

# HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Megtisztelő feladat bevezető gondolatokat írni, különösképpen így év vége tájt. Kezdem hát a jóval. Fogadják őszinte jókívánságaimat a gyermek-egészségügyi program elfogadtatása, kormányprogrammá emelése alkalmából. Nagy siker lenne ez bármely szakma számára, különösképpen az pedig azoknak, akik legkedvesebbjeink, gyermekeink jóléte felett őrködnek. A HGYE hosszú évek óta végzett kitartó küzdelmének megkoronázása ez, hisz oroszlánrészt vállalt abban, hogy a politikai fülek hallóvá váltak. Nagy szó ez manapság! Nem tisztem méltatni a program szakmai tartalmát, ám ki kell mondani, egyik legnagyobb érdeme az, hogy minden egyes feladathoz határidőt rendel. Mert egy feladatsorban – különösképpen, ha az kormányprogram – azért vannak terminusok, hogy betartsák azokat!

És itt kezdődnek a bajok. Már a hivatalos bejelentés pillanatában ünneprontó voltam egy picit, amikor nyilvánosan megkérdeztem: ki fogja mindezt végrehajtani és miből? Nagy kár volna, ha e program mindössze arra szolgálna, hogy a benne rejlő időpontokat csak számonkérésül használnánk. Az sem cél, hogy politikai feszültséget keltsünk. Vannak erre nálunk felkentebbek.

A pusztá tények azonban kegyetlenek. A jövő évi költségvetés ágazatunk számára kétségbeejtő, 15 év után először névértéken is alacsonyabb, mint az idej, amely pedig szintén csapnivaló volt. E pillanatokban keményen küzdünk az alapellátásban évek óta megszokott – bár jelentősen devalválódott – amortizációs díjak megtartásáért, de nem sok a reményünk. A készülő kormányrendelet a megszüntetést rendeli el. Ér-e valamit a köztestület tiltakozó szava? Praxisaink eltartóképessége a minimuma alá csökkent, nincs hová nyúlnunk pótlásért. A pálya előregszik és érdemi utánpótlás híján kiürül. Kísérletet teszünk a praxisjogból való kijátszás, az anyagi ellehetetlenítés megakadályozására, ám tartok tőle, hogy ez kevés. Praxisalap nincs, és jövőre sem lesz.

A politikusokat mindez cseppet sem érdekli. Vannak a szép szavak, a hangzatos jelszavak, lehet lépni tovább. De rajtunk is múlik, akarunk-e, képesek leszünk-e tenni azért, hogy a gyermekegészségügy megmentésének és megjavításának programja ne a politikai lózungok sorába kerüljön! A Magyar Orvosi Kamarán nem fog múlni, ezt ígérhetem! Ám a kamara nem én vagyok, s nem is az elnökség! Minap a Semmelweis Egyetem vezetőinek meghívására fórumot tartottam a Nagyvárad téren (szoktam ilyen országsherte, volt már közel nyolcvan!). Megjelent a rektor, a helyettese, a dékán, a kamara alelnökei, főtitkára és még tizenhét (nem tévedés, 17) ember. No comment.

A közelmúlt eseményei pedig fényesen bizonyítják, hogy csak ott lehetünk eredményesek érdekeink – a ránk bízottak érdekeinek – érvényesítésében, ahol kollégáink is „odateszik” magukat. Csak a kellő konfrontáció hozza meg azt a nyilvánosságot, melynek ereje szinte az egyetlen fegyverünk. Élni kell vele! Magam részéről azt ígérem, hogy a tőlem megszokott makacs kitartással képviselem továbbra is mindazt, amivel megbíztak. Nem fog megtörni a látszólagos kudarc, mert nem adhatjuk fel semmiképpen! Ám kérek mindenkit, csatlakozzon, s a maga helyén, módján tegyen meg mindent a közös sikerért.

Ehhez kívánok mindannyiunknak békét, elcsendesedést, erőgyűjtést, hogy az új esztendő a megnyert energiák birtokában köszönthessen ránk!

DR. ÉGER ISTVÁN

## TARTALOM

- Közös nevező ..... 2–4
- Mi hiányzik? ..... 5
- Szakma és érdekvédelem 8–9
- Hálapénz ..... 11
- Levél Nairobiból .... 12–13
- Milupa-szimposium ..... 15
- PET ..... 16
- Az atópia kezeléséről .... 19
- „...nem akarok többet éhezni” ..... 20–21
- Hírek ..... 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2005-ben:



November 18–19-én a budapesti Park Hotel Flamencóban rendezte egyesületünk a XI. őszi konferenciáját. A rendezvényen mintegy 300, alapellátásban dolgozó gyermekorvos vett részt.

### Pazarlás vagy biztonság?

Az első nap ügyeleti ellátással foglalkozó blokkját Kovács Julianna vezette, aki a közelmúltban kapott megbízást a gyermekorvosi alapellátás országos szakfőorvosi feladatainak ellátására. A kérdéseket, hogy miként lehetne ott is központi gyermekügyeletet kiépíteni, ahol ma még éjjelenként és hétvégén háziorvosok látják el a gyermekpraxishoz tartozó betegeket, vagy hogyan lehetne egy jól képzett asszisztensekből és orvosokból álló telefonos diszpécierszolgálattal csökkenteni az indokolatlan házhöz hívások nagy számát – nem tudtuk megnyugtatóan megvála-



szolni. Simon Gáborral, a Fejér Megyei Szent György Kórház osztályvezető főorvosával viszont abban maradtunk, hogy a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium ügyeleti ellátásával foglalkozó munkacsoportja és a HGYE e témával foglalkozó vezetői közösen dolgozzák ki megoldási javaslatukat.

### Ellátás vagy a látszata?

Ellátási felelősség itt is, ott is? Szűrővizsgálatok itt is, ott is? Rendelőben, bölcsődében, óvodában, iskolában? Felértékel vagy leértékel bennünket az iskolaorvosi munka? Ezek a kérdések uralták az Újhelyi János által vezetett, az ellátási párhuzamokat taglaló megbeszélést. Abban teljes volt az egyetértés, hogy bölcsődében vagy óvodában nincs szükség orvosra. De érezhető feszültség alakult ki a moderátor, Aszmann Anna és Mezei Éva (a Szakmai Kollégium iskola-egészségügyi szakcsoportjának képviselője) és a hallgatóság

# közös nevező

között abban a kérdésben, hogy van-e értelme napjainkban is az iskolaorvosi munkának? Közös nevezőre jutottunk abban, hogy az oktatási intézményekben vannak egészségügyi feladatok, de hogy ezeket ki lássa el, védőnő vagy házi gyermekorvos, abban csak elmozdulás történt a kompromisszum felé.

### A változás kora

Zsúfolt terem előtt ismertette Ócsai Lajos, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal fősztályvezetője a kötelező védőoltások területén bekövetkező változásokat, Mészner Zsófia főigazgató az új vakcinákat, Molnár Zsuzsa, az Országos Epidemiológiai Központ főorvosa az áttérés gyakorlati kérdéseit. A kávészünet után Kulcsár Andrea, a Szent László Kórház főorvosa ízelítőt adott az Oltási Tanácsadónak feltett leggyakoribb kérdésekből és válaszokból. A már késői órák ellenére is nagy érdeklődést váltott ki Melles Márta főigazgató influenza- és madárinfluenza-helyzetről



szóló előadása. Jelenik Zsuzsa főorvos az ajánlott védőoltások kapcsán nemcsak arra hívta fel a figyelmet, hogy a legújabb előírások szerint egy-kétéves kor között „boosterelni” kell a csecsemőkorban adott meningococcus elleni vakcinát, hanem arra is, hogy hazánkban is forgalom-

ba került a csecsemőknek és kisgyerekeknek javasolt – az Egyesült Államokban és több nyugat-európai országban már oltási rendbe illesztett – konjugált pneumococcus-vedőoltás.

### A hard day's night

Tahi Tóth László és Gyarmathy István szonestje előtt került sor a „Házi Gyermekorvosok Egyesületének Tiszteletbeli Tagja” kitüntetés átadására.

Az esti fogadáson hatalmas marcipántorta emlékeztette a vendégeket a HGYE 10. születésnapjára, és egy jóval kisebb kőelefánt Huszár Andrást a csordavezér feladataira.

### Új program

Szombaton délelőtt szakmapolitikai fórummal folytatódott a konferencia. Rácz Jenő miniszter bevezetőjében arról beszélt, hogy bár a jelenlegi kormány 2002 óta évente 350 milliárd forinttal növelte az egészségügyre fordított pénzeszközöket, egy elmúlt nyári közvélemény-kutatás szerint a magyar egészségügy változat-





lanul szegény, igazságtalan, kiskapukkal teli és nem elég biztonságos. Megítélése szerint az állami, biztosítási és önkormányzati irányításból sok szabályozatlan helyzet adódik, de amikor az anomáliák ellen végre lépnének, mindig politikai támadások keresztüzébe kerülnek. Neuralgikus terület az ügyeleti rendszer rendezetlensége. Nemcsak a szakmát, hanem az önkormányzatokat és a lakosságot is meg kell győzni arról, hogy nem akkor biztonságos egy szisztéma, ha minden településen elérhető, hanem akkor, ha a rászoruló az állapotának megfelelő ellátáshoz juthat. Ezért van szükség jól felszerelt sürgősségi központokra. De nem minden faluban, hanem a kistérségi ellátócentrumokban. Az ellátóhelyek elérhetőségét a mentőszolgálat fejlesztésével kell biztosítani. Szó esett ennek kapcsán a mentőállomások korszerűsítéséről, új

mentőállomások építéséről és a mentő helikopterekről, amelyekkel jelenleg mindössze két probléma van: képtelenek függőlegesen felszállni és vízszintesen repülni...

Nagy érdeklődés várta az egy héttel korábban elkészült Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program bemutatását. A miniszter elmondta, hogy a gyermekgyógyászat az első olyan szakterület, amely elkészítette saját szakmai programját. Elismeréssel nyugtázta, hogy végre nem a politika erőszakolta saját elképzeléseit a szakmára, hanem a gyermekgyógyászat részterületeinek összefogása vezetett ahhoz a programhoz, amelyet a politikának – kormánytól és pártoktól függetlenül – segítenie kell valóra váltania. Lesznek viták arról, hogy mi legyen azoknak a szülészeti osztályoknak a sorsa, ahol nem biztosítható az újszülöttek

szakszerű ellátása, de közös az elszántság abban, hogy 15 év alatt a csecsemőhalandóságot a felére, az erőszakos halálozást pedig jelentősen csökkenteni kell.

Prognosztizálható, hogy az iskolaegészségügy a prevenció irányába tolódik, a feladatok pedig döntően a védőnői szolgálatra várnak.

### Fejéről a talpára

Huszár András felszólalásában kiemelte, hogy az egyesület legfontosabb céljának azt tartja, hogy a gyermekek születésüktől 18 éves korukig, mindenütt azonos eséllyel jussanak megfelelő színvonalú alapellátáshoz. Az indokolatlan lakossági igényekkel szemben a szakmai szempontoknak kell meghatározóvá válniuk. Ez a szemlélet új ellátási struktúrát követel. Ma már a betegségek mind nagyobb hányada látható el egy felkészült alapellátóhálózattal és megfelelően szervezett járó-



### A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK TISZTELETBELI TAGJA

Az egyesület fennállásának 10. évfordulóján **Fekete György professzor**, a Semmelweis Egyetem II. számú Gyermekgyógyászati Klinikájának igazgatója részesült az elismerésben. Csak néhány mondat a méltatásból:

„... Hogy miért a tisztelt szó a professzor úr előtt? Mert tisztelünk. Tiszteljük gyermekorvosi, tudományos munkád, tisztelünk genetikai kutatásaidért, sok évtizedes oktató munkásságodért. Tisztelünk a nagy Nelson magyar fordításának szerkesztéséért. Sokunknak jelent sokat mindennapi gondjaink megoldásában ez a könyv. Tisztelünk a „keddekért”. A kollégáknak már nem csupán a filmcím – Ha kedd, akkor ez Belgium –, hanem a klinika kedd délutáni továbbképző soro-

zata jut eszébe, ami nemcsak a házi-, kórházi, klinikai orvosok kapcsolatának elmélyítésére, hanem a gyakorlatban is jól használható ismeretek gyarapítására is kiváló lehetőséget biztosít. Tisztelünk azért is, mert a Gyermekgyógyászati Klinikák közül elsőként és mindeddig egyedülként Te illesztetted tanrendbe a gyermekorvosi alapellátást, illetve annak két jeles képviselőjét, Huszár András és Kálmán Mihály barátunkat.

És tisztelünk Professzor Úr azért a hídépítő munkáért, amelyet a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnökeként a területi gyermekgyógyászat elismertségéért kifejtettél. Elnökséged során több évtizedes háttérbeszorultságunk oldódott jelentős mértékben.”

beteg-szakellátással. Ezzel ellentétben áll azonban a hazai gyermekegészségügy kórház- és ágyközpontúsága. A vegyes praxishoz tartozó gyermekek alacsonyabb ellátási színvonalára megoldást jelenthet a kistérségi egészségközpontok kialakítása. Az egyesület korábbi vizsgálata 47 olyan települést talált az országban, ahol a gyermeklakosság száma alapján megszervezhető lenne egy átlagos létszámú gyermekpraxis. Ehhez azonban nemcsak a szülőket és az önkormányzatokat kell meggyőzni, hanem a háziorvosok szemléletét és érdekelttségét is meg kell változtatni. A csökkenő születésszám miatt kiüresedő gyermekpraxisok helyzete csak önkormányzati együttműködéssel vagy a praxisalap létrehozásával oldható meg. A házi gyermekorvosok növekvő átlag-életkora rövid időn belül nagy gondokat okozhat.



megjegyezte, hogy az a jelenleg hatályos közalkalmazotti bérek és járulékaik kifizetésére sem ad módot. A gyermek-egészségügyi programhoz gratulált, de nem értette, hogy a minden szempontból értékes kezdeményezések miatt igényelnek kormányprogramot. És ki fogja a programot végrehajtani? – kérdezte. Óva intett attól, hogy egy esetleges politikai konszenzust követően az önkormányzatok visszaszorított szerepét az egészségbiztosító vegye át.

#### Koncentrált erőforrások

Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet főigazgatója annál is inkább nagy jelentőséget tulajdonított az alapellátás fejlesztésének, mert a falvakban, illetve a városokban lakók életésélyei között 20 százalékos különbség van. Ma már a korszerű ellátáshoz szükséges orvosi tudás nem birtokolható egy személy által, és az ehhez szükséges technikát sem tudja egy orvos

önmagában hatékonyan működtetni. Az infrastruktúra fejlődésével együtt lerövidültek a távolságok, az orvoshiány és a munkaerő-direktíva amúgy sem teszi fenntarthatóvá a mai rendszert. Az ellátórendszer koncentrációja a kórházak számának csökkentését, a járóbeteg-ellátás megerősítését igényli. Megítélése szerint egy alig felszerelt rendelőben történő néhány órás rendelés helyett a biztonságot egy jól felszerelt „egészségház” jelenti, ahová a beteget akár egy mikrobusz is könnyedén eljuttatja. Az egészségház integrálná a kistérség alapellátási feladatait, a lakosság számára fontos szakellátásokat, az alacsony erőforrás-igényű, de gyakran igénybe vett és az életminőséget javító kiegészítő szolgáltatásokat (gyógytorna, fizioterápia, logopédia stb.). A vita három és fél órán át tartott. És Rác Jenő végig kitartott.

KOMÁROMI ZOLTÁN, KÁDÁR FERENC



#### Elvesztegetett évek

Balogh Sándor szerint az egyik legnagyobb gondot az utolsó védőoltástól az első szívinfarktusig tartó évek okozzák. Ebben az elvesztegetett időszakban sem a prevenció, sem a betegségek korai felderítésének metodikája nincs megoldva.

A sorozási pénzek kifizetésével kapcsolatban meglepetést okozott, hogy az 1987-ben született 65 ezer fiú közül csupán 32 ezernél történt vizsgálat. Legalábbis ennyiről érkezett jelentés – ezeknek is egy része a jogszabályban rögzített határidőn túl. A rendelkezésre álló 390 millió forintból így 190 millió „benragadt”.

#### Ki, és miből?

A MOK elnöke az egészségügyet az EU-csatlakozás veszteseként aposztrofálta. Az alapellátás finanszírozásáról szólva



# Ami hiányzik



**Az alábbiakban ismertetjük Dr. Tulasay Tivadar rektor, a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium elnökének konferenciánkon elhangzott beszédét.**

Őszinte örömmre szolgál, hogy teljes konszenzussal, a szakma alapvető hozzájárulásával elkészült a Nemzeti Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Program. A Kollégium elnökeként, de a Magyar Gyermekorvosok Társaságának tagjaként is nyugodtan állítom, nem volt még olyan dokumentum, amelyben az elmúlt tíz év megfogalmazott igényei ilyen teljességben megjelentek volna. Néhány nőánosztól, inkább csak árnyalatnyi megfogalmazástól eltekintve teljes mértékben magaménak vallom és a Szakmai Kollégium nevében kijelenthetem, hogy minden igyekezetemmel azon leszek, hogy céljai megvalósuljanak. A túlzott eufóriától azonban óvni. Engedjék meg, hogy néhány olyan kérdéstről beszéljek, amelynek megoldatlansága – véleményem szerint – veszélyezteti a program megvalósulását.

Örültem, amikor miniszterelnök úr a Svábhegyen öt-hat milliárd forint allokációját jelentette be erre a célra. De a gyermekgyógyászat mellett a traumatológia, a sebészet, a pszichiátria finanszírozása is nagyon rossz, hogy csak néhány területét említsem az egészségügynek. Borzasztó kényes tehát az egyensúly, és félok, hogy a lobbierdekek esetleg kioltják egymást. Az érdekellentétek még saját szakmánkon belül is problémát generálnak, az ellenérdek nagyon komoly visszahúzó erő lehet.

Az elmúlt 15 évben pártoktól és kormányzatoktól függetlenül minden pénzügyminiszter azt hangoztatta, hogy borzasztóan pazarló az egészségügy, ráadásul paraszolvencia formájában évente 2–3 milliárd feketepénz áramlik a területre. Az állami, a biztosítási és az önkormányzati irányítás mellett megkerülhetetlen a

negyedik szabályozórendszer, a paraszolvencia kérdése. Hiába mondja azonban a fiskális politika, hogy oldja meg a szakma maga a saját problémáját, Münchhausen báró módjára nem tudjuk magunkat kirángatni a mocsárból.

Többekben és többször felvetődött már a kérdés, hogy az önkormányzati tulajdon jelenlegi formájában nem hátráltatja-e céljaink megvalósítását, nem nehezíti-e a kis kórházak, vagy a kistérségi centrumok, társulások jogállásának tisztázását vagy helyzetét. A magyar alapellátásban dolgozó privát vállalkozók túlnyomó többségét béklyóba köti a hatályos önkormányzati törvény. Olyan államigazgatási szintű kérdés ez, amelyek megvalósulása nélkül a gyermekegészségügyre vonatkozó mostani nagyszerű kezdeményezés is magában hordozza a kudarç lehetőségét.

Miniszter úr nagyon határozottan hangsúlyozta, hogy a nemzet egészségügyi állapotáért mi, egészségügyiek mindössze 15 százalékban vagyunk felelősek. Ez veti fel a következő kérdést. Nem fölösleges-e az a szemérmesség, aminek következtében magunk is, de az adatszolgáltatók és az adatbázis-kezelők is összekeverik cigány honfitársaink egészségügyi adatait a kaukázusi lakosságéval. Az egyik legnagyobb amerikai gyermekgyógyászati szaklap minden év januárjában 50 oldalon keresztül ismerteti az Amerikai Egyesült Államok egészségstatisztikai adatait. Kaukázusi, fekete és hispán bontásban. Az ottani kaukázusi adatok megfelelnek a svájci számoknak, és meg merem kockáztatni, hogy a hazai kaukázusi népcsoport morbiditási vagy mortalitási adatai sem lényegesen rosszabbak a Cseh Köztársaság-beli vagy svéd adatoknál. A roma kisebbség népszaporulata jóval meghaladja, az átlagos születési súlya nem éri el, az újszülöttkori megbetegedési arányai felülmúlják a hazai kaukázusi népesség hasonló adatait. Nem azért, mert az egészségügyi ellátórendszer számukra nem próbálja ugyanazt nyújtani, hanem azért, mert a roma népcsoport más szociokulturális-ökonómiai környezetben él. Itt van az a 75 százalék, amit mi, orvosok nem tudunk befolyásolni. Ezért ha van valami, amit hiányolok ebből a programból, akkor az ennek a kérdésnek a sokkal élesebb exponálása. Soha nem fog a csecsemőhalálozásunk 50 százalékkal csökkenni, ha pontosan azok a csoportok

nem lesznek továbbra sem hozzáférhetőek, akik miatt ilyen magas az újszülöttkori halálozás.

Amikor száz százaléig egyetértek miniszter úrral abban, hogy a szolidaritáselvű, államilag finanszírozott egészségügyben kell a magyar népesség ellátását megoldani, akkor azt is látnunk kell, hogy bármennyi tőke is áramlik a rendszerbe, soha nem lesz a költségvetésnek annyi pénze, hogy a privát tőke ajánkozását teljes mértékben elutasíthassa. Nagy kérdés, hogy hol van az a határ, ami alatt még kontrollálható módon beengedhető a tőke, és ami felett már félok, hogy profitérdekeltsege miatt tovább fogja szivattyúzni az egyébként is alulfinanszírozott rendszert.

Mindezeket túl kezelünk kell az olyan aprónak tűnő kérdéseket is, mint a receptírási jog kedélyt borzoló helyzete. Az értelmes célok rossz kommunikációja a legjobb szándékot is rossz interpretációba viheti. A védőnő-gyermekorvos kapcsolat rendezése nélkül sem biztosítható minőségi alapellátás. Ennek a neuralgikus kérdésnek a szőnyeg alá söprése az egész program sikerét veszélyeztetheti.

És kudarçra van ítélve a program per sze akkor is, ha nincs ember, aki megvalósítsa. A megfelelő utánpótlás érdekében egy Magyarország méretű országban évente 1300–1500 orvost kell képezni. Oktatási miniszterünk azonban azt mondja, hogyha ő a felsőoktatásra rendelkezésre álló tortából nagyobb szeletet hasít az orvosképzésre, ami egyébként világszerte a legdrágább felsőfokú képzés, akkor a mérnök, a tanár, és további szakemberek képzésétől veszi el a pénzt. Ha nem találunk erre megoldást, robbanni fog a most még csak ketyegő bomba. Nem pusztán elkötelezett emberekre van ugyanis szükség, hanem képzési időre is, hiszen nem lehet péntekről hétfőre orvost képezni. Tarthatatlan mindezeket túl az is, hogy fejenként és évenként tízezer eurós képzési ráfordítás után valaki veszi a kalapját és elmegy egy másik országba, lényegesen nagyobb jövedelemért dolgozni.

Ezek azok a kérdések, amelyeket – úgy érzem – folyamatosan szem előtt kell tartanunk ahhoz, hogy a Nemzeti Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Program célkitűzései valóra váljanak. Mert mit is mondott egyszer Kossuth? „... annyi erőt a végrehajtásban, mint amennyit az elején az elszántságban”.



2 0 0 6

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete nevében  
boldog új esztendőt kívánok

minden kedves olvasónak,

a területen, kórházban vagy klinikán, országos  
intézetben vagy szakmai grémiumban dolgozó  
kollégának, védőnőnek, asszisztensnek  
és partnereinknek.

Ezúton is köszönöm a **HIPP** jelentős,  
egyesületünk működéséhez  
nélkülözhetetlen anyagi támogatását,  
a **Milupa**, a **Nestlé** és a **Medico Uno**  
hozzájárulását konferenciáink,  
továbbképzéseink sikeréhez.

Köszönöm a **Danone**, a **Dettol**, a **Novartis**,  
a **Baxter**, az **Astellas** és a **Wyeth** munkatársainak,  
a velünk együttműködő gyógyszer- és orvosműszer-  
forgalmazóknak a **Hírvivő** megjelenéséhez,  
rendezvényeink megszervezéséhez nyújtott  
egész éves segítségét.

Tisztelettel

  
Huszár András  
elnök

# Szakma és érdekvédelem

## Civil szellemben

Végre egy program, végre egy irányító, mely a gyermekegészségügy fejlesztésének irányait hivatott kijelölni. Nagy eredmény ez! Hisz a gyermekellátás jövőjét formáló gondolataink az utóbbi tíz évben legfeljebb csak a gyermekgyógyászat háttérmezgyéjéig jutottak. Gyakran voltunk emiatt frusztráltak. Már-már belenyugodni kényszerültünk abba, amit megváltoztathatatlanak hittünk, hogy a gyermekgyógyászat fejlesztése, modernizálása végérvényesen háttérbe szorult.

Néhány héttel ezelőtt azonban valami váratlan történt. Megkérdeztek. Megkérdezték a gyermekgyógyászatot és köztük bennünket, területen dolgozó gyermekorvosokat is. Szokatlan volt ez, nekünk nagyon az. Az pedig még inkább, hogy meg is hallgattak, sőt, hallgattak ránk! Úgy készült el a gyermekgyógyászat helyzetének javítását célzó program, hogy beleszólhattunk. A gyermekgyógyászat valamennyi szakterülete beszállt a munkába, de a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollegium, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet mellett egyesületünk is meghatározó szerepet kapott. Szakmai, és nem politikai, nemzeti, és nem kormányprogram készült.

Sok oka van annak, hogy eddig perifériára szorított céljainkra miért éppen most „repült rá” a politika. Hanyatt mégsem vágódhatunk. Civil szervezet vagyunk, helyzetünkben adódóan függetlenek, a pártoktól és kormányoktól mindenképpen azok. Ezt a „bájunkat” továbbra is meg akarjuk őrizni.

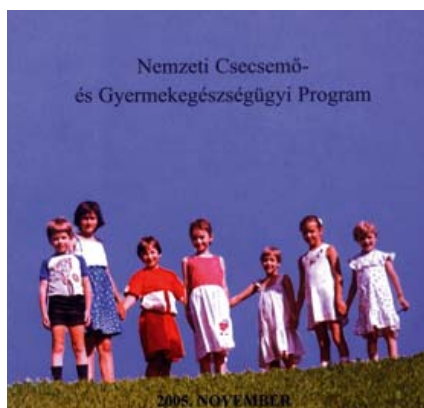
## Elemi érdek

Megkérdezhetik, hogy egy érdekvédelmi szervezet miért foglalkozik ennyit a jövő gyermekgyógyászatával. Azért, mert szeretjük a hivatásunkat. Szeretnénk, ha a gyermekgyógyászat, a gyermekgyógyászok presztízse javulna, ha az Európa-szerte háttérbe szorított gyermekorvosi ellátásnak újra lenne biztató jövőképe. Ez nem valamiféle idealista rajongás, hanem kökemény érdek! A szakmát most kezdő fiataloknak és a nyugdíj felé közeledőknek evidens érdeke, hogy a gyermekorvoslásnak Magyarországon is legyen elfogadható jövője.

A gyermekgyógyászatot a döntéshozók a csökkenő születésszám és az idősök felé tolódó korfa miatt eddig csak szűkülő

szakterületként kezelték. Kevesebb gyermek, kevesebb pénz – mondták. Márpedig a modern gyermekgyógyászat több figyelmet, nagyobb anyagi erőforrást igényel. A differenciált szempontokhoz differenciált döntéshozói megközelítés jár.

A gyermekgyógyászat tudományának fejlődése, a morbiditás szerkezetének átalakulása, a társadalmi körülmények megváltozása olyan új lehetőségeket és szükségleteket teremtett, amelyek kiáltanak a korszerű ellátási struktúráért. Az ellátási hiányok és fehér foltok eltüntetéséért, a felesleges párhuzamok megszüntetéséért, a szaktudás és az eszközállomány centralizációjáért. Egy világos, átlátható ellátási szerkezetért, a megfelelő távolságon és időhatáron belül mindenkinek elérhető, színvonalas egészségügyi szolgáltatásért. A korszerű struktúrában dolgozó, felkészült gyermekorvosnak nagyobb lesz a megbecsülése, biztos a jövője. Értékesebb és eladhatóbb a praxisa.



Többek között ehhez is kell ez a program. Szakmai tervezés, programkészítés és érdekvédelem így kapcsolódik össze.

## ... fától az erdőt?

Felmerülhet az is, hogy miért foglalkozunk mi a jövő gyermek-egészségügyi központjaival, az iskola-egészségügy szerepével vagy az ügyeleti és sürgősségi ellátás megszervezésével, amikor méltánytalanul alulfinanszírozott az egészségügy, alacsonyak a bérek, megoldatlan a hálapénz kérdése, vergődik a szakfelügyelet. Miért nem ezekkel törődünk inkább? Nem látjuk a fától az erdőt?

De látjuk. Az egyesület a maga korlátozott eszközeivel mindig ott volt, ahol a gyermekorvosok érdekeit meg kellett védeni. A gyermekorvosoknak is érdeke, hogy végre induljon el az átfogó egészségügyi reform, részesedjen megfelelően a GDP-ből ez a szakterület is, közelítsenek az orvosbérek is az európai színvonalhoz. Orvosi hivatáshoz méltó legyen végre az életünk. A gyermekegészségügy a magyar egészségügy része, s ha e fontos, alrendszert reformprogramja elkészül, az elősegíti az egész reformját. A hatékony, modern gyermekellátási struktúra – mutatis mutandis – modellként szolgálhat a teljes egészségügy átalakításához. Ami nélkül nincs sem európai ellátás, sem európai bérszínvonal.

## A programról

„Profiltisztításra és szerkezetváltásra van szükség. A magyar gyermek-egészségügyi rendszernek a jelenlegi három helyett két alappilléren kell nyugodnia: a fejlett technológiát, specializált tudást koncentrálnó fekvőbeteg-ellátáson (a hozzájuk tartozó szakambulanciákkal) és a jól képzett házi gyermekorvosokon, a kiterjesztett kompetenciájú gyermekorvosi praxisokon, melyet kiegészít a főállású iskola-ifjúság-orvosi rendszer. A felesleges kórházi kapacitások átalakítása mellett a hangsúlynak az alapellátás, a fekvőbeteg-ellátáshoz kapcsolt járóbeteg-szakellátás és a megelőzés felé kell tolnia.”

Mi indokolja ezt a megújított struktúrát? Egyrészt az, hogy a tudomány fejlődése, az ismeretanyag rohamos bővülése, a nagyobb eszközigény, elsősorban a fekvőbeteg-ellátásban, de a területen is kényszeríti az erőforrások centralizációját. A betegnek minél előbb oda kell jutnia, ahol korszerű és definitív ellátást kaphat. Minden közbülső állomás felesleges költségekkel, idővesztéssel és a szükségesnél alacsonyabb színvonalú ellátással járhat.

A másik kényszerítő tényező a morbiditási struktúra átalakulása. Sorra válnak eddig nem gyógyítható betegségek kezelhetővé, de ez igen magas szintű szakértelmet és technikai háttérrel igényel. Emiatt van szükség egyrészt a kórház-klinikai centralizációra, másrészt pedig épp a területen is gyógyítható betegségek növekvő száma miatt a kórházcentrikusság felülvizsgálatára, a gyermekorvosi praxisok fejlesztésére.

E két tartópillér megerősítése a felesleges párhuzamosságok, a látszatellátások megszüntetése irányába mutat és jóval áttekinthetőbb ellátási struktúrát eredményez.

## Egyenlő esélyeket

Alapvető törekvésünk, hogy a 0–18 éves korosztály orvosi ellátásáról kórházban és területen egyaránt gyermekorvosok gondoskodjanak. Kényszermegoldásnak tartjuk a vegyes praxisok és a felnőttosztályok gyermekellátó tevékenységét.

Kiemelten foglalkozik a program a jelenleg vegyes praxisok által ellátott területek gyermek-alapellátásának javításával.

**... ha nem lesz utánpótlásunk, minden igyekezetünk hiábavaló. Kollégáink többsége egy évtizeden belül betölti 65. életévét. És ha nem lesz, aki átvegye a stafétabotot, tömeges nyugdíjazásunk automatikusan löki „felnőtt” kollégáink karjaiba a gyerekeket.**

„Az esélyegyenlőség javítása érdekében, ahol a feltételek adottak, új gyermekorvosi praxisokat kell kialakítani.” Szakmai megfontolások helyett azonban ma még sok helyen önkormányzati szándékok és lehetőségek vagy a szabad orvosválasztás szülői joga korlátozza ennek lehetőségét. Ahol nem tudnak új gyermekorvosi körzetet alakítani, ott más, korszerűbb ellátási formákkal kell erősíteni a gyermekellátást. „Gyermekorvos részvételével praxisközösségeket, kistérségi egészségügyi centrumokat kell létrehozni.” Ezek – az eddig elkülönülten működő praxisok helyett – lehetőséget adnak a teammunkára és bizonyos szakellátások (pl. korai fejlesztés, pszichológia, logopédia, gyógytorna stb.) rendelői telepítésével az átfogó ellátásra.

A vegyes praxisok gyermekellátó feladatainak fokozatos kiváltásával hosszabb távon megszüntethető az MSZSZ intézménye. A logisztikai lehetőségek jobb kihasználásával a jelenlegi korszerűtlen, orvosra, betegre egyaránt veszélyeket rejtő „vegyes” ügyelet helyett speciális gyermekügyi központok szervezhetők.

## Keresleti piac

A gyermekorvosi hálózatot, a gyermekorvosok egzisztenciáját érinti a következő két programpontra: „Intézkedést kell kidolgozni a működtetési jog megszerzésének és eladásának megkönnyítésére.” „Felül kell vizsgálni az alacsony lélekszámú praxisok létjogosultságát, és javaslatot kell kidolgozni a probléma hosszú távú megoldására.”

Csak egy fellendülő keresleti piac teremthet olyan viszonyokat, melyben a fiatal kolléga meg tudja venni, az idős pedig el tudja adni a praxisát. A praxisok létesítésénél és adásvételénél tehát olyan megoldást kell találni, amely valamennyi szereplő – a környezetben működő praxisok és nem utolsósorban a gyermekek – érdekeit is figyelembe veszi. Ezt a célt szolgálná a praxisalap létrehozása. (Sajnáljuk, hogy a korábbi bejelentéssel ellentétben, a jövő évi költségvetés nem tartalmaz erre vonatkozóan induló összeget.)

„A gyermekszakorvosi utánpótlás biztosítása érdekében a rezidensképzés keretszámát meg kell határozni, a rezidensképzést át kell alakítani.”

Lépéseket kell tenni a házi gyermekorvosi rezidensképzés érdekében. Mert ha nem lesz utánpótlásunk, minden igyekezetünk hiábavaló. Kollégáink többsége egy évtizeden belül betölti 65. életévét. És ha nem lesz, aki átvegye tőlünk a stafétabotot, tömeges nyugdíjazásunk automatikusan löki „felnőtt” kollégáink karjaiba a gyerekeket.

## Korszerű tudás

„A képzés, továbbképzés problémaorientáltabb, gyakorlatiasabb és számon kérhetőbb legyen és alkalmazkodjon az ellátási feladatokhoz.” Ki kell dolgozni a licencek rendszerét, a képzések megszerzésének és megújításának módját.” Milyen jó lenne, ha egy rendelőben az egyik kolléga allergológiából, a másik pulmonológiából, a harmadik pedig, mondjuk gasztroenterológiából szerezne jártasságot. Hogy csak a tömegesen előforduló betegségeket említsük. A pluszismeretek, készségek alkalmazását persze finanszírozni is kell. Enélkül ugyanis nem megy!

## Eltérő nézetek

„Egyeztetéseket kell folytatni az iskolaegészségügy valamennyi szereplőjével annak érdekében, hogy konszenzus alakuljon ki közöttük.” – állapítja meg a Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program. Az iskolaegészségügy fejlesztésének fontosságában valamennyi szereplő egyetért, de az iskolaorvosi ellátás hatékonyságát, jövőbeli szerkezetét illetően eltérő nézetek uralkodnak. A nemzetközi trendeknek és erőfeszítéseknek megfelelően javítani kell a serdülők egészségügyi ellátását, elsősorban a gyermekorvosok ilyen irányú képzettségének fokozásával. „A középfokú tanintézetek iskolaorvosi ellátására, személyi, tárgyi feltételeinek, képzési problémáinak megoldására fejlesztési tervet kell kidolgozni.”

A dokumentum 85 oldalon tárgyalja a gyermekorvosok egészségügyi fejlesztésének kérdéseit. Az ismertetett feladatok mellett részletesen foglalkozik a fekvőbeteg-osztályok struktúrájának módosításával, a rehabilitációs és pszichiátriai ágyak számának növelésével, az újszülött-, koraszülött-ellátás, vagy az onkológiai hálózat fejlesztésével.

Minden leírt program annyit ér, amennyi megvalósul belőle. A gyermekgyógyászat letette az asztalra elképzeléseit...

KÁLMÁN MIHÁLY, HUSZÁR ANDRÁS

Az egészségügyi miniszter felkérte Huszár Andrást, hogy a HGYE képviselőjében vegyen részt a Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program végrehajtását segítő Programtanács munkájában.

## Adatok

0–18 évesek	1 988 788
Gyermekorvosok által ellátott 18 éven aluliak	1 438 000
0–14 évesek	1 517 759
0–14 éves korúak száma gyermekpraxisban (77%)	1 166 419
0–14 éves korúak száma vegyes praxisban (23%)	348 591
15–18 évesek	471 029
15–18 évesek száma gyermekpraxisban (59%)	271 420
15–18 évesek száma vegyes praxisban (23%)	123 026
15–18 évesek száma felnőttpraxisban (16%)	76 583
Nincs bejelentkezve (2%)	
Főállású orvosok az alapellátásban	6 651
Főállású gyermekorvosok az alapellátásban	1 576
Vegyes praxisok száma a házi orvosi ellátásban	1 546
Átlagos gyermekorvosi praxislétszám	912
14 éven aluliak átlagos aránya gyermekorvosi praxisban	74%
14 éven aluliak átlagos aránya vegyes praxisban	15%

# Miért hálás a beteg?

A hálapénz a legellentmondásosabb jelensége egészségügyünknek, amit elvileg szinte mindenki elutasít, ugyanakkor a gyakorlatban szinte mindenki elfogad, orvos és beteg egyaránt. Általános vélemény, hogy a magyar egészségügyet évtizedek óta már csak az ellátórendszerben dolgozók hivatásudata tartja fenn egy úgy-ahogy elfogadható szinten. Ez csak az igazság egyik fele.

A másik fenntartóerő a hálapénz. Ha rövid időn belül a fenti két tényező közül bármelyik is jelentősen gyengülne, az egészségügyi ellátás színvonala hamarosan a társadalmi tűréshatár alá süllyedne.

Ezen már részben elköptatott megfogalmazások után igyekszem közelebről megvizsgálni a hálapénz természetrajzát. Létezése legalább három vonatkozásban sértheti a társadalom igazságérzetét:

**1.** A morális szempont a leginkább közismert. Képtelen helyzet, hogy az alkotmányosan garantált térítésmentes egészségügyi ellátásért bárki is pénzt kapjon a betegtől. A hálapénz elnevezéssel évtizedek óta próbáljuk elfedni az igazságot, de végül is miért hálás a beteg, a szolgáltatásért. Nevezett juttatás társadalmi megítélését tovább rontja, hogy gyakorlatilag adómentes, és bizonyíthatatlan, hogy az orvos előre kérte vagy utólag – esetleg tiltakozása ellenére – kapta.

**2.** A szakmai szempont csak nagyon ritkán kerül említésre, pedig a veszély nyilvánvaló. Hiába mondja az orvos, hogy őt a kapott pénz nem befolyásolja az ellátás minőségében, ha a beteg azt gondolja, hogy ettől javulnak az esélyei. Elvárja, hogy bizonyos vizsgálatok és kezelések az ő elképzelése szerint történjenek, és az orvos szakmai ellenvéleménye esetén is azt hiszi, csak az a baj, hogy keveset adott, és ezért emeli az összeget. Ezek után, ha bármilyen okból nem tud adni, vagy egy olyan orvossal találkozik, aki nem fogadja el a pénzt, kiszolgáltatottnak érzi magát, és csökken a gyógyulásba vetett bizalma is.

**3.** A szociális szempont fontosságára, a már tizenöt éve folytatott karitatív tevékenységem során figyeltem fel. Eleinte nem értettem, hogy egy húszezer forintos rokkantnyugdíjból élő beteg néhány hetes kórházi kezelés után miért nem tudja kifizetni a villanyszámláját, hiszen ezalatt sem ételre, sem fűtésre nem kellett költenie. Csakhogy az orvosok, a nővérek és a beteghordók zsebébe csúsztatott, szinte

kötelezően elvárt hálapénzekre nem is volt elég a nyugdíja, még kisebb kölcsönöket is kénytelen volt igénybe venni. A szegény ember különös kiszolgáltatottsága abban rejlik, hogy vagy az adott gyógyintézetben megfelelő ellátásra kerül, vagy sehol. Ezzel szemben a jobb módú beteg – ha nem megfelelőnek itéli a kezelést – egy másik társadalombiztosítási ellátóhelyen előnyösebb szolgáltatást „vásárolhat” magának, sőt igény szerint magánkórházakat is felkereshet. Bizony, a hálapénzrendszer folyamatosan ilyen megalázó és méltatlan helyzetekbe kényszerít valamennyiünket: ellátókat és ellátottakat. A hálapénz intézménye hosszú távon – a mi szándékunktól függetlenül is – biztosan megszűnik, jobb tehát, ha mi leszünk a kezdeményezők, amíg ezért cserébe esetleg feltételeket szabhatunk.

## NÉZZÜNK NÉHÁNY LEHETSÉGES MEGOLDÁST:

**a.** A legkézenfekvőbb az lenne, ha az egészségügyi dolgozók uniós vagy ahhoz közelítő szintű bérezést kapnának. Erre, valljuk be pillanatnyilag kevés az esélyünk, mert a jelenlegi helyzet kormányzati szempontból nagyon kényelmes: egyrészt így az egészségügy működőképességének fenntartásához jelentős mértékben az állampolgárok önként, a saját zsebükből járulnak hozzá, másrészt a nem egészen tiszta jövedelmi viszonyok miatt az egészségügyben dolgozók nem képesek hitelesen fellépni az őket és szakterületüket ért méltánytalan döntésekkel szemben.

**b.** Ha az orvosokban lenne kellő eltökéltség és készség az egységes fellépésre, saját erőből kikényszeríthetnék a gyors és kedvező irányú változást. Azt a lehetőséget használhatnánk ki, ami jelenleg éppen a legnagyobb gondot okozza, vagyis hogy az egészségügy néhány szakterületén a keresetek jelentős hányadát teszi ki ez a jövedelemforrás. Ezért, ha az orvosok többségi akaratának következtében tiltott lenne a hálapénz elfogadása, azonnali finanszírozási korrekció nélkül a magyar egészségügy rövid időn belül működésképtelenné válna: egyfelől országban belüli pályaelhagyás – pl. gyógyszeripar –, másfelől a külföldi munkavállalás jelentős növekedése miatt.

**c.** Kötelezően elvárható lenne a mindenkori kormánytól, hogy a magyar egészségügy finanszírozásának felzárkóztató ütemterve végre megszülessen! Ehhez

kapcsolódva javasolhatnánk például, hogy ha az egészségügyben a bérek öt éven belül – évente pontosan meghatározott és betartott (!) emelkedési ütemben – eléri az uniós átlag nyolcvan százalékát, a MOK a megegyezéstől számított két év türelmi idő után a hálapénz elfogadását etikai vétségként kezelné, és teljes szigorral szankcionálná azt.

**d.** Egy további – számomra leginkább megvalósíthatónak tűnő – megoldási javaslat szépséghibája az, hogy csak a házi-orvosi rendszerre adaptált változatát tudom megfogalmazni, mivel nem ismerem kellő mélységben a szakrendelői és a kórházi finanszírozás szabályait. Felkészült szakemberek bizonyára képesek lennének e területekre is kiterjeszteni javaslatomat.

Háziorvosi szinten egy olyan rendeletre lenne szükség, ami kimondaná, hogy azok a praxisok, amelyek deklaráltan vállalják a hálapénzmentességet, a fejkvóta finanszírozásukba lépne egy 0,1-es szorzó, amely évente növekedve (0,1 – 0,2 – 0,3 ...) emelné a juttatásukat, amíg el nem érik az uniós átlagot. Ez a költségvetésre rövid távon viszonylag szerény – szélső esetben, ha minden kolléga azonnal és egyszerre vállalná az átállást –, „csak” évente négy milliárd forint többletkiadást jelentene. Ez a megoldás az önkéntes csatlakozás lehetősége miatt a társadalmi megtisztulás szempontjából óriási jelentőséggel bírna.

A kezdeményezéshez csatlakozó házi-orvosok ajtáján a következő felirat szerepelne: „Dr. X Y háziorvosi tevékenysége során semmilyen módon és mértékben hálapénzt nem fogad el, és ezért a V rendelet Z pontja szerint külön juttatásban részesül.”

Az évről évre egyre emelkedő finanszírozás csábítása újabb és újabb kollégákat tenne „hálapénztelelné”. Ugyanakkor megindulna egy páciensmozgás a közel azonos szakmai minőségekkel rendelkező körzetek között ezen új minősítő jegy alapján. De az úgynevezett „sziget” praxisokban is hamar megfogalmazódna a betegekben a kérdés: vajon az ő orvosuk miért nem él az új lehetőséggel?

Sürgős együttgondolkodásra és mielőbbi cselekvésre van szükség!

BÉNYI ZSOLT

Egy tartalmas és széles körű eszmecsere reményében várom a kollégák véleményét!

# Levél Nairobiból

Lehet, hogy hiba volt elfogadni a szerkesztők megtisztelő felkérését, hogy kenyai utamról egyenesen a helyszínről tudósítsak. Így, túl hathetes kenyai segélymunkám kétharmadán, melyet a kétszáz- ezres Mathare Valley nevű nyomortanya, Baraka rendelőjében végeztem, úgy érzem, még túlságosan is elragadnak az érzelmeim. Nem árt egy kis távolság, hogy az emberben leüledjenek az élmények, hogy a tollat, a computer billentyűzetét ne az indulat vezérelje, amikor ennyi rémséget, ennyi szenvedést lát maga körül.

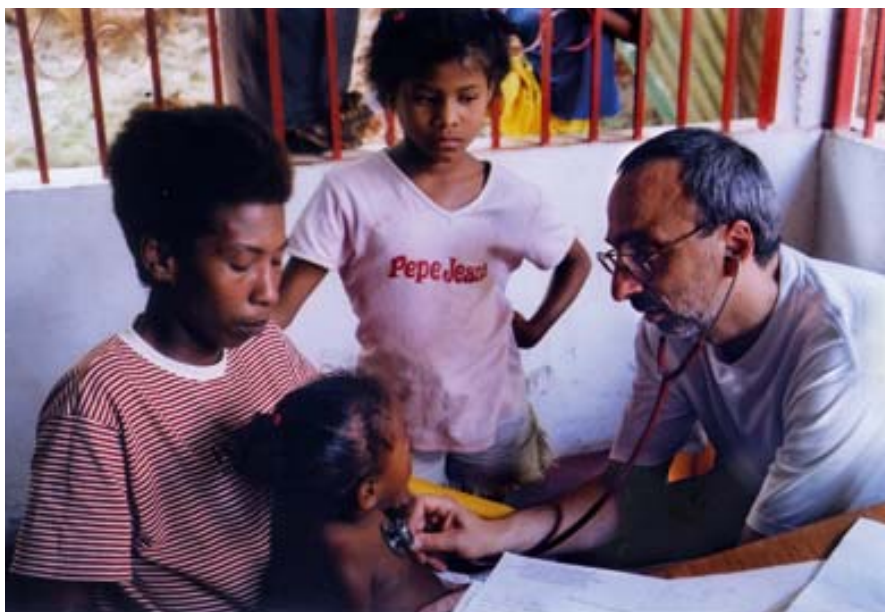
Hisz nem elég, hogy ezek a szegény emberek embertelen körülmények között élnek, aprócska bádogviskókban laknak – sokan áram, víz, csatornázás nélkül –, még szörnyű betegségek is tizedelik őket. Az orvosi ellátás hiánya miatt elsősorban az AIDS (felmérések szerint Mathare Valley 30%-a HIV-pozitív!), a malária és a hasmenés szedi áldozatait.

Itt simán bele lehet halni egy vakbélgyulladásba, és a daganatos betegnek sincs sok esélye arra, hogy megállítsák a rosszindulatú folyamatot. Ezen a tájon a tbc is csak elvileg jól gyógyítható betegség. Legalábbis itt, a főváros nem túl egészséges szívében. Mert Nairobi gazdag, és százezrek laknak kifejezetten jó körülmények között, magas fallal, szögesdrótt és árammal töltött kerítések mögött, hogy megvédjék magukat a szegények ellen. Teljes a szegregáció mindkét oldalról.

Az Orvosok a Harmadik Világban alapellátást végző csapata folyamatosan cserélődő, átlagosan hat hétig, hétfőtől péntekig nyolc-kilenc órát dolgozó hat német orvosból áll (meg egy-két kóza „idegenből”, magyarból is). Háromtucatnyi helyi – többnyire a nyomortanyáról toborzott, ezért igen lelkes, elkötelezett – asszisztens, tolmács, gyógyszerész, ápoló, segédszemélyzet igyekszik segíteni őket. Nem is végzünk rossz munkát, hisz fejenként 70–100 beteget látunk el naponta. Gyógyszert adunk, infúziót kötünk be, töréseket, húzódásokat gipszelünk és tályogokat nyitunk meg.

Az utóbbi másfél évben már AIDS-es betegellátás is folyik. Mi csak szűrünk, kenyai „profi” közép-káderek, CO-k (Clinical Officers) végzik a megelőző és a vírusellenes kezelést, illetve a betegek nyomon követését, a szövődmények gyógyítását.

Szóval lenne mivel dicsekednünk. Ám mindez természetesen csak csepp a ten-



gerben, illetve, ahogy a németek mondják, csepp a forró kövön.

Csepp ide vagy oda, az a több ezer ember, aki átmegy a kezünk között, nagyon hálás az erőfeszítéseinkért. És mi is hálásak vagyunk, hogy ilyen könnyen „igazi” orvosi sikerélményhez juthatunk.

Hogy ne csak általánosságokról és érzelmekről számoljak be, néhány konkrét dolog a körülményekről, a betegségekről, a jellegzetes esetekről. Főleg gyerekek a szereplők, mert betegeink 70%-a közülük kerül ki.

Az 1600 méteres magasság ellenére (Nairobinak ezért ilyen kellemes a klímája), bizony sok, magas lázzal, hidegrázással, nagy léppel jelentkező maláriással találkozunk. Holott ilyen magasságban –

a tankönyvek szerint – már nincsenek maláriát terjesztő moszkítók. Egyeseknél még magyarázható ez a vidéken eltöltött előző hetekkel-hónapokkal, de a nyomortanyán született, és onnan soha el nem távozott gyerekek hogyan fertőződtek? Az egyik konténerben kétfős, igen tapasztalt és lelkiismeretes „labor” működik. Tehát itt nem feltételezett, hanem laboratóriumban megerősített diagnózisokról van szó.

Meggyőzően lemérhető a terápia eredményessége: ha az ember időben, az itt érvényes gyógyszer szerint Fansidar-t (Salfadoxin+Pyrimethamin), Amodiaquin-t ad, a maláriás roham igen gyorsan megszűnik. A recidíva veszélye persze igen nagy, de ez már egy másik probléma.

Jobb meggyőződésem ellenére én is elkezdtem megelőző szert, Lariamot szedni. Szerencsére – egyelőre – nem tapasztaltam a mellékhatásait: a depressziót, a hallucinációkat vagy a rémálmokat...

Természetesen legnagyobb keresztünk – vagyis a gyerekek keresztje – a kiszáradás. Érkeztünk meg úgy reggeli rendelésre, hogy egy hároméves gyerek már fél órája halott volt. Mélyen beesett szemei és kutacsa, pergamenszerű bőre nem hagyott kétséget afelől, hogy mi volt a halál oka. Az etiológia egyébként sokrétű: vírus, Salmonella, férgek. Na meg persze a tudatlanság. A szülők nem ismerik fel időben a veszélyt, túl sokáig várnak, nem adnak eleget inni.

Az időben adott infúzió csodát tesz. Az apatikus gyerek feléled, élénkké válik,





kivirul. Itt tanultam, és egyre bátrabban alkalmaztam a szubkután infúziót (egyéb-ként a német idősök otthonában igen elterjedt eljárás). A kiszáradt sötétbarna vagy fekete bőrön ugyanis nem könnyű vénát találni. A módszer primán bevált. A gyerek hasbőre alá folytatott infúzió néha ijesztő köpenyt formál, de részint nem fáj, a gyerekek többsége elalszik az infundálás alatt, részint eddig soha semmilyen szövődményt nem okozott. Már ha az ember betartja a sterilitás szabályait.

Minden beavatkozást gumikesztyűben végzünk, mert a gyerekek között – a transzplacentáris fertőzés miatt is – sok az AIDS-beteg. Az ORS-en (oral rehydratation salts) kívül, ha van rá mód, tüneti kezelés mellett természetesen oki terápiára is törekszünk. Megjegyzem, hogy a maláriát, valamint az AIDS-et is gyakran kíséri elhúzódó hasmenés.

Ezenkívül minden második gyereknek (és testvéreinek) adunk levamisolt vagy mebendazolt: a nagy hasak nem étellel, hanem ascarisszal vannak tele.

Nap mint nap elképesztő mennyiségű és súlyosságú bőrbetegséggel találkozunk. Főleg gombás fertőzésekkel, de akad bőven impetigo és hatalmas tályog is. Néha igen mélyre terjedő. Az egyik kislány krónikus lábszárfekélyének hátterében nagy kiterjedésű krónikus osteomyelitis állt. Az okok egyértelműek: rossz higiénés viszonyok, legyengült szervezet és immunrendszer. És a tudatlanság. Sehol, soha ennyi vastag télikabátba, több réteg pulóverbe göngyölt, izzadó gyereket nem láttam, mint itt, Afrikában. Még Skandináviában sem. Ha lázas, akkor még több öltözetet kap a gyerek. Hisz lázas, ugye, magyarázzák nekünk a rendelőben...

Kevésbé súlyos jelenség, csak éppen furcsa, hogy mennyi a köldöksérv. Néha meglett férfiak is hatalmas dudorral jönnek. Rasszbeli sajátosság.

Napsütés ide, trópusok oda, rengeteg a rachitis. A nagy légszennyeződés miatt gyakran szmogos felhővel takart ég alatt jól látható a sötét, piszkos síkatorokban élő nagyobbacska, három-négyéves gyerekeknél az angolkór összes jele. De ez legalább gyógyítható. Persze átmenetileg, amíg D-vitaminhoz jut a gyerek.

Az esetek többsége azért itt is banális, elsősorban légúti hurut. Jócskán akad olyan vírusos eredetű, amelynél megkockáztatjuk, hogy nem adunk antibiotikumot, bár a bakteriális szuperinfekció veszélye azért itt igen nagy. Sok az elhanyagolt, nagy kiterjedésű tüdőgyulladás is. Csak akkor vagyunk eredményesek, ha a tüdőfolyamat mögött nem húzódik meg tébécé. Mert bizony az sem ritkaság ebben a közegben. Röntgenlehetőségünk egyébként van, és élünk is vele. Egy közeli radiológiával állapotodott meg a szervezet.

A pneumóniák többsége szépen gyógyul. Már ha beveszik a gyógyszert. Az előrelátás ugyanis nem afrikai erény: amint jobban van a gyerek, elhagyják és elfelejtik az antibiotikumot. Kórházi kezelés csak végső esetben jön szóba. Az elvileg ingyenes közkórház leírásától, ahova néha mégiscsak kénytelenek vagyunk betulni a gyerekeket, megkímélem a kollégákat...

A sebészek itt kiélhetik magukat. Az egyszerűbb eseteket még mi is ellátjuk, ám kapóra jön, hogy Werner, a tapasztalt hamburgi baleseti sebész éppen itt van. Egy négyéves gyerek nem diszlokált, de szögben megtört rádiuszát az ulnával együtt helyi érzéstelenítésben ügyesen visszanyomta és kiegyenesítette. Európában ez szadizmusnak és műhibának számítana. Persze van, amikor ő is tehetetlen. Az elmúlt négy hétben féltucatnyi



olyan diszlokált törést láttam, bokán, csuklón, amelyet nem voltak hajlandók a kórházban megoperálni, megszegelni, rögzíteni. Annak a combnyaktörött 70 feletti férfinak, aki egy hete esett el, és két oldalról támogatva jött be az aprócska szobába, semmi esélye a gyógyulásra. Attól tartok, a túlélésre sem.

Sok gyerek fél a fehér embertől a „muzungu”-tól, sírva tiltakoznak a vizsgálat ellen, de többségük gyorsan megbékél, és széles mosollyal, kacagással jutalmazza békítési kísérleteinket.

A kenyai gyerekek és felnőttek nagyon helyesek, kedvesek. Élénkek, érdeklődők és gyönyörűek. Ahogy sötét arcukból hatalmas, gyönyörű szemekkel megbámulnak minket, vagy villogó fogaikkal (már, ha koruknál fogva van nekik) ránk kacagnak, mindig összeszorul kicsit a szívem: jobb sorsot érdemelnének.

NEMES JÁNOS



# Az allergiaprevenció aktualitásai

## Beszámoló a Milupa-szimpoziumról

2005 szeptemberében, kellemes kora őszi délután kezdődött a **Milupa** pontszerző, tudományos rendezvénye Budapesten, a Hotel Héliában. A konferencia rekordot döntött minden eddigi sikeres Milupa-eseményhez képest: mintegy 500 gyermekorvos volt ott az egész ország területéről! A rendezvény aktualitását, a Milupa új prevenció elválasztási tápszerének a – prebiotikus rostokat is tartalmazó – **Milupa Milumil HA 2** bevezetése adta. A rendezvény tematikája szorosan kapcsolódott a termék indikációs köréhez. A kiváló előadók és a téma aktualitása valóban magas létszámú hallgatóságot vonzottak...

Bevezető előadásában Dr. Nékám Kristóf professzor, a Magyar Allergológiai Társaság elnöke nemzetközi és hazai adatok



érdekes összefüggéseit elemezve mutatta be az allergiaszindróma epidemiológiai vonatkozásait. Kiemelte, hogy a nyugati típusú, civilizált országokban az utóbbi évtizedekben ugrásszerűen és folyamatosan emelkedik a megbetegedések száma. A gyakorisági mutatók hazánkban is hasonlóak.

Dr. Polgár Mariann, a Madarász utcai Gyermekkorház osztályvezető főorvosa az allergiás szenzitizáció korai, magzati életben már kimutatható jelenségeire hívta fel a figyelmet. Tudományos adatok igazolják, hogy már a 22. terhességi hét során Th2 citokineket és IgE típusú antitesteket, a dohányzó nők esetében pedig niktint is lehet kimutatni a magzatvízben.

Az anyai dohányzás és a egyértelműen fokozott kockázati tényező a csecsemőkori atopia és a későbbi asthma bronchiale kialakulása szempontjából. E kórképek magasabb kockázatával kell számolni a terhesség során meglévő tartós házipor-expositio esetén is. Az előadás fő üzenete: a primer allergiaprevenciónak tehát már a fogantatástól kezdve kell érvényesülnie! Nem változott ma sem az a fontos alaptétel, hogy az anyatejtáplálás, a szoptatás elsőrendű fontosságú az élet első 6 hónapjában. Ha ez mégsem volna lehetséges, hidrolizált HA tápszer adása javasolt.

Új lehetőséget kínál a hidrolizált tápszer prebiotikummal történő kiegészítése, mely a bélrendszer immunológiai aktivitását és



menyisége és összetétele, valamint a hosszú szénláncú, többszörösen telítetlen zsírsavakat tartalmazó készítmények iránti szükséglet tekintetében.

E beszámoló szerzője azt a megtisztelő feladatot kapta, hogy a magas színvonalú előadások bevezetését, kommentálását és a szimpozium moderálását végezze. Ez lehetőséget adott arra, hogy felelevenítse az allergológia és immunológia történetének legfontosabb személyiségeit, eseményeit, komoly és tréfás összefüggéseit.

A tudományos előadásokhoz a **Milupa** új termékének, a **Milupa Milumil HA 2** igényes, klinikai vizsgálatokkal is alátámasztott bemutatása csatlakozott.

A pontszerző szimpozium szakmai részét a tesztvizsga és az ezzel járó izgalmak zárták. Ez a szép szeptemberi alkalom mind szakmai, mind társasági értéke révén maradandó élménye volt a jelenlévőknek. Köszönjük a szíves vendéglátást!

DR. FEKETE GYÖRGY

a Bifidus flóra szaporodását fokozza. Dr. Arató András, az I. sz. Gyermekklinika professzora a bélfóra szerepét elemezte az orális tolerancia és az immunrendszer érési folyamataiban. Bámulatos, hogy az utóbbi években milyen nagyszámú gén és immunológiai tényező, valamint ezek bonyolult összjátéka vált ismeretessé az allergiás jelenségek szabályozásában, fokozásában és gátlásában.

Dr. Tomsits Erika egyetemi docens, a II. sz. Gyermekklinika gasztróenterológiai munkacsoportjának vezetője a különböző allergiás megbetegedések során változó tápanyag- és energiaigényre hívta fel a figyelmet. Kiemelte a bizonyítékokon alapuló kutatási eredmények fontosságát, elsősorban az újszülöttkori lipidbevitel



# Amiről mostanában sok szó esik: a PET

A PET (Pozitron Emissziós Tomográf) egy olyan berendezés, amely sugárzó izotópok segítségével képes képszerűen megjeleníteni az emberi testben lezajló anyagcsere-folyamatokat. Alapelve, hogy egy, az emberi szervezet normális működéséhez szükséges anyagot, mint amilyen például a glükóz, olyan izotóppal jelölnek meg, amely lebomlása során pozitront (egy elemi részecskét) bocsát ki. A szervezetben a glükóz a sejtek anyagcseréjéhez felhasználódik, a hozzá kapcsolt izotóp pedig elbomlik. A bomlás során keletkező részecske pontos megjelenési helyét egy erre szolgáló tomográf méri és képpé alakítja. A glükózfelhasználás magasabb azokban a szövetekben, amelyeknek anyagcseréje nagyobb, így például az agy vagy a szív normálisan is több glükózt használ fel, mint a vese vagy a lép. A rosszindulatú daganatok anyagcseréje is magasabb, hiszen gyorsan osztódó sejtekről van szó. Ez az alapja annak, hogy a vizsgálat különösen alkalmas a rák kimutatására. Jelentős különbség a CT-vel vagy MRI-vel szemben, hogy ez utóbbiak röntgensugár vagy mágneses tér segítségével a szervek anatómiáját mutatják meg, míg a PET elsősorban működésük normális vagy kóros voltáról ad felvilágosítást. Ha a PET-készülék segítségével nyert adatokat egy CT-képpel hasonlítják össze, akkor egyszerre lehet a beteg szerv szerkezetéről és működéséről ismereteket nyerni.

A PET-vizsgálatok mintegy 90%-át daganatos betegekben végzik, hiszen rendkívül érzékeny és hatékony diagnosztikai módszerről van szó. Más vizsgálóeljárásokkal szemben nagy előnye, hogy nemcsak a primer elváltozást, hanem a panaszokat sem okozó, távoli áttéteket is képes egyidejűleg kimutatni, ami a kezelés módjának megválasztását döntően befolyásolja.

Kemo- vagy sugárterápia után a daganatszövet gyakran hegszövétté alakul át, ami a többi képpalkotó eljárással nem különíthető el a még aktív tumorszövevtől. A szövetek anyagcseréje alapján működő PET viszont épp az ilyen differenciáldiagnosztikai nehézségek megoldására alkalmas.

A daganat kiindulási helyét sokszor nagyon nehéz megtalálni, a PET azonban a sokszor parányi primer elváltozást is kimutatja.

A jóindulatú daganatok anyagcseréje általában alacsonyabb, mint a rosszindulatúaké. PET-vizsgálattal a jóindulatú daganatokban nem észlelhető az izotóp dú-

slusa, azaz a vizsgálat nem mutat ki úgynevezett „forró” gócot.

Egyes daganattípusokban a kóros szövet ún. „markereket”, jelzőanyagokat termel, ezek lehetnek bizonyos hormonok vagy más, a tumorra jellemző anyagok, amelyek alkalmasak arra, hogy a daganat eltűnését vagy kiújulását jelezzék. Előfordul, hogy a gyógyult daganatos beteg követésekor e markerek szintje a vérben ismét megemelkedik anélkül, hogy különböző vizsgálatokkal ennek okát meg lehetne találni. Ilyenkor a PET fényt deríthet a recidívára. Létjogosultsága van a PET-nek más betegségek, így neurológia vagy a kardiológia területén is.

Az agydaganatokat sokkal nehezebb operálni, mint a szervezetben máshol elhelyezkedő tumorokat, többek között azért, mert a normális és daganatos szövet szemmel nehezen különíthető el. A műtét után elvégzett PET az operáció eredményességét bizonyíthatja, vagy kimutathatja az esetleges residuumot. Az agydaganatokat műtét mellett gyakran sugárterápiával is kezelik. Ennek az igen hatásos és sokszor végleges gyógyulást eredményező eljárásnak egyik ritkán előforduló mellékhatása a tumor környezetében lévő ép agyszövet pusztulása, amely azonban az agydaganat kiújulásához hasonló panaszokat okozhat. A PET-vizsgálat el tudja különíteni a recidívát az ún. „radionekrózistól”, ezzel a beteget egy felesleges második műtéttől kíméli meg. A PET gyógyszeres kezelésre nem reagáló epilepsziás betegen ki tudja mutatni, hogy az agyban pontosan honnan indul el a görcskésztség, és ennek tudatában ezt a gócot céltartóan el lehet távolítani.

Szívinfarktus után a PET-tel pontosan meghatározható a még működőképes szívizom mennyisége és helye, és így az esetleges műtét is körültekintőbben tervezhető. A PET és CT összekapcsolásával egyazon pillanatban ábrázolható a szívizom szerkezete és működése.

Miután a vizsgálathoz szükséges radioaktív izotópok felezési ideje rövid (néhány perc), előállításuk egy, a PET-készülék szomszédságába telepített készülékben, az ún. „ciklotronban” történik. A beteg sugárterhelése kicsi, így szükség esetén még terhes anyák is vizsgálhatók. A sugárzó izotóppal megjelölt anyagot – legtöbbször glükózt – intravénás injekció formájában juttatják a beteg szervezetébe. Miután a glükóz az aktív, magas anyag-

cserével rendelkező szervezetben halmozódik, fontos, hogy a vizsgálat előtti órákban a beteg teljes nyugalomban legyen. Ez 6 órás éhezést, elsötétített szobában való fekvést, tökéletes testi nyugalmat, sőt beszédtilalmat igényel. Az izotóp beadása után kezdődik a mérés, ami attól függően, hogy milyen kérdésre keressük a választ akár 1–2 órán át is eltarthat.

A PET-berendezések és a -vizsgálatok száma az elmúlt években világszerte robbanásszerűen megnőtt. A fejlett nyugati országokban egymillió lakosra legalább egy PET-készülék jut, de például Németországban 5,4; Japánban 4,4 az Egyesült Államokban 2,8 az egymillió állampolgárra jutó berendezések száma. Ezekben az országokban 1000 lakosra számítva évente 2-3 PET-vizsgálatot végeznek. Magyarországon évente 25–30 ezer vizsgálatra és ehhez legalább 10 PET-készülékre lenne szükség. Ezzel szemben mostanáig hazánkban egyetlen berendezés működött, amelyet még 1994-ben telepítettek a Debreceni Orvostudományi Egyetemre, és amellyel évente 700–800 beteget tudtak megvizsgálni. Idén nyílt meg magánfinanszírozásban a főváros első PET/CT-központja, és remélhetőleg a közeljövőben további berendezéseket is üzembe helyeznek.

A vizsgálat nem olcsó. Egy diagnosztikus vizsgálat mintegy 200–250 ezer forintba kerül. Alkalmazásával mégis sok pénz takarítható meg, hiszen ha egy daganat gyanúja esetén az első diagnosztikai eljárások között végzik el, sok fölösleges és költséges további beavatkozás kerülhető el. Az OEP jelenleg csak a Debrecenben végzett vizsgálatokat finanszírozza, azokat is csak korlátozott számban. A többi esetben a PET-vizsgálat költségeit alapítvány segítségével vagy saját zsebből kell megfizetni.

Mi a PET/CT haszna a gyermekgyógyászatban? Miután a technika még új, az indikációs területek sem teljesen kialakultak. A gyermekonkológiában, az epilepszia műtéti kezelésében, a neonatális hypoxia vagy az agyvérzés kimutatásában, a congenitalis szívhibák diagnosztikájában az indikációk ugyanazok, mint felnőttkorban. A gyermekek korrekt vizsgálatához is teljes testi és lelki nyugalomra van szükség, ami sokszor csak altatással érhető el. A PET nyújtotta többletinformáció haszna azonban messze meghaladja a vizsgálat okozta kényelmetlenségeket.

DR. KARDOS GABRIELLA



### **Kedves Kollégák!**

Immár 12 éve, 1994 óta rendezzük havi rendszerességgel kedd délutáni „Megújuló gyermekgyógyászat” című továbbképző sorozatunkat a II. sz. Gyermekklinika tantermében. Nagy örömünkre mindig érdeklődés kíséri az elhangzó előadásokat, esetbemutatókat, melyekre munkatársaim és a kiváló meghívott előadók szívesen készülnek. E sorozat indításakor az a cél vezérelt, hogy közelebb hozzuk a házi gyermekorvosok napi gondjait jelentő szakmai kérdéseket a klinikai, kórházi tevékenység problémáihoz, közvetlen eszmecsere lehetőségét biztosítva. Sokan jelezték, hogy nagyon szívesen jönnének gyakrabban rendezvényeinkre, azonban rendelési idejük, egyéb elfoglaltságaik miatt ezt mégsem tehetik.

Mivel változatlanul fontos törekvésem a gyermekek egészségügyi problémáival elsőként találkozók és az ellátásban döntő tevékenységet végző kollegákkal fenn tartott személyes és szakmai kapcsolatok erősítése, a továbbképző megbeszélések új formáját szeretnénk segíte-

ni a Házi Gyermekorvosok Egyesületének vezetőivel történt egyeztetés alapján.

2006. január végétől – a jövő évben összesen 7 alkalommal – „Beszélgetések a gyermekgyógyászatról” címmel esetbemutatók kapcsán diagnosztikus és terápiás kérdések közös áttekintését tervezzük, csütörtöki napokon, a rendelések után, az esti órákban. Szeretnénk, ha ezek az összejövetelek valóban olyan partneri, kötetlen, baráti beszélgetések lennének, amelyek tanulságai emelik a ránk bízott beteg gyermekek gyógyításának színvonalát. Ehhez kérem a II. sz. Gyermekklinika minden dolgozója nevében is aktív, támogató részvételüket, segítségüket.

Boldog új esztendőt kívánva, tisztelettel

DR. FEKETE GYÖRGY  
EGYETEMI TANÁR, KLINIKAIGAZGATÓ

## **Beszélgetések a gyermekgyógyászatról**

címmel

***folytatjuk csütörtök esti továbbképző sorozatunkat.***

**Ezúttal a II. sz. Gyermekklinika munkatársaival beszélgetünk szakmai dilemmáinkról.**

<b>Időpontok</b>	<b>Témák</b>
Január 26.	<b>Anémiák, vashiány, infekciók – a korszerű vérvételek értékelése</b> <i>dr. Kovács Gábor, dr. Csóka Mónika, dr. Müller Judit</i>
Február 23.	<b>Nyirokcsomó-duzzanat, hepatosplenomegalia, hasi terime</b> <i>dr. Kovács Gábor, dr. Jenővári Zoltán, dr. Csóka Mónika</i>
Március 23.	<b>Fejfájás, hasfájás, sápadtság – laborvizsgálatok</b> <i>dr. Sólyom János, dr. Constantin Tamás, dr. Ponyi Andrea</i>
Április 27.	<b>Szomatikus retardáció</b> <i>dr. Szabolcs Judit, dr. Tomsits Erika, dr. Sallai Ágnes</i>
Október 12.	<b>Mikrobiológiai és szerológiai vizsgálatok</b> <i>dr. Schmidt Marianne, dr. Pataki Margit, dr. Kelecsényi András</i>
November 9.	<b>Zavar az értelmi fejlődésben</b> <i>dr. Kálmánchey Rozália, dr. Ablonczy Mária, Cziegler Orsolya</i>
December 14.	<b>Visszatérő infekciók</b> <i>dr. Luczay Andrea, dr. Constantin Tamás, dr. Németh Julianna</i>

**Az előadások mindig csütörtökön 19.30-kor kezdődnek. Helyszín: Hotel Taverna, 1052 Budapest, Váci utca 20. (Megközelíthető a metró Ferenciek terei vagy Deák téri állomása felől.)**

A tanfolyam akkreditációja folyamatban van.

# Helyi kalcineurin-inhibitorok: A gyermekkori atópiás dermatitisz hatékony és biztonságos kezelése

Az atópiás dermatitisz helyi kezelésének célja: a száraz bőr karbantartása emollientekkel, a barrier helyreállítása, a bőr védelme a külső irritáló tényezőkkel szemben, a gyulladás (és egyben a kínzó viszketés) csökkentése. Napjainkig az atópiás dermatitisz fellobbanásakor alkalmankénti, lokális kortikoszteroidok jelentették a gyulladáscsökkentés egyetlen eszközét.

A **helyi kortikoszteroidok** legfőbb terápiás hatása a nem specifikus gyulladásgátló hatás. A helyi szteroidkezelésnek azonban, ha nem megfelelő készítményt használunk, vagy a kezelést nem az előírt módon vagy ideig alkalmazzuk, súlyos mellékhatásai lehetnek – bőrelvékonyító hatás, értágulatok, striák –, kiterjedt bőrfelület kezelése során pedig a bőrön keresztül való felszívódás révén általános tünetek is megjelenhetnek. Az atópiás dermatitisz krónikus, gyakran évekig többékevésbé folyamatos helyi gyulladáscsökkentő kezelést igénylő betegség. A kezelés várható időtartama hosszú, az érintett testfelület a beteg teljes testfelszínéhez viszonyítva nagy. Az atópiás dermatitiszben szenvedő csecsemők és kisgyermekek bőre, valamint a hajlati lokalizáció atópiára különösen hajlamosít.

Ma a közvélemény, a szülők és gyakran még a kollégák is tartanak a szteroidoktól, ez az ún. „kortikofóbia” – és sokszor fenntartásaik miatt nem is alkalmazzák az előírt kezelést.

Az atópiás dermatitisz kezelésében a **helyi kalcineurin-inhibitorok** megjelenése olyan mérföldkő, amelyhez fogható a bőrgyógyászati terápiában csak a kortikoszteroidok megjelenése volt 50 évvel

előtt. 2004-ben hazánkban is forgalomba kerültek a tacrolimus- és pimecrolimus-készítmények. Mindkét hatóanyag helyi makrolid immunmodulátor szer, amelyek a célsejt citoplazmájában a macrophilin-12-hez kötődve hatékonyan gátolják a proteinfoszfataz kalcineurint, megakadályozva, hogy a kalcineurin defoszforizálja az aktivált T-sejtek nukleáris faktorát, amely egy transzkripciós faktor. Ennek eredménye a jelátvivő pályák blokkolása és a gyulladásos citokinek szintézisének megakadályozása a T-sejtekben.

A tacrolimus- és pimecrolimus-mo-  
**terápia atópiás dermatitiszben való haté-**  
konyságát és biztonságosságát egyaránt sok ezer felnőtt- és gyermekbetegén végzett klinikai vizsgálatok bizonyították.

Mindkét szer viszonylag gyorsan tünetmentesít, nem okoznak hosszan tartó kezelésnél sem bőratrófiát, nem észlelték a szteroidoknál megszokott tachyphylaxia jelenségét sem. Jellemző mellékhatásuk a kezelt területen fellépő égő érzés, amely a további kezelés folyamán rendszerint múlik. A kezelés tartama alatt kerülni kell az erős napfényt. A bőrfertőzésre való hajlam minimálisan fokozott, ezért előfordulhat bakteriális, ill. vírusfertőzés.

A tacrolimus (Protopic) 0,03%-os és 0,1%-os kenőcs, a pimecrolimus (Elidel) 1%-os krém formában került forgalomba. Mindkettőt naponta kétszer kell alkalmazni. Az alkalmazási előirat mindkét szernél 2 éves kortól ajánlja a kezelést (bár nagyszámú beteganyagban dokumentálták biztonságosságukat már 3 hónapos kortól!). A tacrolimust a mérsékelt és súlyos atópiás dermatitisz kezelésére, a

pimecrolimust az enyhétől a mérsékelt fokú betegség kezelésére, illetve fenntartó kezelésben a fellángolások gyakoriságának csökkentésére ajánlják.

Az elmúlt években világszerte több mint 7 millió beteget kezeltek helyi kalcineurin-inhibitorokkal.

Használatuk elterjedésével sajnos meg-  
alapotlan aggodalmak is hangot kap-  
tak e szereknek a lymphomák kockázatát  
növelő hatásáról. Emiatt számos szakmai  
szervezet tartotta szükségesnek, hogy le-  
szögezze: e gyógyszerekkel – az alkalma-  
zási előiratuknak megfelelően alkalmazva  
– kockázatmentesen kezelhetők az atópi-  
ás dermatitiszben szenvedő gyermekek.  
Mivel bőrszelektív hatóanyagok, immu-  
modulátor hatásuk csak a bőrre korláto-  
zódik, ezért a szisztémás immunszup-  
presszió veszélye még nagy felületen törté-  
nő alkalmazásuk esetén is elhanyagolható.

Összefoglalva: A helyi kalcineurin-inhi-  
bitorok egyedülálló hatásmechanizmusa  
különbözik a helyi kortikoszteroidokétól,  
mivel bőrszelektív módon hatnak az ató-  
piás dermatitisz kialakulásában kulcssze-  
repet játszó tényezőkre. A rendellenes he-  
lyi immunválaszt megváltoztatva gyorsan  
csökkentik az atópiás dermatitisz tünete-  
it, azonban legnagyobb előnyük, hogy  
szelektív hatásmechanizmusuk miatt biz-  
tonságos hosszú távú kezelést tesznek le-  
hetővé, jelentősen javítva az ekcémás  
gyermekek (és családjuk) életminőségét.

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben.

DR. KÖRMENDY MIKLÓS BŐRGYÓGYÁSZ FŐORVOS  
SZENT IMRE KÓRHÁZ, BUDAPEST

## Pro Urbe

Dr. Berényi Károly kollégánk eddigi munkásságát Hódmezővásárhely Pro Urbe kitüntetéssel honorálta. Sokoldalú, szerény embernek tartják őt a városban, aki munkája mellett jelentős társadalmi, közéleti szerepet vállal. Ő alapította a Tiszta Lap Egyesületet és a Hódmezővásárhely Egészségügyéért Alapítványt, mely elsősorban karitatív munkát végez a gyerekek körében. Kitalálója a „Tekerj az egészségedért” mozgalomnak, melynek résztvevői az idén tizennyolc alkalommal kerékpározták végig a város környéki nevezetességeket. A gyermekorvost a határon innen és túl nagyon sokan a Johannita Segítő Szolgálat tagjaként ismerik. Gratulálunk az elismeréshez!

## „XI. MÁTRAI HÁZIORVOS NAPOK”

2006. február 10 –12., Mátrafüred – Kékestető

Téma: a házi orvosok lehetőségei a cardiovascularis halálozás csökkentésében. Szeretnénk hangsúlyt adni az egészséges életmód és a sport szerepének.

Első alkalommal kerül sor a résztvevők és családtagjaik lesiklóversenyére.

Jelentkezés: dr. Lénárt András,  
3261 Abasár, Ady E. u. 9.  
Tel.: 30/9785-038 Fax: 37/311-421,  
e-mail: paracelsus@interdnet.hu

# „...nem akarok többet éhezni”

**A dévai Szent Ferenc Alapítvány egyik gyermekotthonában a múlt évi festéskor az egyik ágy hátsó támláján a következő szöveget találták: „Én innen soha el nem megyek, mert nem akarok többet éhezni.”**

A mondatot Bőjte Csaba ferences szerzetes valamelyik árvája véste fel mementóként. Ezek a szomorú sorsú gyermekek európai ember számára szinte elképzelhetetlen körülmények közül kerültek az Erdély-szerte megnyitott, immár tizenegy otthon valamelyikébe. Jelenleg talán 500–600-an vannak, csecsemőtől az egyetemistáig.

Nagyrészt árvák, félárvák, utcára került kis csavargók, akiket Csaba testvér a pályaudvaron, az árokparton, az utcán szedett össze, s vitt be a dévai kolostorba. Amikor ott már nem fértek, a Szent Ferenc Alapítvány segítségével megvásároltak Déván egy nagy panelházat, amiben 3–4 szobás lakásokat alakítottak ki. Az otthon „családokból” épül fel, kb. 10–14 különböző korú gyermek, egy nevelő, nevelőnő, illetve egy önkéntes segítő, aki általában egy évet tölt velük. Ennyien laknak egy-egy lakásban.

Az árvák mellé sok olyan gyerek került be, akinek élnek ugyan a szülei, de munkanélküliek, nagyon szegények vagy alkoholisták, családjukat elhanyagolják, agresszívak. A bántalmazott, kiéhezett gyermekek sokasága a megoldatlan romániai szociális problémák következménye. Nem egy sokgyermekes, jövedelem nélkül tengődő özvegyasszony könyörgött Csaba testvérnek, hogy fogadja be gyermekeinek akár csak egy részét. Ilyenkor nem tudott nemet mondani.



A gyermekek magyar, roma, félig román-félig magyar nemzetiségűek, akiknek ráadásul az iskoláztatásuk is megoldatlan, különösen szórványban. Eredeti környezetükben a szakadozott szociális hálón biztosan kihullanának, Európa segélyre szoruló, munkanélküli, képzetlen, esetleg bűnöző hadát szaporítva.

Romániában a magyarlakta vidékek úthálózata rendkívül elhanyagolt, a tömegközlekedés rossz, így sok falu szinte el van zárva a külvilágtól. Az utóbbi 15 évben az ipari létesítmények, a mezőgazdaság elszorodása miatt sokan veszítették el állásukat. A szilva azonban az út szélén is megterem, pálinkáért nem kell messzire menni.

A Zsil völgyében a bányák korábban sok magyart vonzottak, a nagyvárosok hirtelen, egyoldalúan fejlesztett ipara is elszívta az azelőtt mezőgazdaságból élő-

ket. De a bányák bezárása, a gyárak felszámolása rengeteg, nyomortelepeken tengődő, sokgyermekes, lecsúszott családot eredményezett. Az áldozat persze mindig a gyermek, aki éhezik, akit bántalmaznak, aki esetleg az utcára kerül. Csaba testvér és munkatársai ezeket a kiszolgáltatott, szegény gyermekeket kutatják fel és fogadják be.

Jelenleg a legnagyobb a dévai otthon, ahol 350 gyermeket gondoznak. A nagyszalontai, kissiratosi, torockói, zombolyai és gyulafehérvári kis létszámú otthonok 9–25 fővel működnek. A szászvárosi és a szováti házban kb. 70–80 gondozott él, a legutóbb megnyitott petrozsényi otthonban pedig 120, nagyrészt zsil-völgyi gyermek lakik, akik az alapítvány óvodájába, iskolájába járnak. Kolozsváron idén már 25 egyetemistájuk tanul. Csaba testvér gondoskodik a gyermekek anyanyelvi oktatásáról, Déván saját iskolájuk, óvodájuk, sőt faipari szakiskolájuk és líceumuk is van.

Hogyan kerültem kapcsolatba a dévai árvákkal? Évekkel korábban hallottam Bőjte Csaba ferences szerzetesről, aki gyermekotthonokat alapított árva, elhagyott gyermekeknek. Kíváncsi voltam, milyen ember lehet, aki a mai világban – mint egykor Assisi Szent Ferenc – az árvák, elesettek gyámolítására adja a fejét. 2005 márciusában egy lelki gyakorlaton ismerhettem meg Csaba testvért. Valóban csodálatra méltó egyéniség. Felmértem, hogy a tőlem telhető anyagi segítségnél sokkal többet érne egy átfogó szűrővizsgálat a gyermekek között. Felajánlásomat Csaba testvér szívesen fogadta, mivel, mint utóbb kiderült, a gyermekek orvosi ellátása teljesen megoldatlan.

Romániában szociális alapon a szülő lakhelye szerinti családorvosnál jár a gyermeknek ingyen az alapellátás, a gyógyszerért azonban teljes árat kell fizetni. Ugyanúgy fizetni kell a szakellátásért, a sürgősséget kivéve, és a segédeszközökre sem jár támogatás.

Ezek a gyermekek nem a szülőkkel laknak, némelyiknek csak a neve biztos, egyéb adatot alig tudnak róla. Ha a szülő átengedi a gyámiságot Csaba testvérnek, akkor az otthon lesz a „lakóhely”, s elérhetővé válik az alapellátás. Ez esetben azonban a szülő elesik a családi pótléktól, ami természetesen a saját alkoholszükségletének fedezésére szolgál. A gyám-



ságról tehát nem mond le. A gyerekekről általában sokkal könnyebben. Így érthető, hogy az alapítványnak felajánlott önkéntes orvosi segítség nagyon is jól jött.

Először június közepén, éppen az utolsó tanítási héten utaztunk Erdélybe, két védőnővel, akik szabadságukból egy hetet áldoztak az útra.

Előzetes egyeztetés alapján első állomásunk Zsombolya volt, ahol akkor 14 gyermeket vizsgáltunk.

A gyermekek sorsukkal roppant elégedettnek látszottak, mivel már nem éheztek, nem fáztak, sőt tisztálkodásra is módjuk volt. Pedig a zsombolyai ház tartozására sem idő, sem pénz nem jutott, így meglehetősen szegényes körülmények között laktak. Akkor még egyetlen „biztosítással rendelkező” sem volt köztük. Szakrendelő csak Nagyváradon érhető el, természetesen az sem ingyenes.

A vizsgálatainknál engedelmesek, készségesen együttműködők voltak. Egészségi állapotukat illetően hasonlókat tapasztaltunk minden otthonban: alacsony hossz- és súlypercentil, elhanyagolt fejlődési rendellenességek, krónikus, kezeletlen betegségek.

Déván, ahol központi konyha működik, a nevelők számára könnyebbség, hogy az ételmezésről nem nekik kell gondoskodni. Szakképzett szakácsuk csak ez év augusztusa óta van. A szűkösen mért alapanyagokból azonban a legügyesebb dietetikus sem képes a fejlődő szervezet számára egészséges étrendet összeállítani.

Állami támogatás híján Csaba testvér naponta kénytelen „összekoldulni” a gyermekek ellátásához szükséges adományokat. Amikor márciusban elfogyott a bab, beült a furgonba, elment a szülőfalujába „pityókát”, vagyis krumplit gyűjteni. Több mázsát sikerült szerezni, még júniusban is azt ették. Az étrend fő alkotóelemei: krumpli, liszt, rizs. Fehérje időnként kevés tojás, túró formájában kerül az asztalra. Gyümölcsöt ritkán látnak.

Augusztusban a Pick szalámigyártól nagyobb szállítmányt kaptak adományként, októberi lejáratral. Azóta a reggeli és a vacsora egyaránt téliszalámi, ami már a „fülükön jön ki”.

A kisebb otthonok a magyarlakta vidékeken jobb helyzetben vannak. Ott a helybeliek időnként meglepik őket, például egy kosár káposztával, padlizsánnal. Így az étrend változatosabb, noha egyáltalán nem bőséges.

Ha a téliszalámi elfogy, visszajön a margarinos kenyér. Mivel a fehérje- és vitaminihiányos táplálkozásra felhívtuk az otthonok vezetőinek figyelmét, szerény lehetőségeikhez mérten igyekeznek job-



ban ügyelni az egészséges táplálkozásra. A megvizsgáltak 30%-a 3 percentil alatti. A súlypercentil persze annak függvénye, hogy mióta lakik a gyerek az otthonban. A frissen érkezetteknel ez is többnyire 3 percentil alatti, a „régiek” esetében már 25–50.

Az alultápláltság mellett nagy szerepe van ebben a bélférgességnek, amelyről hiába tudnak, kezelést nem kapnak. Júniusban a Richter Rt.-től kaptunk bélférgesség elleni gyógyszereket, de ez a szükségletet sajnos nem fedezi teljesen. A Szováta és környéke, valamint a zsil-völgyi, jódhiányos vidék lakóinál sok strúmát észlel-



tünk. Kivizsgálásuk sok nehézséget okozott. Megdöbbentően sok 10–14 éves fiúnál találtunk fitymaszűkületet, letapadást, egy vagy kétoldali rejtettheréjűséget. Ezek megoldása is gond, hiszen szülői beleegyezés kell a műtéthez.

A napközis, hazajáró gyermekeknél, illetve az újonnan bekerültek között mindennapos a rüh, a bolha, a tetű. Sok a gerincferdülés és más mozgásszervi elváltozás. Minden otthon kapott egy egyórás gyógytornakazettát, hogy hetente kétszer használják.

Júniusban a gyermekek 30%-ánál fénytörési hibát találtunk. Sikerült megszervezni, hogy október elején a Zeiss Dévára telepített szemészeti rendelőjében két kolléganő megvizsgálja a kiszűrt gyermekeket.

Szeptemberben, egy újabb utunk során a korábban nem vizsgáltakat és az újonnan érkezetteket megint megvizsgáltuk, hogy azután a különböző betegség miatt a továbbkezelendő gyermekek ellátásának gondját ismét magunkra vehessük. Jó érzés, hogy a kollégák zöme együtt érző, segítőkész.

Tapasztalatainkat megosztottuk az intézmény igazgatójával és a kuratórium vezetőivel. A rüh, a bolha, a tetű behurcolásának megakadályozására új higiénés szabályok felállítását javasoltuk. Ezek kezelése persze roppant nehéz akkor, amikor hajnali 3 órakor megérkezik Csaba testvér 3-4 szurtos, éhes, halálfáradt kis aprósággal, vagy amikor néhány, hétvégre hazajáró gyermek vasárnap esténcént rendszeres utánpótlást szállít az élőködőkből.

A szovátai új otthonba nyáron több mint száz árvízkarosult gyermeket fogadtak ba. Őket most „hazavitték” a szülők, mert ha nincsenek otthon a gyermekek, a családok elesnek az állami segélyektől. Így most sátrakban laknak, valószínűleg a tél is így köszönt rájuk.

Eddig az egészségügyi ellátással kapcsolatban bárkit megkerestem, mindenki készségesnek mutatkozott. Tapasztalataink szerint azonban ezt a munkát is szervezeten és megfelelő standardok szerint, összehangoltan kellene végezni, hogy a sok segítség hatékony legyen. Az alapítvány gyermekeinek és dolgozóinak minden támogatás fontos és hasznos. Szükséges tehát, hogy egységes és rendszeres ellátást tudjunk számukra biztosítani.

Ezúton szeretném megköszönni az együtt dolgozó kolléganők áldozatos munkáját és az alapítvány dolgozóinak bizalmát.

A Wyeth és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete szeretettel meghívja Önt a

## „Pneumococcus-fertőzések megelőzése a csecsemőkorban”

című továbbképző rendezvényre

### Témák:

A 7-valens konjugált Pneumococcus-vakcina szerepe a Pneumococcus-fertőzések megelőzésében

• • •

Invazív Pneumococcus-infekciók kezelése gyermekkorban

• • •

Mazsolák a Pneumococcus-infekciók mikrobiológiai diagnosztikájából

• • •

A 7-valens konjugált vakcina az epidemiológiai adatok tükrében – hazai tapasztalataink, esetismertetés

• • •

Streptococcus pneumoniae „top”-on a légútban

• • •

Pneumococcus elleni vakcináció – a házi gyermekorvos szemével

### Előadók:

**Dr. Farkas Anikó** – Kenézy Gyula Kórház

**Dr. Fekete Ferenc** – Madarász utcai Gyermekkorház

**Dr. Kálmán Mihály, Dr. Kiss Erika,  
Dr. Kovács Julianna,  
Dr. Újhelyi János** – HGYE

**Dr. Mészner Zsófia** – OGYEI

**Dr. Kulcsár Andrea, Dr. Pásztor Mónika,  
Dr. Újhelyi Enikő** – Szent László Kórház

**Dr. Nyul Zoltán** – Baranya Megyei  
Kerpel-Frónius Gyermekkorház

**Dr. Ónozó Beáta** – SZTE Gyermekgyógyászati Klinika

**Dr. Szabó Éva** – Veszprém Megyei Kórház

### Időpontok, helyszínek:

**2006. január 19., 11.00–17.30, Budapest** – Bourbon Rendezvényház, XIV., Ajtósi Dürer sor 19–21.

A további rendezvények péntek délután 14 órakor kezdődnek, és szombaton ebédvel fejeződnek be.

**2006. február 3–4., Hőgyész** – Apponyi Kastély  
**2006. március 10–11., Sárovar** – Thermal Hotel Sárovar

**2006. február 17–18., Szeged** – Novotel Szeged  
**2006. március 24–25., Mátá** – Club Hotel

A program tesztvizsgálattal zárul, akkreditálása folyamatban van. A programot és a jelentkezési lapot a hamarosan küldjük.  
A részvétel költségét a Wyeth fedezi.

**2006. május 19–21., Siófok, Hotel Azúr**

## Kávészünet-8

**Téma: Oxiológia**

**20 ponttal akkreditálva**



## Praxisok

- Budapest XV. kerületében házi gyermekorvosi praxisomban gyermekorvost alkalmaznék. Tel.: 06/30-972-2795.
- Budapest XV. kerületében házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 06/30-972-2795.
- Budapest XVIII. kerületében két praxis 530–550 kártyával eladó. Tel.: munkaidőben 06/1-339-3704-es telefonszámon.
- Házi gyermekorvos helyettesítést vállal Budapest területén. Tel.: 06/30-300-5361.
- Budapesttől 30 km-re gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni az esti órákban a 06/30-206-1364-es számon lehet.
- Jász-Nagykun-Szolnok megyében 860 fő kártyával gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet 16 órától 8 óráig van, továbbá hétvégén és ünnepnapokon úgyszintén. Szolgálati lakás a Tisza-parton, gyönyörű környezetben. Az állás 2006. január 1-jével betölthető. Érdeklődni a 06/20-471-3908-as telefonon lehet.
- Sopronban házi gyermekorvosi praxisjog, területi ellátási kötelezettséggel, eladó. Érdeklődni 17 és 20 óra között a 06/99-343-005 vagy a 06/30-426-4940-es telefonon lehet.
- Munkatársakat keresek iskolaorvosi és házi gyermekorvosi állás betöltésére. Többgyermekes anyák és nyugdíjasok sem szenvednek hátrányt. Érdeklődés: Dr. Horváth Anna 06/30-635-2608 vagy 06/28-500-025-ös telefonon.
- Dunaújvárosi 840 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni: 06/20-440-8088-as telefonszámon.

A Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Mentálhigiéniai Ambulanciája a 2005/2006-os tanévben az alábbi továbbképzéseket szervezi:

Előadás-sorozat esetismertetésekkel, konzultációs lehetőséggel:

2006. január 20. **A kezelhetetlen gyerekek (magatartás-problémák)**  
 2006. március 17. **Agresszivitás az iskolában**  
 2006. május 19. **A túl jó gyerekek**

Esetmegbeszélések konzultációs lehetőséggel pszichológusok, pszichiáterek, gyógypedagógusok részvételével:

2006. február 17. ♦ 2006. április 12. ♦ 2006. június 16.

Az előadások és az esetmegbeszélések mindig pénteki napokon, 8.30-tól 11.30-ig tartanak.

A rendelő várható költözködése miatt kérjük az érdeklődőket, hogy az alkalmak előtt a pontos helyszín felől érdeklődjenek! Tel.: 352 88 86.

A továbbképzések akkreditálása folyamatban van.

## GYERMEKPSZICHIÁTRIAI TANFOLYAM GYÓRBN

**2006. január 25.**

Szorongás, kényszer gyermekkorban  
*Dr. Zibolen Ágnes*

**2006. február 22.**

Fóbiák (iskolafóbia), szelektív mutizmus  
*Dr. Dombovári Edit, Dr. Rigler Ilona*

**2006. március 22.**

Autizmus (pervazív fejlődési zavarok)  
*Dr. Dombovári Edit*

**2006. április 26.**

Pszichoterápiák  
*Dr. Dombovári Edit, Miklósa Mónika*

**A továbbképzések helyszíne:** Győr-Moson-Sopron Megyei Petz Aladár Oktató Kórház Győr, Vasvári Pál u. 2. I. emeleti előadóterem.  
**Az előadások 14 órakor kezdődnek.**



**Egyesületünk címe:**  
 1136 Budapest  
 Tátra u. 48–52.  
**Egyesületünk telefonszáma:**  
 Tel.: (1) 330-0900  
 Fax: (1) 238-0388  
**E-mail:**  
 hgye@mail.datanet.hu

**Honlap:**  
 www.hgye.hu

**Az egyesület titkára:**  
 Fekete Éva

**mediconsult**

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

**Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.**

1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.

Tel./fax: (06-1) 339-3704

A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket minden pénteken 14–16 óra között.

**HÍRVIVŐ**

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **¡ART studio**  
 A címlapon: Szécsy Juli Fotók: Szamosi János, Thaler Tamás, Konkoly-Thege György

