

2006. június ■ XI. évfolyam 3. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Kedves Fűnyíró!

Bocsássa meg, hogy még én is a tiltakozók táborát szaporítom. Nem ezt várta tőlem, de én sem ezt vártam Öntől. Meg kell mondanom, nagyon elment a kedvem a megszorító csomag hírére.

Praxisaink eddig is anyagi erejük végén jártak. Az infláció rég túlnőtt rajtunk, a gyerekekellátásból gyorsabban fogy a pénz, mint a gyerek. Viszi a pénzt a mindenkit sújtó degresszió, a háziorvosi ellátásba öregedő kamasz, pedig a rendelőt továbbra is nyitva kell tartani. A maradék és az újonnan érkezettek kedvéért. Az asszisztensre továbbra is szükség van, a család még mindig pénzbe kerül. A kiadási oldal (szja, „iparűzés”, egészségbiztosítási alap, könyvelés, miegyéb) egyre magasabbra szárnyal, a bevétel meg nemhogy emelkedne, de az infláció miatt még csökken is. Nem csoda, hisz a finanszírozás évek óta áll. Eddig is csak „kváziprivatizált”, a piaci előnyöket nélkülöző kényszervállalkozók voltunk, piaci díszletekkel maszkírozva, piaci hátrányoktól sújtva, de most attól tartunk, likviditási gondok elé nézünk.

A közüzemi árak otthoni és „benti” drágulása, a járulékok emelése most rendesen agyonvágja a „fizetésünket”. Ami egyébként is már évek óta távolodik a korunknak megfelelő közalkalmazotti bértől. Aki teheti, most mehet újabb állás után nézni. Pedig a praxis is egész embert kívánna. A pluszpénzből azonban még az asszisztenseket nyomasztó terhek enyhítésére sem telik. Így várnak tőlünk több szakmaiságot? Javuló minőséget? Informatikáról, tesztcsikokról, meg életmentő eszközökről beszélünk? Ugyan már! Miből?

Féltem az alapellátást a ránk váró megszorítások következményeitől. Félek az orvosok elégedetlenségétől, az ellátottak kiszolgáltatottságától, az egész helyzet rosszabbodásától. A kollégák döntő többsége nyugdíjkorhoz közeledik, utánpótlásnak nyoma sincs. Praxisaink többségére nincs fizetőképes kereslet. A gyerek még egy önkormányzati egészségügyi bizottságban sem kardinális kérdés.

Tudom, hogy gazdasági állapot, államháztartás, közigazgatás, oktatás, munkanélküliség és természetesen a nyugdíjasok. Tudom, hogy lépni kell. Elhiszem. Mindent elhiszek. Annyira mindent, hogy lassan már semmit. Gyanakvóvá lettem. Meglepő? Nem hiszem. Mitől legyek hívó és mitől legyek optimista? A kelet-közép-európai társadalmi hierarchiában elfoglalt helyemtől? Ahonnan hiába erőlködöm, képtelen vagyok feljebb lépni? Szűkre voltak, szűkre vannak szabva a lehetőségeim. És most még ebből is visszavesznek.

Kedves Fűnyíró! Ötvenes éveim végét taposom. Hány elhibázott gazdaságpolitikát akarnak még velem rendbe rakatni? Hány évem van még, amit várakozással tölthetek? Nem érti, hogy elkésérít a felismerés, hogy lassan az egész életem csak az álmodozások kora volt?

Kedves Fűnyíró! Én drukkolok az országért, drukkolok az egészségügyért, de szorítok magunkért és persze a gyerekekért is. Mielőtt beindulna, szelíden figyelmeztetem, van olyan, hogy differenciált megközelítés, és van olyan, hogy ott nem lehet füvet nyírni, ahol még ki sem nőtt a fű!

Dr. Huni King

TARTALOM

- Vészhelyzet után 2
- Újraélesztés 3–5
- Légútbiztosítás 6–9
- Folyadékterápia 11
- Kávészünet-8 12–13
- Trauma és égés 14–15
- Tudatzavar, görcsök . . 16–17
- Állásfoglalás az otthonszülésről 17
- Szamárköhögés 19
- Biztos Kezdet 20
- Praxisjog 21
- Portré 22–23
- Hírek 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2006-ban:



Vészhelyzet után

Több hónappal ezelőtt kaptam a megtisztelő felkérést a Házi Gyermekorvosok Egyesülete vezetőitől az idei, májusi „Kávészünet-8” tudományos konferencia „Vészhelyzetek” továbbképző programjának előkészítésére és vezetésére. Fontos, izgalmas feladatként és kihívásként fogadtam a baráti, kitüntető bizalmat, hiszen orvosi hivatásunk legnehezebb területéről, az életmentésről kellett korszerű, minden jelenlévőhöz szóló, főleg a gyakorlati tennivalókra koncentrált ismereteket közölni, s mindezt péntek délutántól vasárnap délig...

Meglepően nagy volt a házi gyermekorvos kollegák érdeklődése. Valamennyi előadó számára ritka, felemelő élményt jelentett a mintegy ötszázötven fős, a hatalmas konferenciatermet megtöltő hallgatóság előtt beszélni. (Egyetemi előadásokon még soha nem találkoztam ilyen nagyszámú hallgatóval...). A folyosói beszélgetések, a visszajelzések alapján úgy érezhettük, hogy hasznos, sikeres volt a sürgősségi helyzetekről szóló program. Önmagáért beszél az a tény, hogy az odaütazásunkat frissítő viharos eső után a megnyitás pillanatától végig melegen sütő tavaszi napsugár és a síófoki Balatonpart kísértése sem bizonyult olyan erősnek, hogy a széksorok megürültek volna, mindvégig együtt maradtunk, együtt tanultunk. A siker elsősorban a kiváló előadóknak köszönhető, akik nemcsak elismert szaktekintélyei a bemutatott témák-



nak, hanem a mindennapok gyakorlati kérdéseire figyelve, szellemes-humoros megjegyzéseikkel is fűszerezve tudták élvezhetővé, valóban hasznos üzenetté tenni adataikat. E mostani kiadvány az elhangzott előadásokból közöl néhányat.

Nem véletlen, hogy a „Vészhelyzetek” ismertetését ilyen nagy érdeklődés kísérte. Hiszen mind az orvosi rendelőben, mind a beteg gyermek otthonában, mind az utcán szembesülhetünk olyan hirtelen, váratlan, sürgős beavatkozást igénylő állapottal, amelyben csakis megfelelő elméleti és gyakorlati felkészültséggel tudunk helytállni. Bár ilyen vészhelyzetekről már az ókorban is szép számmal beszámoltak, így pl. egy egyiptomi elefánt okozta, katonai szertartáson bekövetkezett súlyos baleset áldozatának sikeres megmentésé-

ről, az emberi történelem során mégis egyre újabb, eredményesebb mentési módszerek, orvosi eljárások kidolgozása vált szükségessé. Magyarország mindig az európai haladás élvonalában foglalt helyet a mentőszolgálat, a sürgősségi ellátás feltételeinek biztosításában, fejlesztésében. A „Kávészünet” rendezvények sorában is már több ízben szerepelt kiemelt programként a gyermekgyógyászati sürgősségi ellátás. A mostani tudományos konferencia részletesen kitért mindazokra a különleges, az újszülöttekre, csecsemőkre és fiatal gyermekekre vonatkozó gyors diagnosztikai és kezelési elvekre, amelyek a mai műszeres háttér mellett korszerűnek tekinthetők. A házi gyermekorvosi rendelő és az orvosi táska szükséges műszerei, felszerelési eszközei mellett valamennyi elhangzott előadás hangsúlyozta az orvosi személyiség, a pontos megfigyelés, a fizikális vizsgálat és a sürgősségi ellátásban szerzett egyéni és csoportos gyakorlat, a felelős döntésképesség meghatározó szerepét. Ezért jogosan fogalmazódott meg az a közös igény, hogy a mostani konferencián elhangzott előadások szövegének közreadását követően minél több gyakorlati foglalkozást szervezzenek az országban, a gyermekgyógyászati életmentésben legnagyobb tapasztalattal rendelkezők irányításával.

Most, amikor ismételten köszönetemet fejezem ki a „Vészhelyzetek” továbbképző program valamennyi rendezőjének, ötletadójának, előadójának és résztvevőjének, egyben remélem, hogy a gyakorlati továbbképzés ugyanilyen sikerrel fog folytatódni.



Gyermekek újraélesztése

DR. SZENTIRMAI CSABA

Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika



A gyermekkorban keringés- és légzéselzáródáshoz leggyakrabban légzési probléma vezet, ezért ilyenkor a hypoxia, hypercapnia és acidosis általában már fennáll. Felnőttkorban viszont sokkal gyakoribb az elsődleges szívhalál (elsősorban kamrafibrilláció, VF), ilyenkor normoxia és normocapnia észlelhető. Ennek megfelelően különbözik az újraélesztés teendőinek sorrendje a gyermek- és a felnőttkorban. Gyermekkorban egy perc újraélesztés után hívunk segítséget, illetve telefonálunk, hiszen a legfontosabb a hypoxia és a társuló eltérések korrekciója. A felnőttknél viszont először értesítjük a sürgősségi ellátást, a mentőszolgálatot, hogy a defibrillátor megérkezéséig eltelt idő a lehető legrövidebb legyen.

Az alapfokú újraélesztés algoritmusát egy segítőre dolgozták ki. Ha már a kezdetektől több szakember áll rendelkezésre, az algoritmus kis változtatásokkal alkalmazható.

Alapfokú újraélesztés (basic life support, BLS)

1. A gyermek megközelítését a magunk és az áldozat biztonságának maximális figyelembevételével kell tennünk (kesztyű, forgalom stb.).

2. Az első teendő a válaszkészség, az eszmélet értékelése. A gyermek figyelmét enyhe ingerekkel és hangos kiáltással vizsgáljuk. Rázását kerülni kell, különösen baleseti helyzetben. Amennyiben nincs válasz, egy hangos kiáltással próbálunk segítséget szerezni. Ezután átjárhatóvá tesszük a légutakat.

3. Eszméletlen állapotban a nyelv, a lágy- és a garat izmainak elernyedése a légút elzáródását okozza. Ezt a fej neutrális, enyhén extendált helyzetbe hozásával és az állcsúcs megemelésével tudjuk megszüntetni. Bal kezünket a gyermek homlokára tesszük, így hajtjuk a fejet hátra, az áll csúcsát a jobb kezünkkel emeljük fel. Segíthet az állkapocs előreemlése (subluxatio) is. Figyelni kell arra, hogy a szájfenék lágy szöveteire ne fejtünk ki nyomást, mert így a nyelvet a szájpadhoz szoríthatjuk. A túlzott és az elégtelen extensio egyaránt a légút elzáródásához vezethet, a megfelelő helyzetet próbálkozással találhatjuk meg. Balesetet szenvedett gyermeknél a fej mozgását nagyon óvatosan, kis mozdulatokkal végezzük.

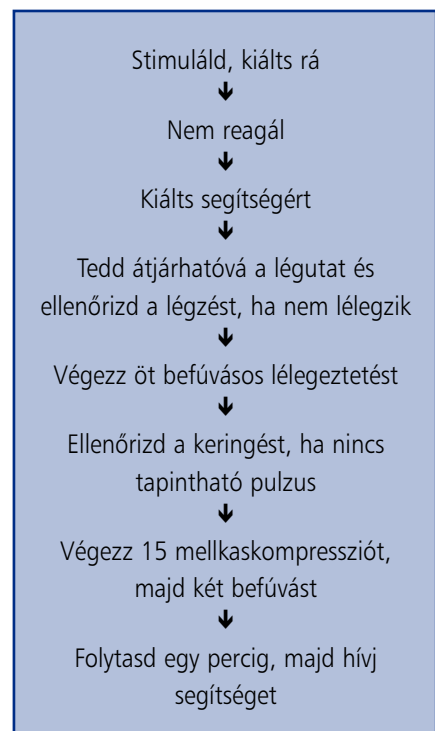
4. A légutak átjárhatóvá tétele után tíz másodperc alatt kell eldönteni, hogy a gyermek normálisan lélegzik-e. Fülünket a gyermek szája előtt tartva figyeljük a mellkas emelkedését és süllyedését, hallgatjuk és arcunkon érezzük a levegő áramlását. Az agonalis (gaspoló), szabálytalan légvétel, illetve a súlyos stridorral kísért légzés egyaránt elégtelen lehet, ezért a normális légzés hiányában befúvásos lélegeztetést kezdünk.

5. A szájüregből eltávolítjuk az esetleg látható idegentestet. Csecsemő esetén szájunkat az arcára helyezve a szájba és az orrba egyszerre fújunk. Nagyobb gyermeknél az orrnyílást befogva a szájába, vagy a száját csukva tartva az orrán át végezzük a befúvást. Nyugodt belégzés után mintegy 1–1,5 másodperc alatt fújunk annyi levegőt a gyermek tüdejébe, hogy normális kitérést érzünk el. A fej helyzetét megtartva ellenőrizzük, hogy a befúvás eredményes volt-e: süllyed a mellkas, halljuk és érezzük a levegő kiáramlását. Öt befúvást kell végeznünk. Ha ez nem megy, akkor ellenőrizzük a szájüregét: nincs-e benne látható és eltávolítandó idegentest. Nem javasolt a szájüreg vakon történő végigtörése, mert az idegentestet mélyebbre nyomhatjuk illetve sérülést, vérzést okozhatunk. Minden sikertelen kísérlet után a légutak átjárhatóvá tétele érdekében kicsiny helyzetváltoztatást végzünk: változtatjuk az extensio fokát, az állkapocs kiemelését. A befúvások alatt figyeljük, hogy a gyermeknél észleljük-e a keringés klinikai jeleit: mozgás, köhögés, csuklás, normális légzés.

6. Ha az öt kísérletből egy sem sikeres, akkor továbblépünk a mellkaskompresszióra, mert légúti idegentest okozta elzáródás (LIE) gyanúja áll fenn.

7. Az öt ellenőrzött és sikeres befúvás után a keringés ellenőrzése következik. Tíz másodperc alatt kell eldönteni, hogy észleljük-e a keringés klinikai jeleit, tapintunk-e pulzust. A pulzus tapintásának helye csecsemőnél az arteria brachialis a felkar belső oldalán, egyéves kor után az arteria carotis tapintandó a nyakon, a gégtől lateralisán. Alternatívaként mindkét korcsoportban az arteria femoralis is tapintható.

8. Ha nem észleljük a keringés jeleit és nem tapintunk pulzust, illetve a pulzus 60/perc alatt van és ez rossz perifériás keringést eredményez, akkor mellkaskompressziót kezdünk. A kompresszió helye a sternum alsó harmada, melyet csecsemőnél a processus xyphoideustól egy ujjnyira cranial felé találunk meg. Két ujjunkat egymás mellé téve 100/perc frekvenciával végzünk 15 kompressziót, majd két befúvást. A kompresszió a mellkas 1/3 mélységéig történjen, a relaxáció-kompresszió 1:1 arányú legyen. Nagyobb gyermeknél a mellkaskompressziót kéztövünkkel végezzük, az ujjakat eltartva a bordaívtól, nyújtott karral, csípőből mozogva.



1. ábra A gyermekkorban alapfokú újraélesztés (PBL) algoritmusának egészségügyi szakembereknek

A mellkaskompresszió közben a fej helyzetét a homlokon tartott kezünkkel stabilizáljuk, hogy ne veszítsünk időt a megfelelő helyzet megtalálásával a következő két befúvásnál.

9. Egy perc hatékony újraélesztés után segítséget hívunk: telefonálunk vagy elindulunk. Ha a gyermek kicsi és magunkkal tudjuk vinni, akkor így teszünk és egy perc haladás után egy perc újraélesztést végzünk.

10. Az újraélesztést folytatjuk, ameddig életjelenségeket nem észlelünk, vagy segítség nem érkezik, esetleg ki nem fáradunk.

Légúti idegentest eltávolítása

A környezet vizsgálatából vagy az anamnéziséből (kis tárgyakkal való játék, magok stb. eszegetése) gyakran merül fel a légúti idegentest okozta elzáródás.

1. A gyermek köhögése a legalkalmasabb eszköz az idegentest eltávolítására, ezért ha a gyermek hatásosan köhög, akkor nyugtatással, biztatással tudunk segíteni.

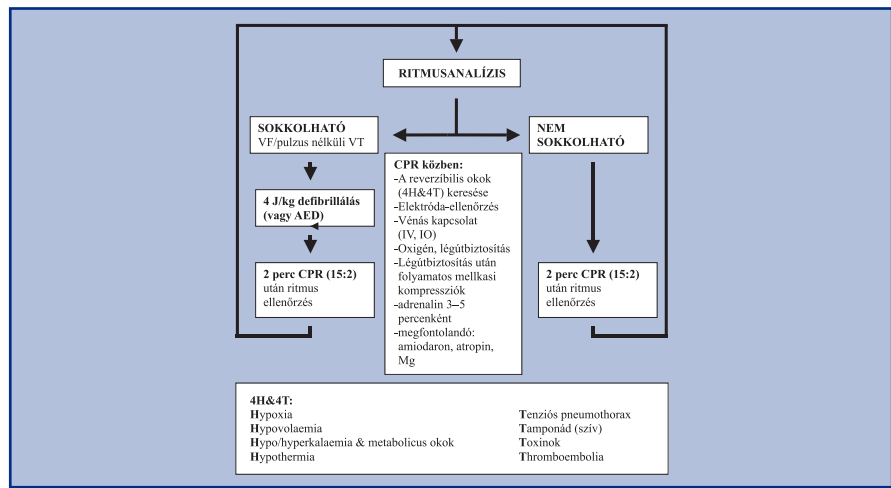
2. Amennyiben a köhögés hatástalanná válik, de az eszmélet még megvan, akkor az intrathoracalis nyomás hirtelen emelése a célunk, hogy az idegentest kimozduljon a légútból. A lapockák közé, majd gyermeknél a has felső részére, csecsemőnél a sternum alsó harmadára mérünk öt-öt ütést, illetve lökést.

A csecsemőt a combunkra, alkarunkra fektetjük, fejét lejjebb tartjuk, állát kezünkkel megtámasztjuk és öt határozott ütést mérünk a lapockák közé. A nagyobb gyermeket az ölkénben keresztbe fektethetjük. Felső kezünkkel a tarkót megtartva a csecsemőt megfordítjuk, és a mellkaskompresszió helyére két ujjal öt határozott lökést mérünk. Gyermek esetén a felső hasra helyezett öklünket akár hátulról (átölelve), akár előlről (fekvő helyzetben) másik kezünk segítségével a fej és a gerinc irányába lökjük, így próbáljuk megemelni a rekeszizmot. Mindegyik lökés után érdemes megvizsgálni a szájüreget, nem tudjuk-e eltávolítani a kimozdult idegentestet.

3. Eszméletlen gyermeknél nyilvánvaló módon a korábban már tárgyalt, a légút átjárhatóvá tétele érdekében végzett cselekvéssort, a légzés ellenőrzését és a befúvásos lélegeztetést fogjuk elkezdni. Amennyiben az öt befúvási kísérlet eredménytelen, akkor a keringés vizsgálata nélkül a kornak megfelelő módon mellkaskompressziót kezdünk. Tizenöt kompresszió után két befúvás és így tovább.

AED használata

Az automata külső defibrillátor (automated external defibrillator, AED) nyolc év fe-



2. ábra A gyermekkori emelt szintű újraélesztés (PALS) algoritmus a egészségügyi szakembereknek

letti gyermeknél a felnőtteknél ismert módon használható. A készülék analizálja a ritmust, figyelmezteti a használót a megfelelő tennivalóra, majd gombnyomásra leadja a sokkot. Egy- és nyolcéves kor között a gyermekek számára tervezett energiakorlátozó elektroda használata ajánlott, de ha az nincs, jobb híján használható a felnőttelektroda is. AED használata előtt egy percig BLS-t kell végezni.

Emelt szintű újraélesztés (advanced life support, ALS)

Amennyiben az újraélesztés eszközei rendelkezésre állnak, a ballon-maszkos lélegeztetés és oxigén alkalmazása az első teendő. A megfelelő maszk kiválasztásához segítség: a kerek, párnás maszk újszülött (0), illetve koraszülött (00) számára alkalmas, nagyobb gyermek az anatómiailag formázott eszközzel lélegeztethető. A maszk az orrtól a mandibula közepéig érjen és ne nyomja a szemet. Bal kezünk hüvelyk- és mutatóujjával szorítjuk az arcra (C-fogás), a másik hárommal az állkapcsot fel- és előre- (E-fogás) emeljük. Az öntelődő ballont szokásos frekvenciával és csak annyira nyomjuk össze, hogy a mellkas enyhén emelkedjen. A hyperventilatio agyi vasoconstrictiót és hypoperfúziót eredményezhet.

A légútbiztosítás eszközei közül a megfelelő méretű és csak eszméletlen gyermeknél alkalmazható oropharyngealis, valamint a nasopharyngealis eszközök a legfontosabbak. Gyakorlott kézbe való az endotrachealis intubatio. A megfelelő oropharyngealis tubus (Mayo- vagy Guedel-pipa) a felső metszőfogaktól az állkapocscsögletig ér, és csak mély eszméletlen gyermeknél használható, bevezetése a szokásos helyzetben – görbülettel a nyelv felé – javasolt. A nasopharyngealis tubus az orrcsúcs és a fülcimpa közötti távolságra vágott, megfelelő méretű (ID: egy-éves kor felett: $[\text{kor}/4]+4$) és a becsúszás

ellen biztosítótűvel átszúrt endotrachealis tubusból is készíthető.

A vénás kapcsolat a szokásos perifériás vénákon vagy intraossealis tűn keresztül is megteremthető (három sikertelen kísérlet vagy 90 másodperc próbálkozás után).

Az EKG/defibrillátor megérkezésekor az első teendő a biztos elektroдахelyzet megteremtése után a ritmus analízise. A kérdés: sokkolandó vagy nem sokkolandó-e a ritmus? Sokkolandó a kamrafiibrilláció (VF) és a pulzus nélküli kamrai tachycardia (VT). Az asystole, a súlyos bradycardia és a pulzus nélküli elektromos aktivitás (PEA) esetén sokkra nincs szükség.

Kamrafiibrilláció, pulzus nélküli kamrai tachycardia esetén egy defibrillációt végzünk 4 J/kg energiával, majd két perc cardiopulmonalis reanimáció (CPR), lélegeztetés és mellkaskompresszió következik. Két perc után ritmusellenőrzés, ha még mindig fennáll a sokkolandó ritmus, akkor újabb defibrilláció, majd 2 perc CPR. Ezt újabb ritmusellenőrzés követi, majd ha a VF/VT még ekkor is fennáll, akkor 1 adag adrenalin (0,01 mg/kg, azaz 0,1 ml/kg az 1:10 000 hígításból IV vagy IO) és egy 4 J/kg DC sokk. 2 perc CPR, ritmusellenőrzés, és ha még mindig VF/VT a ritmus, akkor 5 mg/kg amiodaron 5 perc alatt és 4 J/kg DC sokk. A ciklusok ezután ismétlődnek: kétpercnélként DC sokk, minden második körben adrenalin.

Asystole és pulzus nélküli elektromos aktivitás (PEA) esetén adrenalin adunk (0,01 mg/kg adagban) és CPR-t végzünk, az adrenalin 3-5 percnélként ismételljük. Az újraélesztés alatt megpróbáljuk felfedezni és kezelni a kiváltó okot. A leggyakoribb keringésmegálláshoz vezető okok: hypoxia, hypovolaemia, hyper/hypokalaemia, hypothermia, tenziós pneumothorax, tamponád (szív vagy tüdő), toxikus/terápiás hatás, thrombosis (coronaria vagy pulmonalis). (2. ábra)

A légútbiztosítás módszerei

DR. MÁTRAI ZSOLT
Balkány



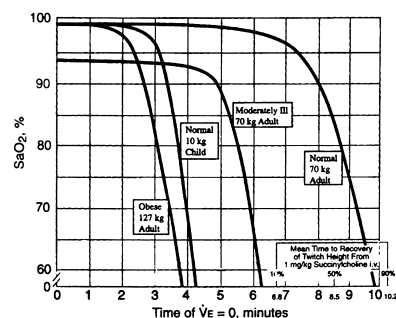
A légútbiztosítás az egyik leggyakoribb és legfontosabb beavatkozás a sürgősségi

A gyermekek és a felnőttek légútjai között számos felépítésbeli eltérés van, melyet figyelembe kell vennünk a légútbiztosítás során. (2. ábra)

A gyermekek légútjainak jellemzői:

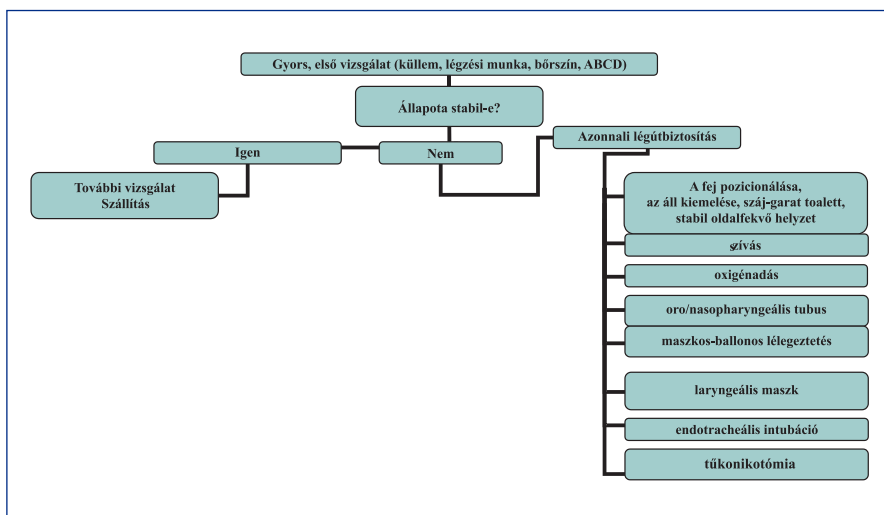
- nagyobb occipitalis lebeny,
- relatíve nagyobb nyelv,
- az adenoid szövetek nagyobb mennyisége,
- laza, hosszú, U alakú epiglottis,
- a gége magasabban helyezkedik el, a C3-C4 csigolya magasságában,
- a legszűkebb rész a gyűrűporc,
- keskeny és rövid trachea,
- fejletlen mellkasi és hasi izomzat.

Ezek az anatómiai eltérések emellett, hogy megnehezítik az intubációt, légúti obstrukcióra hajlamosítanak és megnövelik a vérzés kockázatát is.



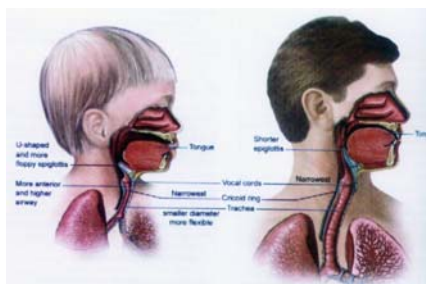
3. ábra

szem ellenőrzése mellett töröljük ki. Ha nem kontraindikált, a fenti beavatkozás közben a fejet fordítsuk magunk felé.



1. ábra A légútbiztosítás algoritmus

ellátásban. E tevékenység célja a légúti obstrukció felismerése és megszüntetése, a megfelelő gázcseré biztosítása, a gyomortartalom és az egyéb váladékok aspirációjának megelőzése. (1. ábra)



2. ábra

Az élettani különbségek közül meg kell említeni a fokozott vagustónust, a nagyobb oxigénfelhasználást. Jellemző az is, hogy a gyermekek, főként az újszülöttek és a csecsemők a hypoxiára bradycardiával „válaszolnak”.

Mindezek mellett a gyermeknél a deszaturáció átlagos ideje 100%-ról 0%-ra alig több mint négy perc, szemben a felnőtt tízperces értékével (3. ábra).

Eszköz nélküli légútbiztosítás

Szájgarat-toalett

Ha az eszméletlen gyermek szájába hányadékot, idegen testet látunk, azt az ujjunkra csavart pólyával vagy gézlappal a



1. kép

Esmarch-Heiberg féle műfogás. Eszméletlen betegnél a csökkent izomtónus miatt a nyelv nekifekszik a hátsó garatfalnak, s emiatt csökken vagy megszűnik a légutak átjárhatósága. Ilyenkor a gyermek fejét zárt szájjal hátrahajtjuk, ennek következtében a nyelv eltávolodik a hátsó garatfaltól. Ha ez nem következik be, akkor a mandibulát is előre kell emelni. (1. kép)

Stabil oldalfekvő helyzet

Az eszméletlen, spontán légzéssel és keringéssel bíró beteg oldalra fektetése biztosítja a szabad légutakat, és viszonylag jól véd az aspiráció ellen. A tónustalan nyelv ilyenkor oldalra csúszik a szájüregben és a hányadék, vér, nyál a szájon át kifolyik. (2. kép)



2. kép

Eszközös légútbiztosítás

A légutak leszívása a váladék (hányadék, vér, nyál) eltávolítására szolgál. A szájból történő váladék eltávolítására rigid, nagy lumenű szívót használunk. Előtte kézzel kitorolhatjuk vagy Magill-fogóval eltávolíthatjuk a látható idegen testet. Motoros szívó esetén a szívót nagy szíváserősségre állítjuk, ami ne haladja meg a 80-120 Hgmm-t. Előtte és utána adjunk oxigént. Előbb a száj-, majd az orrüreget szívjuk le. A száj-, garatüreg leszívását lehetőleg céltartan, laringoszkópos feltárásban, a szem ellenőrzése mellett végezzük. Egy szívás ne tartson tovább öt másodpercnél. A szívókatéter bevezetésekor ne alkalmazzunk szívást, óvjuk a sérülékeny nyálkahártyákat. Szívás után ellenőrizzük a légzést. Ügyeljünk a sterilitás betartására. A légutak leszívásának szövődményei:

- szájüregi, légúti, tüdőszérvülés,
- hányás,
- gyomortartalom-aspiráció,
- hypoxia (hosszabb ideig tartó szívás esetén),
- a tracheába tolt idegen test,
- az ICP emelkedése súlyos koponyasérülteknél.



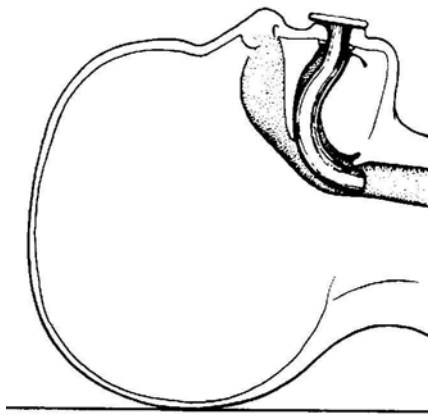
3. kép

Nasopharyngealis (Wendl) tubus

Nyelv- vagy szájpadszérvülés miatt kialakuló felső légúti obstrukció esetén, eszméletlenül lévő gyermeknél is használható. Jól rögzíthető, és a betegek is jól tűrik. (3. kép) Helyes mérete: az orrcsúctól a tragusig terjedő távolság. Az orrnyílás alsó részén lassan vezessük be, előtte Lidocain spray-vel befújhatunk az orrnyílásba. Akkor van jó helyen, ha leér a nyelvgyökig, de nem nyomja az epiglottist. Nagy orrmandula megnehezíti levezetését. Nem

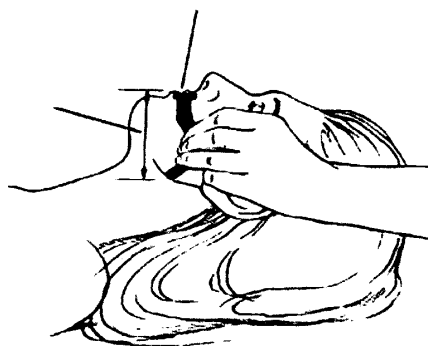


4. kép Guedel-tubusok



4. ábra A Guedel-tubus behelyezés után

használható coagulopathia, koponyaalapi törés, idegen test gyanúja esetén, illetve egyéves kor alatt. Jól használható viszont görcsölő gyermeknél, illetve szájzár esetén.



5. ábra A Guedel-tubus helyes mérete

Oropharyngealis (Guedel-) tubus

Csak eszméletlen gyermeknél használjuk. (4. kép) Megakadályozza, hogy a nyelv a hátsó garatfalnak nekifekdjön (4. ábra). Mérete: a metszőfogaktól az állkapocszögletig terjedő távolság (5. ábra). Az oropharyngealis tubust úgy helyezzük be, hogy a vége a bevezetéskor felfelé néz, majd 180 fokban lefelé fordítjuk úgy, hogy a görbülete a nyelvre fekdjék. Segítségül használhatunk spatulát is. Ha nem helyesen végezzük, akkor légúti obstrukciót okozhatunk a nyelv hátratosásával!

A lélegeztetés eszközei

Arcmaszk, orrkanül

Ha a betegnek kielégítő spontán légzése van, használunk oxigénpalackhoz csatlakoztatott arcmaszkot, mely 30–50%-os O_2 -koncentrációt biztosít 6–10 l/min áramlás mellett. Különböző méretű maszkok szerezhetők be. A rezervoárral kombinált arcmaszk magasabb oxigénkoncentrációt biztosít.

Az orrkanül a gyermek légzésfrekvenciájától, légzési munkájától függően változó belélegzett O_2 -koncentrációt (22–50%) biztosít. Általában 2–4 l/min

O_2 -mennyiség elegendő a gyermek nagyságától függően. Hosszabb ideig történő alkalmazását a gyerekek nehezen tűrik, mivel kiszáradja az orr nyálkahártyáját. Síró gyermeknél kevésbé hatékony. Alkalmazásuk esetén ajánlott a vér oxigénszaturációját pulzoximéterrel ellenőrizni.

Maszkos-ballonos lélegeztetés

Minden olyan esetben javasolt, amikor asszisztált vagy kontrollált lélegeztetés szükséges (apnoe, légzésleállás, légzési elégtelenség, légzési és keringési elégtelenség), vagy a 100% oxigén maszkon keresztül történő adása ellenére az oxigénszaturáció 90% alatt marad.

Az intermittáló pozitív nyomású lélegeztetés során a mellkasban nem negatív – szívóhatást létrehozó – nyomás, hanem a ballonra gyakorolt kompresszió eredményeként az alveolusokig pozitív nyomás jön létre. Ennek egyik leggyakrabban használt formája a maszkos-ballonos lélegeztetés. Az öntelődő lélegeztető ballon különböző méretben kapható, 250 ml-es az újszülöttek és csecsemők részére, 750 ml-es a gyermekek részére. Kézzel összenyomva hozzávetőlegesen szabályozhatjuk a befújt levegő mennyiségét. Ha a ballont elengedjük, rugalmasságánál fogva a levegőbeszívó szelepen keresztül friss levegővel telik meg. Ezalatt a gyermek tüdejéből a levegő passzívan a külvilágba jut. Az oxigéndúsítást rezervoár és oxigénpalack csatlakoztatásával érhetjük el. Fontos a megfelelő méretű maszk kiválasztása. A jó maszk befedi az orrnyerget, de nem nyomja a szemet, alul pedig az állcsúcsot. A gyermeket hanyatt fektetjük,



6. ábra Maszkos-ballonos lélegeztetés

száját, garatját megtisztítjuk és zárjuk a száját. A maszkot bal kézben tartva, hüvelyk- és mutatóujjunkkal nagy C-t formálva az orrgyökhez és az állcsúcsához illesztjük és rányomjuk, hogy zárt rendszert alkosson. Középső ujjunkat az állcsúcs alá helyezzük, s egyúttal megemeljük az állat. Gyűrűs- és kisujjunkt a mandibulára helyezzük, de semmiképpen sem az áll alatti lágyszövetekre. (6. ábra)

Jobb kezünkkel a ballont ritmusosan összenyomjuk, az életkornak megfelelő frekvenciával. Az összenyomás kb. 1–1,5 másodpercig tartson, a be- és kilégzési arány 1:2 legyen. Ehhez segítséget ad, ha lélegeztetés közben a következő szavakat mondjuk: nyom (összenyomjuk a ballont 1,5 mp) – enged – enged (felengedjük a ballont). Ügyeljünk arra, hogy minél kevesebb levegő „szökjön” meg a maszk és az arcbőr között. Amint a mellkas emelkedik, a ballonra kifejtett nyomást szüntessük meg.

1–8 éves kor között 20–25/min, 8 éves kor felett 12–18/min frekvenciát alkalmazunk. Hatásos a lélegeztetés, ha a mellkas szimmetrikusan emelkedik és süllyed, mindkét tüdőfél felett hallhatók a légzési hangok, lélegeztetéskor némi ellenállást érzünk. A maszkos-ballonos lélegeztetésnél előfordulhat, hogy a gyomor is felfújódik. Ennek a veszélyét úgy lehet csökkenteni, hogy kisebb tidalvolumennel és hosszabb belégzési idővel lélegeztetjük a betegeket. Hasonló hatású a Sellick manőver (a gyűrűporc nyomása). Maszkos-ballonos lélegeztetés esetén a gyomorszondát 2 percen belül le kell vezetni!

A prehospitalis ellátásban ezt a lélegeztetési módot ugyanolyan hatékonyan találatták, mint az endotrachealis intubációt. Kontraindikációi:

- jó légzőrendszeri státusz,
- enyhe distressz kielégítő oxigenizáció mellett,
- súlyos aratrauma (nyílt mandibulatórés),
- az arc égési sérülése,
- súlyos fokú bronchospasmus korlátozott mellkaskiteréssel,
- légúti obstrukció,
- a nyaki gerinc instabilitása,
- hernia diaphragmatica.

Szövődményei:

- gyomor felfújása
- aspiráció
- hányás
- hypoxia
- barotrauma - ptx

Laryngealis maszk

Archie Brain, angol orvos találmánya. 1988 óta alkalmazzák a klinikai gyakorlatban. Leggyakrabban elektív műtéteknél használják, felnőtt- és gyermekkorban egyaránt. Területen olyan szituációkban ajánlják, amikor nem tudunk a sérült fejéhez megfelelő módon hozzáférni (pl. gépkocsiba szorult sérült), vagy nyakigerinc-sérülés gyanúja miatt a fej nem mozgatható. Területen történő alkalmazásról még nagyon kevés tapasztalat van.

Endotrachealis intubatio (ETI)

A légútbiztosítás leghatékonyabb formája csak akkor alkalmazható, ha adottak a személyi és tárgyi feltételei. Nagyon kevés összehasonlító tanulmány készült a maszkos-ballonos és az ETI összehasonlításáról a területi ellátásban. A sikerességi ráta ETI esetében: 50–95%, de minél fiatalabb a beteg, annál rosszabb az eredmény. A komplikációk előfordulása: 2–25%. A helyszínen eltöltött pluszidő: 2–10 perc volt a maszkos-ballonossal összehasonlítva. Jobb túlélési arányt tapasztaltak a csak maszkos-ballonos lélegeztetés estén, míg a neurológiai kimenetelben nem találtak különbséget.

Előnyei:

- a légszövet izolálja, oxigénadás gyomor-felfújás nélkül,
- kicsi a gyomortartalom aspirációjának kockázata,
- a belégzési idő és a csúcsnyomás szabályozható,
- a váladék a tubuson keresztül leszívható,
- PEEP lélegeztetés alkalmazható.

Indikációi:

- központi idegrendszer eredetű apnoe, légzési elégtelenség,
- funkcionális vagy anatómiai légúti obstrukció,
- maximális légzési munka, amely kimerüléshez vezet,
- PEEP lélegeztetés szükségessége,
- a légúti védekezőreflexek hiánya,
- klinikai halál állapota,
- légúti égés,
- tartós lélegeztetésre szoruló, területen született újszülöttnél.

Az intubáláshoz szükséges

felszerelés:

- működő laringoszkóp,
- kornak megfelelő és ennél 1 mérettel kisebb és nagyobb tubus,
- fecskendő a mandzetta felfújásához (serdülőknél),
- maszk öntelődő ballonnal,
- oxigénpalack,
- szívó, szívókatéter,
- rögzítéshez ragtapasz,
- Mayo tubus,
- Magill-fogó,
- gyógyszerek.

A laringoszkópok különböző méretű nyéllal, egyenes (Miller) és hajlított (MacIntosh) lapoc sorozatokkal kerülnek forgalomba. Általában 8 éves kor alatt mandzetta nélküli tubust használunk, 8 éves kor felett pedig mandzsettásat. A tubus belső átmérőjének mérete mm-ben: ID = (életév/4) + 4. Arra, hogy a tubust milyen mélységig kell bevezetnünk, a következő

Életkor / testsúly	Tubus belső átmérője mm-ben
0–1 év/ 3–10 kg	3,5 – 4,0
1–2 év/ 10–13 kg	4,0
3 év / 14–16 kg	4,5
5 év / 16–20 kg	5,0
6 év / 18–25 kg	5,5
8 év/ 24–32 kg	6,0 mandzsettás
12 év / 32–54 kg	6,5 mandzsettás
16 év / 50+ kg	7,0 mandzsettás

1. táblázat Ajánlott tubusméretek életkor illetve testsúly alapján

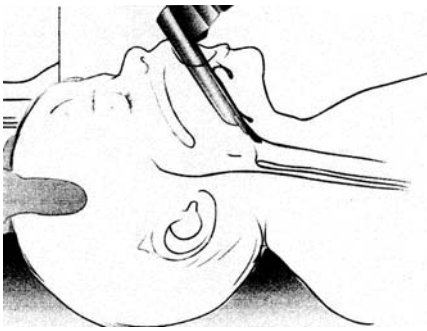
képlet ad segítséget: kétévesnél idősebb gyermekek esetében: mélység cm-ben = (életév/2) + 12. (Például: egy 4 éves gyermek esetében $4/2 = 2 + 12 = 14$ cm.) Tehát a tubuson bejelölt 14 cm-es jelnek a gyermek ajakszegleténél kell lennie. Kétéves kor alatt a tubus belső átmérőjét szorozzuk hárommal. Például, ha egy négy hónapos csecsemőt egy 3,5-es tubussal intubálunk, akkor a tubus levezetésének mélysége: $3,5 \times 3 = 10,5$ cm. Az anatómiai különbségek miatt legyen nálunk egy mérettel kisebb és nagyobb tubus is. Az életkor és a testsúly alapján javasolt tubusméreteket a 1. táblázat foglalja össze.

Az intubálás technikája

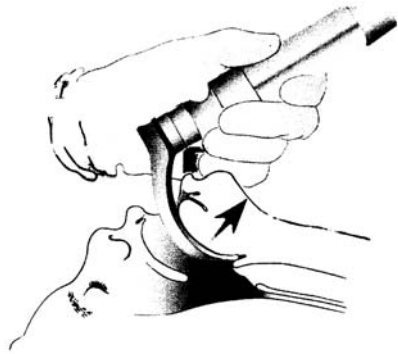
Az intubációt mindig előzze meg oxigén adása! Ha a gyermeknek spontán légzése van, maszkon keresztül, ha nincs, akkor maszkkal és ballonnal 30 másodpercig oxigénnel lélegeztetjük. Még egyszer ellenőrizzük, hogy a szükséges eszközök megvannak-e. A testhelyzetet mindig az aktuális körülményektől függően választjuk meg. Csecsemőknél és kisdedeknél tegyük a hát alá a válltól a csípőig egy kb. 2 cm vastag pokrócot. Ha lehetséges, a hanyattfekvő gyermek fejét hajtsuk enyhén hátra. Fej-, nyaksérülésnél, politraumatizáció esetén ez tilos, a nyakat rögzíteni kell! A gyermek száját műfogással



5. kép



7. ábra



8. ábra

nyissuk ki, majd ha van váladék, azt szívjuk ki. A szívás után ismét adjunk oxigént kb. 30 másodpercig. A laringoszkóp egyenes lapocát bal kézzel vezessük be a szájba, majd a jobb szájzug felől lassan a középvonal felé csúsztatjuk úgy, hogy a vége az epiglottis alatt legyen. Ekkor a laringoszkópot előre és felfelé húzzuk, látótérbe hozva a gégebemenetet. (7. ábra, 5. kép) Hajlított lapoc esetén a lapoc vége a vallecula epiglotticában legyen. (8. ábra). Ezután a jobb oldalról finoman bevezetjük a tubust a hangszalagok között. A tubus vége 2-3 cm-rel a hangszalag alatt legyen. A beavatkozásra 20 másodpercünk van. Ha a glottis zárt, várjuk meg, míg légvételkor a hangrés kinyílik, ne erőltessük a tubus bevezetését.

Intubáláskor figyeljünk, hogy ne sértjük meg az ínyt, a fogakat és az ajkat. Csatlakoztassunk ballont a tubushoz és kezdjük pozitív nyomású lélegeztetést. Figyeljük meg, hogy a mellkas szimmetrikusan emelkedik-e, hallgassunk rá mindkét oldalon a tüdő alsó és felső lebenyére, a gyomorra és a mediastinumra is. Ha a tubus jó helyen van, mindkét oldalon jó légzési hangot fogunk hallani. (A tubus oesophagusba történő bevezetésekor a gyomor felett bugyborékoló hang hallható.) Intubálás után az összeharapás megelőzésére helyezzünk be oropharyngealis tubust. Rögzítésig egyik kezünkkel fogjuk meg a tubust, majd rögzítsük ragtapaszszal. A mandzsettás tubus ballonrészének felfújására 5–7 ml levegőt használjunk.

Az intubálás szövődményei:

- fog-, íny-, ajaksérülés,
- ritmuszavar, bradycardia, hypotonia (n.vagus),
- laryngo-bronchospasmus,
- hányás,
- gyomortartalom-aspiráció,
- nyelőcsőbe intubálás,
- endobronchialis intubatio,
- gége, trachea sérülése.

A gyűrűporcot kívülről, enyhén jobbra, felfelé nyomva (Sellick manover) csökkenthetjük a gyomortartalom regurgitációjának veszélyét.

Tű-conicotomia

Ha a beteg nem lélegeztethető, nem intubálható, a légútbiztosításhoz sürgősségi tű-conicotomia végzése szükséges. Gyermekekben 3–12 éves kor között ajánlják, de csak átmeneti megoldásként.



9. ábra



10. ábra



11. ábra

Kivitelezése:

A fej hátraszegése után a pajzs-gyűrűporc határát kell megkeresni. Betadinoldattal történő fertőtlenítést követően egy 18 G-s tűvel ejtsünk egy kis szúrást a bőrön, a lig. cricothyreoideum (9. ábra) felett a középvonalban. Ezután egy 14 G-s perifériás kanüllel, melynek végén fecskendő van, 45°-os szögben distalis irányba állandó szívás mellett beszúrunk a preformált szűrás helyére; ha levegőt szívunk vissza, jó helyen vagyunk (10. ábra). Ekkor a tűt kihúzzuk, egy 3-as tubuscsatlakozóval a ballonhoz kapcsoljuk és lehetőség szerint 100%-os oxigént adunk 10 l/min mennyiséggel (11. ábra). Ez a módszer tartós lélegeztetésre alkalmatlan, mert az idő előrehaladtával romlik a lélegeztetés hatékonysága. A hypoxia elkerülhető, de súlyos hypercapnia alakulhat ki.

A tű-conicotomia szövődményei:

- tracheasérülés, perforáció, subcutan emphysema,
- mediastinalis emphysema,
- érsérülés – vérzés,
- idegsérülés,
- fistula kialakulása,
- pajzsmirigy-perforáció.

Végül néhány általános tanács:

- Mindig a beteg állapota szabja meg a légútbiztosítás módját!
- Ne essünk pánikba!
– Kezdjük a legegyszerűbbel!
- Tartsuk be a protokollt!
Kevesebb hibalehetőség!
- Minden beavatkozás után ellenőrizzük a beteget!
- Használjunk pulzoximétert!
- Gyakoroljunk, gyakoroljunk, gyakoroljunk!

Ajánlott irodalom

1. Gausche és mtsai: Effect of out-of-hospital pediatric endotracheal intubation on survival and neurological outcome. *JAMA*. 2000; **283**: 783-790
 2. Kantor: Evaluation of mask-bag ventilation in resuscitation of infants. *AJDC*. 1987.
 3. Wenzel és mtsai: Effects of smaller tidal volumes during basic life support ventilation in patients with respiratory arrest: Good ventilation, less risk? *Resuscitation*. 1999; 43
 4. Hulme J.Perkins: Critically injured patients, inaccessible airways, and laryngeal mask airways. *Emerg Med J*. 2005 Oct; **22**(10):742-4.
 5. Helm M,Hossfeld B.: Factors influencing emergency intubation in the pre-hospital setting--a multicentre study in the German Helicopter Emergency Medical Service. *Br.J.Anaesth*. 2006. Jan.
 6. Stockinger ZT et al: Prehospital endotracheal intubation for trauma does not improve survival over bag-valve-mask ventilation. *J Trauma*. 2004 Mar; **56**(3):531-6.
 7. Cote CJ et al: Cricothyroid membrane puncture:oxigenation and ventilation in a dog model using an intravenous catheter. *Crit.Care Med* 1988; **16**:615-619
- Marianne Gausche és mtsai: Pediatric airway management for the prehospital professional. Jones & B

Folyadékterápia a területen

DR. KELECSÉNYI ANDRÁS

Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Folyadékpótlás, sokktalanítás... E szavak hallatán az embernek az intenzív osztály jut az eszébe. Kerülhetünk azonban olyan helyzetbe, hogy első ellátóként, még a kórházi kezelés kezdete előtt volumenpótlást kell alkalmaznunk. Szakképzett segítség, megfelelő műszerek hiányában a házi gyermekorvos igen nehéz helyzetben van; mégis, az idejében megkezdett folyadékterápia a súlyos beteg túlélési esélyeit jelentősen javíthatja.

A helyszínen alkalmazott folyadékterápiának folyadékvesztés, illetve relatív hypovolaemia esetén van kiemelkedő jelentősége. Sokknak azt az állapotot nevezzük, amikor a szervezet oxigénigényét az oxigénkínálat nem fedezi. A sokk kompenzált fázisában a szív kontraktilitása, a frekvencia nő, a vitális szervek (agy, szív) védelme érdekében a keringés centralizálódik. Fizikális vizsgálat során tachycardiát, kissé megnyúlt kapilláris telődést észlelünk. Ilyenkor a vérnyomás még normális tartományon belül lehet, ami hamis biztonságérzetet kelthet a vizsgáló orvosban.

Amennyiben nem sikerül a sokk kiváltó okát megszüntetni, a folyamat dekompenzálódik. Progresszív metabolikus acidózis miatt vasoparalysis alakul ki, a preload csökken. A betegnél továbbra is tachycardiát észlelünk, vérnyomása esik és kapilláris telődése jelentősen megnyúlik (>5 mp). Tudatzavar jelentkezik, mely a dekompenzált sokk legfontosabb alarmizáló jele. Beavatkozás nélkül e folyamat több szervi elégtelenséghez és keringésösszeomláshoz vezet. A kiváltó okok alapján hypovolaemiás, kardiális, disztribúciós és szeptikus sokkot különböztetünk meg. A gyermekgyógyásznak fontos tudnia, hogy újszülöttkorban a szeptikus, csecsemőkorban a hypovolaemiás (kiszáradás okozta), gyermekkorban pedig a trauma által okozott vérzéses sokk a leggyakoribb.

Kórházon kívüli folyadékpótlás esetén izotóniás krisztalloid, kolloid vagy hipertóniás sóoldat használata egyaránt elfogadott. Hypotóniás krisztalloid oldatot szigorúan tilos adni, mivel az növelheti a mortalitást¹.

Az izotóniás krisztalloid oldatok (Ringer-laktát, Salsol A, 0,9% NaCl) mind intravascularis, mind interstitialis volumenpótlásra megfelelőek, nem allergizálnak és nem befolyásolják a véralvadást. A bejuttatott mennyiségnek azonban háromnegyed része szinte azonnal kilép az interstitialis térbe, ezáltal ronthatja a tüdőben a gázcserét, szöveti ödémát okozhat.

A kolloid oldatok közt megkülönböztetünk természetes (5% Human Albumin) és mesterséges oldatokat. A mesterséges oldatok hatóanyaga lehet keményítő (HAES-Steril 5 és 10%), gelatin (Gelifusine, Gelifundol) vagy dextrans (Macrodex 6%, Rheomacrodex 10%). Hatásukat intravascularisan fejtik ki, csökkentik a szöveti ödémát, ezáltal jobb gázcserét és szöveti perfúziót biztosítanak. Hátrányuk, hogy anaphylaxiás reakciót, koagulációs zavart okozhatnak (dextrans, keményítő), vesekárosító hatásuk lehet (keményítő) és akkumulálódnak.

A hipertóniás sóoldatok 7–7,5% NaCl-t és 6–10% kolloid oldatot tartalmaznak. Már kis mennyiségben (4 ml/kg) is igen hatásos volumenexpanderek. Igen nagy esetszámú tanulmányok^{2,3} nem mutattak ki a mortalitásban különbséget a krisztalloid, a kolloid és hipertóniás sóoldattal megkezdett folyadékpótlás között.

Volumenpótlás céljára első választandó szerként izotóniás krisztalloid oldatot javasolunk, a hipertóniás sóoldat és a kolloid oldatok a krisztalloid oldatok hatástalansága esetén választandó szerek. A beadandó folyadék mennyisége szempontjából fontos különbséget tenni szeptikus és nem szeptikus eredetű sokk között. Míg szeptikus sokk esetén az agresszív folyadékpótlás (akár 60 ml/kg) növeli a túlélés esélyét⁴, addig nem szeptikus sokkban kizárólag a hiányzó volument szabad pótolni⁵. A javasolt kezdő dózis: 20 ml/kg.

A folyadékpótláshoz természetesen vénás út szükséges. Perifériás vénabiztosítás a rossz általános állapotú gyermekek esetében igen nehéz, időigényes és nagy tapasztalatot kíván. Gyermekeknél a cubitalis vénákat, a kézhát vénáit, a vena saphenát érdemes megszúrni. Újszülötteknél a fej vénái viszonylag könnyen szúrhatók.

Rossz perifériás keringésű babáknál igen bonyolult lehet a vénás kanül behelyezése, ezért nem árt ismerni az intraossealis tű használatát.

Az intraossealis tű használata biztonságos, gyors és tapasztalatlan kézben is könnyű vénás hozzáférést biztosít. Minden intravénásan adható gyógyszert és infúziót bejuttathatunk ezen keresztül. Az intraossealis tűt fertőtlenítés után a tibia anteromediális felszínén, a tuberositas tibiae alatt 1–3 cm-rel kell beszúrni. Hogy a növekedési zónát biztosan elkerüljük, nem merőlegesen, hanem a tűt 5–10 fokos szögben tartva distalis irányban szúrunk. Akkor vagyunk jó helyen, ha egy zökkenés után a tű stabilan áll, csontvelőt lehet aspirálni és az infúzió akadálytalanul folyik. Az eljárás ritkán kontraindikált; ilyen esetek az osteogenesis imperfecta, a lokális gyulladás, illetve a súlyos osteoporosis. Nagy centrumokban végzett felmérések szerint^{6,7} a súlyos állapotú betegeknek az intraossealis tű gyorsabb és biztonságosabb vénás hozzáférést biztosít, mint a vénakanulálás.

Összefoglalva:

A sokkos állapotú betegnél segítség hívása után a területen megkezdett folyadékterápia életet menthet. 20 ml/kg dózisban izotóniás krisztalloid oldattal kezdünk. Amennyiben nem sikerül perifériás vénát biztosítani, a folyadékpótlást intraossealis tűn keresztül lehet megoldani.

Irodalomjegyzék:

1. Jackson J. et al.: Risks of intravenous administration of hypotonic fluids for pediatric patients in ED and prehospital settings: let's remove the handle from the pump. *Am J Emerg Med.* 2000, **18(3)**: 268–270
2. Finfer S. et al.: A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2004, **350**: 2247–2256
3. Cooper D.J. et al.: Prehospital hypertonic saline resuscitation of patients with hypotension and severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004, **291**: 1350–1357
4. Carcillo J.A., et al.: Role of early fluid resuscitation in pediatric septic shock. *JAMA* 1991, **266**
5. Bickell W.H. et al.: Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypertensive patients with penetrating torso injuries. *N Engl J Med.* 1994, **331**: 1105–1109
6. Banerjee S. et al.: The intraosseous route is a suitable alternative to intravenous route for fluid resuscitation in severely dehydrated children. *Indian Pediatr.* 1994, **31(12)**: 1511–1520.
7. Ellemunter H. et al.: Intraosseous lines in preterm and full term neonates *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 1999; **80**: F74–F75







Traumatológiai és égési sérültek primer ellátása

DR. LISZKAY GÁBOR
MRE Bethesda Gyermekkorház



A gyermekkorban is gyakori traumás és égett sérültek elsődleges ellátása alapvetően a sürgősségi orvoslás elvein alapul. A medicina ezen ágára sajátos gondolkodásmód jellemző, melynek lényege az alábbiakban foglalható össze:

1. **időorientált,**
2. **szervrendszer-orientált,**
3. **tünet(együttes)-orientált,**
4. **de nem: okidiagnózis-orientált.**

A kezelés menetét legfőképp az észleléstől (és a sérüléstől) eltelt idő határozza meg. A beteg ellátása észlelés–döntés–cselekvés folyamatos, visszacsatolásos körekből áll. Az anamnézis rövid és lényegre törő kell hogy legyen.

A sürgősségi orvos szervrendszerekben gondolkodik, jelesül azokban, amelyek az élet fenntartásához elsődlegesen és kiemelten fontosak. Ilyenek: a légút, a légzés, a keringés és a tudati működés szervrendszere. Ezekhez az abc első 4 betűjét kapcsolva egyszerűbben megjegyezhetőek a megfelelő diagnosztikus és terápiás lépések.

Az észlelés és a döntés kisszámú fizikális tüneten és tünetegyüttes-csoporton alapul. A tudat szervrendszerének működését leggyorsabban felmérő két, gyer-

mek esetében is használható skála a Glasgow Coma Scale (melynek motoros komponense a leginformatívabb) és az „AVPU”-skála. Ez utóbbi egyszerűbb, gyors tájékozódásra jobban alkalmazható.

Trauma okozza az 1–14 éves korcsoport halálzásának felét (ezek zöme gépjárműbaleset), de még csecsemőkorban is 30%-ra tehető a valamilyen külső sérüléssel oki összefüggésbe hozható mortalitás. A gyermekkorban előforduló legfontosabb sérüléstípusok és ellátásuk leglényegesebb szempontjai a következők:

Koponya- és nyakigerinc-trauma

Ez a sérülés a gyermekkori traumás halálozás mintegy 75–80%-ában szerepel oki tényezőként. Az USA-ban évente 29 000 gyermek válik rokkanttá koponyasérülés, illetve annak következményei miatt. Gyermekbántalmazás eseteiben is gyakran előfordul (például „shaken baby syndrome” részeként, sokszor külsérelmi nyom nélkül). A korcsoportra jellemző nagy fej, a laza, flexibilis támasztószervezet, valamint a C3-4-es nyakcsigolyánál megtalálható forgástengely a magas nyaki sérülésekre teszik hajlamosá a kisgyermeket.

Az észlelés során az életjelek, valamint a vigilias felmérésén kívül vizsgálnunk kell az agyidegtüneteket, valamint azt, hogy vannak-e az életet akután veszélyeztető sérülések. Végül az érző és motoros kör működését is értékelnünk kell.

Az ellátás a nyak rögzítéséből (például nyakmerevítő gallérral), szükség esetén reanimációs lépésekből (például oxigénadásból és lélegeztetésből), megfelelő folyadékterápiából (izotóniás, cukormentes kristalloidoldattal, például: Ringer-laktát, Salsol; 20 ml/kg-os bolusok adása a normovolaemia, magas-normális vérnyomás eléréséig) áll. Fenyegető beékelődés esetén hyperventillálás, mannisol adása szükséges. Gerincsérülés esetén vitatott, de sokan javasolják a parenteralis szteroidadást (30 mg/kg Solu-Medrol iv., melyet 5,4 mg/kg/h adagolással annak infúziója követ).

Polytraumatisatio

Polytraumáról beszélünk, ha a csontsérülés(ek) koponya-, hasi vagy mellkasi sérü-

léshez társul(nak), vagy kettőnél több régióban jelentkeznek.

Az észlelés során az életjelek, valamint a vigilias felmérésén kívül elsősorban a keringési elégtelenség tüneteit kell keresnünk: a hűvös, márványozott végtagok, oliguria, zavart tudat, elnyomható pulzus, hypotensio, illetve tachycardia (kis csecsemők esetében bradycardia) utalhat rá.

Az ellátás az újraélesztés esetleges lépésein kívül sokktünetek jelenléte esetén oxigén adásából, két nagy kaliberű, perifériás vénás kanül behelyezéséből, folyadékpótlásból (20 ml/kg-os kristalloidbolusok a keringési tünetek rendeződéséig) és fájdalomcsillapításból áll. Fontos még egyszer tudatosítanunk magunkban, hogy a gyermekek keringési rendszere messzemenő vérnyomás-kompenzálásra képes, ezért az artériás hypotensio már igen késői tünet. Cardiovascularis elégtelenség esetén a beteg már manifeszt sokkban van és úgy is kell kezelni.

Tompa (és éles) hasi trauma

Ebben az esetben is az életjelek, vigilias felmérése, a hozzájuk rendelt, szükséges beavatkozások megtétele után következik a sokktünetek felismerése és ellátása a két nagy kaliberű, perifériás vénás kanüllel és folyadékpótlással. Vizsgálandó még, hogy van-e hasi érzékenység, defense, bélhangok, hasfali suffusio vagy haematuria. A nyílt hasi seb fiziológiás sóoldattal átitatott steril gézlappal fedendő be.

Mellkasi trauma

Mellkasi trauma esetén is az életjelek vizsgálata az első, ilyenkor kiemelt szerep jut a fizikális diagnosztikának egyes, az életet azonnal veszélyeztető kórképek esetén. Figyelni kell, hogy a légzési hangok megfelelő mélységűek és szimmetrikusak-e, hogy a mellkas kitérése kellő nagyságú és szimmetrikus-e, s hogy vannak-e intercostalis vagy a mellkas nagyobb területét érintő behúzóadások. (A bordák gyermekkorban nehezebben törnek, nagyobb erőttel közvetíthetnek a parenchymás szervekre.) Kopogtatással észlelhetünk rövidült, dobos, illetve aszimmetrikus hangot egyaránt. A szívhangokat észlelhetjük a helyükön vagy áttoltan; lehetnek halkak, rit-

musosak vagy aritmiásak. A telt nyaki vénák a szívbe történő beáramlás nehezítettségére hívhatják fel a figyelmet (például pneumothorax, szívtamponád esetén). Az ellátás gerincét az életet közvetlenül veszélyeztető kórállapotok megszüntetése jelenti (újraélesztés, tensiós pneumothorax vagy szívtamponád megoldása, a vérzésforrás komprimálása, sokktalanítás stb.).

Monotrauma

Az egyetlen testtáját érintő, általában enyhébb, de annál gyakoribb sérülések esetén fizikális vizsgálatkor a fő hangsúly a végtag esetleges további károsodásának megelőzésén van (a törésre gyanús végtag keringését és az érzékört is vizsgálni kell). Az ellátás rögzítésből, nyugalomba helyezésből és fájdalomcsillapításból áll.

Égés

Az égés a közlekedési balesetek és a vízbefulladás után a harmadik leggyakrabban halálhoz vezető trauma gyermekkorban. A forrázások gyakoribbak és általában jobb kimenetelűek, mint a lángégések, azonban minden, a testfelület 10%-ánál (csecsemők esetén 5%-ánál) nagyobb területen megégett gyermek súlyos sérültnek számít. Őket sokktalanítani kell intézményi keretek között. Kórházba kell utalni az ennél kisebb, de mély égésen átesetteket is, a nagy ízületek, az arc, nyak, gáttájék és a genitáliák felett, illetve valamely végtagjukon körkörös megégett vagy füstbelégzésen átesett gyermekeket. Az égettek ellátásának első lépése a kimentés, melyet elsősorban biztonságosan kell végezni. Ezután következik az életjelek, a vigíltas felmérése és az ehhez kapcsolódó ellátási sémák (lásd feljebb) alkalmazása. Az égett testfelület nagyságának megítélésakor tudnunk kell, hogy a fej felülete a csecsemőkori 19%-ról a testfelület 9%-ára csökken, egy láb felszíne viszont 14%-ról 18%-ra nő.

A felmérés előtt azonban az égett bőrfelületet 20–30 percig hűteni kell 10–15 °C-os folyó vízzel. Ez a károsodás mélységét és kiterjedését is nagyban csökkentheti. Súlyos égés esetén legalább egy nagy kaliberű, perifériás vénás kanül behelyezésére van szükség, melyen át azonnal megkezdhetjük a sokktalanítást Ringer-laktát vagy Salsol oldattal. Tudnunk kell, hogy a sokktalanítás megkezdéséig eltelt idő mortalitást befolyásoló tényező! Fájdalomcsillapítás és a sérült felület steril fedése következik ezután.

A gyermekek fájdalmát mindig csillapítanunk kell (fedett hasi sérülés esetén a szakma szabályainak figyelembevételével). A sérült végtag rögzítése, illetve az égett

Gyógyszer	Egyszeri adag	Napi maximális adag	Megjegyzés
paracetamol*	40 mg/kg per rectum, per os	80 mg/kg per rectum, 60 mg/kg per os	3 napnál tovább folyamatosan ne alkalmazzuk!
ibuprofen	15 mg/kg	30 mg/kg per os	Cave: ulcus, GI vérzés, bronchospasmus
diclofenac	1,5 mg/kg per os, per rectum	2 mg/kg per os, per rectum	Cave: ulcus, GI vérzés; csecsemőkori
tramadol	2 mg/kg per os		Cave: csecsemőkori
nalbuphin	0,2–0,3 mg/kg iv.	2 mg/kg iv.	Cave: sedativummal együtt
morphin	0,1 mg/kg, iv. titrálva		Cave: sedativummal együtt

* Figyeljünk a napi maximális dózusra és az alkalmazhatóság időtartamára!

bőrfelszín hűtése természetesen elsőbbséget élvez minden esetben! Ezt követően a sérülés súlyosságától függően adhatunk non-steroid gyógyszereket, opioidokat, illetve valódi opiátokat egyaránt. (Megfelelő adagban alkalmazva a szokásos lázcsillapítóink is igen hatékonyak lehetnek.) A táblázatban röviden felsoroljuk az alkalmazható gyógyszereket. Összefoglalva: e súlyos, az életet gyakran veszélyeztető

sérülések elsődleges ellátása viszonylag egyszerű, de gyors, következetes és szervezett beavatkozásokat kíván meg az orvostól. Amennyiben a megfelelő lépés történik a megfelelő időben, a trauma hatásai, következményei jócskán enyhíthetők, illetve kivédhetők. A kórképek szakszerű primer kezelése a definitív ellátást végző intézmény dolgát is nagyban megkönnyíti.

Sürgősségi állapotok a neurológiában

DR. SZEVER ZSUZSA

Heim Pál Gyermekkorház Madarász utcai Kórháza



A neurológiai sürgősségi állapotok közé az eszméletlenség, a tudatzavar, a görcsök, a bénulások, a koponya- és nyaki traumák tartoznak önálló tünetként vagy különböző kombinációkban. Szinte mindig hospitalizációt igényelnek. A házi gyermekorvos feladata, hogy a mentő megérkezéséig biztosítsa a beteg alapvető életfunkcióit, határozott és nyugodt magatartásával, a feladatok kiosztásával uralja a helyzetet.

A begyakorolt rutin része, hogy megmérjük a gyermek pulzusát (bradycardia – intracranialis nyomásfokozódás), a légzésszámot, a légzés jellegét (Kussmaul-légzésdiabeteses coma) és a hőmérsékletét. A levetkőztetett gyermek bőrén petechiákat, foltokat keresünk. A tarkó kötöttségét vagy csecsemőnél a kutacs teltségét, pulzálását vizsgáljuk.

Baleset esetén ne vizsgáljunk tarkót és ne mozgassuk a gerincet, csak rögzítsük a testhelyzetet bármilyen rendelkezésre álló eszközzel (faág, sál, földdel tömött nylonzacskó, könyv stb.).

Függetlenül attól, hogy a súlyos idegrendszeri tünetek otthon, a rendelőben vagy az utcán alakulnak ki, a keringés és a légzés egyensúlyának biztosításával egyidejűleg alapvető neurológiai vizsgálatot végzünk. Külön eszközre nincs szükség, elég a szemünk, a kezünk, no és a fe-

jünk, hogy a látott tüneteket elemezni is tudjuk.

A tudat megítélése az első lépés. Ha a beteg adekvátan válaszol, akkor tiszta a tudata. Ha zavartan válaszol, vagy nem a szituációnak megfelelően viselkedik, akkor a tudata zavart. Az eszméletlenség mélységének megítélésében korrekt támpont a fájdalomingerre adott válasz. Minden végtagot csípünk meg, vagy ha van tű, kissé szúrunk meg. Ezzel a fájdalomingerre való reakción kívül bénulást is felderíthetünk. Kissé emeljük is meg a végtagot, hogy a tónust is észleljük. A kóma mélysége a fájdalomingerre adott reakcióval ítélhető meg. Ha fájdalomingerrel ébreszthető, végtagját elhúzza, a kóma felületes. Ha sír, nyöszörög, közepesen mély, ha nincs reakció, mély kómáról van szó.

A pupillát mindig vizsgálni kell. A közepesen tágabb vagy szűkebb, de azonos nagyságú pupilláknál gyógyszerhatásra, mérgezésre kell gondolni. Anisocoria esetén a tágabb, fényre lassan vagy nem reagáló pupilla az azonos oldali koponyaűri vérzés gyanúját veti fel.

A görcsjelenségek pontos észlelése alapvető jelentőségű. Az aura-tünetek, a görcsök helye, a rángások vagy tónusváltozások jellege, egymásutánisága, időtartama a későbbi korrekt diagnózis alapja. A konvulziót legtöbbször az első ellátó orvos látja, többnyire ő van abban a helyzetben, hogy kérdéseket tehessen fel a

szülőnek, az óvónőnek vagy más szemtanúnak. A pontosan dokumentált eseményorból a végső ellátást végző szakorvos olyan diagnosztikus következtetésekre jut, amelyek a gyermek egész életére meghatározóak. Lehet egy konvulzió banális koponyasérülés akut résztünete minden távolabbi következmény nélkül, vagy egy „bulit” követő kialvatlanság okozta alkalmi rosszullet. És lehet persze epilepszia betegség kezdete, ami viszont még a korszerű szemlélet és javuló társadalmi tolerancia mellett is éveken át rendszeres gyógyszeresedést, ismétlődő, esetleg fájdalmas vizsgálatokat, szűk pályaválasztási lehetőséget, korlátokkal teli életmódot jelent a gyerekeknek.

Legyen tehát türelmünk a görcsjelenség nyugodt megfigyelésére, majd később pontos dokumentálására! Szerencsére a legtöbb konvulzió spontán szűnik egy-két percen belül, ami persze végtelenül hosszú időnek tűnik. Ne mozgassuk feleslegesen a gyermeket, csak a sérüléstől óvjuk.

Az előadáson látott rövid videókon megfigyelhettünk alvásban, fókálisan induló grand mal rohamot, a kólát töltő lánykánál rövid tudatkimaradással járó absence rosszulletet, egy rajzolgotó kisfiúnál tónusvesztést. Láttunk csecsemőkorban jelentkező West-szindrómát hirtelen átkaroló mozdulatokkal, melyekre jellemző, hogy többször egymás után „csomagokban” jelentkeznek.



**DIAZEPAM DESITIN
RECTALIS OLDAT**

Dózis:
3 év alatt, illetve 15 kg-ig: 5 mg pro dosi
3 év fölött, illetve 15 kg fölött: 10 mg pro dosi

**Ne kísérletezzünk
vénás Seduxen adásával!**

1. ábra

Ehhez társulhat a csecsemő mozgásának hirtelen megrekedése, elernyedés, az úgynevezett „arrest”. A korai felismerés a terápiás siker záloga.

Ha a konvulzió nem szűnik spontán 5 percen belül, akkor rectalis Diazepam Desitin oldattal csillapíthatjuk. A rendelőben és az orvosi táskában is célszerű tartani 1-1 tubus 5 és 10 mg-os oldatot. Hűtés nélkül 30 °C-ig hordhatjuk magunkkal. Ne felejtjük a kocsi csomagtartójában, mert túlmelegedhet és akkor hatástalanná válik. (1. ábra)

A leggyakoribb, eszméletvesztéssel járó konvulzió a lázgörcs. A görcs csillapításával egyidejűleg a gyermek testsúlyának és korának megfelelő lázcillapítást is folytatni kell. Ezt otthon az anya, a rendelőben az asszisztens végezheti, miközben az orvos observál, pulzust, légzést figyel, és gondosan dokumentál. Első lázgörcs vagy láztalan konvulzió esetén mentőt hívunk és a beteget hospitalizáljuk. Ismételt előforduló görcsnél csak a nem szűnő, halmozottan jelentkező rohamok esetén van szükség kórházi ellátásra, vagy ha még nincs neurológiai kezelési javaslat, illetve ha úgy látjuk, hogy a szülő nem meri, nem tudja vállalni az otthoni ápolást.

A közelmúltig az első ellátó orvos vagy a szülő elmondása volt az egyetlen anamnesztikus alap a görcsök leírására. A digitális technika fejlődése óriási segítséget jelent a korrekt diagnosztikában, hiszen egyre gyakrabban van lehetőség arra, hogy az orvos vagy a szülő akár mobiltelefonjával lefényképezze-levideózza a

rosszullétet. Ha van digitális fényképezőgép vagy videokamera, a szülő azzal rögzítheti az otthoni rohamot. Csak meg kell győzni arról, hogy többet segít a gyermeknek, ha nem kapja föl rémületében, hanem filmezi.

Az epilepsziakivizsgálás részét képezi az ún. video-EEG monitorozás. Ilyenkor a kórházban fekvő, EEG elektródákkal felszerelt beteg „tevés-vevését” vagy alvását videó rögzíti, miközben az EEG regisztrálja az elektromos jelenségeket. Ezzel nemcsak epilepsziaelemzés, hanem a nem epilepsziás rosszullétektől való elkülönítés is lehetséges. Például láttunk eszméletvesztésgig menő affektív apnoés rosszullétet, miközben az EEG negatív volt, vagy egy kamaszfiú funkcionális rohamát.

Eszméletlen és láztalan betegnél természetesen traumára és intoxikációra is gondolnunk kell!

A házi gyermekorvosi és iskolaorvosi gyakorlatban mindennapos probléma a koponya és nyaki traumák ellátása. Fejsérülést követő – akár bizonytalan – eszméletvesztés vagy postcommotiós tünetek (mint hányás, szédülés, fejfájás) esetén mindenképpen kórházi beutalás szükséges. A koponyát érintő sérülést követő napon még panaszmentesség esetén is rendeljük vissza a beteget. A nyaki sérülést követően kialakuló torticollis, átmeneti kézzsibbadás, kézgyengeség esetén a sebészeti vizsgálat nélkülözhetetlen.

Akutan kialakuló bénulás azonnali idegsebészeti teendőt is igényelhet. Az adekvát diagnosztikai és terápiás beavat-



kozások érdekében késlekedés nélkül (akár rohamkocsival) irányítsuk a beteget a legközelebbi gyermekneurológiai osztályra.

Végül a neurológus tanácsa: miután ritkán előforduló betegségekről van szó, érdemes a rendelőben időnként szituációs gyakorlatot tartani. Hogy adott esetben – ha egy gyermek váratlanul eszméletlenné válik vagy súlyos idegrendszeri tünetei alakulnak ki – mindenki tudja, mi a teendője. Fontos, hogy házi gyermekorvosként – legalább gondolati szinten – dolgozzunk ki egy beavatkozási „protokollt”, hogy a mentő megérkezéséig is helyzetünk magaslátán állhassunk.

A CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKGYÓGYÁSZATI SZAKMAI KOLLÉGIUM ÁLLÁSFOGLALÁSA ÉS JAVASLATA AZ OTTHON SZÜLÉSSSEL KAPCSOLATOS GYERMEKORVOSI SZEREPVÁLLALÁSRÓL ÉS TEENDŐKRŐL

Az otthon szüléssel kapcsolatos gyermekorvosi teendőket illetően a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium a 2006. évi januári és márciusi ülésén az alábbi határozatot hozta:

Az otthon szülést – a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiummal egyetértésben – mind az anya, mind az újszülött vonatkozásában kockázatosnak tartja, és javasolja a gyermekorvosoknak az attól való elhatárolódást. Ha viszont egy otthon lezajlott szülés után az újszülött megvizsgálására kéri fel a területileg illetékes vagy ügyeletes gyermekorvost, akkor ő a „sürgős szükség esetének vélelme” alapján köteles eljárni: meg kell vizsgálnia, és az adott szituációt tekintve a lehetőségeihez képest el kell látnia az újszülöttet, és ezt dokumentálnia is kell. Szakmailag indokolt, hogy az újszülött intézeti elhelyezését javasolja az eljáró orvos. Ha ezt a környezet megtagadja, akkor ezt is dokumentálni kell.

A kollégium egységesített vizsgálati lap, illetve nyilatkozat használatát javasolja erre a célra. Ezeket az űrlapokat a gyermekgyógyászati lapokban és a Magyar Gyermekorvosok Társasága honlapján közzéteszük, onnan másolhatók, illetve letölthetők.

2006. március hó

*Dr. Békefi Dezső sk.
főorvos
a kollégium titkára*

*Dr. Tulassay Tivadar sk.
egyetemi tanár
a kollégium elnöke*



Szamárköhögés – újra itt van?

Az utóbbi időben Nagy-Britanniában, Franciaországban, az USA-ban, Kanadában és Ausztráliában is több közlemény jelent meg arról, hogy a csecsemőkorban szamárköhögés ellen vakcinált serdülőkben és felnőttekben egyre gyakrabban észlelik pertussis megjelenését. A hatékony védőoltás ellenére a baktérium a populációban továbbra is cirkulál. A Kinder- és Jugendarzt 2006-os harmadik számában Littmann és munkatársai a németországi adatokat veszik szemügyre. Azokban az országokban, ahol a gyermekpopuláció pertussis elleni oltási rátája magas, a szamárköhögés megjelenésének csúcsa az idősebb korosztály felé tolódott. Míg az 1980-as években a megbetegedések mindössze 2%-a esett a 15 éven felüli korosztályra, addig 2003-ban csak 1% volt az egy éven aluliak száma, és a betegség 80%-a a 15 éven felüliekben jelentkezett.

Németországban az utóbbi években évi mintegy 2000 új megbetegedést jelentenek, de ez a szám valószínűleg csak a jéghegy csúcsa, mert a felnőttkori szamárköhögés atípusosan, igen enyhe tünetekkel jelentkezik. A megbetegedések mintegy harmada a 45 év felettieket érinti. Az epidemiológiai adatok tisztázására Krefeldben és Rostockban a 18 éven felüliek körében egy prospektív vizsgálatot végeztek. Az igazolt pertussis incidenciája 165/100 000-nek bizonyult, amely a nemzetközi vizsgálatokkal megegyező arány. A különböző országok epidemiológusai 71–508/100 000 lakos közötti incidenciáról számolnak be.

A felnőttkori szamárköhögést a hosszas – átlagosan 45 napos, de sokszor akár egy éven át is tartó – köhögés jellemzi. Komplikációként sinusitist, otitis mediát, vizeletinkontinenciát, tüdőgyulladást, bordatörést, sőt esetenként agyvérzést figyeltek meg. Az idősebb korban jelen lévő egyéb betegségek (krónikus légzőszervi és keringési betegségek, osteoporosis stb.) természetesen növelik a szövődmények számát. A hospitalizáció felnőttek körében 2–6%-os, a mortalitás kisebb, mint 0,1%. Említésre méltó, hogy Hollandiában a járványban elhunyt felnőttek mintegy 5%-a agyvérzésben halt meg.

Epidemiológiai szempontból a felnőttkori pertussis jelenti a legfontosabb infektív forrást a nem vagy csak részlegesen immunizált csecsemők számára. Ennek következménye, hogy 2001 és 2004 között a gyermekkori szamárköhögés incidenciája Németországban 12,8-ról 33,6-ra nőtt. Fontos továbbá, hogy az 1358 biztosan pertussisban megbetegedett 15 éven aluli gyermek 40%-a teljes immunizálásban részesült. Figyelemreméltó, hogy abban a német tartományban (Sachsen), ahol a csecsemőkorban immunizálást követően az iskoláskorban egy további booster-immunizálás történt, a gyermekkori megbetegedések incidenciája nem emelkedett. A közlemény összefoglalója szerint az acelluláris pertussis-vakcina által adott védettség 5–7 év után csökken. Ezért Németországban ez évtől megkezdtek az 5–6 évesek újraoltását. Egyes országokban (Kanada, USA, Auszt-

rália, Málta és Luxemburg) a fentiekben túl a kamaszkorúak újraoltását is ajánlják.

A felnőttek közül jelenleg csak egyes csoportok, mint a gyermekvállalást tervező nők vagy az újszülöttek szülei számára ajánlott az újraoltás. A jelenlegi epidemiológiai adatok tükrében azonban valószínűleg ésszerű lenne a felnőttek 10 évenkénti tetanus-pertussis vakcinálása. Ezáltal csökkenhetne a felnőttkori – magas költségekkel járó – morbiditás, és ennek következtében a nem oltott csecsemők megfertőződésének veszélye is. A felnőttkori és serdülőkorú újraoltás csak tetanus-sal kombinált vakcinával lehetséges, mert jelenleg nem áll sehol sem rendelkezésre monovalens pertussis oltóanyag. Természetesen ilyenkor tekintettel kell lenni az előző tetanusoltás időpontjára, mert 5 éven belüli újraoltás esetén erős lokális reakcióra lehet számítani.

A pertussis epidemiológiájáról csak a megbetegedés jelentési kötelezettségének kötelezővé tételével kaphatnánk pontos képet. A fenti közleményhez kapcsolódó cikk jelent meg a Clinical Infectious Disease 2006. júliusi számában Ward és munkatársai tollából. A szerzők multicentrikus, randomizált, kettős vak kísérlet során acelluláris pertussis, illetve hepatitis A-val vakcinált felnőttek szamárköhögés-megbetegedését vizsgálták. A pertussis ellen revakcinált felnőttek szimptomás pertussis megbetegedése szignifikánsan kisebb arányban fordult elő, de a tünetmentes kórképek gyakorisága is csökkent. *Irodalomjegyzék a szerkesztőségben.*

Bizonyíték nélkül

A szerzők a Medline-ban, a Cochrane Library-ben és az EMBASE Drug and Pharmacology szekciójában keresték a „csecsemő”, „táplálék” és „allergia” címszavak alapján a csecsemőkorban allergia és a korai szilárd táplálás összefüggéséről írt cikkeket. Összesen 2719 ilyen tárgyú közleményt találtak, de ezek közül csak 13(!) felelt meg a korszerű metodikai és statisztikai követelményeknek, és mindössze egy(!) közölte egy kontrollált vizsgálat eredményeit. A 13 közlemény közül 5 olyan akadt, amely pozitív összefüggést

talált a szilárd élelmiszerekkel való korai táplálás és az ekcéma megjelenése között, és egy vizsgálatban ez az összefüggés még 10 év után is fennállt. Négy közlemény viszont nem tudott a fentiek között kapcsolatot kimutatni. Egy közlemény szerint a szilárd élelmiszerekkel való korai találkozás és a pollenallergia gyakoribb megjelenése között összefüggés van. A közleményekben nem találtak határozott bizonyítékot arra, hogy a szilárd tápanyagok korai bevitele az asztma, a tápanyag-allergia, az allergiás rhinitis vagy az

állatok iránti allergia kifejlődését gyakoribbá tenné. E szisztémás áttekintés alapján felmerül a gyanú, hogy a szilárd táplálék korai bevezetése fokozhatja az ekcéma gyakoriságát. Ez azonban nem bizonyítható. A közlemény szép példája annak, hogy egyes, sokak számára bizonyosságot hordozó állítások milyen kevésbé vannak alátámasztva olyan bizonyítékokkal, amelyek kiállják a tudományos közleményekben megkövetelt metodikai és statisztikai módszerek próbáját. *Irodalomjegyzék a szerkesztőségben.*



**Kovács
Zsuzsa
rovata**

A Biztos Kezdet (Sure Start) Programról

A Hírvivő legutóbbi számában megjelent egy interjú Ferge Zsuzsa akadémikussal és munkatársával. A gyermekszegénység felszámolásához kapcsolódik a Biztos Kezdet Program, melynek indító konferenciáján képviseltem egyesületünket.

A program lényege, hogy a rászorulóknak hozzáférési esélyeit – a meglévő szociális ellátórendszer ésszerűbb működtetésével – fokozzák. A program egyik szakértője Szomor Éva fejlesztő pedagógus.

Sz. É.: Az Egyesült Királyságban működő központok mintájára szerveztük meg Magyarországon a Biztos Kezdet Klubokat. A célcsoport a 0–4 éves korú, hátrányos helyzetben élő gyerekek és családjaik. Többnyire munkanélküliekről, egyszerű, vagy tönkrement családokról, bevándorlókról van szó. A klubok vezetői szociális dolgozók, gyermekgondozók, óvónők, családgondozók, védőnők, gyógypedagógusok, bölcsődei dajkák vagy a programhoz kapcsolódó más szakemberek (fejlesztőpedagógus, pszichológus, szociális munkás stb.). Munkájukat segítik az önkéntesen vállalkozó szülők.

Nálunk már három éve 12 településen hat modellprogram működik. A különböző programokba bevont, többnyire három év alatti gyerekek száma eléri a 600-at. Több mint 150 szakember dolgozik azon, hogy a kezdeményezés elérje célját – korai fejlesztéssel, tanácsadással, szociális és egészségügyi szolgáltatásokkal javítsunk a hat év alatti gyermekek életesélyein. A résztvevők problémái, életkörülményei leképezik a legjellemzőbb társadalmi hátrányokat.

Budapest Józsefvárosának lakossága nagyobb, mint a legtöbb megyéé. A „nyócker” így leírva és így kiejtve többet jelent, mint a VIII. kerület. Több mint százezer, változatos etnikumú, eltérő identitású, komfort nélküli lakásokkal zsúfolt, lepusztult bérházakban, régen lelakott lakótelepeken élő ember.

Győr Marcaliváros nevű része viszonylag új, a centrumtól távol eső panelházakból áll, amelyekbe jórészt fiatalok költöztek. A családok között gyenge a kapcsolati háló, hiányoznak a közösségi terek.

Csurgó kisváros a déli határszélen. A vonzáskörzetébe tartozó 18 település együttes lélekszáma sem éri el a húszszázat. 30 kilométeres körzetben egyetlen családsegítő és gyermekjóléti szolgálat működik! Munka nincs, a szokásos intézmények és az infrastruktúra hiányzik.

Katymár: a valaha gazdag, bunyevácok lakta 2400 fős bácskai településen a lakosság számának jelenlegi növekedése nem a gazdasági fellendülésnek, hanem az ingatlanárak zuhanásának eredménye. A migráció is nagy, hisz az újonnan beköltözött, jellemzően nagycsaládosok munkalehetőség hiányában, többnyire öt éven belül, továbbállnak.

Vásárosnamény a körzetébe tartozó hat kistépeléssel az ország egyik legszebb, de egyben legszegényebb vidéke, távol minden gazdasági, ipari központtól. A kistépelések egyikén sincs bölcsőde.

Ózd: az egykor nehéziparáról híres város neve mára más miatt lett újból fogalom. A hírnév előjele megváltozott. A mélyszegénységben élő, nagyrészt roma nemzetiségű családok helyzetének javítása sok szociálpolitikai terv kiemelt programja, a látványos eredmények azonban még váratnak magukra.

Milyen eredményekről tudsz ilyen körülmények között beszámolni?

Sz. É.: Viszonylag rövid idő alatt elértünk olyan részsikereket, amelyek indokoltá teszik a program országos kiterjesztését. Valamennyi Biztos Kezdet Házban működik olyan játszóház, ahol a szülők részvételével, a jó minőségű fejlesztő eszközökkel folyó játék felgyorsítja a szocializációs folyamatokat. Minden bázisintézmény elindította egészségügyi programját, amelyben a várandós időszakról az iskoláskorig segítenek a gyermekgondozási problémák megoldásában. Sok esetben itt végzi a védőnő vagy a gyermekorvos a szűrővizsgálatokat, vagy itt tart tanácsadást. Az itt elfogadott szokásminták (kézművészet, egészséges ételkészítés, fogyasztása, játékok tisztán tartása stb.) indirekt úton segítik az egészségkultúra fejlődését.

A részt vevő gyermekekről készült állapotának felmérése alapján készült célzott fejlesztési tervekhez külső szakemberek

(fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus, logopédus stb.) segítségét kérik. Tájékoztató kiadványokkal informálják a szülőket a szociális, munkaügyi, gyermekvédelmi, családtámogatási ellátásokról. Van, ahol felnőttképzés keretében jutnak gyermekfelügyelői, helyettes-szülői képesítéshez a programban részt vevő kisgyermekes anyukák. A szülők ügyintézését segíti, hogy biztosítják a napközbeni gyermekfelügyeletet is.

Kollégánk, *dr. Diczházy Andrea* a VII. kerületben házi gyermekorvos. Csaknem 10 éve a Korai Fejlesztő Program keretében segíti a VIII. kerületi bölcsődékben élő, hátrányos helyzetű gyermekek mozgás- és beszédfejlesztését, szocializációját. Értelemes volt, hogy azonnal csatlakozott a modellkísérlethez.

Vannak-e eredmények, vannak-e kudarcok, milyen személyes élményről számolnál be a kollégáknak?

D. A.: Az eredmények egyértelműen biztatóak. A leglátványosabb a nagymozgásokban észlelt lemaradás rohamos javulása. Ehhez nem is kell egyebet tennünk, mint megfelelő mozgásteret és fejlesztő játékokat biztosítani. Így például egy 8 hónapos, állandóan babakocsiban hordozott, csak háton fekvő csecsemő 3 hónap alatt utolérte kortársait. Igazi kudarcról nem tudok beszámolni. Kezdetben ugyan volt néhány bizalmatlan szülő, de ma már mindenki örömmel fogadja a fokozott gondoskodást.

Mit üzensz a kollégáknak?

D. A.: A preventív medicina fontos eleme a fejlődésbeli elmaradás időben történő felismerése és kezelése. Mindenki számára ismert, hogy a tanulási nehézségek (diszlexia, diszgráfia stb.) egy része a csecsemőkorban gyökerezik. Az előnytelen, a gyermek fejlődését akadályozó szociális körülmények között élő családok kisgyermekéi számára a bölcsődei elhelyezés javítja az esélyeket a felzárkózáshoz.

Bölcsődében dolgozó kollégáknak azt javaslom, hogy biztassák a bölcsőde vezetőjét, hogy csatlakozzanak a Biztos Kezdet Programhoz, mert ezzel még hatékonyabbá tehetik munkájukat.

Praxisjog, döntés után – döntés előtt

Az utóbbi napokban a tömegkommunikáció több esetben foglalkozott a házi-orvosi működtetési joggal, részint tájékoztatást adva az Alkotmánybíróság 2006. június 16-i határozatáról, valamint a kormány várható – a költségvetési egyensúly javítását célzó – intézkedéseiről.

A következőkben először a *döntés utáni* helyzettel foglalkozunk. Az Alkotmánybíróság – bírói kezdeményezésre – tárgyalta a házi-orvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a házi-orvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szóló, 18/2000. (II. 25.) számú kormányrendeletet.

A taláros testület döntését az tette szükségessé, hogy a jogszabály egy korábbi módosításakor (2002. április 15.) a változtatásokat nem vitték következetesen végig a rendelet szövegén. A korábbi módosítás lényege az volt, hogy 2002 előtt a működtetési jog elidegenítése nem hártott az önkormányzatra olyan kötelezettséget, hogy a praxisjogot megszerző orvost foglalkoztassa. Ez utóbbi rendelkezést helyezte hatályon kívül a 71/2002. számú kormányrendelet, de ugyanakkor változatlanul hatályban hagyta a 7. § (3) bekezdését, amely szerint:

„A működtetési jogot – ingyenesen vagy visszterhesen – csak olyan személy részére lehet elidegeníteni, aki nem rendelkezik működtetési joggal, de birtokában van a Kamara határozata arról, hogy megfelel a működtetési jog engedélyezésére nézve jogszabályban megállapított feltételeknek és rendelkezik e rendelet 4. §-a (3) bekezdése a) pontja szerinti önkormányzati nyilatkozattal vagy előszerződéssel.”

Az Alkotmánybíróság 373/B/2003. AB határozatával az idézett jogszabályi szövegből az utolsó mondatrészt hatályon kívül helyezte, így a hatályos szöveg a következő:

„A működtetési jogot – ingyenesen vagy visszterhesen – csak olyan személy részére lehet elidegeníteni, aki nem rendelkezik működtetési joggal, de birtokában van a Kamara határozata arról, hogy megfelel a működtetési jog engedélyezésére nézve jogszabályban megállapított feltételeknek.”

Az Alkotmánybíróság ugyanakkor a jogszabály 7. § (2) bekezdése alkotmányellenességének megállapítására és megsemmisítésére irányuló indítványt elutasította.

A döntés gyakorlati következménye, hogy a praxisadásvételek lebonyolításának ideje lerövidülhet, hiszen nem kell beszerezni az önkormányzati nyilatkozatot vagy előszerződést, így a felek megegyezésük esetén végleges szerződést köthetnek a működtetési jog elidegenítése tárgyában.

A házi-orvosi praxisok adásvételi folyamata – függően attól, hogy milyen gyorsan lehetett vevőt találni – három hónap és egy év között mozgott, nagyban befolyásolta a szükséges időintervallumot, hogy az eladni kívánt működtetési jog székhelye szerint illetékes önkormányzat testülete mikor ülésezett. Miután a végleges szerződés megkötéséhez már nincs szükség az önkormányzat jóváhagyására, ez jelentős, akár néhány hónapos rövidülést is eredményezhet.

Ugyanakkor felhívjuk a figyelmet arra, hogy az érintettek közötti polgárjogi szerződés nem hártja a területi ellátási szerződés megkötésének kötelezettségét az illetékes önkormányzatra, tehát a szerződésekben biztosítani szükséges a vevő következmények nélküli elállási jogát arra az esetre, ha az egészségügyi ellátás kötelezettje (önkormányzat) nem kíván területi ellátási kötelezettséget eredményező szerződés kötni a praxisjog vevőjével. Az előzőekben jelzett lehetőség a gyakorlatban nem vagy nagyon ritkán fordul elő, mégis javasolt, hogy az eladók előzetesen konzultáljanak az illetékes önkormányzat egészségügyi szolgálatával, annak érdekében, hogy az elutasítás esélye a nullára csökkenjen.

A működtetési jogok adásvétele kapcsán szerzett tapasztalataink (évi 15–20 szerződés, főként a fővárosban és az agglomerációban) azt mutatják, hogy míg Budapest belvárosában (V., VI., VII. kerületekben) kisebb a kereslet a praxisokra, addig a fővárosi környéki, peremkerületi jogok viszonylat rövid idő alatt elkelnek. A vevők nagyon fontos szempontként veszik számításba a terület fejlesztési lehetőségeit, azokat a jogokat részesítik előnyben, amelyek területén például jelentősebb lakásépítési tervekről szereztek tudomást.

Vonatkozik ez arra az esetre is, amikor az „Önálló orvosi tevékenységről” szóló törvény 2. §-ának (6) bekezdése alapján a működtetési jog folytatására jogosult személy (az elhunyt házi-orvos örököse, aki végzettsége miatt nem folytathatja a te-

vékenységet) a működtetési jogot csak korlátozott ideig idegenítheti el. Ez a törvényben meghatározott időtartam a korábbi jogosult halálától számított hat hónap. Az Öotv. 2. §-ának (7) bekezdése szerint megszűnik a működtetési jog, ha a hat hónapon belül nem történik meg az elidegenítés. Az esetek egy részében nem lehetséges hat hónapon belül olyan jogosult személyt találni, akivel az önkormányzat hajlandó szerződni; a határidő eltelte, pedig az Öotv. szerint a jog megszűnését vonja maga után. A vagyoni értékű jog gyakorlására a törvényben meghatározott rövid határidő mellett a jogszabályban megjelölt – most hatályon kívül helyezett – feltétel a joggyakorlás jelentős korlátozását, egyes esetekben kizárását jelentette.

Az eddigiekben tehát kedvező változásról tudunk beszámolni, azonban az, amelyről *még nem született döntés*, de a közeljövőben – az újságcikkek alapján – várható, már nem mondható annak. A jelenleg hatályos jogszabályi rendelkezés értelmében a működtetési jogot a törvény erejénél fogva megszerző házi-orvos (eredeti szerző), a praxisjog első értékesítésekor a vagyoneértékű jogát adó- és illetékmentesen értékesíthette. Ez azt jelenti, hogy az eladó mentesül a jövedelemadó fizetésének kötelezettsége alól, a vevő pedig mentesül a szerzési illeték megfizetésétől. A még el nem fogadott jogszabályi módosításokról szóló híradások szerint mindkét kedvezményt a kormány meg kívánja szüntetni.

Ez a változtatás azt fogja eredményezni, hogy a működtetési jogát eladni kívánó orvos az adásvételből származó jövedelme mint össze nem vonandó jövedelem után 25% adót köteles fizetni. Miután a jogszabályi szöveg még nem ismert, így azt nem tudjuk egyelőre, hogy a teljes vételár, vagy annak csak egy része fogja az adó alapját képezni. A vevői oldalon is kiadásnövekedéssel jár a tervezett módosítás, mivel a vevő szerzési illetéket köteles fizetni, aminek mértéke 10%. Mindezek azzal a következménnyel járhatnak, hogy a vagyoni jogok értéke magasba szökhet, így a praxisok elidegenítése az eddigieknél is nehezebbé válhat.

Azt javasolhatjuk, hogy akik mint eredeti szerzők, a közeljövőben kívánják eladni a működtetési jogát, ne habozzanak, még most vágjanak bele.



A megőrzött derű

PORTRÉ TELEGDI ERVINRŐL



les szolgáltatási paletta vagy akár a hátrányos helyzetű populációnak nyújtott minőségi ellátás, hanem az előnyös földrajzi hely, a kedvező infrastruktúra, és a páciensek feltételezhető tehetősége határozza meg, hogy egy-egy kolléga sokat kasszíroz, míg mások eladhatatlan praxisokból kénytelenek fillér nélkül távozni?

Akkor úgy éreztem, méltánytalanság ért mindannyiunkat, akiknek hasonló sors jutott. Személyes „szerencsétlenségemet” fokozta, hogy míg én még nem kaphattam semmit a praxisomba fektetett sokévi szellemi és fizikai munkámért, az orvos fi-amnak már meg kellett vennie azt a házi-orvosi praxisjogot ott, ahol dolgozni szeretett volna. Ahogy még aktív kollégáimtól mostanában értesültem, ez a „praxisvagyon” mára már nem minden esetben tényleges vagyon, mert egyes – főként falusi praxisok – állítólag eladhatatlanok. A féléves „elévülési” határt amúgy elég nehéz „jogszerűnek” ítélni.

– 50 évnyi orvosi gyakorlat van a háttad mögött. Nagyon átalakult eközben a gyermekorvostól elvárt feladatkör. Sokat változott a betegségstruktúra, egyre hangsúlyozottabb lesz a helytelen életmódból adódó egészségkárosodások elleni tevékenységünk, hangsúlyos szerepet kapott a gyermekszegénység elleni küzdelem, a praxisokban mind szélesebb körű és definitívebb ellátást kell nyújtani. A nagy büdzséből mégsem jut elég pénz a gyermekgyógyászatra. Nehezebb helyzetűnek ítéled ma a területi gyermekellátást, mint régen?

Amikor én a pályámat kezdtem, még egyáltalán nem volt területi gyermekellátás. Voltak kórházi gyermekosztályok és a városi rendelőintézetben gyermekszakrendelés. Ennyi volt a gyermekellátás. Ezt később – a védőnői ellátás felfejlesztése után – hetenként egy csecsemő-tanácsadás egészítette ki. Akkor 6–8% volt a csecsemőhalálozás, ezt ma már csak ezrelékekben mérjük. Nagyon korlátozottak voltak a diagnosztikai lehetőségeink. Antibiotikus terápiás arzenálunk a kristályos penicillinre, a streptomycinre és a chloramphenicolra szorítkozott. A tudomány fejlődése, az életszínvonal emelkedése és

nem utolsósorban az egészségügyi felvilágosítás hatékonysága bizonyos betegségeket „eltüntetett”. Valamikor sok-sok atrófiás csecsemőt kezeltünk, akik részben a helytelen táplálás (lisztleves, fejes tej stb.), részben az akkor még nehezen gyógyítható infekciók következtében betegedtek meg. Ezek körében magas volt a halandóság. És hol vannak a rettegett fertőző betegségek? A mai fiatal orvosok körében ezek lassan csak tankönyvi adattá válnak, akárcsak a nekünk még sok gondot okozó Leiner- vagy Ritter-kór.

– Dolgoztál kis és nagy kórházban, országos intézményben, körzetben, iskolaorvoslásban. Akkor is sok volt a munka és nem volt kiugró a fizetés. Ma mégis sokkal, de sokkal elhasználtabbaknak, kiégettebbeknek tűnünk, mint a régiek. Mi veszett el?

Talán az empátia. Hogy észrevevessük-e annak az anyának a félelmét, aki a beteg gyermekével hozzánk fordul? Kétségtelen, hogy ez a félelem nem mindig indokolt, de ezt mi tudjuk, ő nem! Meg kell neki magyaráznunk! A beteget régen is meg kellett és ma is meg kell gyógyítani, ez a mi dolgunk. Ezt vállaltuk, ezért kell a pihenőidőnket is feláldoznunk. Mi nem fáradhatunk el! Régebben talán több felelősséget éreztünk a gyermekek, a családok iránt. A gyermekorvos soha nem volt megfizetve, ma sincs. Mindig is vállalnunk kellett bölcsődei, óvodai állást, helyettesítést, és szinte egész nap ügyeltesek voltunk. Az azonban szintén igaz, hogy az orvos személyének és utasításainak a mainál sokkal nagyobb presztízse volt, bár ez mindenkor az orvos személyiségétől függött.

– Néhány évig dolgoztál úgymond „elméleti vonalon”, országos intézetben, az OÉTTI-ben; a fonendoszkóp mégis „visszahúzott”...

Az OÉTTI-ben gyermekélelmzési kérdésekkel foglalkoztam. Innen küldtek e téma tanulmányozására Svédországba és Dániába, itt írtam meg gyermekélelmzésessel foglalkozó könyvemem. Az OÉTTI-ben nagyon sokat tanultam, többek között azt, hogy hogyan kell a kutatómunkát megtervezni és megszervezni, és ennek később nagy hasznát vettem nemcsak az intézetben, hanem a későbbi – Zebegényben végzett – területi vizsgálataim kapcsán is. Bár az intézetben jól éreztem magam, hiányoztak a csecsemők

Immár gyémántdiplomás kollégánk 1953-ban végzett a budapesti orvosi egyetemen. Vidéki gyermekosztályokon töltött évek után az akkori soroksári Gyermek-Poliklinikára került, majd az OÉTTI-ben végzett tudományos munkát. A gyakorlati orvosi tevékenység visszahívta Zebegénybe, majd Vácott lett házi gyermekorvos. Ötvenévi gyermekorvoslás tapasztalatával, a mai napig bölcsen és megőrzött derűvel végzi munkáját.

– Induljunk visszafelé az időben! Most, 77 évesen: mit és mennyit dolgozol gyermekorvosként?

Ez év január elsejével döntöttem úgy, hogy a szó szerint „házhoz járó” gyermekorvosi tevékenységemet befejezem, és elköszönök azoktól a családoktól, akik közül nem egynél a második vagy a harmadik generáció egészségét is én őrizhettem. Úgy érzem azonban, hogy nehéz volna teljesen elszakadni a gyermekorvoslástól és egyáltalán a munkától, a mindennapi tevékenységtől: így óvodai és iskolai orvosként továbbra is dolgozom. Hosszú évek óta én látom el a gyermekorvosi teendőket egy halmozottan fogyatékos gyermekekkel foglalkozó intézményben is. Az itteni gyermekek nagyon a szívemhez nőttek: tőlük fogok megválni utoljára. Az ember ezek között a gyermekek között megtanul súlyozni abban, hogy egészségesként és aktív életet élőként mit és mennyiben tekintsen problémának a saját életében.

– Az utolsó olyan kollégák között mentél nyugdíjba, akik még nem kapták meg a vagyonértékű praxisjogot; azaz a „váltásdíjat” a sokévi, nem mondhatni, hogy jól fizetett munkájukért. Hogyan élted ezt meg akkor? És hogyan látod most, amikor nem a befektetett munka, a szé-

és a gyógyítómunka, ezért pályáztam meg a szobi járás gyermekgyógyász főorvosi állását. Ebben a minőségemben el kellett látnom a járás és Zebegény gyermeklakosságát, a szakrendelést, az MSZSZ-t, és az akkor ott működő szülőotthon újszülött osztályát is. Szülész kollégám szabadnapján a szüléseket is le kellett vezetni. Innen kerültem Vácra, ahol egy központi helyen lévő gyermekszakrendelést vezettem. Évekkel később megalakult a körzeti gyermekorvosi hálózat, amibe aztán én is átléptem. Ezt a munkát nyugdíjas koromig folytattam. Vácutt feltűnt, hogy eddigi munkahelyeimhez képest nagyon sok az asztmás gyermek. Úgy gondoltam, hogy számukra nem elég pusztán a gyógyszeres terápia, ezért megszerveztem a gyógyúszásukat, légzőtornájukat. A program finanszírozására – a helyi társadalmat megmozgatva – alapítványt hoztam létre, mely egyszerre mintegy 100 gyermek számára nyújtott rehabilitációs szolgáltatást.

– Nemcsak a szigorúan vett szakmai munkádban, hanem magánemberként is kerested azokat az utakat, ahol az embereknek segíteni lehet. Egy klubot is alapítottál Vácutt...

Igen. A szentendrei Rotary Club felkérésére megalapítottam a váci Clubot 1999-

ben. 2002-ben már a Rotary International is befogadott bennünket egy nagyon emlékezetes ünnepély keretében. Az eredetileg 1905-ben, Chicagóban alapított Rotary tagjai olyan emberek, akik hisznek az emberbaráti segítség fontosságában, s világszerte támogatják a békére való törekvést, s a magas etikai normák teljesítését az élet minden területén. Az a törekvésünk, hogy a világban terjedjen a megértés és a jó szándék. A mi klubunk is folyamatosan végez karitatív tevékenységet. A tiszai árvíz idején a károsultak gyermekeit nyaraltattuk; majd erdélyi gyermekeket láttunk vendégül és ismertettük meg velük a magyar történelem néhány nevezetes helyszínét. A váci zeneiskolának hangszereket ajándékoztunk, a mozgásérült gyerekekkel foglalkozó iskolának rehabilitációs eszközöket vásároltunk. Anyagilag támogattuk a Rotarynak a Heine–Medin-kór teljes felszámolására irányuló nemzetközi programját is. Jótékony-sági báljaink, hangversenyeink, adventi gyűjtésünk hagyománnyá lettek Vácutt.

– Életedet irigyelhető családi harmónia kíséri...

Feleségem, aki mindenben társam, biztos hátterem immár nagyon sok éve. Elviselte gyakori távolléteimet, az éjszakai ébresztéseket, a szakmámból rá háruló kelle-

metlenségeket, hogy nálunk a nap bármely órájában megszólalhatott a csengő vagy a telefon. Két közös gyermekünk van, idősebb fiam villamosmérnök, a fiatalabb belgyógyász, aki ma háziorvosként dolgozik. A lányom 20 éve az Egyesült Államokban él. Kilenc unokánk van! Nagy örömömmre szolgál, hogy családom minden tagja intim kapcsolatban áll a zenével: hallgatni és művelni is szeretjük. Egy kis zenekart is össze tudunk állítani zongora, hegedű, klarinét, fuvola, szaxofon, trombita és tangóharmonika részvételével. Sokat utaztunk, igyekszünk felfedezni a világ természeti és művészeti szépségeit.

– Öröm végigtekinteni egy ilyen tevékeny, tartalmas, a mai napig produktív életen: magunknak is hasonlót kívánnék idős korunkra. Mi mindennek a titka?

Genetikai örökítés, a családi neveltetés, az élet tudatos alakítása, a szerencse és a kiegyensúlyozott, boldog családi élet biztonsága mind-mind a részei ennek. Meg talán az is, hogy optimista ember vagyok, s hiszek az emberek jó szándékában. Boldoggá tesz, hogy segíteni tudtam, s ezt teszem továbbra is, leendő erőm és lehetőségeim szerint.

KÖVÁRI ZITA

Praxisok

- Budapesten, belvárosi házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon 19 óra után: 06/70-205-3192.
- Bejártatott 680 fős gyermekpraxis eladó, Budapesten a III. kerületben. Érdeklődni: 06/30-811-4110, kizárólag az esti órákban vagy szombat-vasárnap lehet.
- Budapest III. kerületében gyermekpraxis eladó. Érdeklődni az esti órákban, hétvégén egész nap a 06/70-520-1317-es telefonon lehet.
- A VIII. kerület legjobb részén területi ellátási kötelezettséggel, mérsékelt áron 700 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó, nyugállományba vonulás miatt. Telefon: 06/20-363-9971.
- Budapest XVII. kerületében, családi házas területen, 1160 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/20-941-8023.
- Nyugdíjas gyermekorvos tartós helyettesítést vállal Budapesten (esetleg vonzáskörzetében) vagy Veszprémben. Telefon: 06/30-237-3656.
- Budakeszin gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/30-740-5548.
- Balatontól fél órára, Tamásiban 750 kártyás gyermekorvosi praxis és kétszobás lakás eladó. Érdeklődni: 06/20-979-2576-os telefonszámon lehet.
- Orosházán 1030 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van. Telefon: 06-68/412-911.

A Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program keretében a gyermekorvosi hálózat egyenletesebb hozzáférhetősége érdekében a HGYE kapott megbízást az ellátórendszer felülvizsgálatára. A programtanács várja a kistérségi egészségügyi centrumok kialakítására, az MSZSZ megújítására, a működtetési jog megszerzésének és eladásának megkönnyítésére, az ügyeleti ellátás átalakítására vonatkozó javaslatokat is. A kérdésekkel foglalkozó munkacsoportok kétnapos debreceni tanácskozásán a kis létszámú praxisok létjogosultságával, valamint bizonyos laboratóriumi vagy műszeres vizsgálatok alapellátásban történő alkalmazásának lehetőségeivel kapcsolatos álláspontok is tisztázásra kerültek. A legkeményebb vitát az oktatási intézményekben végzendő orvosi ellátás váltotta ki. Az elfogadott álláspontokat a HGYE megyei összekötőinek és küldötteinek szeptemberi tanácskozásán megbeszéljük és a Hírvivőben is ismertetjük. Várhatóan ez lesz a november 17–18-i Flamencobeli szakmapolitikai konferencia témája is.

**Megalakult
a Magyar Gyermekgyógyász Társaság
Szociálpédiátriai Szekciója.**
Szívesen várjuk a téma iránt
érdeklődő kollégákat.
Jelentkezni lehet dr. Kovács Zsuzsánál
(drkovacszsuzsa@freemail.hu
vagy kovacszs@ogyei.hu).



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 és 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: **dART studio**

A címlapon André Lilla

