenciáldiagnózis

A GAS-tonsillopharyngitist elsősorban a jóval gyakoribb, vírusos eredetű pharyngitisektől kell elkülöníteni. A leggyakoribb légúti vírusok, a rhinovírusok, az influenza-, a parainfluenza-, az RSV, a koronavírusok, például SARS-CoV-2 okozta rhinopharyngitisek mellett egyes kórokozók gyakran típusos tünetekkel járnak, mint az adenovírusok (pharyngoconjunctivális láz) az enterovírusok (herpangina, kéz-láb-száj betegség), a HSV (gingivostomatitis herpetica) és az EBV (mononucleosis infectiosa).

Nem típusos esetben érdemes gondolni ritkább betegségekre is, mint a Kawasaki-betegség vagy a PFAPA szindróma (3-4 hetente periodikusan visszatérő lázzal, exsudatív pharyngitisszel, nyaki nyirokcsomó-duzzanattal járó, antibiotikum-kezelésre nem reagáló, leginkább 5 éves kor alatt előforduló autoimmun kórkép).

A mononucleosis infectiosától való elkülönítés gyakran okoz nehézséget, és a klinikai tünetek alapján ez teljes biztonsággal többnyire nem is lehetséges. Alacsonyabb, lassabban kezdődő láz, náthás tünetek és az általános tünetek dominanciája (gyengeség, fáradtság), a hepatosplenomegalia inkább EBV-fertőzés mellett szólnak, azonban az erős torokfájás és az exsudatív tonsillitis hasonló képet mutathat. Strep. A gyorsteszt és vérvizsgálat segíti a differenciálást.

2. táblázat: A GAS-fertőzés diagnózisa

1. Klinikai kép	erősen vérbő garat, tűszős mandulák, málnyelv	önmagában nem elegendő a diagnózis felállításához
2. Klinikai score-rendszerek	Centor score: 3–4 (5) pont Strep. A fertőzés mellett szól (NICE)	1. 38 °C feletti láz 2. megnagyobbodott tonsillák és/vagy exsudatum 3. megnagyobbodott elülső nyaki nyirokcsomók 4. köhögés, nátha hiánya 5. 3–14 év közötti életkor
3. Strep. A gyorsteszt (rapid antigen detection test – RADT)	negatív eredmény esetén torokváladék-tenyésztés szükséges (IDSA)	nátha, köhögés, kötőhártya-gyulladás, rekedtség esetén nem szükséges tesztelni; 3 éves kor alatt csak a kontaktok tesztelése indokolt
4. Torokváladék-tenyésztés	gold standard	
A GAS-fertőzés kizárását segíti a hasmenés, a vírusexantéma vagy stomatitis jelenléte. Ismert megelőző kontaktus megerősítheti a GAS-fertőzés gyanúját. AST-titer nem használható az akut betegség diagnosztikájában! Mononukleózistól való elkülönítése a klinikai kép alapján nem megbízható.		

A nemzetközi irányelvek nem javasolják rutinszerűen a vérkép- és CRP-vizsgálatokat. A vérképvizsgálatnak leginkább a mononukleózistól való elkülönítésében lehet szerepe. GAS-fertőzésben a vírusinfekciókhoz képest általában magasabb CRP-érték jellemző, azonban ez nem mutat szignifikáns korrelációt a score-rendszerek és a torokvádék-tenyésztés eredményével, illetve az alacsony CRP-érték nem zárja ki a GAS-fertőzés lehetőségét. A CRP-terápiás döntéshozatal ezért a Streptococcus-pharyngitis esetén nem javasolt, hanem szövődmények esetén lehet inkább szerepe.

Kezelés

GAS-tonsillopharyngitisre jellemző klinikai kép (Centor score: ≥ 3) mellett pozitív Strep. A teszt vagy torokvádék-tenyésztési eredmény esetén antibiotikum-kezelés szükséges. A betegség 3-5 nap alatt magától is gyógyul, a kezelés elsődleges célja ezért a szövődmények kialakulásának megelőzése és a további transzmisszió megakadályozása. 3 pont feletti Centor score (csupán a klinikai tünetek alapján felállított diagnózis) a legtöbb, evidencián alapuló irányelv szerint önmagában nem elegendő a terápiás döntéshez. Ezekben az esetekben csak az Egyesült Királyság NICE irányelve javasol empirikus antibiotikum-kezelést.

Elsőként választandó szer a penicillin, alternatív megoldás az amoxicillin.

Nem anafilaktoid penicillinallergia esetén kefalosporinok (pl. cefalexin, cefprozil), anafilaktoid allergia esetén makrolidok (klaritromicin, azitromicin) vagy klindamicin adása javasolt (lásd 3. táblázat).

3. táblázat:
A GAS-fertőzés antibiotikum-kezelése

Antibiotikum	Adagolás	Terápia hossza
fenoximetil-penicillin (Oспен)	< 10 kg: 3 × 200 000 NE 10–20 kg: 3 × 400 000 NE 20–40 kg: 3 × 750 000 NE 40–60 kg: 3 × 1 000 000 NE > 60 kg: 3 × 1 500 000 NE	10 nap
amoxicillin (Ospamox)	50 mg/kg/nap, 1× vagy 2× adva, max. 2 × 500 mg	10 nap
Nem súlyos, nem anafilaktoid típusú penicillinallergia vagy esetén		
cefalexin (Pyassan) cefuroxim (Zinnat) cefprozil (Cefzil)	20 mg/kg/dosi naponta 2×, max. 2 × 500 mg 10 mg/kg/dosi naponta 2×, max. 2 × 250 mg 7,5 mg/kg/dosi naponta 2×, max. 2 × 250 mg	10 nap
Súlyos, anafilaktoid típusú penicillinallergia esetén		
klindamicin (Dalacin)	7 mg/kg/dosi naponta 3×, max. 3 × 300 mg	10 nap
klaritromicin (Klacid, Fromilid)	7,5 mg/kg/dosi naponta 2×, max. 2 × 250 mg	10 nap
azitromicin (Sumamed)	12 mg/kg naponta 1×, max. 1 × 500 mg	5 nap
kotrimoxazol (Sumetrolim)		

Penicillin-, amoxicillinhiány esetén a Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság által megfogalmazott ajánlással összhangban az alábbi antibiotikumok használata javasolt helyettesítésre: cefalexin (Pyassan), cefuroxim (Zinnat), cefprozil (Cefzil), kotrimoxazol (Sumetrolim), előnyben részesítve a szűk spektrumú antibiotikumokat. A mindennapos klinikai gyakorlatban néhány extrém ritkán előforduló kórkép kivételével (pl. Plaut–Vincent-angina, diftéria) a GAS az egyetlen baktérium, amely exszudatív tonsillopharyngitist okoz, így penicillinrezisztens kórokozók szövődménymentes esetben gyakorlatilag nem kell számolnunk. Az amoxicillin-klavulánsav szövődménymentes esetben nem első választandó antibiotikum!

Negatív gyorsteszt eredmény esetén torokvádék-mintavétel javasolt. Ezt követően kétféleképpen dönthetünk. Ha erős a klinikai gyanú, hogy a negatív Strep. A teszt ellenére GAS-fertőzés áll fenn, azonnal elkezdjük az antibiotikum-kezelést, majd negatív torokvádék-tenyésztési eredmény birtokában leállítjuk. A másik lehetőség, hogy az antibiotikum indításával megvárjuk a tenyésztés eredményét, amennyiben várhatóan néhány napon belül megérkezik. Néhány nap késlekedés nem növeli a szövődmények kockázatát. Mindkét gyakorlatra vannak nemzetközi ajánlások.

A kezelés időtartama valamennyi antibiotikum esetén 10 nap, azitromicin esetén 5 nap kezelés szükséges. A NICE megengedő az 5 napos kezeléssel szemben, azonban hangsúlyozza, hogy az 5 napos terápia csak a klinikai gyógyuláshoz elegendő, a mikrobiológiai gyógyuláshoz (kórokozó eradikációja, szövődmények esélyének csökkentése, recidíva csökkentése) 10 napos antibiotikum-szedés szükséges.

Befejezett kezelést követően ismételt tesztelésre nincs szükség.

Kórházi kezelést igényel:

- para- vagy retropharyngealis tályog gyanúja: láz, kifejezett torokfájdalom, nyelési és artikulációs nehezítettség mellett látható, tapintható nyaki terime, a garattal bedomborodása, merev nyak, kötött tarkó, ritkán kisebb gyermekeknél stridor, esetenként trismus
- poststreptococcalis glomerulonephritisre (PSGN) utaló tünetek: a Strep. A fertőzés után 8-12 nappal jelentkező makroszkópos haematuria, proteinuria, periorbitális ödéma, magas vérnyomás. A kreatinin-, karbamid-, CRP- és AST-érték emelkedett. A betegség GAS-pharyngitis és pyoderma után egyaránt kialakulhat. A kórházi kezelés célja az ödéma rendezése és a vérnyomáskontroll, melyet penicillinnel is javasolt kiegészíteni. Prognózisa gyermekkorban nagyon jó, 90%-ban maradványtünet nélkül gyógyul.
- Invazív betegségre utaló tünetek: pl. alsó légúti progresszió, általános állapot gyors romlása, szepszisre jellemző klinikai kép.

Antibiotikum-rezisztencia

A S. pyogenesre 100%-os penicillinérzékenység jellemző, rezisztenciát klinikai mintákban még nem írtak le. A klindamicin-

és a makrolid-rezisztencia az Egyesült Királyságban végzett vizsgálat alapján 15–19%-os, az Egyesült Államokban végzett mérés alapján 22–23%-os. Az azitromicin tehát minden negyedik-ötödik betegnél hatástalan ebben az indikációban! A kotrimoxazol-rezisztencia körülbelül 10%-os amerikai kutatások szerint.

Recidíva

A néhány héten belül visszatérő tünetek oka leggyakrabban a túl rövid antibiotikum-kezelés (non-compliance) vagy *S. pyogenes* hordozó szoros kontakttól származó reinfekció, illetve a GAS-antibiotikum (pl. makrolid) rezisztenciája, ha a kezdeti terápia nem penicillin vagy amoxicillin volt. A visszatérő pharyngitisek hátterében gondolni kell GAS-hordozás mellett jelentkező vírusinfekciókra. Jellemző ilyenkor a pozitív Strep. A teszt, egyértelműen vírusfertőzésre utaló tünetek (nátha, köhögés, kötőhártya-gyulladás, hasmenés) mellett.

Visszatérő infekció – az antibiotikum-terápia befejezését követően ismét jelentkező GAS-pharyngitisre jellemző klinikai tünetek és pozitív teszteredmény – esetén újabb 10 napos antibiotikum-kezelés szükséges. Megerősíti a recidíva gyanúját, ha halmozottan fordulnak elő GAS-pharyngitises esetek a beteg szoros környezetében, például háztartásban, iskolában, munkahelyen. Ilyen esetekben a béta-laktamázzal szemben stabilabb antibiotikum választása – elsősorban kefalosporin, esetleg amoxicillin-klavulánsav – javasolt.

A tünetmentes hordozók kezelése nem ajánlott, mivel a további transzmisszió és a szövődmények kialakulásának esélye minimális.

Tonsillectomia a megelőző 2 évben évente 5 vagy több alkalommal, illetve egy éven belül 7 alkalommal magas lázzal, típusos tünetekkel zajló, adekvát antibiotikum-kezelés ellenére recidiváló, igazolt tonsillitis follicularis, illetve szövődmények (peritonsilláris, para- vagy retropharyngealis abscessus, tonsillogen sepsis, febris rheumatica) előfordulása esetén indokolt.

Szövődmények, utóbetegségek

A korai komplikációk lokálisak és szuppuratív természetűek: peritonsilláris tályog, otitis media acuta, sinusitis maxillaris acuta, ritkán pneumonia.

A késői, nem szuppuratív szövődmények a PSGN, illetve a reumás láz, amely a jelenlegi kezelési protokollok mellett hazánkban extrém ritkán fordul elő. Újabban leírt entitás a PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection), egy autoimmun eredetű neuropszichiatríai kórkép, melyre obszesszív-kompulzív zavar, tikk vagy akár ADHD jellemző.

Közösségbe visszatérés

A fertőzőképesség az antibiotikum-kezelés elindítását követően 24 óra múlva megszűnik. Két adag antibiotikum után,

ha a gyermek láztalan, az általános állapot, közérzet függvényében közösségbe engedhető. Magyarországon skarlát esetén 6 nap izolációt ír elő a járványügyi rendelet (18/1998. NM rendelet). Kezelés nélkül a fertőzött személy 10-20 napig fertőzőképes maradhat. Magyarországon a skarlát jelentendő betegség, a GAS-tonsillopharyngitis nem. A jelenlegi ajánlások szerint a betegség utánkötése (EKG, vizeletvizsgálat) nem szükséges.

Profilaxis

Vakcina jelenleg még nem érhető el, de fejlesztés alatt van. A kézhigiéne, a cseppfertőzéssel kapcsolatos etikett betartása szerepet játszhat a megelőzésben. Szokásos esetszámok mellett tünetmentes kontaktok számára antibiotikum-profilaxis nem javasolt.

Az Egyesült Királyságban a fertőzések számának jelentős emelkedése miatt átmenetileg érvényben lévő interim guideline az alábbi rizikócsoportoknál szoros kontaktus esetén per os antibiotikum-profilaxis alkalmazását javasolja: várandós édesanyák a betöltött 37. gesztációs hét után; újszülöttek és az édesanyjuk a szülést követő 28 napon belül; varicellás beteg, ha a tünetei a Strep. A beteg tüneteinek kezdete előtt 7 nappal vagy a Strep. A antibiotikum-kezelésének megkezdése után 48 órán belül kezdődtek, és a kontaktus folyamatos; 75 évnél idősebb kontaktok egy háztartáson belül.

A szakmai javaslatot összeállította:

Dr. Karászi Éva,
Dr. Kovács Ákos

Ellenőrizte:
Dr. Altorjai Péter,
Dr. Bogdányi Katalin,
Dr. Onozó Beáta

Készült: a Gyermekek Alapellátási Szakmai Kollégium szakmai támogatásával

A javaslatot a Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság részéről véleményezte:

Dr. Lakatos Botond,
Dr. Kassa Csaba

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

HGYE 28. Őszi Konferencia

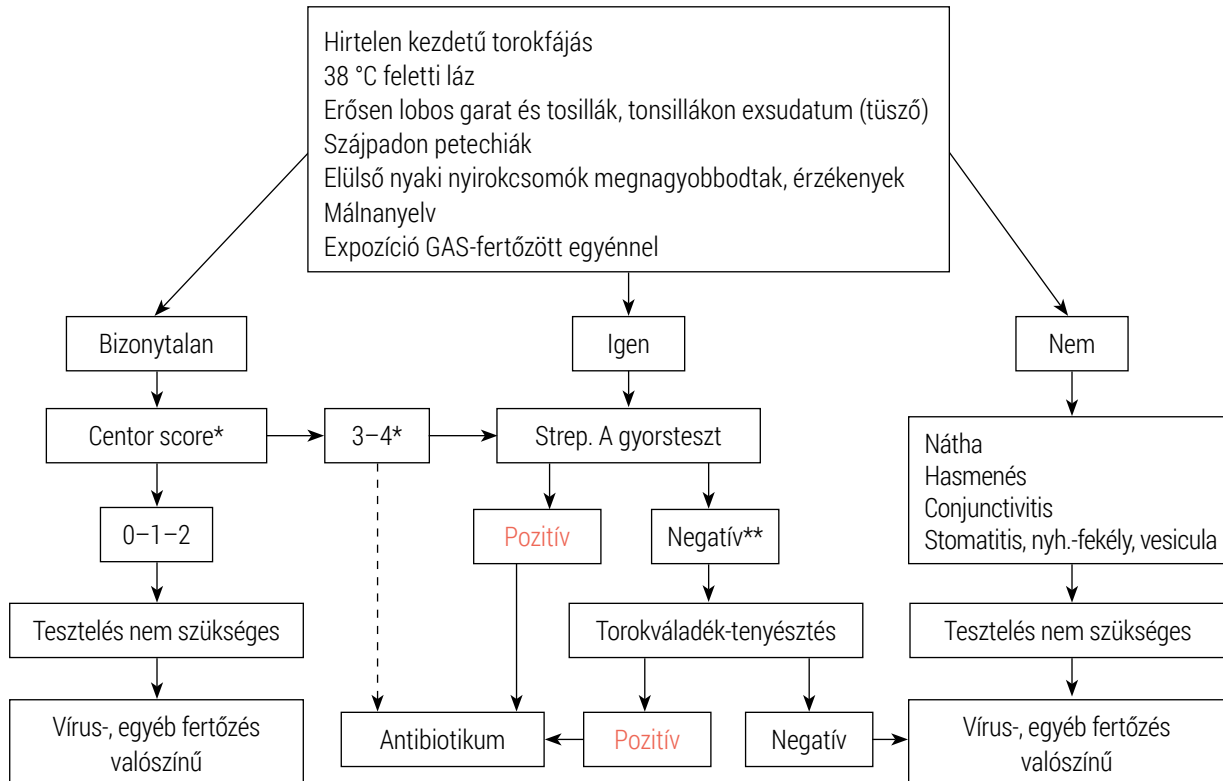
Park Inn By Radisson Budapest

2023. november 10-11.



Streptococcus-tonsillopharyngitis: a diagnosztikus lépések és a teendők összefoglalása

Szakmai javaslatunk célja, hogy felhívja a figyelmet a GAS-tonsillopharyngitis esetén a bizonyítékokon alapuló ajánlások által javasolt diagnosztikus lépésekre és ezáltal a felesleges antibiotikum-fogyasztás minimalizálására. Ennek érdekében javasoljuk a Streptococcus pyogenes kimutatására alkalmas gyorseszteszt használatát és az alábbi algoritmus követését.



1. Vírusos pharyngitisnek megfelelő torokkép esetén és a Centor score ≤ 2 értéke esetén tesztelés nem szükséges.
2. Strep. A tonsillopharyngitis típusos klinikai képe mellett a Centor score ≥ 3 értéke esetén tesztelés szükséges.
3. *A Centor score ≥ 3 értéke a NICE guideline szerint indikálja az antibiotikum adását. Az amerikai irányelvek szerint csupán a klinikai score alapján indított antibiotikum-adás csak akkor elfogadható, ha a reumás láz kialakulásának kockázata meghaladja a felesleges antibiotikum-kezelés kockázatát. (Reumás láz magas prevalenciája, például fejlődő országokban, egyes endémiás területeken; Magyarországon ez nem jellemző.)
4. Strep. A gyorseszteszt: a teszt specifitása 95% feletti, pozitív esetben antibiotikum adása indokolt. (Fontos, hogy a mintát lehetőleg a tonsillákról, esetleg a hátsó garatfalról vételezzék.)
5. **A teszt szenzitivitása 70–90%, ezért negatív Strep. A gyorseszteszt esetén torokváladék-tenyésztésre kell törekedni. Ha ez nem megvalósítható, az alábbi feltételek esetén mindenképpen szükséges, hogy téves negatív eredmény miatt ne maradjon el a kezelés:
 - magas GAS-prevalenciájú, zsúfolt lakóhely (pl. kollégium): nagy a transzmisszió esélye,
 - anamnézisben reumás láz vagy immunszuppresszió, környezetben reumás láz, immunszupprimált beteg (magas a szövődmények kockázata),

Ha a tenyésztés eredménye pozitív, antibiotikumkezelés szükséges.
6. Negatív Strep. A teszt esetén a tenyésztés eredménye megvárható, de egyes ajánlások (pl. az UpToDate) elfogadható gyakorlatnak tartják a típusos tünetek mellett indított antibiotikum-kezelést, melyet negatív tenyésztési eredmény birtokában le kell állítani.

Az A csoportú Streptococcus okozta infekciók felismerése és kezelése

Kórokozó	Streptococcus pyogenes: A csoportú béta-hemolizáló Streptococcus, Gram-pozitív baktérium. A normál flóra része a bőrön, az orrgaratban és az anogenitális régióban
Hordozás	Iskoláskorúaknál a nyugati országokban 10–15%-os, a fejlődő országokban 15–20%-os. Nem igényel kezelést, a terjesztés és a szövődmények esélye minimális
Terjedés	Elsődlegesen cseppfertőzéssel, de nyállal, orrváladékkal, evőeszközökről, bőr-bőr kontaktussal vagy kontaminált felületekről is terjed
Lappangási idő	2–5 nap
Életkori jellemzők	5–15 éves korosztályban a leggyakoribb, 2–3 éves kor alatt ritka
Klinikai manifesztáció	Lokális, felületes fertőzés: tonsillitis, exszudatív pharyngitis, skarlát, impetigo, erysipelas Invazív betegség: nekrotizáló fasciitis, szepikus arthritis, TSS, pneumonia, empyema, meningitisz, szepszis, osteomyelitis, endocarditis, peritonitis. Az invazív betegség 7 napon belüli mortalitása 10–23%
Utóbetegség, szövődmény	Szuppuratív, korai: tályog, otitis media, sinusitis acuta Nem szuppuratív, késői: PSGN, reumás láz
Diagnózis	Klinikai kép, fizikális vizsgálat és score-rendszerek (pl. Centor score) alapján megállapítható lehet Strep. A gyorsteszt javasolt, negativitása esetén torokváladék-tenyésztés szükséges megerősítésre Nátha, köhögés, kötőhártya-gyulladás, rekedtség fennállása esetén tesztelés nem szükséges. 3 év alattiak tesztelése csak kontaktus esetén indokolt
Kezelés	Penicillin (Ospen): 10 kg alatt: 3 × 200 000 NE, 10–20 kg: 3 × 400 000 NE, 20–40 kg: 3 × 750 000 NE, 40–60 kg: 3 × 1 000 000 NE, > 60 kg: 3 × 1 500 000 NE Amoxicillin (Ospamox): 50 mg/kg/nap, napi 1× vagy 2× adva, max. 2 × 500 mg Penicillinallergia: Nem anafilaktoid allergia esetén cefalexin (Pyassan), 20 mg/kg, napi 2×, max. 2 × 500 mg; cefprozil (Cefzil), 7,5 mg/kg, napi 2× Anafilaktoid allergia esetén klindamicin (Dalacin), 7 mg/kg, napi 3×, max. 3 × 300 mg; klaritromicin (Klacid), 7,5 mg/kg/dosi 2×, max. 2 × 250 mg; azitromicin (Sumamed), 1×12,5 mg/nap, max. 1 × 500 mg Másodvonalbeli szer penicillinallergia esetén a kotrimoxazol (Sumetrolim)
Kezelés időtartama	10 nap a mikrobiológiai gyógyulásig, azitromicin esetén 5 nap. A betegség magától is gyógyulhat
Rezisztenciaadatok	Penicillin: 100%-os érzékenység, rezisztencia nincs Klindamicin- és makrolidrezisztencia az Egyesült Királyságban 7%-osnak, invazív törzsek-nél 15–19%-osnak, az Egyesült Államokban 20–23%-osnak, akotrimoxazol-rezisztencia kb. 10%-osnak bizonyult.
Közösségbe visszatérés	A fertőzőképesség az antibiotikum elkezdése után 24 óra múlva megszűnik. Két adag antibiotikum után, ha a gyermek láztalan, az általános állapot, közérzet függvényében közösségbe engedhető. Skarlát esetén a magyar szabályozás szerint 6 nap izoláció szükséges. Kezelés nélkül a fertőzött személy 10-20 napig fertőzhet.
Megelőzés	Kézhygiéné, cseppfertőzéssel kapcsolatos szabályok betartása. Vakcina még nincs A kontaktok rutinszerű antibiotikum-kezelése nem indokolt, kivéve bizonyos rizikócsoportokban, az NHS átmeneti ajánlása szerint magas esetszámok mellett szoros kontaktus esetén idetartoznak a várandós édesanyák a 37. hét után; az újszülöttek és az édesanyák a szülés után 28 napon belül; a varicellás beteg, ha a tünetei a Strep. A beteg tüneteinek kezdete előtt 7 nappal vagy az antibiotikum-kezelés megkezdése után 48 órán belül kezdődnek, és a kontaktus folyamatos; a 75 évnél idősebb kontaktok egy háztartáson belül

Dr. Bogdányi Katalin, Dr. Győri Blanka, Dr. Losonczi László | házi gyermekorvosok

Beszámoló az ECPCP 2023. évi találkozójáról

Az Európai Alapellátó Gyermekorvosok Szövetsége (European Confederation of Primary Care Pediatrics – ECPCP) márciusban tartotta éves közgyűlését, melyen hárman, Bogdányi Katalin, Győri Blanka és Losonczi László, vettünk részt a HGYE képviselőként.



Az ECPCP-t 2009-ben alapították egy hasonló társaság (Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire / European Society of Ambulatory Paediatrics – SEPA/ESAP) utódjaként, az alapítók között magyar gyermek-alapellátó kollégáink, Kádár Ferenc is közreműködött. A szervezet a gyermek-alapellátás fenntartását, szakmai színvonalának emelését, a hasonló szakmai szervezetek összefogását tűzte zászlajára. A szövetség tagjai olyan országok, amelyekben a gyermekek alapellátásban való ellátását és gondozását legalább részben gyermekorvosok végzik. Az ECPCP-nek 19 tagországa van Portugáliától Izraelig, Litvániától Olaszorszáig, Magyarországot az alapítástól kezdődően máig a HGYE delegáltjai képviselik. A szervezet korábban évente kétszer, az utóbbi években egyszer tart személyes gyűlést, ezenkívül online megbeszélések keretében zajlik a munka. A személyes találkozóknak a kezdeti időszakban hazánk adott otthont, majd később évről évre más ország volt a házigazda. Idén Izraelre esett a választás, Tel-Avivban szervezték meg az eseményt március 17. és 19. között.

A találkozóknak többnyire hasonló struktúrájuk van: tudományos szimpóziumból, azt követően plenáris ülésből és munkacsoportülésekből állnak. A plenáris ülésen összefoglaljuk az elmúlt év eseményeit, megújítjuk a tisztségviselőket, és megbeszéljük a szervezeti kérdéseket, a tematikus munkacsoportüléseken az aktuális projekteken dolgozunk. Az utóbbi években három munkacsoport volt: a kutatás, a vakcina és a prevenció, valamint az oktatás témakörében. Idén ez kiegészült egy környezetmedicina-szekcióval annak megfelelően, hogy az olasz alapellátó szervezet képviselője, az ECPCP következő két éves ciklusának megválasztott elnöke, dr. Laura Reali különös hangsúlyt kíván fordítani a témára.

A tudományos szimpóziomot Simon Barak, az ECPCP leköszönő elnöke, a konferencia házigazdája nyitotta meg. Kö-

szöntőjében kiemelte, a gyermek-alapellátás életben tartása egy kvadrigához hasonlítható, egy olyan ókori harci szekérhez, amelyet négy ló húz, így csak akkor működőképes, ha a lovak szervezeten, egy irányban haladnak. A gyermek-alapellátás nemcsak Magyarországon, de világszerte – nem túlzás – a túléléséért küzd. A háziorvosi rendszer mellett érvelők egyrészt a rendszer anyagi rentabilitását hangsúlyozzák, másrészt az utánpótlás biztosításának lehetetlenségével érvelnek. E nehézségek mellett kell a gyermek-alapellátóknak hivatásukat kitartóan folytatni és tudásukat továbbadni a gyermek-alapellátást választó következő generációnak.

A konferencia első szekciójában dr. Mehmet Vural, az Európai Gyermekgyógyászati Szövetség – Nemzeti Gyermekgyógyászati Társaságok és Egyesületek Európai Szövetsége (European Paediatric Association – Union of European Paediatric Societies and Associations, EPA-UNEPSA) pénztárnoka és főtárgyalója, valamint dr. Massimo Pettoello Mantovani, az EPA-UNEPSA elnöke a SAFFI projektet mutatta be. A SAFFI (Safe Food for Infants in EU and China) projekt célja egy olyan integrált döntéstámogató rendszer kiépítése, ami a csecsemőknek szánt élelmiszerek biztonságát garantálja. A projekt prioritása többek között a mikrobiológiai és kémiai ártalmak feltérképezése, értékelése és csökkentése, a jelenleg ismeretlen kockázatok előrejelzése, a közegészségügyi veszélyek megelőzése.

Prof. dr. Ralf Weigel a németországi Witten–Herdecke Egyetemről a gyermek-egészségügy globális perspektívájáról tartott előadást. Kiemelte, jelentős különbség van a fejlett és fejlődő országok népesedési piramisában. Felhívta a figyelmet, hogy 2050-ben 10-ből 4 gyermek Ázsiában vagy Afrikában, illetve a gyerekek 60 százaléka városokban fog élni, ez pedig jelentősen meg fogja határozni a jövő gyermek-alapellátásának népegészségügyi kérdéseit, és hatással lesz azokra az egészségügyi szolgáltatásokra, amelyek

már most is jelentős hiányosságokat mutatnak, leginkább a szakemberek számát illetően. Elmondta, a gyermek-egészségügyet újra kell tervezni azért, hogy a gyermekek a fenntartható fejlesztési célok középpontjába kerüljenek. Friss publikációk alapján összefoglalót kaptunk a jelenlegi egészségügyi helyzetről és az alapellátás szerepéről. Weigel professzor elmondta, az alapellátó gyermekorvosok kulcsszerepet játszanak a gyermekek érdekeinek képviselésében és a gyermekek egészségének védelmében.

Prof. dr. Zachi Groszman, az EAP Alapellátási Szekciójának elnöke a gyermek-alapellátási témákban végezhető kutatás lehetőségeiről beszélt. Bemutatta az EAP Gyermek-alapellátási Kutató Hálózatát (European Academy of Pediatrics Research in Ambulatory Settings network – EAPRASnet), és példákkal szemléltette, milyen előnyei és hátrányai vannak az alapellátási kutatásoknak. Az előnyök között megemlítette, hogy nagy esetszámok bevonása által reprezentatív kutatásokra van lehetőség, ugyanakkor azt is elmondta, hogy a gyakran kérdőíves felmérésekre nagyon nehéz aktivizálni az alapellátásban dolgozó kollégákat. Prezentációját több, nemzetközi folyóiratban publikált alapellátási kutatás bemutatásával zárta. Az ő munkacsoportja publikálta a gyermekgyógyászok által jól ismert, a méz és a gyermekgyógyászatban használt köhögéscsillapítók összehasonlító vizsgálatát.

A szekció utolsó előadója, prof. dr. Marina Mamenko, a Platon Supik Ukrán Nemzeti Egészségügyi Egyetem dékánja, az Ukrán Gyermekorvos-akadémia elnöke prezentációjában az országában több mint egy éve zajló háború gyermek-egészségügyet érintő vonatkozásairól számolt be. Saját és sebész férje viszontagságos munkájáról, mindennapjairól több személyes történetet is megosztott velünk. Előadása végén állva, vastappsal fejeztük ki elismerésünket.

Az ECPCP közgyűléssel folytatódott a konferencia, amelyen dr. Simon Barak elnök fontos bejelentést tett: a szervezet a Nemzetközi Gyermekgyógyászati Szövetség (International Paediatric Association – IPA) tagjává vált, az ECPCP delegáltja pedig az izraeli dr. Manuel Katz lesz. Az alelnöki jelentésben dr. Laura Reali többek között az EAP és az ECPCP együttműködésének további folytatásáról, ennek keretében a két szervezetnek a COVID19-világjárvány gyermekek és serdülők mentális egészségére gyakorolt hatásairól szóló, a *Frontiers in Pediatrics* folyóiratban publikált közös nyilatkozatáról, illetve az EAP-pal közös európai RSV-járvány felmérésének eredményeiről számolt be.

A német dr. Gottfried Huss főtítkári jelentésében az ECPCP eddig elért eredményeiről beszélt, így például az Egészségügyi Világszervezet által kiadott, az ECPCP delegáltjai aktív részvételével készült *Pocket Book: Primary Health Care for Children and Adolescents* című könyvről. Szóba került továbbá a serdülők szexuális jogairól szóló nyilatkozat, a COSI tanulmány, a gyermekek közösségi és alapellátási szolgáltatá-

sainak fejlesztéséről szóló EAP–EPA–UNEPSA-konszenzus anyaga és a gyermek-alapellátási kompetenciákat és tanterveket tartalmazó *entrustable professional activities*.

Az ECPCP delegáltjai megismerték és elfogadták az alapszabály módosításait, majd a szövetség tanácsadó testületet hívott életre. A terület hat tagja a spanyol dr. Ángel Carrasco, az ECPCP korábbi elnöke, dr. Gottfried Huss, az ECPCP főtitékára, a spanyol dr. Carmen Villazón, az ECPCP kurrikulum-munkacsoportjának vezetője, az izraeli dr. Jakob Urkin, az ECPCP kutató-munkacsoportjának vezetője, dr. Manuel Katz, az IPA ECPCP-delegáltja és az olasz dr. Alfred Tenore, az Európai Gyermekgyógyászati Tanács (European Board of Pediatrics) és az EAP korábbi elnöke.

Az alapszabálynak megfelelően új elnökséget is választott a szövetség. Dr. Simon Barak utódjává megválasztották az eddigi alelnök dr. Laura Reali, a következő ciklus alelnöki feladatait a francia dr. Christine Magendie látja el, a főtitékari pozíciót pedig a spanyol dr. María Aparicio tölti be. A leköszönő elnök a következő két éves ciklusban az ECPCP tanácsadó elnökeként dolgozik.

A délután a munkacsoportok munkájával folytatódott. Az oktatási munkacsoport az előző években kidolgozta a gyermekorvos-képzésből az alapellátást érintő modulokat és a megszerzendő alapellátási kompetenciákat, az úgynevezett *entrustable professional activities*, azaz EPA-k listáját. Most ennek gyakorlati tesztelése következik egy nemzetközi pilot programban, az idei munkacsoportülésem ennek részleteit beszéltük meg.

A prevenció és vakcina-munkacsoport az utóbbi hónapokban a hiányos gyógyszerellátás súlyos következményeire hívta fel a nemzetközi figyelmet, kiemelve a helyettesítő gyógyszerelésben, illetve az alapvető gyógyszerek (pl. inzulin, antipszichotikumok stb.) hiányában rejlő veszélyeket. A munkacsoport a környezetvédelem gyermekgyógyászati vonatkozásai irányába is tervezi bővíteni profilját; a tagok úgy döntöttek, hogy a hatékonyság érdekében alakuljon egy független munkacsoport, amely csak a környezetvédelemre fókuszál, így a vakcina-prevenció területe sem szenved hátrányt a jövőben. A prevenció munka keretében plakátkampányt indítottak, amely az egészséges életmódra nevelésről és a környezetvédelmi lehetőségekről szól. A plakátot számos nyelvre, köztük magyarra is lefordították.

Továbbra is fontos cél a védőoltások aktualitásának szem előtt tartása, hiszen a COVID-járványnak még nincs vége, az idei szezonban Európa-szerte különösen nagy számban okozott megbetegedéseket az RSV, illetve az influenzajárványok is minden évben nagy kihívást jelentenek, így a megelőzés terén sok tennivalónk van még.

A kutató-munkacsoport megbeszélésén az alapellátási kutatások kihívásairól volt szó, mint például az anyagi források hiánya, az alapellátók elszigeteltsége, az etikai jóvá-



hagyás nehézségei vagy a publikációk írásával kapcsolatos tapasztalatok hiánya. Kiemelték viszont, hogy az alapellátási kutatások nagy előnye a beteganyag reprezentatív volta, illetve olyan hálózatok működése, mint az amerikai Pediatric Research in Office Setting (PROS), a European General Practice Research Network (EGPRN), az Australian Pediatric Research Network (APRN), illetve a European Academy of Pediatric Research in Ambulatory Setting Network (EAPRASnet).

A nap zárásaként a törökországi delegáltak előadását hallgattuk meg, akik a február 20-ai, Törökországot és Szíriát súlyosan érintő földrengésről, az okozott károkról és az egészségügyi ellátás földrengés utáni helyzetéről számoltak be. Betekintést kaphattunk az ellátás nehézségeiről a katasztrófaövezetekben, prezentációjukban szakmai megközelítésből is megismerhettük, milyen orvosi és ápolási kihívásokkal szembesülnek a földrengés sújtotta régióban dolgozó egészségügyi szakemberek.

A kétnapos megbeszéléssorozat egy helyi alapellátási rendelő meglátogatása zárta. Izraelben négy biztosítótársaság négyféle ellátási formája közül választhatnak a lakosok, közülük az egyikbe nyertünk betekintést. A rendelőben tizenhárom gyermekorvos van, a helyiség 7-től 20 óráig van nyitva. A betegeknek nincs a hazai értelemben vett saját házi-orvosuk, de lehetőségük van mindig ugyanahhoz az orvoshoz fordulni. Amennyiben sürgős ellátást igényelnek, akkor a legkorábbi időpontot kapják az aktuálisan beosztott gyermekorvoshoz. Emellett a rendelőben heti néhány órában elérhető kardiológiai, pulmonológiai, gasztroenterológiai szakrendelés is, amit az ott dolgozó másodszakvizsgás alapellá-

tók vagy külsős konzulensek tartanak. A rendelők vonzerejét nagyfokú rugalmasságuk adja, aminek eredményeként a gyermekek szükség esetén egy-két órán belül orvosi ellátáshoz jutnak.

A rendelőben megtudtunk néhány, számunkra érdekes információt is. Izraelben is van például indikátorrendszer, de ez nincs befolyással a gyermekorvosok jövedelmére. Szintén érdekesség, hogy ebben a rendszerben az alapellátó orvosok nem végeznek prevenciók munkát, nem foglalkoznak védőoltásokkal, sem a szomatomentális követéssel vagy a pszichés fejlődés követésével, azonban szükség esetén online elérhető számukra minden erre vonatkozó információ a máshol végzett prevenciók ellátásról.

A szakmai munka mellett igen érdekes volt számunkra egy igen vegyes és sok szempontból idegen kultúra megismerése. Sétánk során egy rohamosan fejlődő nagyvárost láttunk, ahol a sokszor igen rossz állapotú, néhány évtizedes épületek között gomba módra nőnek ki a felhőkarcolók.

A két munkanap estéjén vendégül láttak minket egy arab és egy zsidó étteremben, ahol sokszor nehezen felismerhető, különlegességnek számító ételeket, ízeket ismerhettünk meg.

Az ECPCP különlegessége, hogy hasonló helyzetű, hasonló problémákkal küzdő kollégákkal oszthatjuk meg gondolatainkat, problémáinkat, összevethetjük őket, hogy a különböző társadalmi és politikai viszonyok között ki milyen megoldást talál rájuk, és összefogva olyan tudományos és szakmai projekteket vihetünk sikerre, amire önmagunkban, a szűk hazai viszonyok között nem lenne lehetőség.

Dr. Rósa Ágnes | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, Szeged

„Biztos pont a változó világban”

Beszámoló a 24. Kávészünet konferenciáról

Ismét eltelt egy év. A COVID visszahúzóásával azt gondoltuk, szusszanhatunk, rendezhetjük sorainkat, koncentrálhatunk azokra a feladatokra, amikre kisebb hangsúlyt tudtunk fektetni a járvány időszaka alatt. Nos, a kegyelmi időszak elmaradt, az egészségügyet, benne az alapellátást érintő változtatások – ügyelet, indikátorok, finanszírozás, igazolások – sok indulatot gerjesztettek, sok kérdést vetettek fel, amelyek egy részére ma sincs válasz, de a rendszer átalakítása folyamatos párbeszéd mentén halad, és nagy figyelmet igényel mindenki részéről.

Ezekben az időkben mindennél fontosabb, hogy legyenek az életünkben biztos pontok. Azt reméljük, azon dolgozunk, hogy a házi gyermekorvos kollégák számára a Kávészünet megmaradhat egy egész évre szóló szakmai és kollegiális feltöltődést nyújtó, biztos pontnak.

Az immár hagyományos, kongresszust megelőző Kávészünet szalon az élet egyik legfeszítőbb kérdését boncolgatta, azt, hogy szabad-e szenvedniük a gyermekeknek. Milyen dimenziót ad a gyermek szenvedésének és a szabadulásnak a hit? A gyermekkori trauma és szenvedés beépül-e a gyermek lelkébe, és lehet-e belőle feltámadás?

Kávészünet szalonunkban Velkey György és Tamásné Bese Dóra moderálásával ezekre az emberi dimenzióból nehezen megválaszolható kérdésekre kerestük a választ. Visky András Kitelepítés című regényéből vett szemelvények és az íróval folytatott beszélgetés betekintést engedett egy család életébe, ahol a lelkész apát bebörtönözték, az író pedig kisgyermekként hat testvérével, édesanyjával éveket töltött a romániai gulágon.



Beszélgethettünk Csáky Lászlóval és fiával, Somával, akinek egy évvel ezelőtt, amikor meg akarta menteni a barátját, a

testfelületének 53 százaléka megégett. A fiú és édesapja közösen mesélték el a nehéz utat, amely végül talpra álláshoz vezetett, a történetet a Somakönyv örökíti meg. Kiemelték az égési intenzív terápiás osztályon dolgozók hősie, odaadó munkáját és a házi gyermekorvos meghatározó szerepét is a családok életében.

Bábel Klára hárfaművész és Kovács Zalán tubaművész egyedi zenei kompozíciója és a Bethesda kórház lelkészének szavai zárták az estét.

A konferencia szakmai programját infektológiai témával nyitottuk. Fekete Ferenc a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetből a gyermekinfectológia lehetőségeit vázolta fel, kiemelve a molekuláris diagnosztika alkalmazásának lehetőségét, a gyors, lehetőleg POCT módszerek megbízhatóságát növelő szerepét és mindenekelőtt azt, hogy az antibiotikumok hatásosságának megőrzése mindannyiunk érdeke és felelőssége. Karázi Éva házi gyermekorvos kollégánk ismertette a meningococcus-szerotípusok jelenétének alakulását Európában, és megerősítette az alapimmunizálás utáni emlékeztető oltások szerepét és szükségességét.

Nyul Zoltán, a PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika munkatársa a klímaváltozás következtében jelentkező kihívásokra hívta fel a figyelmet: az éghajlat változásával számunkra új típusú vektorok által közvetített új kórokozók felbukkanására kell felkészülnünk Európában. Kardics Kinga előadása rámutatott arra, hogy a klinikai állapot és a vitális paraméterek megítélése a biomarkereknél fontosabb az infekciós körképekben, és hogy a CRP a terápia és a progresszió követésére alkalmasabb, mint diagnosztikára, s rendkívül fontos indokolt esetben az elsőként választandó szer alkalmazása a legszűkebb, de eredményes hatásspektrumban, a legkisebb, de elégséges időtartamban. Kalocsai Krisztina a globális poliohelyzetről, a 2021 októbertől jelentkező, ismeretlen eredetű, súlyos, akut hepatitiszesetekről, és az invazív A csoportú Streptococcus fertőzéséről adott szemelvényeket.

A ritka betegségek kapcsán Molnár Mária Judit bemutatta a Semmelweis Egyetem Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézetét, az ellátási lehetőségeket. Bereczki Csaba szokásosan interaktív előadásában a mesterséges intelligencia adta segítség helyét és szerepét határozta meg egy genetikai betegség diagnosztizálásán keresztül. Szakszon Katalin a Debreceni Egyetemről a genetikai betegségeknél használt megnevezések pontosságának szükségességére, a betegadatok továbbításában pedig a GDPR-követelmények

betartására és a dokumentált beleegyezés fontosságára hívta fel a figyelmet. Molnár Mária Judittól hallhattuk, hogy a hipofoszfatazia egy génhibán alapuló betegség, tüneteinek megjelenése születéstől felnőttkorig várható, viszont az időben felismert esetek stabilizálhatók rekombináns enzim-pótló kezeléssel.

A gyermekortopédia témaköre Domos Gyula előadásában, majd az ő, illetve Kiss Sándor, Havasi Katalin és Losonczi László részvételével zajló kerekasztal-beszélgetésben is terítékre került. Kérdés, hogy a házi gyermekorvosnak, a gyermeksebésznek, a gyermekortopédusnak és a radiológiai diagnosztikának mikor, hol van szerepe és felelőssége, milyen lehetőségek lehetnek a kompetenciák és hatáskörök növelésére. Az erről való diskurzus sem fejeződött be a konferencián.

A légúti infekciók alakulásával, a tridémiával mint új kifejezéssel foglalkozott Szabó László, Onozó Beáta pedig a meningococcusprevenció területén a felelősségvállalás szintjeivel.

Ebben az évben is sok kiváló cikk született a Hírvivőben. Kálmán Mihály, a Legjobb Hír-szerző díj kuratóriumának elnöke ismertette a legjobbnak ítélt írások szerzőit, a Karácsi Éva – Győri Blanka szerzőpárost, Kántor Irént, Simon Rékát, Szalóczi Beátát, Szlivka Gabriellát. A szerzők összefoglalták a cikkük mondanivalóját. A díjat Szlivka Gabriella nyerte el, szívből gratulálunk neki!



A napot A nemzet csalogánya című előadással zártuk a Kálmán Imre Művelődési Központban.

A szombati nap már hagyományosan a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika Bókay utcai részlegének gyermekgyógyászai által bemutatott tanulságos esetekkel kezdődött. Ilyen eseteket foglalt össze és kommentált Szabó Attila professzor; a blokknak a gyermekgyógyászat és talán a házi gyermekorvoslás szempontjából is ígéretes érdekessége, hogy az egyik előadó hatodéves orvostanhallgató volt.

Csóka Monika döbbenetes előadása egy család negyedik generációjánál is észlelt rosszindulatú betegség bemutatásán keresztül rávilágított arra, hogy gyermekkorban nincsenek a felnőttkori szűréseknek megfelelő szűrővizsgálatok

a daganatos betegségek felismerésére, a gyermekorvosnak minden egyes orvos-beteg találkozás során a gondos anamnézislevelet és a teljes fizikális vizsgálat ad lehetőséget a tumorszindrómák korai felismerésére és rizikóadaptált gondozására.



Szabó Tamás professzor ismét figyelmeztetett bennünket: nem lanyhulhat a figyelmünk, mert a bakteriális meningitisz korai felismerése és időben elindított terápiája életet ment.

Simkó Róbert házi orvos kollégánk egy sportorvos által rendszeresen ellenőrzött és tüneteket nem mutató fiatal edzőtermi rosszullétének kezelését és az azt követő kivizsgálást mutatta be. Az eset többszörösen is tanulságos. Ha azzal a kéréssel fordul hozzánk sportszervező, gyermek vagy szülő, hogy csak egy igazolást kér, hogy a gyerek átúszhassa a Balatont vagy fusson egy versenyen, mindenképpen eszünkbe kell jusson: attól, hogy az illető tünetmentes, nem tudhatjuk, milyen rejtett betegsége lehet, így felelősen nyilatkozni sem tudunk.

Kubinyi Erika kollégánk előadásából láthattuk, hogy a DCD-s gyerekek, azaz akiknek mozgástervezési és -összehangolási zavaruk van, sokkal nagyobb számban fordulnak elő, mint ahogy gondoljuk vagy felismerjük.

Bogdányi Katalin figyelmeztetett, hogy a világ legnagyobb járványai a mai napig az influenzához kötődnek, sőt a vele szinte egy időben zajló RSV- és COVID-fertőzések a hasonló tünetek miatt diagnosztikai nehézséget is okoznak, mégsem fordítunk kellő figyelmet a védőoltásos megelőzésre.

Az asztmás gyerekek légúti fertőzéseiről Németh Ágnes-től hallhattunk, majd Gianfranco Gromponétól a koevolúciós baktériumtörzsek antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelemben való felhasználásáról.

A gyermekkori evészavarok nem kis kihívás elé állítják az alapellátókat, hiszen a kisgyermekkori evészavarok a gyermekek 25-50, a sérült gyermekek 40-80 százalékát érintik, ellátásuk interdiszciplináris teammunkát igényel, ahogy az Szentannay Judit előadásából is kiderült. Az evészavarok kezelése szempontjából meghatározó a szülői compliance és adherencia, amit jelentősen befolyásolhatnak a krónikus betegségek, hívta fel a figyelmet Csabai Krisztina gyer-

mekpszichológus. Scheuring Noémi a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetből az evészavarok diagnosztikai és intervenciós lehetőségeit villantotta fel.

Gáspár Krisztián, a Debreceni Egyetem bőrgyógyásza megerősített bennünket abban, hogy az atópiás dermatitisz a tünetek alapján felállítható diagnózis, a vizsgálat nélkül bevezetett diéta felesleges, de figyelni kell a triggerelő tényezők kerülésére. A bőr barrierfunkciójának helyreállítása mellett a tünetek súlyosságától függően lokális vagy szisztémás gyulladáscsökkentő terápia javasolt, és nélkülözhetetlen a beteg adekvát edukációja.

Constantin Tamás az autoinflammatorikus betegségek klinikai spektrumát mutatta be a lázas állapot hátterében.



A szombat utolsó szekciója a gyermekkardiológiáé és az újszülöttellátásé volt, különös tekintettel a szívbetegségek perinatális szűrővizsgálatára, a fiatal felnőttkori krónikus szív- és érbetegségek megelőzésére, illetve az újszülöttellátás újdonságaira, beleértve a Duchenne-féle izomdisztófia korai felismerésének fontosságát, kiegészítve a vizeletvizsgálat és diagnosztika jelentőségével. E témában Katona Márta, Orvos Hajnalka, Szamosi Tamás, Vajda Zolt, Király-Szalkanovics Bernadett, Szabó Léna és Reusz György volt segítségünkre.

Gyönyörű balatoni naplementében készülhettünk a vacsorára és az esti programokra.

A vasárnap első esti előadásában Hidvégi Edit arról beszélt, hogy probiotikumok bélbe juttatásával és az immunrendszer által összekötött bél-tüdő tengely segítségével a légúti vírus- és bakteriális fertőzések egy része megelőzhető. Hangsúlyozta, hogy a dohányzás számos más káros hatása mellett hátrányosan befolyásolja a bélflóra összetételét is. Schwab Richard prezentációja arról szólt, hogy a bélrendszer és az agy folyamatos kommunikációban van, ezt a rendszert bél-agy tengelynek nevezik, bélrendszerünk ugyanazokat a neurotranszmittereket használja működése során. A bélrendszer károsodása hiányállapotokhoz vezethet, vagy egyes anyagok visszaszívódhatnak, ami gyulladós folyamatokat indíthat el.

Wenhardt Andrea kitekintett az európai országok iskola-egészségügyi ellátására, továbbá hasznos tájékoztatást

adott a KRÉTA használatáról, a rendszerhez csatlakozásról, és konkrét segítséget ajánlott mindazoknak, akik a csatlakozás során váratlan akadályba ütköznek.

P. Szabó Gabriella sportorvos és gyermekgyógyász hangsúlyozta, hogy a gyermekkorban végzett rendszeres fizikai terhelésnek egész életre szóló jótékony hatása van, s a fizikai aktivitást meg kell őrizni egész életünk során. A terhelést mindig a gyermek biológiai érettségéhez kell igazítani, s ezt a sportorvosi vizsgálatok során határozzák meg. Figyelmet kell fordítani az élsportolók preventív jellegű túlterhelés-, túledzettség-szűrésére.

Hallhattunk a gyógynövények és nem gyógyszeres terápiaik szerepéről Helfferich Frigyes fül-orr-gégészről, Mikos Borbála pedig értékelte az SMA-szűrés során szerzett hazai tapasztalatokat. Nekünk, házi gyermekorvosoknak a szűrés propagálásában van szerepünk, hiszen a jelen jogi keretek között csak akkor van lehetőség az SMA szűrésére, ha a szülő az újszülöttkori szűrővizsgálatok levételével együtt kéri. Reusz György a familiáris hipofoszfátémia felismerésének lehetőségére és felelősségére hívta fel a figyelmet, különösen, hogy néhány éve új célzott biológiai terápia áll rendelkezésre, amellyel a tünetek fiatal korban megszüntethetők, idősebbeknél pedig mérsékelhetők.

A kongresszus utolsó szekciója hagyományosan a táplálkozásé. Decsi Tamás professzor hangsúlyozta az anyatejes táplálás fontosságát, adatokkal szolgált arról, hogy az egyes országokban meddig kapnak kizárólagosan és meddig egyáltalán anyatejet a csecsemők. Egy a The Lancet hasábjain megjelent közlemény bizonyítékokkal alátámasztott módon megnevezi azokat a betegségeket és kóros állapotokat, amelyek megelőzésében a szoptatásnak igazolt szerepe van, és meghatározza a társadalmi szereplők teendőit a szoptatás védelmére, támogatására és elősegítésére. Egyértelműen kimutatható, hogy a tápszeres táplálás arányának növekedéséhez a tápszergyártók marketingtevékenysége jelentős mértékben hozzájárult, és elerendő cél, hogy ha tápszerre van szükség, akkor a megfelelő választás a gyermekorvos judíciuma legyen.

A konferencia utolsó előadása szintén hagyományosan Gárdos Lászlóé volt, aki ezúttal is briliáns módon foglalta össze a koraszülöttek táplálásának aktualitásait, mintegy megelőlegezve az ezzel kapcsolatos, hamarosan megjelenő irányelv bizonyítékokon alapuló megállapításait.

Havasi Katalin zárszava és a tesztírás után berekesztettük a kongresszust.

Köszönet illeti a szervezőket, Havasi Katalin elnököt, Braun Helga kommunikációs szakembert, az Ementin Kft. kiváló szervezőit – Veres Emesét, Lupkovics Vanesszát és munkatársaikat –, valamint a HGYE vezetőségének szervezői csapatát.

Remélem, jövőre velünk ugyanitt!

Dr. Pejtsik Petra | házi gyermekorvos, HGYE FEB-elnök, Budapest

Összefoglaló a HGYE 2023. évi küldöttgyűléséről

Az egyesület idei küldöttgyűlésére május 5-én, pénteken délután, a Kávészünet konferencia ideje alatt és helyszínén került sor. A kezdéskor a választásra jogosult 99 főből 55 volt jelen, így a gyűlés már az első meghirdetett időpontban határozatképes volt, ezért nagy-nagy köszönet illeti a megjelent küldötteket. Megemlítendő, hogy többen kizárólag a küldöttgyűlés miatt utaztak Siófokra, nekik külön is köszönettel tartozunk azért az extra erőfeszítésért, amivel az egyesület munkáját ez alkalommal segítették.

Az ülés tervezett napirendje részint a 2022-es év szakmai és számviteli beszámolójának ismertetése és elfogadása, a 2023-as évi költségvetés ismertetése és megtárgyalása volt, részint a vezetőség soraiban történt változások kapcsán új alelnök és vezetőségi tagok választása, részint pedig a Legjobb Hír-szerző díj kuratóriuma javaslatainak megtárgyalása. Az ülés levezető elnöki tisztére a küldöttek dr. Havasi Katalint választották, a jegyzőkönyv vezetését Braun Helgára bízta, hitelesítésére pedig dr. Fábíán Dórát és dr. Póta Györgyöt kérték fel.

Az egyesület múlt évi tevékenységének szakmai beszámolóját a kiküldött meghívóban előzetesen olvashatták a küldöttek, így a HGYE elnöke az egyesület többnyire tavaly indult, de jelenleg is folyó 35 projektjét ismertette. Több kérdés, hozzászólás, javaslat hangzott el az újjáalakított indikátorrendszerrel kapcsolatban, ezek egy részére érkezett érdemi válasz, más része a jelenleg is alakuló rendszer ígért, de még nem bekövetkezett változásai miatt sok bizonytalanságról tanúskodik. Ígéret hangzott el arra, hogy az őszi szakmapolitikai konferenciára a HGYE vezetése olyan, a témában kompetens vendéget hív az államtitkárságról, az Okfőtől és a NEAK-tól is, akiktől érdemi tájékoztatást kaphatnak a jelenlevők, illetve közvetlenül is feltehetik a kérdéseiket, elmondhatják javaslataikat.

A HunPedNet 2022. évi tevékenységéről szakmai és számviteli szempontból dr. Stunya Edina, a szervezet vezetője tartott beszámolót. Ezután a HGYE múlt évi számviteli beszámolójának sarokpontjairól Bíró László, az egyesület gazdasági tanácsadója tartott rövid tájékoztatást (a számviteli beszámoló teljes anyagát előzetesen megkapták a küldöttek). Ennek alapján az egyesület a 2022. évet pozitív pénzügyi eredménnyel zárta, és lehetőség nyílt a 2023. évre előre tervezett néhány projekt számára pénzügyi fedezet elha-

tárolására is. A beszámolókat a küldöttgyűlés tartózkodás és ellenszavazat nélkül elfogadta.

Következő napirendi pontként szintén Bíró László ismertette a HGYE 2023. évi költségvetését, melyet a múlt évhez hasonlóan konzervatív szellemben terveztek meg, de az előző évvel ellentétben így is pozitív eredményű. Mindez azt jelzi, hogy a 2020. és 2021. évi, a COVID-járvány miatti egyensúlyvesztést a HGYE kiheverte, tevékenységeinek spektruma és mértéke a járvány előtti szintre tért vissza, és az eltelt egy évben folyamatosan nehezedő gazdasági környezet ellenére a bevételek is biztosnak tűnnek. A költségvetést a küldöttgyűlés tartózkodás és ellenszavazat nélkül elfogadta.

Ezután az egyesület elnöke a vezetőség összetételében lezajlott változásokat ismertette. Dr. Losonczi László alelnök 2023 februárjában jelezte, hogy a továbbiakban nem kívánja, nem tudja az alelnöki feladatokat ellátni, dr. Győri Blanka pedig márciusban jelezte ugyanezt a vezetőségi tagságával kapcsolatban. Április folyamán dr. Sutka Melinda, dr. Onozó Beáta és dr. Karászi Éva jelezte kiválását a vezetőségből – ők a Kávészünetig még részt vettek a munkában, de a továbbiakban nem tudták vállalni. Így aztán a küldöttgyűlés feladata volt, hogy a megüresedő alelnöki és vezetőségi pozíciókra új tagokat válasszon. A jelölőbizottsághoz érkezett javaslatokat dr. Fábíán Dóra, a bizottság elnöke ismertette. Új alelnökké dr. Rósa Ágnes mellé dr. Kántor Irént választották, ő így előző vezetőségi tagságáról egyidejűleg lemondott. A megüresülő vezetőségi tagi helyekre a küldöttgyűlés dr. Stunya Edinát, dr. Kollár Lászlót, dr. Ács Beátát, dr. Török Violetta és dr. Májer Évát választotta meg. Így a vezetőség újra teljes létszámmal tudja folytatni a munkáját.

A választás után az egyéb napirendi pontok közt a küldöttgyűlés a Legjobb Hír-szerző díj kuratóriumának javaslatait tárgyalta meg. Az egyik a díj összegének – a gazdasági környezet változásaira reagáló – emelése volt. A másik javaslat a jelenleg csak alapellátó gyermekorvos által írt cikkért adható elismerés mellé egy, szintén a Hírvivőben megjelenő, szakmai tárgyú, de nem az alapellátásban dolgozó szakorvos által írt cikk szerzőjének megítélhető díj létrehozása. A küldöttek mindkét javaslatot elfogadták.

Litinger Péter | munkavédelmi szakember

Munkajog és munkavédelem a gyakorlatban

Írásom célja, hogy összefoglalja az alapvető munkajogi és munkavédelmi kérdéseket a praxisban dolgozó orvosok, aszisztensek, orvosírnokok és minden más egészségügyi dolgozó számára. A teljesség igénye nélkül gyűjti össze a legfontosabb témákat, segítséget és tájékoztatást ad. További, részletes és egyedi esetekre vonatkozó információt a vonatkozó jogszabályok, az interneten elérhető szakkikkek, valamint a munkajog és munkavédelem területén tevékenykedő szakemberek nyújtanak.

Egyéni vállalkozást indítani viszonylag könnyű folyamat. Sokan még az egyszerűbb adózási formákat is megtanulják, így egyáltalán nem elképzelhetetlen, hogy valaki egymaga végezzen minden felmerülő feladatot. Más a helyzet abban az esetben, ha a munkavégzés megkívánja, hogy alkalmazottat vagy alkalmazottakat vegyünk fel. Ez ugyanis számos jogszabály hatálya alá helyez minket, ami első pillantásra fejtörést okozhat, ám a jogszerű foglalkoztatás és a megfelelő munkakörülmények nemcsak a büntetések elkerülése, de a munkáltató és munkavállaló közötti hosszú távú és kölcsönösen előnyös kapcsolat fenntartása végett is fontosak.

Ha létrehoztuk a vállalkozást – amely a célnak megfelelően lehet kft., bt., esetleg egyéni vállalkozás –, akkor az egyéb jogi procedúrákat átugorva eljutunk arra a pontra, ahol az önálló orvosi tevékenység megkezdhető a praxisban. Az egészségügyi szolgáltatás gördülékenységéhez a legtöbb esetben elengedhetetlen, hogy az orvos mellett más egészségügyi dolgozó is részt vegyen a munkában, s a foglalkoztatásnak természetesen be kell tartania a jogszabályokat. Ennek első lépése a munkáltató és a munkavállaló közt létrejövő munkaszerződés, amely lefekteti a kettejük közti viszonyt. A szerződés tartalmi és formai részletei egyáltalán nem elhanyagolhatók.

A munkaviszonyt létrehozó szerződést írásba kell foglalni. Kötelező tartalmi eleme az alkalmazó cég adatai és az alkalmazott személyes adatai, alappérezése, munkaköre, valamint a próbaidő tartama és a munkaviszony kezdete. Amennyiben a munkaviszony idejét nem határozzák meg, automatikusan határozatlan időre köttetik a munkaszerződés. Hasonló a logika a munkavégzés helyének meghatározásakor, hisz részletezés hiányában munkahelynek azt a helyet kell tekinteni, ahol a munkáját szokás szerint végzi a munkavállaló. Ugyanígy igaz, hogy eltérő megállapodás hiányában ál-

talános teljes napi munkaidős foglalkoztatásra jön létre a szerződés. A munkabér esetünkben nem teljesen rugalmas, az egészségügyi szakdolgozók és egészségügyi dolgozók fizetését egyaránt bértábla határozza meg, ezek a kötelezően előírt minimális illetményértékek megtalálhatók a világhálón.

További kötelező kiegészítő eleme a munkaszerződésnek a munkaköri leírás, mely tartalmazza a munkavállaló feladatait, amelyeket munkája során végezni köteles. Ezenfelül a munkáltató köteles tájékoztatni alkalmazottját az alábbiakról: a munkabér elszámolásának módjáról, a bérfizetés gyakoriságáról, a kifizetés napjáról, a szabadságról és a felmondási időről. Ezekre a dokumentumokra számtalan szerkeszthető mintát találni az interneten, így egyszerűen gondoskodhatunk róla, hogy a munkaviszony az első pillanattól fogva kifogástalan és jogszerű legyen. Minden további részletet a munka törvénykönyve szabályoz.

A munkaszerződés megkötése után, de a munkavégzés megkezdése előtt még két fontos dologról gondoskodnunk kell. Az egyik lépés, hogy a munkavállaló részt vegyen munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálaton. Ez talán kissé komikusnak tűnhet, de a jogszabály nem tesz kivételt az egészségügy esetében, így az alkalmazottnak fel kell keresnie egy foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult orvost. Azt azonban meg kell jegyezni, hogy az orvosoknak ezt a vizsgálatot csak néhány kijelölt doktor végezheti el, a munkavállaló viszont már tetszőlegesen küldhető bármelyik szolgáltatóhoz, a felmerülő költségek pedig a munkáltatót terhelik. A másik lépés, hogy a munkavállaló munkavédelmi oktatásban részesüljön, amit szintén írásban szükséges dokumentálni. Munkavédelmi oktatást akár a munkáltató is tarthat, az oktatási tematika elkészítése azonban munkavédelmi szaktevékenységnek minősül, így szükségünk lesz egy ilyen végzettségű szakemberre. A munkavédelmi szolgáltatás azonban nem egyszerű tematikakészítés. Ha munkájára igényes szakembert választunk, előzetes szemlét követően számos kötelező dokumentumot készít nekünk, folyamatosan frissen tartja őket, valamint tanácsadással és javaslatokkal közreműködik a biztonságos és egészséget nem veszélyeztető munkavégzés kialakításában. Ezenfelül lesz kihez fordulnunk, ha bal eset történne a munkavégzéssel összefüggésben, vagy ha valamely hatóság ellenőrzést végezne a rendelésben.

A munkavégzéshez kapcsolódóan – az orvosi alkalmassági vizsgálaton túl – a munkavállalónak keletkezhetnek kiadásai, ezekkel kapcsolatban az alapvető elv, hogy a munkáltató köteles az indokolt költségeket megtéríteni. Más kérdés a munkába járás költsége, ahol a vonatkozó kormányrendelet tisztázza, mi minősül munkába járásnak (nagy vonalakban a közigazgatási határon túli közlekedés). A rendelet alapján a munkáltató téríti meg a tömegközlekedéses napi munkába járás bérlet- vagy jegyköltségének minimum 86 százalékát, és ez nem jár adóvonzattal. Gépjárműves közlekedés esetén akár kilométerenként 30 forint költségtérítést is kaphat adómentesen a munkavállaló, a munkáltató ennek 60 százalékát köteles is adni.

A munkaviszony fennállása alatt mindkét félnek vannak jogai és kötelezettségei. A munkavállaló általánosságban köteles betartani a munkaszerződésében foglaltakat. Ennek keretei között a munkáltató által előírt helyen és időben munkára képes állapotban megjelenni, munkáját a tőle telhető legnagyobb szakértelemmel, megfelelő magatartással, munkatársaival együttműködve elvégezni. Köteles továbbá megtagadni a munkavégzést, ha az más egészségét vagy életét veszélyeztetné. A munkavállalónak joga van a biztonságos, egészségét nem veszélyeztető munkavégzéshez, az őt megillető munkabérhez és szabadsághoz, és megtagadhatja a munkavégzést, ha az a saját egészségét vagy életét veszélyeztetné. A munkaszerződés értelmében a munkáltató a munkabéren túl a szükséges ismeretek megszerzését, tájékoztatást és irányítást is köteles biztosítani. Ezenfelül a munkavégzés személyi és tárgyi feltételeiről, valamint a munkavállalója számára biztonságos munkavégzés feltételeiről is gondoskodnia kell, és a munkát úgy kell szerveznie, hogy alkalmazottja tudja gyakorolni a jogait és teljesíteni a kötelezettségeit. Mindezért cserébe elvárhatja, hogy munkavállalója az említett kötelezettségeinek eleget tegyen.

Ha a munkaviszonyt a továbbiakban nem szeretnénk fenntartani, többféle út is létezik a megszüntetésére. Egyetlen közös dolog mindben van, mégpedig az, hogy a munkaszerződéshez hasonlóan írásba kell foglalni. Kezdeményezés szempontjából háromféle megoldást különböztetünk meg: felmondás a munkavállaló részéről, közös megegyezéssel és a munkáltató részéről. A közös megegyezés a legegyszerűbb és legbékésebb forma, ezt érdemes alkalmazni, ha a felek között jó a viszony. Ilyenkor a munkavállaló nem köteles ledolgozni a felmondási időt, a munkáltató pedig nem kell hogy végkielégítést fizessen, a munkaviszony bármikor megszüntethető. Ha a határozatlan idejű munkaszerződést a munkáltató mondja fel, akkor annak indoklást kell tartalmaznia, valamint a jogorvoslati lehetőségeiről is tájékoztatni kell a munkavállalót. Ebben az esetben a felmondási idő legalább felére köteles a munkáltató felmenteni munkavállalóját, ő pedig kérheti a felmondási idő rövidítését is. A munkáltató megteheti továbbá, hogy a felmondási idő

egészére felmenti alkalmazottját a munkavégzés alól. Munkavállalói felmondás esetén nem jár ilyen felmentés, a teljes felmondási idő ledolgozandó, indoklásra viszont nincs szükség. Felmondási időre – amely minimum 30 nap – azért van szükség, hogy a munkavállaló új munkahelyet kereshessen, a munkáltató pedig pótolhassa a kiesett munkaerőt.

A felmondással ellentétben az azonnali hatályú felmondás nem egy jövőbeli időpontban, hanem azonnal szünteti meg a munkaviszonyt. Ez a törvény szerint akkor lehetséges, ha valamely fél a munkaviszonyból származó lényeges kötelezettségét szándékosan vagy súlyos gondatlansággal jelentős mértékben megszegi, vagy olyan magatartást tanúsít, amely a munkaviszony fenntartását lehetetlenné teszi. Ilyen lehet az igazolatlan távollét, az alkoholos befolyásoltóság alatti munkavégzés vagy a bérfizetési késedelem.

Léteznek olyan esetek, amikor a munkáltató nem szüntetheti meg felmondással a munkaviszonyt, ilyen a munkavállaló várandóssága, a szülési szabadság, továbbá betegség miatti keresőképtelenség esetén is csak a gyógyulást és munkába állást követően kezdődhet meg a felmondási idő.

Végkielégítésre jogosult az adott vállalkozásnál legalább három év munkaviszonnyal rendelkező munkavállaló munkáltatói felmondás esetén – kivéve az azonnali hatályú –, illetve ha a munkáltató jogutód nélkül szűnik meg. Ez kezdetben egyhavi munkabér, amely a munkaviszony hosszával növekszik.

