

2006. augusztus ■ XI. évfolyam 4. szám

# H

# ÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA





## Tűzijáték

Augusztus 20. Kristálytisza, ragyogó vasárnap. Meleg, napfény, parádés programok, a Lánchíd alá háromszázzal bezuhanó műrepülő, katonazenekar, körmenet. Sör, kolbász, nappolyi, foszforeszkáló csecsebecse. Emberek százezrei, jókedv, dübörgő zene...

Minden stimmel, minden klappolt. Este 9-ig. Látszólag. Valami azonban hiányzott; a száz százalékból úgy egy-kettő. Ami csak akkor derült ki, amikor lecsapott... Néhány perccel a tűzijáték kezdete után, de pont akkor és pont ott. Millióan élték át derült égből a villámcsapást, a szembe szakadó zuhatagot, az orkánerejű szélvihart, a dermesztő hideget, a gyerekvisítást, a menekülőket kétségbeesését.

Döbbenet álltunk a sebesültek százai és a halottak előtt. Kerestük a szavakat. Hogyan fordult a napos kétség egy perc alatt viharos zűrzavarba? Jött a kérdés: el lehetett volna kerülni? Valószínűleg nem. De csökkenteni, lehetett volna a veszteséget. Ha a főkapitány, a főszervező, a főmeteorológus, a fő-közlekedésszervező egy órával korábban azt teszi, amit tennie kell. A dolgát. Egész nap tették, jól is tették, de mégsem tökéletesen. A professzionalitás száz százalékához hiányzott valami: a forgatókönyvből a vészforgatókönyv. Elmaradt a tájékozódás, a tájékoztatás, az intézkedés. Erre nem számítottak. Csak az eredmény volt fontos, a siker.

Megint kiderült: a nagyon sok is lehet kevés. Hogy a szakmánknál és egy minapi példánál maradjak, nem elég, hogy a rohammentő személyzete általában nagyon profi, ha egyetlen infarktusnál nincs elem a laringoszkópjukban. A barátom talán éppen ebbe halt bele. Túl komoly dolgok múlnak nagyon aprókon. Élet, betegség, siker, meg tragédia.

Nem elég, ha általában minden jól megy, hogy többnyire meg általában a nehéz helyzeteket is megoldjuk. A rendkívülieket is tudunk kell kezelni. Ami a kalkulálható véletlenek, a „mi van akkor, ha” felelős végiggondolása, begyakorlása nélkül ez nem megy. Szülőnek sem, rendőrnek sem, miniszternek sem, orvosnak sem.

Nagyon oda kell figyelnünk! Nekünk még jobban! Hisz a tűzzel játszunk.

*Dr. Kőrösi János*

## TARTALOM

- Hozzáférhetőség, esélyegyenlőség . . . . . 2–5
- Elegem van! . . . . . 7
- A gyermekkori elhízás . . 8–9
- Sürgősségi eszközök . . 10–12
- Kanyarójárvány . . . . . 15
- Antibiotikum-fogyasztás 15
- Egészséges táplálkozás . . . 16
- In memoriam . . . . . 19
- Hírek . . . . . 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2006-ban:



Elkoptatott a mondat, de most mégis ki kell mondani újra azt, amit már mindenki érzel: elodázhatatlan változások – nevezzük őket reformnak – előtt áll az egészségügy, benne a gyermekegészségügy és a házi gyermekorvosi ellátás.

Az előrelépés egyik első feltétele a demográfiai helyzet és az ellátóhálózat elhelyezkedésének pontos felmérése, a rendszerben fellelhető ésszerűtlenségek, felesleges párhuzamoságok feltárása és kiküszöbölése (ügyelet, iskolaorvoslás). Az ellátóhálózat korszerűbbé tételének, a praxisok értékükön történő adásvételének akadályát képező jogi, szabályozási- és finanszírozási problémák megoldása sem halasztható tovább.

A túlzottan széttagolt ellátási formák, a praxisok közötti szakmai együttműködés hiánya miatt nehéz a hatékonyabb ellátás megszervezése. Ezért a régiók mellett szükség van új,

a praxisok szakmai kooperációján alapuló szolgáltató modellek kidolgozására is.

A korszerű struktúra igényeinek megfelelően tartalmi és szerkezeti szempontból egyaránt erősíteni kell a házi gyermekorvosok képzését és továbbképzését. Új szerepekre, kiterjedtebb kompetenciára kell törekedni. A praxisok finanszírozásában értékén jelenjen meg a valóságos munkateljesítmény, a minőség és a felelősségvállalás.

Nem kapkodásra, hanem ésszerű kiigazításokra van szükség, melyek egyszerre szolgálják a gyermekek ellátásában az esélyegyenlőséget, a minőség javítását s ezzel praxisaink értékállóságát.

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete által készített tanulmányok az ellátóhálózat helyzetével foglalkozó fejezetét az alábbiakban ismertetjük.

## Hozzáférhetőség, esélyegyenlőség

DR. KÁDÁR FERENC, DR. BÉNYI ZSOLT, DR. KÁLMÁN MIHÁLY, DR. DOLOWSCHIÁK ANNAMÁRIA,  
FEKETE ÉVA ÉS MURÁTI JUDIT

A „Közös kincsünk a gyermek” című Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program egyik kiemelt célja a gyermek-egészségügyi alapellátás egységesebbé tétele és az esélyegyenlőség érdekében a hozzáférhetőség javítása<sup>(1)</sup>. Ennek érdekében kapott megbízást a Házi Gyermekorvosok Egyesülete a gyermek-egészségügyi alapellátás ellátórendszerének felülvizsgálatára. Az elemzés készítői az ellátási kérdések megoldására vonatkozó javaslatokat júliusban eljuttatták a minisztériumhoz. Az alábbiakban a kistérségek gazdasági fejlettségének és gyermekorvosi ellátottságának összefüggéseit mutatjuk be.

A gyermek-egészségügyi ellátás Magyarországon világviszonylatban is jónak mondható. Amiben a fejlett országokhoz viszonyítottan kedvezőtlen az egészségügyi állapot helyzete (koraszülések aránya, csecsemőhalálozás mértéke, az egészségkultúra alacsony szintje stb.), annak okait döntően nem az egészségügyben kell keresnünk.

Ami azonban a gyermekek orvosi alapellátásában Magyarországon rossz, és ezért mielőbbi megoldást követel, az elsősorban a humán erőforrásokkal történő pazarlás (orvosokkal végeztetett alacsonyabb kvalifikációt igénylő feladatok, az orvosi ismeretek és készségek kihasználatlansága, az ügyeleti ellátás, az indokoltnál több alacsony lélekszámú praxis stb.), a feladatok kettőzöttsége (pl.: az iskola-egészségügyben), a védőnők képzettségével, a kórházi ellátással történő visszaélés,

a szervezeti hiányosságok. Nem marad következmények nélkül az egészségügyben dolgozók munkájának generációkon átívelő alulfinanszírozottsága sem. Megoldatlan a minőségbiztosítás, nagyban különbözik a gyermekorvosi alapellátáshoz történő hozzáférés esélyei. Az ellátás színvonalja egyenlőtlen. Mindennek lehetséges és veszélyes következménye a gyermekek – betegségeikből adódónál nagyobb – átmeneti, esetleg tartós egészségromlása.

A gyermekgyógyászat nemzetközileg elfogadott álláspontjának megfelelően a gyermek- és adolescens korúak egészségének megőrzéséhez, betegségeik kezeléséhez legjobban a gyermekgyógyászok értenek<sup>(2)</sup>. Az általuk végzett orvosi ellátás jobb, mint amit a gyermekek számára a háziorvosok nyújtanak. Hazánkban a gyermekek kétharmadát házi gyermekorvos, egyharmadát háziorvos látja el. Az eltérő szakképzettségű orvosi szolgáltatók ellátásának különbségét nemzetközileg is ritkaságszámba menő felmérésünk bizonyította<sup>(3)</sup>. Az egészségi állapotot illetően (rosszabb szociális körülmények között élő, alacsonyabb egészségkultúrával rendelkező családokban nevelkedő, elkerülhető betegségekkel nagyobb arányban sújtott) a gyermekek egészségügyi ellátásának minősége nem közömbös. Az egészség „jövője”, az élettartam és az életminőség jelentős mértékben függ ettől (is).

Az esélyek javítása, a szolgáltatás színvonalának egységesítése szakmailag fontos, társadalmilag pedig elengedhetetlen feladat. Nem kaphat alacsonyabb szintű szakmai ellátást a gyermekek egyharmada, mint a kétharmada, különösképp nem

azok, akiknek életkörülményeik miatt rosszabb a pillanatnyi és a várható egészségük.

### A gyermek-egészségügyi alapellátás struktúrája

Az ENSZ Gyermekjogokról szóló Nemzetközi egyezménye értelmében gyermeknek kell tekinteni mindenkit, aki 18 évesnél fiatalabb. Magyarországon csaknem kétmillió gyermek él.

A hazánkban élő kétfélemillió-nyolcvanezer 18 év alatti gyermek mindössze 70 százalékának (1 451 000) alapellátása tartozik gyermekorvoshoz. Konkrétan: az 1 580 ezer 14 év alatti 74 százaléka (1 176 000 gyermek) és az 500 ezer 15–18 éves 55 százaléka (275 000 gyermek)<sup>(5)</sup>. (1. ábra).

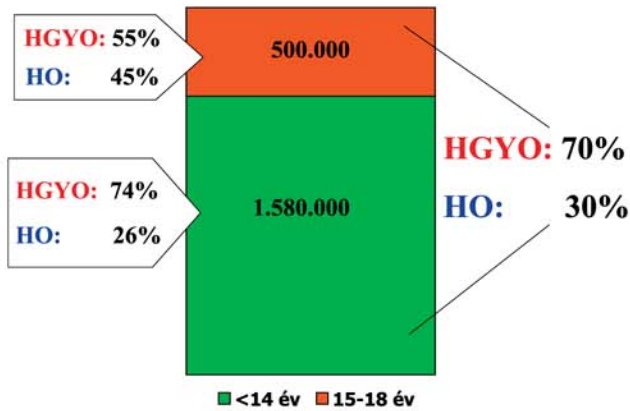
A 14 év alattiak 26 százalékát, a 15–18 éveseknek pedig 45 százalékát, azaz a teljes 18 év alatti populáció 30 százalékát ezek szerint nem házi gyermekorvosok, hanem a gyermekgyógyászatban jóval alacsonyabb képzettséggel rendelkező háziorvosok látják el.

### A gyermekorvos és a háziorvos gyermekellátásának összehasonlítása

A 70/30 százalékos gyermekorvosi/háziorvosi ellátási arány jó lehetőséget kínál a kétféle alapellátási típus összehasonlítására. A brüsszeli székhelyű CESP-EAP (Confederation of European Specialists in Paediatrics – European Academy of Paediatrics) ezért is kért fel éppen bennünket arra, hogy vessük össze a gyermekorvosok és a háziorvosok gyermekellátási munkájának minőségét.

## 18 ÉV ALATTIAK ALAPELLÁTÁSA

Házi gyermekorvos (HGYO) Háziorvos (HO)



1. ábra

A gyermekek gyermekorvos, illetve háziorvos által történő alapellátásának – egy teljes évre és az ország egész területére kiterjedő – összehasonlító vizsgálata alapján<sup>(3)</sup>, Magyarországon:

- a. a gyermekorvosok preventív tevékenységét jellemző gyógyszerfelírási gyakorlat szignifikánsan jobb, mint a háziorvosoké;
- b. a gyermekek alapellátásában a gyermekorvosok szignifikánsan kevesebb antibiotikumot használnak, és terápiás gyakorlatuk közelebb áll a szakmai ajánlásokhoz;

- c. a rendkívül magas prevalenciájú gyermekkori asthma bronchiale kezelésében és gondozásában a gyermekorvosok terápiás gyakorlata korszerűbb;
- d. az alapellátásban leggyakoribb, tömegesen előforduló, otthonukban is gyógyítható betegségek (felső és alsó légúti kórképek, húgyúti vagy gyomor-, bélrendszeri fertőzések) miatt csaknem minden korcsoportból nagyobb arányban kerülnek kórházba háziorvosok által gondozott gyermekek;
- e. a gyermekgyógyászati fekvőbeteg-ellátó kapacitás jelentős arányát köti le a vegyes

praxisból kórházba került gyermekek ellátása. Feltételezhető, hogy a kórházi felvételek egy része indokolatlan.

A felmérés – melyet részletesen ismertettünk a Hírívő 2005. októberi számában – azt igazolja, hogy jelenleg Magyarországon hatékonyabb és költségkímélőbb alapellátást biztosítanak a gyermekek számára a házi gyermekorvosok, mint a háziorvosok.

### Gyermekorvosi alapellátás a különböző gazdasági fejlettségű térségekben

Az alapellátás egyenlőtlenségeinek felmérésekor – Magyarországon elsőként – megvizsgáltuk, hogy milyen eséllyel jutnak gyermekorvosi alapellátáshoz az eltérő gazdasági fejlettségű „térstípusban” élő gyermekek. A kistérségek fejlettségük szerint lemaradó, stagnáló, felzárkózó, fejlődő és dinamikus fejlődő kategóriába tartoznak<sup>(4)</sup>. A gyermekorvosi ellátottságot a térségtípusok fejlettsége szerint elemeztük (2–3. ábra). Az adatok alapján<sup>(5,6)</sup> a 18 év alattiak 10%-a lemaradó, 14%-a stagnáló, 20%-a felzárkózó, 24%-a fejlődő, 32%-a dinamikus fejlődő térségben él (4. ábra).

Az eltérő fejlettségi szintű térségek egészségügyi mutatói között számottevő különbség mutatkozik<sup>(7)</sup>:

## KISTÉRSÉGEK GAZDASÁGI FEJLETTSÉGE



2. ábra

Forrás: Faluvégi Albert (2004): Kistérségeink helyzete az EU küszöbén. Területi Statisztika 7. (44.) évf. 5. szám

- a koraszülések aránya az élve születettek között a lemaradó térségekben 10,5%, a stagnálóokban 11%, a felzárkózókban 8,3%, a fejlődő és a dinamikus fejlődő térségekben 7,8%, illetve 7,1%;
- a csecsemőhalálozás aránya az élve születettek között a lemaradó térségekben 8,34‰, a stagnálóokban 8,47‰, a felzárkózókban 7,25‰, a fejlődő és a dinamikus fejlődő területeken 5,37‰, illetve 5,54‰ (5. ábra);
- a férfiak és nők születéskor várható élettartama a lemaradó térségekben 66,7, ill. 75,6 év, a stagnálóokban 66,9, ill. 76,1 év, a felzárkózókban 67,6, ill. 76,7 év, a fejlődőkben 68,7, ill. 77,3 év, a dinamikus fejlődőkben pedig 70,8, ill. 77,7 év (6. ábra). Budapest II. kerületében ugyanez 78,4, ill. 82,3 év. Ez az adat még akkor is érdekes, ha tudjuk, hogy a fővárosi kerületek közötti különbség nem a gyermekorvos egészségügyi ellátás színvonalát tükrözi. Ami szembetűnő az az, hogy az ország legszegényebb és leggazdagabb területei között férfiaknál 12, nőknél 7 év a különbség!

A lemaradó és stagnáló térségekben nemcsak rosszabb az ott élők szociális helyzete, de nagyobb az egyébként elkerülhető betegségek előfordulási aránya is. Nem véletlen az sem, hogy ezeken a területeken a legalacsonyabb az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok száma is (7–8. ábra).

Jól illusztrálja ezt, hogy míg a dinamikus fejlődő térségekben élő 18 év alattiak 88, a fejlődő térségekben élőknek pedig 72%-át látja el az alapellátásban gyermekorvos, addig a felzárkózókban 64, a stagnálóokban 50, a lemaradó térségben mindössze 44% a gyermekorvoshoz tartozók aránya (9. ábra).

### A házi gyermekorvosi praxisok megoszlásának egyenlőtlenségei

A területen dolgozó gyermekorvosok egyenlőtlen megoszlására ugyanakkor az is jellemző, hogy míg Pécsen 608, Budapesten 635, Debrecenben 684, Szegeden 700 tizennégy éven aluli gyermek tartozik átlagosan egy gyermekorvosi praxishoz, az abaúj-hegyközi, a bodrogi és a szobi kistérségben élő összesen 10 401 tizennyolc éven aluli gyermekre egyetlen házi gyermekorvos sem jut(!). Budapesten 327-ből 63, Debrecenben 43-ból 4, Szegeden 33-ból 10, Pécsen 39-ből 6 a 600-nál kevesebb gyermeket ellátó gyermekorvosi praxisok száma.

#### Gyermekorvosi alapellátás a fehérgyarmati kistérségben (egy példa)

A felmérés során vizsgáltuk – többek között – a fehérgyarmati kistérség ellátási adatait (10. ábra). Összegeztük a 14 éven aluliak és a 15–18 évesek számát, a házi gyermekorvosok számát, néztük, hogy az adott területen hol működik gyermekosztály vagy gyermekgyógyászati szakrendelés.

A kistérség egymástól legtávolabb lévő két pontja kelet–nyugat, illetve észak–dél irányban 45, illetve 35 km közúton. Ezen a területen jelenleg három házi gyermekorvos dolgozik, kettő Fehérgyarmaton, egy Jánkmajtison. Ők összesen 2809 tizennyolc év alatti gyermeket látnak el. A térségben élő további 6702 tizennyolc év alatti „vegyes” praxisba tartozik. Alapellátásukat tehát házi orvosok és – feltehetően – a fehérgyarmati 40 ágyas, valamint a mátészalkai 30 ágyas gyermekosztályon, vagy az ugyanitt működő gyermekszakrendelésen dolgozó gyermekorvosok végzik.

A 6702 gyermek gyermekorvosi alapellátása megítélésünk szerint négy (öt) kistérségi egészségügyi központban dolgozó összesen 5-6 gyermekorvossal megoldható lenne. Ezzel itt megvalósulna a Nemzeti Program egyik kiemelt célja: minden gyermek számára esély adódna az azonos szakmai szintű alapellátáshoz.

Az új praxisok létesítése természetesen többletköltséggel jár. Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a kistérségben dolgozó házi orvosok elvesztenék az eddig hozzájuk tartozó 6702 gyermek után havonként járó finanszírozást. Ha ennek kompenzálása elmarad, korszerűsítési javaslataink először az ő körükben váltanának ki ellenállást.

„Nyereséget” jelenthet azonban az egyik gyermekosztály és a két gyermekgyógyászati szakrendelés megszüntetése. Nem mindegy az sem, hogy a Szamos vagy a Tisza túloldalán lévő, de a szomszéd kistérségekbe tartozó, közúti átkelőn a fehérgyarmati kistérségből viszont könnyen megközelíthető települések gyermekeit a fehérgyarmati vagy a vásárosnaményi, mátészalkai esetleg a csengeri kistérség gyermekorvosai látják-e el.

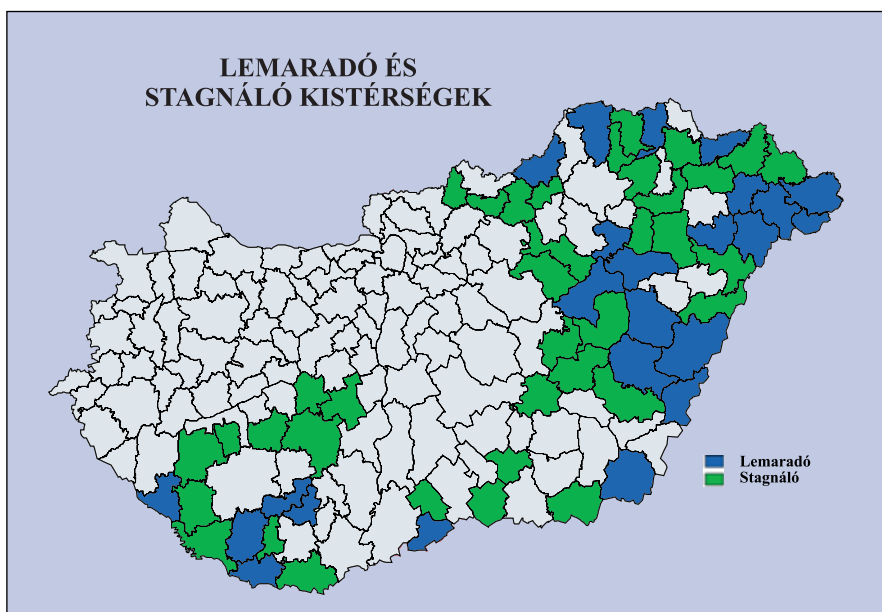
A kistérségi ellátás megoldása – a szakmapolitikai kérdések tisztázását követően – természetesen helyi szintű választ igényel.

A gazdaságilag fejletlen térségekben élő gyermekek esélyegyenlőségének és a hozzáférés lehetőségének javítása érdekében a fentiek alapján fontosnak tartjuk a gyermekorvosi alapellátás strukturális fejlesztését (különösen) azokon a területeken, ahol a gyermekek életkörülményei, ebből adódóan egészségük jövője rosszabb az átlagosnál.

A hálózat fejlesztésekor meghatározó újdonságot jelent, hogy szakítva a korábbi „egy falu – egy orvos” elvvel, a kistérségi egészségügyi központok létrehozását javasoljuk. A megújuló struktúra természetesen az eddig homogén finanszírozási gyakorlat megújítását is követeli.

#### Irodalom:

1. „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekorvos Egészségügyi Program, 2005. november
2. Nelson textbook of pediatrics. Editor: Richard E. Behrman; III.–14th ed.
3. dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály, dr. Páll Gabriella, dr. Stunya Edina, dr. Paksy László: Gyermekgyógyászati és házi gyermekorvosi alapellátásának összehasonlító vizsgálata Magyarországon. Hírvivő X. évf. 5. sz; 14–17.
4. Faluvégi Albert (2004): Kistérségeink helyzete az EU küszöbén. Területi Statisztika 7. (44.) évf. 5. szám
5. Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyító-megelőző Ellátási Főosztály (2006)
6. KSH Népesedési-, egészségügyi és szociális statisztikai főosztály 2005. évi adatai
7. dr. Kádár Ferenc: A gyermekorvos alapellátás helyzete Magyarországon CESP/European Academy of Paediatrics Annual Meeting, May 11–13 2006., Köln (előadás)

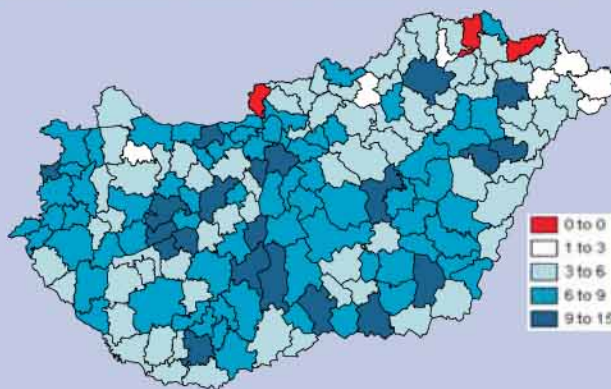


3. ábra

Forrás: KSH, OEP 2006.

A kistérségi egészség-központok működéssel, az alacsony lélekszámú praxisok helyzetével, a működtetési jog adás-vételének kérdéseivel, a gyermekorvos képzéssel, továbbképzéssel, a licenc vizsgák lehetőségeivel a gyermekalapellátás korszerűsítését célzó javaslataink további fejezetei foglalkoznak. Kitérünk ezekben az iskolaegészségügy, az ügyeleti ellátás megoldásra váró gondjaira is. Ismertetésük és megvitatásuk a HGYE közelgő novemberi konferenciájának feladata.

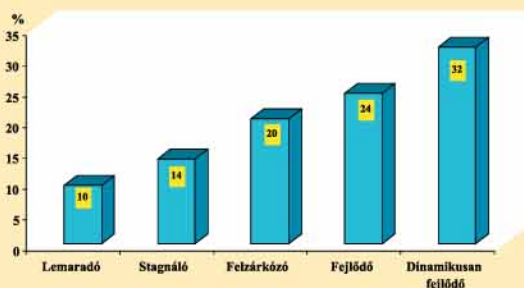
### TÍZEZER 18 ÉVEN ALULI LAKOSRA JUTÓ HÁZI GYERMEKORVOSOK SZÁMA KISTÉRSÉGENKÉNT



7. ábra

Forrás: KSH, OEP 2006.

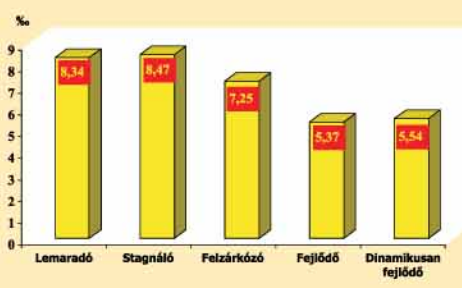
### ADOTT FEJLETTSÉGTÍPUSÚ TÉRSÉGBEN ÉLŐ 18 ÉV ALATTI AK



4. ábra

Forrás: KSH, OEP 2006.

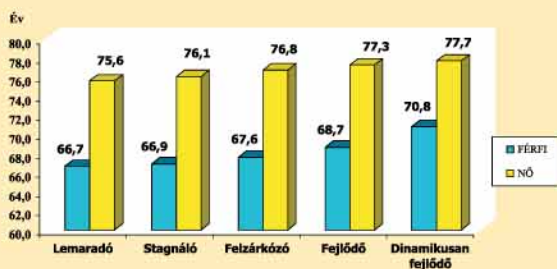
### CSECSEMŐHALÁLOZÁS ARÁNYA (2005-BEN) KISTÉRSÉGEK GAZDASÁGI FEJLETTSÉGE SZERINT (%)



5. ábra

Forrás: KSH, OEP 2006.

### SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM A KISTÉRSÉGEK GAZDASÁGI FEJLETTSÉGE SZERINT



6. ábra

Forrás: KSH, OEP 2006.

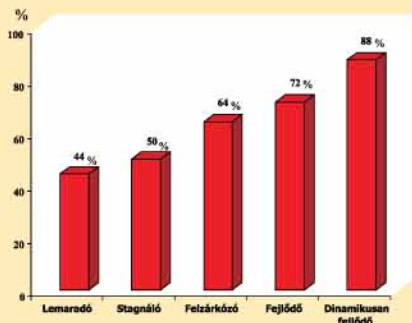
### TÍZEZER 18 ÉVEN ALULI LAKOSRA JUTÓ HÁZI GYERMEKORVOSOK SZÁMA AZ ELTÉRŐ FEJLETTSÉGŰ TÉRSÉGEKBEN



8. ábra

Forrás: KSH, OEP 2006.

### HÁZI GYERMEKORVOSI ELLÁTÁSBAN RÉSZESÜLŐ 18 ÉVEN ALULIAK ARÁNYA



9. ábra

Forrás: KSH, OEP 2006.

### FEHÉRGYARMATI KISTÉRSÉG



10. ábra

# Elegem van!

A Zöld-könyv kritikus áttekintése, a gyermekorvosokat is érintő felvetések után most az a határozott benyomásom, hogy a kormány jelenleg nem az egészségügy lényegi kérdéseivel foglalkozik.

Szerintem ugyanis a társadalombiztosítás fontosabb a paraszolvenciánál, az ellátórendszer átalakítása pedig lényegesebb a vizitdíjnál. Ezekről azonban – úgy látom – nem sok szó esik. Lehet, hogy azért, mert az embereket jobban érdekli a minimális önrész kifizetése, vagy az orvos zsebébe csúsztatott boríték is, mint a kórházi hálózat racionalizálása, meg az alapellátás kistérségi szervezése, de lehet, hogy azért, mert hiányoznak az átgondolt, jól kidolgozott javaslatok.

Belátom, hogy a konvergencia-program most mindennél fontosabb. Ha azonban nem nyúlunk időben a nagy elosztórendszerekhez és közöttük a „pénznyelő” egészségüghöz, könnyen az egész a semmibe veszhet. Az egészségügy modernizálása nélkül már régóta nem lehet az államháztartást rendbe rakni.

De itt mintha megtorpantak volna a dolgok. Nem látszik a lázas igyekezet, hogy a járulékfizetés és a szolgáltatás közötti

nélkülözhetetlen kapcsolatot felépítsék. Pedig e nélkül az „egy biztosító – több biztosító” dilemmája csak egy üres képkeret. Hiába meggyőződés, hogy a járulékok behajtása és a biztosítási csomagok tartalmának meghatározása után az ellátórendszer ésszerűsítése a követendő lépéssor, csak kapkodást, ötletrohamokat, nyilatkozatháborút látok. Tartalmas megoldási javaslatok helyett pártpolitikai acsarkodást. Érzem az akaratot, de nem látom a tervszerűséget. Kormánybizottságok alakultak, hatáskörök növekedtek, miközben a minisztérium kiismerhetetlen és magába fordult. Ki irányítja az egészségügyet? Hol a hierarchia, az átlátható vezetési struktúra? És hol vannak a szakmai stábok, a politika és a szakma értelmes együttműködése?

Ha erre megint az a válasz, hogy ne álmodozzak, újra csak két lehetőség marad: vagy lenyomnak a torkunkon valami emésztetlen katyvaszt, vagy marad minden a régiiben. Na, ebből van elegem!

HUSZÁR ANDRÁS

**Á T A L A K Í T Á S E L Ő T T**

**A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS ÉS AZ ELLÁTÓRENDSZER**

Egy biztosító – több biztosító, verseny és szolidaritás, magántőke, co-payment.  
A megszorító intézkedések hatása a házi gyermekorvosi praxisra.

**ZÖLD KÖD**

címmel rendezi

XII. őszi konferenciáját a Házi Gyermekorvosok Egyesülete

**2006. november 17–18.**  
Budapest, Park Hotel Flamenco

*A meghívót hamarosan postázzuk.*

# A gyermekkori elhízás

DR. BARNA MÁRIA

SE Egészségügyi Főiskolai Kar, Dietetikai Tanszék

Az elhízott gyermekek kezelése nem tartozik a gyermekgyógyászat sikertörténetei közé. A gyermekkori elhízás gyakoriságát 5–15%-ra becsülik<sup>(4)</sup>. Az utóbbi években nagymértékű – 5–10%-os – növekedés észlelhető<sup>(7,9,18)</sup>. A kövér gyermekek 25%-a kövér felnőtt lesz, az elhízás következményei már gyermekkorban megmutatkoznak pszichés zavarok, szociális izoláció, bőrbetegségek, légúti megbetegedések, mozgásszervi elváltozások, metabolikus és hormonális eltérések formájában<sup>(18)</sup>. A serdülőkorban meglévő elhízás közel háromnegyede felnőttkorban is megmarad, de a hozzá kapcsolódó multimetabolikus szindróma már adolescens korban is egyre gyakrabban észlelhető. A felnőttkori elhízásban megnő a cardiovascularis megbetegedések, a 2. típusú diabetes mellitus, a magas vérnyomás, a hormondependens daganatok, az epekövettség stb. kialakulásának veszélye<sup>(4)</sup>. Megfigyelések szerint azoknál a felnőtteknél, akik gyermekkorukban kövérek voltak, a felnőttkori testsúlyuktól függetlenül nagyobb a krónikus megbetegedések előfordulásának és halálzásának kockázata<sup>(19)</sup>.

Elhízás akkor jön létre, ha az energiabevitel meghaladja a felhasználást, és a hibás szabályozás következtében a fölösleges energia zsír formájában raktározódik.

## AZ ENERGIABEVITEL HATÁSA

Napi 500 kcal szükségleten felüli energiafelvétel egy hét alatt 0,5 kg testsúlygyarapodást eredményezhet (7000 kcal többlet-energiabevitelből lesz 1 kg testsúlygyarapodás). Szinte észrevétlenül is meghízhatunk, ha például egy pohár üdítőt (145 kcal) a napi szükségletünkön felül rendszeresen elfogyasztunk. Ez egy év alatt 7,54 kg súlytöbbletbe vezethet (145 kcal x 365 nap = 52 925 kcal/év;  $52\ 925:7000 = 7,54$  kg/év).

## AZ ENERGIAFELHASZNÁLÁS HATÁSA

A fizikai aktivitás csökkenése komoly szerepet játszik az elhízásban. Gyermekek számára napi 60 perc közepes intenzitású fizikai aktivitás, sporttevékenység végzése javasolt. A 11 évesek 38%-a, a 15 évesek 31%-a tesz ennek eleget. A fiúkhoz képest a lányok kevésbé aktívak, és a különbség az életkorral nő. A legtöbb kövér

ember nemcsak sokat eszik, hanem keveset is mozog.

## AZ ELHÍZÁS MEGELŐZÉSE

Az elhízást is könnyebb megelőzni, mint gyógyítani. A probléma túl sok gyereket érint, következményei túl komolyak, és kezelésük túl költséges. Számos érv szól az intervenció program azonnali kezdése mellett, de további vizsgálatok szükségesek a hatékony prevenció kidolgozására<sup>(8)</sup>. A megelőzést a várandós anyák gondozásával, a csecsemők szoptatásával, a gyermekek egészséges táplálásával és mozgásigényük kialakításával lehet a legeredményesebben elérni.

## TERHESGONDOZÁS

Már a fogamzást megelőzően az optimális testtömeg elérésére kell törekedni, mert nem csak a terhesség alatti súlygyarapodás befolyásolja a gyermek testtömegét<sup>(5)</sup>. Finnországi vizsgálatok bebizonyították, hogy minden életkorban nagyobb a kockázat az obesitas kialakulására, ha a gyermek édesanyja a terhesség alatt túlvagy alultáplált volt. Az intrauterin disztrófiának szerepe lehet a később kialakuló obesitas, metabolikus szindróma előidézésében, mert ebben az állapotban a szervek fejlődésének, struktúrájának és funkciójának defektusa okozza azt az érzékenységet, amely a későbbi étrendi és környezeti hatásokkal együtt – évtizedekkel az eredeti ártalom után – kiváltja a betegséget<sup>(2,3,15)</sup>.

## MIT TEHET A GYERMEKORVOS?

A szülők mellett a gyermekorvosnak is kulcsszerepe van az elhízás megelőzésében. Fel kell figyelnie az elhízásra (1. táblázat), a veszélyeztetett gyermekekre, és étrendi, valamint mozgásterápiával segítenie kell őket. Csecsemőkorban a 6 hónapig tartó, kizárólagos szoptatás<sup>(1)</sup>, később az egészséges étkezési szokások

(2. táblázat), a mozgásigény kialakítása az elhízás megelőzésének fontos eszköze. Rendszeresen, naponta sportoljon a gyermek. Gyalog menjen iskolába, ne járjon lifttel, kiránduljon hétvégeken, kevesebb időt töltsön a tv vagy a számítógép előtt.

### Az egészséges étrend elemei:

- a fogyasztott szénhidrátok nagyobb része teljes őrlésű gabona legyen
- bőséges gyümölcs- és zöldségfogyasztás (az energiaszükséglet 7–14%-a),
- adekvát mennyiségű tej és sovány hús fogyasztása
- optimális egyensúly a zsírsavak között (omega-6 és omega-3),
- kevés NaCl-fogyasztás
- bőséges folyadékbevitel

2. táblázat

## FOGYÓKÚRA

Nehezebb a helyzet, ha már jelentős túlsúly alakult ki. (3. táblázat) Milyen az ideális fogyókúra? Elsősorban betartható-nak kell lennie. Célja a normális fejlődés, növekedés, aktivitás biztosítása mellett az egyenletes, lassú súlycsökkenés elérése. Fontos, hogy semmiképpen se jelentkezzenek pszichés tünetek.

A fogyókúrás programban egyensúlyban kell lennie az energiafelvétel csökkentésének (diéta) és az energiafelhasználás növelésének (fizikai aktivitás). A diéta összeállításához dietetikus segítségére szükséges. A médiában ugyanis sokszor megalapozatlan és félrevezető tanácsok hangzanak el. A testsúlycsökkentés, a testsúlykontroll hosszú távú program, mely az étrend és az életmód egész életre szóló megváltoztatását jelenti.

Dietetikus segítségével meg kell határozni, hogy mekkora a gyermek testtömegéhez mért energiaigénye, hány kg-ot akar fogyni, mennyi annak az energiaértéke (kcal), és végül mekkora az elérni kívánt testtömeg kalóriaigénye.

Az energiaszükségletet egyszerűen meghatározhatjuk úgy, hogy az alapanyagcsere energiaszükségletét (25–30 kcal/ttkg/nap) az aktivitásnak megfelelő korrekciós faktorral (1,2–1,3) megszorozzuk. Az energiabevitelt általában napi 500–700 kcal-val célszerű csökkenteni.

### Testtömegindex percentilis értékei:

- 75 – 85 percentil: veszélyeztetett
- 85 – 97 percentil: túlsúlyos
- >97 percentil: kövér

1. táblázat

### A fogyókúra eszközei:

- diéta
- mozgásterápia
- viselkedésterápia
- gyógyszeres terápia  
(12 év fölött pancreas lipáz  
bénító Orlistat: Xenical)
- sebészi terápia

### 3. táblázat

Heti 0,5 kg súlycsökkenés napi 500 kcal megszorítással érhető el, ami heti 3500 kcal-t jelent.

1 kg súlycsökkenés tehát napi 1000, azaz heti 7000 kcal megvonásával érhető el. Lányoknál a napi 1200 kcal-nál, fiúknál 1500 kcal-nál szigorúbb megszorítás nem javasolt.

Az étrendi megszorítás a növekedési periódusban vihető a legkönnyebben keresztül, mert már az is megszorítást jelent, ha a növekedéshez szükséges energiatöbbletet nem adjuk meg. A konstans energiabevétel drasztikus étrendi változtatás nélkül is testtömegcsökkenést okoz, bár ennek késői eredményei megkérdőjelezhetők<sup>(12)</sup>.

Az étrendet olyan kis energiaértékű élelmiszerekből kell összeállítani, melyeknek nagy a telítős értéke és tápanyagsűrűsége. Csak a gondosan összeállított és megvalósított, a fizikai aktivitás növelésével együtt alkalmazott diéta hatékony.

### AZ ÉTKEZÉS GYAKORISÁGA

Fordított összefüggés van az étkezés gyakorisága és a testtömeg között. Napi többszöri, 6–7 étkezés csökkenti az éhségérzetet, kivédi az éhségérzet kilengéseit és a kompenzáló túlevést. De jobban alkalmazkodik a fizikai aktivitás cirkadián megoszlásához is<sup>(10, 17, 22)</sup>. Tehát a fogyókúrázók gyakran, azonban egyszerre keveset egyenek. Azt az ételmennyiséget, amelyet egy napra „engedélyeznek” úgy osszák be, hogy soha ne legyenek nagyon éhesek, de ne is egyék jóllakottságig magukat. A gyermekek készítsenek saját megfigyelésük alapján egy ún. éhség–jóllakottság skálát, és 1-től 10-ig jelöljék az értékeket. Az 1-es igen erős éhségérzetet jelöl, a 10-es pedig azt jelenti, hogy többet evett a kelleténél. A közbe eső fokozatok az éhség, illetve a jóllakottság közbülső fokozatait jelölik. Ne várjon addig, míg olyan éhes lesz, amit 3-as fokozat vagy annál kisebb szám jelöl, de a 6-7-es értéknél már fejezze be az evést, nehogy többet fogyasszon a kelleténél.

Az elhízottak rendszerint gyorsan esznek. A központi idegrendszernek mintegy 20 percre van szüksége a jóllakottság jelzéséhez, ezért mire a jelzés megérkezik, többnyire már többet ettek a szükségesnél. Azzal is segíteni lehet a diéta sikerét, hogy a dietetikusi megtanítja a gyermeket a megfelelő élelmiszerek mennyiségének meghatározására.

### A TÁPANYAG-ÖSSZETÉTEL ÉS A SÚLYCSÖKKENÉS

A fogyókúrában a szénhidrát egy részének fehérjével való helyettesítése a lipidoxidáció növekedése miatt nagyobb testtömeg- és zsírcsökkenést eredményez<sup>16</sup>. A nagy fehérjebevétel azonban gyermekeknél nem vagy csak rövid ideig engedhető meg.

Fordított összefüggést mutattak ki a szénhidrátbevitel és az obesitas között, mert a csökkent szénhidrátbevitel nagyobb zsírbevitelt eredményez<sup>(6,11)</sup>. Az ipar erre alacsony zsírtartalmú élelmiszerek előállításával reagált. Ezek viszont általában nagy energiadenzitásúak és nagy a glykaemiás indexük is („fat paradox”) <sup>13, 23</sup>. A változtatás akkor kedvező, ha kis zsírtartalmú MCT-ben és/vagy PUFA-ban gazdag, de kis glykaemiás indexű élelmiszerek szerepelnek az étrendben. Ezek ugyanis növelik a teltségérzést, minimalizálják a postprandiális inzulinszekréciót és fenntartják az inzulinszenzitivitást. A kalciumról kimutatták, hogy kedvezően befolyásolja a gyermekek csontdenzitása mellett a test zsírtartalmát is<sup>21</sup>.

A fogyókúrás étrend makrotápanyagösszetételének megváltoztatásával kapcsolatban sok a hamis illúzió. A ketogén diéta a gyermekkorban nem javasolható. A fogyasztó teákról megoszlanak a vélemények, mert a gyógyfűvek és készítményeik ismeretlen mennyiségben tartalmazhatnak különféle aktív ingredienseket, melyeknek káros mellékhatásuk lehet.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A felnőtt magyar lakosság kb. 60%-a túlsúlyos vagy kövér, és az utóbbi években a gyermekek között is növekszik az elhízottak száma. A túlsúly már gyermekkorban is hajlamosít bizonyos megbetegedésekre és a kövér gyermekek kb. 25%-ából kövér felnőtt lesz. Az elhízás önmagában is kóros állapot, de az igazi veszélyt az jelenti, hogy megnöveli számos krónikus, nagy halálozású megbetegedés kialakulásának a kockázatát. Az elhízást könnyebb megelőzni, mint gyógyítani. A megelőzés a várandós anya gondozásával, a csecsemők szoptatásával, a gyermekek kiegyensúlyozott táplálkozásával, mozgásigényének

felkeltésével, rendszeres testmozgásával, az elhízásra veszélyeztetett gyermekek kiszűrésével és gondozásával lehet csak eredményes. A gyermekkori elhízás megelőzése közös feladat, melyben a házi gyermekorvosoknak kulcsszerepük van.

### Irodalomjegyzék

1. Arató A., Várkonyi Á.: Az egészséges csecsemő táplálkozásának irányelvei Gyermekgyógyászat 2001, 52:303-318.
2. Barker DJP, Osmond C. et al: Grows in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease Brit. Med. J. 504-507:298:1989.
3. Barker DJP.: Fetal origin of coronary heart disease Brit. Med. J. 171-311.:1995
4. Barna M.: Táplálkozás és elhízás in: Barna M. /szerk./: Táplálkozás – Diéta Medicina Kiadó Budapest 1996, 162-164.
5. Barna M.: Várandós és szoptató anyák valamint a gyermekek táplálkozása in Rodler I.: Új Tápanyagtáblázat Medicina 2005, 113-131.
6. Bolton-Smith G., Woodward M.: Dietary composition and fat to sugar ratios to obesity Int J Obes 1994, 8:820-828.
7. Czimmer A., Halmy L.: Fogyókúra in Barna M. (szerk.) Táplálkozás – Diéta Medicina Budapest 1996, 267-272
8. Doak CM. et al: The Prevention of Owerweight and Obesity in Children and Adolescents: A Review of Interventions and Programmes ILSI Obesity reviews 2006, 7:111-136.
9. Dóber Ilona: A gyermekkori kövérség Gyermekorvos 2004, 1:40-45.
10. Drummond S.: Effect of meal frequency on body weight and adiposity Ann Nutr Metab 2001;45S 583.
11. Emmett P M, Heaton KW: Is extrinsic sugar a vehicle for dietary fat? Lancet 1995, 346:895.
12. Epstein LH. et al: Treatment of pediatric obesity Pediatrics 1998, 101:554-570.
13. Kennedy ET. et al: Dietary fat intake in Us population J Am Nutr 1999, 18:207-212.
14. Laitinen J., Power C. et al.: Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity Am. J. Clin. Nutr. 287-94 :74: 2001.
15. Langley-Evans S., Jackson A.: Intrauterine Programming of Hypertension: Nutrients-Hormon Interactions Nutr. Rev. 163-169:54:1996.
16. Labayen I.: Effects of protein vs carbohydrate-rich diets on fuel utilisation in obese women during weight loss Ann Nutr Metab 3001;45S:225.
17. Marmonier C. et al: Effects of four versus three meal pattern on eating parameters: an intervention study in man Ann Nutr Metab 2001; 45S>584.
18. Molnár Dénes: Gyermekkori elhízás és annak jelentősége a felnőttkorban MOTESZ Magazin 2004
19. Must A., Strauss RS.: Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1999;23:52-511.
20. Pintér A. szerk. 3.sz. módszertani levél Útmutató táblázatok a gyermekkori tápláltság megítéléséhez. OGYEI; MAVÉ 2004
21. Skinner JD. et al: Children's longitudinal calcium intake modulates body fat and enhances body mineral density Ann Nutr Metab 2001, 45S:242.
22. Volatier J., Maffre J., Gausseres: Meal pattern and 4th meal in France Ann Nutr Metab 2001, 45S:585.
23. Willet WC.: Is dietary fat a major determinant of body fat? Am J Clin Nutr 1998, 67:556S-562S

A Hírvivő júniusi számában  
elfelejtettük közölni  
a Kávészünet-konferencia  
fotósának nevét.

Elnézést kérünk  
Szamosi János  
fotóművésztől.

# A sürgősségi táská felszerelése\*

DR. NAGY ÁGNES  
Országos Mentőszolgálat

A sürgősségi ellátásban, így a gyermekek akut ellátásában is kérdés, hogy milyen eszközök álljanak rendelkezésünkre a gyermek állapotának stabilizálásához. Tudni kell, hogy egy eszköz csak szükséges, de nem elégséges feltétel a problémák megoldásához. Meghatározó a beteg állapotának gyors és megfelelő felmérése és néhány egyszerű beavatkozás segítségével az alapvető életfunkciók biztosítása. Ehhez leginkább a szemünkre, fülünkre, kezünkre, fizikális vizsgálatokban szerzett tapasztalatainkra és legfőképpen a lélekjelenlétünkre van szükség. Tehát csak arra, ami egyébként is mindig nálunk van.

## VIZSGÁLAT, ELLÁTÁS, ESZKÖZÖK

Mindez igaz, mégis kerülhetünk olyan helyzetbe, amikor betegünk korszerű ellátásához eszközöket kell használnunk. Hol legyenek az eszközök? Legtöbbjét praktikus egy sürgősségi táskában, a kocsiban tartani. Ha ugyanis váratlan dologgal találkozunk a helyszínen vagy a rendelőben, annyi idő általában van, hogy ezeket a kocsiból behozzuk vagy behozassuk.

A súlyos állapotú beteg ellátása során alapszabály, hogy azt kezeljük először, ami hamarabb okozhat végzetes elváltozást. Ehhez a legracionálisabb vizsgálati és ellátási sort kell alkalmaznunk, ami javítja a túlélést és megelőzi a szekunder károsodásokat. Ebben segít a sürgősségi betegvizsgálat és ellátás ABCDE-je, amit a beavatkozás során többször meg kell ismételnünk. (1. táblázat).

### „A” – ÁTJÁRHATÓ LÉGÚT

A legegyszerűbb légútbiztosításhoz a kezünkön kívül más eszköz nem kell. Az átjárható légút folyamatos fenntartására ha nincs segítségünk, aki folyamatosan tartja a beteg fejét, eszközt is használnunk kell (2. táblázat).

## SZÜKSÉGES ESZKÖZÖK

### Oropharyngealis tubus

Behelyezése egyszerű, de legalább 5 féle méretű szükséges belőle, 0–4-esig.

### Szívók és katéterek

Újszülött- és kiscsecsemőkorban előfordul hogy az orrban, a légutakban felgyülemelő váladék azonnali eltávolítása önmagában elegendő ahhoz, hogy javuljanak a légzési paraméterek, rendeződjön a gyer-

mek állapota. A kézi vagy motoros leszíváshoz használatos steril katéterekből több méretet érdemes magunknál tartani. A katéterek szívóhoz csatlakoztatható végét érdemes használat előtt ellenőrizni, hogy illeszthető-e, vagy adapterre van szükség.

## VÁLASZTHATÓ ESZKÖZÖK

Nasopharyngealis tubus – választható alternatíva lehet annak, aki ismeri a használatát.

### Intubáció

Az intubáció a legbiztonságosabb módja a légutak fenntartásának. Ez azonban valóban gyakorlatot igénylő, emelt szintű beavatkozás. Aki nem járatos benne, ne erőltesse, mert a mentő megérkezéséig a fenti légút-biztosítási módszerek is elegendők. Erre biztatnak minket azok a felmérések is, melyek kimutatták, hogy a prehospitalisan ellátott, súlyos állapotú gyerekek közül azoknak volt jobb a túlélése, akiket a helyszínen kielégítően lélegeztettek, de nem intubáltak.

### Laryngealis maszk

Látszólagos egyszerűsége ellenére gyermekkori alkalmazása a szövődmények gyakorisága miatt a helyszíni ellátásban egyelőre nem ajánlott. Ha valaki mégis úgy dönt, hogy vásárol egyet, fontos tudnia, hogy ennél az eszköznél csak a minőség dönthet, az ár nem.

### Conicotomiás szett

Nem olcsó dolog, de a kétes biztonságérzetet adó házi megoldásoknál lényegesen egyszerűbben és biztonságosabban használható.

### „B” – A LÉGZÉS VIZSGÁLATA, LÉLEGEZTETÉS

A légzés vizsgálata a fülünkkel, a szemünkkel és egy fonendoszkóppal kivitelezhető. Amennyiben az átjárható légutak biztosítását követően a gyermek lélegeztetésre szorul, azt haladéktalanul meg kell kezdeni. A módszer megválasztásához azt kell szem előtt tartani, hogy nem a léle-

„A” – átjárható légút  
„B” – légzés  
„C” – keringés  
„D” – neurológia  
„E” – teljes betegvizsgálat

1. táblázat

geztetés módja, hanem a tüdőbe, illetve a sejtekhez juttatott oxigén mennyisége a meghatározó. Eszközt keresni vagy eszközre várni ebben a helyzetben súlyos hiba. Szerencsére a kezünk és a szánk mindig rendelkezésre áll, és a probléma a legegyszerűbb módon, az eszköz nélküli lélegeztetéssel orvosolható.

Ha van segítségünk, illetve a gyermeknek van spontán légzése, de azt elégtelennek ítéljük, az ellátáshoz szükségünk lehet (3. táblázat):

## SZÜKSÉGES ESZKÖZÖK

### Maszk – szelep – ballon – reservoir

A hatásos lélegeztetéshez minden korosztály számára megfelelő méretű maszkkal és ballonnal kell rendelkezünk.

Érdemesebb az átlátszó, szilikonmaszkok közül választani, mert jó tömítést biztosítanak, a lélegeztetés alatt látható a gyermek színe és könnyen észrevesszük, ha hány. Az anatómiai formált maszkokat inkább a nagyobb gyerekek és a felnőttek lélegeztetéséhez ajánlják.

Az öntelődő ballonok szintén több méretben állnak rendelkezésre. A 250 ml-es ballonok csak az újszülöttek lélegeztetésére alkalmasak. Ha tehetjük, legyen két, különböző méretű ballonunk. Ha csak egy van, az a nagyobb úrtartalmú legyen.

A reservoir a ballonhoz csatlakoztatható kiegészítő eszköz. Segítségével – oxigén csatlakoztatása mellett a légköri 21% helyett, – az ajánlásokban szereplő 90–98% oxigénnel tudunk lélegeztetni. A ballonnal azonos márkájú reservoirt érdemes választani, mert a különböző gyártmányúaknak más és más lehet az illesztése.

## A LÉGÚTBIZTOSÍTÁS ESZKÖZEI:

### Szükséges eszközök

Oropharyngealis tubus (több méret)

Szívók és katéterek

### Választható eszközök

Nasopharyngealis tubus

Intubációs felszerelés

Laryngealis maszk

Conicotomiás szett

2. táblázat

\*A síófoki Kávészünet-konferencián elhangzott előadás szerkesztett változata

## Oxigénpalack és reduktor

Az oxigén a gyermekek sürgősségi ellátásában elengedhetetlen, hiszen anatómiai és élettani sajátosságok miatt ebben a korban a légzési elégtelenséggel járó sürgősségi kórképek a leggyakoribbak. Ma már kicsi, könnyen kezelhető, a sürgősségi táskában elhelyezhető palackok is forgalomban vannak. A palack reduktor nélkül használhatatlan.

## Oxigénmaszk, orrszonda

Többféle van, az egyszerűtől a reservoirral ellátottan át a szén-dioxid-visszalégzést gátlóig. Lehet választani. A legegyszerűbb, legolcsóbb is jól használható és nagy segítséget jelent. A maszkot a gyerekek általában jobban tűrik, mint az orrszondát, érdemes beszerezni. Ellátás során elég lehet az arc elé tartani.

## Gyógyszerporlasztó

Használatának előnye, hogy nem kell a gyermeket megszární, a gyógyszer lokálisan hat, így a szisztémás mellékhatások kialakulásának veszélye kisebb. Minden életkorban használható, enyhe és súlyos állapot esetén is, mert használata nem függ a beteg kooperációjától. Többféle mechanizmussal működő porlasztók vannak forgalomban, különböző áron. Az oxigénáramlással vezérelt gyógyszerporlasztó a legolcsóbb (1000 Ft alatti), egyszerűen kezelhető eszköz. Az oxigénvezeték és a maszk között egy kis tartály van, melybe a porlasztandó oldatot (pl. krupp esetén fiziológiás só, súlyos esetben epinephrint, asthmás gyerek ellátása során rövid hatású  $\beta_2$ -agonistát) lehet tenni. Használatához oxigénpalackra van szükség. Az ultrahangos porlasztókészülékek, melyekkel többféle gyógyszer porlasztható lényegesen drágábbak.

## Szteroid

Rendelkezésre állhat kúp, inhalációs oldat vagy ampulla formájában. Megfelelő dózisban bármely forma hatásos, különböző alkalmazási módok esetén a hatásidőben lehetnek különbségek.

## VÁLASZTHATÓ ESZKÖZÖK

### Pulzoximéter

A lélegeztetett vagy légzési elégtelenség miatt ellátott gyermek monitorozása legegyszerűbben pulzoximéterrel oldható meg. Egyszerű, újra csíptethető vagy ragasztható eszköz, ami a gyermek állapotának, a terápia hatásosságának felmérésében nagy segítségünkre van. Segítségével gyorsan és folyamatosan monitorozható a pulzusszám és az oxigénszaturáció. Ha a készülék nem mér, az gyenge perifériás áramlásra utal, amiből sokkra következtethetünk.

## A LÉGZÉS VIZSGÁLATÁNAK ÉS A LÉGZÉSI ELÉGTELENSÉG ELLÁTÁSÁNAK ESZKÖZEI

Szükséges eszközök	Választható eszközök	Gyógyszerek
Maszk – szelep – ballon – reservoir	Pulzoximéter	0,9 %-os NaCl
Oxigénpalack + reduktor	Gyomorszonda	Epinephrin
Oxigénmaszk, orrszonda	Spacer	Szteroid
Gyógyszerporlasztó		$\beta_2$ -agonista

3. táblázat

## Gyomorszonda

Elsősorban kiscsecsemőknél segít. A gyomrot folyamatos lélegeztetés mellett ugyanis könnyen felfújhatjuk, ami a lélegeztetés hatástalanságához, aspirációhoz vezethet.

## Spacer

Ha nincs gyógyszerporlasztónk, a porlasztandó gyógyszert tartalmazó tartály elé térfogatnövelő eszközt (spacer: pl. babyhalert, nespacert) helyezhetünk, mely segíti a belégzést a nehezen kooperáló gyermekek esetén.

## „C” – A KERINGÉS VIZSGÁLATA, A KERINGÉSI ELÉGTELENSÉG ELLÁTÁSA

A keringés állapotának megítéléséhez a pulzus tapintására (pulzusszám, ritmussos tapinthatóság), a perifériás perfúzió megítélésére (kapilláris újratelődési idő, bőrszín és hőmérséklet), a preload meghatározására (jugularis vénák teltsége, máj nagysága) van szükség.

## SZÜKSÉGES ESZKÖZÖK

### Vérnyomásmérők, mandzsetták

A vérnyomás nem elsődleges, de a keringési állapot megítéléséhez tartozó információ. A különböző életkorok normál értékeit ismerni kell. A pontos mérés érdekében fontos, hogy a gyermekre a megfelelő méretű, a felkar 2/3-át fedő mandzsetta kerüljön.

### Perifériás kanülök

A vénabiztosításnak és -fenntartásnak ma elfogadott legegyszerűbb módja a perifériás kanülálás. A branülök legnagyobb előnye a tűkkel szemben, hogy a meglágyuló műanyag kanül a végtag mozgása esetén sem szúrja át az érfalat, jól rögzíthető, többszöri gyógyszeradás lehetséges újabb szúrás nélkül. A súlyos állapotú kis beteg szállítása e nélkül elképzelhetetlen.

### A keringési zavar gyógyszerei

A táblázatban felsorolt injekciós készítmények a sürgősségi ellátásban a reanimáció, illetve az életveszélyes keringési zavarok ellátása során használhatók.

### Infúziós oldat és szerelék

Többféle oldat áll a sürgősségi ellátók rendelkezésére és szakmai ajánlások hatá-

rozzák meg a választás szempontjait. Elsőként az izotóniás, kristalloid oldatok (Ringer-laktát, 0,9% NaCl) választandók.

## VÁLASZTHATÓ ESZKÖZÖK

### EKG

Az orvosi rendelő felszerelése között kell hogy szerepeljen, hiszen a panaszok alatt készített görbe a kardiológus számára pótolhatatlan információkat tartalmaz.

### AED (Automated External Defibrillátor)

A Magyarországon „félautomata” defibrillátor néven elterjedt eszköz könnyen kezelhető. Bár gyermekkorban a kamrafibilláció előfordulása lényegesen ritkább, mint felnőttkorban, a defibrillátor kezelése néhány óra alatt elsajátítható. Egyetlen hátránya az ára.

### Intraossealis tű

Talán csak a szokatlansága miatt került a választható kategóriába. A nemzetközi vizsgálatok szerint használata egyszerűbb, gyorsabb és biztonságosabb, mint a perifériás vénáé. Fájdalmassága miatt csak indokolt esetben használjuk, eszméletlen lévő betegnél lokális fájdalomcsillapítás szükséges (1%-os Lidocain infiltráció). Használata fél óra alatt elsajátítható. Alkalmazása, egyszerűsége és biztonságossága miatt több nyugati országban már évek óta nővéri jogkörbe tartozik. Az Országos Mentőszolgálatnál – képzés és vizsga után – mentőápolók is használhatják.

## „D” – NEUROLÓGIAI VIZSGÁLAT ÉS ELLÁTÁS

A légzés és a keringés állapotának megítélése és a legszükségesebb beavatkozások megkezdése után a gyors neurológiai vizsgálat következik, melynek során eszközök használata nélkül a tudati szintet a pupillákat és az izomtónust kell megítelnünk. Specifikus beavatkozásra görcsjelek észlelése, illetve meningococcus meningitis gyanúja esetén van szükség.

### Diazepam Desitin rectalis oldat:

Sürgősségi helyzetekben a görcsállapotok megszüntetésének elsőként választandó gyógyszere. Az egyébként is nehézkes vé-

### A KERINGÉS VIZSGÁLATÁNAK ÉS A KERINGÉSI ELÉGTELENSÉG ELLÁTÁSÁNAK ESZKÖZEI

Szükséges eszközök	Választható eszközök	Gyógyszerek
Vérnyomásmérő + mandzsetták	EKG	Infúziós oldat
Perifériás kanülök (több méret)	AED	Tonogen
	Intraossealis tű	Amiodaron
		Atropin
		Adenosin
		Digoxin
		Furosemid
		Lidocain (1%)

4. táblázat

nás biztosítás helyett könnyen, gyorsan alkalmazható. 5 és 10 mg-os kiserelésben elérhető.

#### „E” – EGYESBÉK

Az alapvető életfunkciók biztosítása után következik a beteg részletesebb fizikális vizsgálata. Vizsgáljuk a légzési, keringési elégtelenség, eszméletlenség hátterében feltételezhető, a helyszínen befolyásolható kórállapotokat, keressük a rejtett sérülésekre, a mérgezésre utaló tüneteket.

#### SZÜKSÉGES ESZKÖZÖK

(5. táblázat)

##### Hőmérő, lázcsillapítás gyógyszerei

Többféleből választhatunk, az ajánlásoknak megfelelően kerüljük a kombinált szerek alkalmazását.

##### Vércukormérő, tesztcsíki

A vércukorszint normálistól való eltérése a különböző kórállapotok oki tényezője és következménye (pl. mérgezések) is lehet. A vércukorszint könnyen és gyorsan mérhető, ezért sürgősségi helyzetekben mindig érdemes gondolnunk rá. A gyakrabban előforduló hypoglykaemia a helyszínen könnyen kezelhető.

##### Gyomormosó felszerelés, orvosi szén

A mérgezésekről szóló ajánlások alapján használatuk behatárolt.

##### Választható eszközök

Egyéves kor felett a trauma a vezető halál. Az eddigieken túl, a következő eszközök lehetnek fontosak:

##### Nyakrögzítő gallér

A nyaki gerinc védelme megoldható eszköz nélkül (folyamatosan neutrális helyzetben kell tartani a nyakat), ha elég kéz van az ellátáshoz. A szorgos kezeket helyettesíthetjük a nyakrögzítő gallérral. Mivel létezik állítható változata, amely minden korosztálynál használható, egy darab gallér beszerzése elegendő.

##### Végtagrögzítő sín

A gyerekeknél a végtagtörések a leggyakoribbak, az immobilizálás jelenti a legjobb fájdalomcsillapítást.

##### Égési kötszer

Az égett betegek első ellátása során alkalmazandó hűtés hideg víz segítségével megoldható, de a szakmai ajánlások előnyösebbnek tartják az égési kötszerek használatát az izolálás, a sterilizálás biztosítása, a jobb hatásfokú lokális hűtés miatt.

#### KIEGÉSZÍTŐ ESZKÖZÖK

Akut mérgezés esetén, ha ismert a mérgező előidéző anyag vagy vegyszer, értékes információkat kaphatunk a nap 24 órájában a tünetekről, az első ellátás lépéseiről telefonon az **Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat**tól a **06/80-201-199**-es telefonszámon vagy a [www.toxinfo.hu](http://www.toxinfo.hu) oldalon.

Továbbképzésekről, szakmai ajánlásokról a [www.oftex.hu](http://www.oftex.hu), illetve a [www.reanimatio.com](http://www.reanimatio.com) oldalakon szerezhetünk tájékoztatást.

Akut helyzetekben, konzultáció céljából is hívható a **Gyermekmentő**n szolgálatot teljesítő orvos, mindennap 8 és 20 óra között, a **06/20-264-7520**-as számon.

Súlyos, életveszélyes állapotban lévő gyermek ellátása során a legnagyobb gondot néha nem az eszközök, gyógyszerek, hanem az értő és segítő kezek hiánya

jelenti. Sürgősségi ellátásban is csak az együttműködés és a jó kommunikáció vezethet sikerhez. A helyszínen dolgozó házi gyermekorvos bejelentése után az OMSZ szolgálatvezetője azt a legközelebbi mentőegységet küldi a helyszínre, amely leginkább tud segíteni a gyermek ellátásában. Előfordulhat, hogy a magasabb egységet (rohamkocsit, Gyermekmentőt vagy a gyermekgyógyász mentőorvost) messzebből, párhuzamosan tudják csak indítani.

Fordított eset is elképzelhető, amikor az OMSZ szolgálatvezetőjéhez bejutott bejelentés alapján a helyszínre indítható legközelebbi esetskocsinak van a házi gyermekorvos szakmai segítségére szüksége a rohamkocsi kiérkezéséig. Vannak területek, ahol ez a fajta együttműködés példaértékűen működik.

A sürgősségi ellátás elméleti és gyakorlati ismereteinek elsajátításán túl a képzések során hasznos volna a közös gyakorlat. Így az azonos területen dolgozók jobban megismerjék egymás eszközeit és lehetőségeit, hogy az akut esetek ellátása során könnyebben, akár szavak nélkül is tudjanak együtt dolgozni.

#### ÖSSZEFOGLALVA:

Az eszköz áldás és átok. Betegnek, orvosnak egyaránt. Bizonyos helyzetekben a beteg megfelelő eszközök nélkül menthetetlen, mégis a helyszínen lévő orvos lélekjelenléte, szakmai tapasztalata, a beteg állapotának gyors, eszközök nélküli helyes felmérése és az alapvető, eszköz nélküli beavatkozások (légútbiztosítás, lélegeztetés) elvégzése az, ami életet menthet. A sürgősségi betegellátás dinamikusan fejlődő terület, évről évre új eljárások és eszközök kerülnek bevezetésre. Nem csoda, ha ma nincs a fentiekből minden az autó csomagtartójában. Nagy jelentőségű viszont a sürgősségi helyzetekre vonatkozó szakmai ajánlások ismerete, az igazán szükséges néhány, könnyen megtanulható, eszköz nélküli és eszközös beavatkozás gyakorlása és a tudás folyamatos szinten tartása.

### A VIZSGÁLAT ÉS ELLÁTÁS EGYÉB ESZKÖZEI

Szükséges eszközök	Választható eszközök	Gyógyszerek
Hőmérő	Nyakrögzítő gallér	Lázcsillapítók
Izolációs takaró	Végtagrögzítő sín	Glükózoldat
Vércukormérő+tesztcsíki	Égési kötszer	Calcimusc
Gyomormosó felszerelés		MgSO <sub>4</sub>
Kötszerek, sebfertőtlenítő oldat		Orvosi szén
		Fájdalomcsillapítók

5. táblázat





## Kanyarójárvány az USA-ban és Németországban

*A New England Journal of Medicine* 2006. augusztus 3-i száma számol be egy Indiana államban kitört kanyarójárványról, amely 1996 óta a legnagyobb ilyen járvány volt az USA-ban. Az első beteg egy 17 éves, Romániából hazatért, morbilli elleni védőoltásban nem részesült lány volt, aki annak ellenére, hogy a prodromalis tünetek már jelentkeztek, a hazatérését követő nap egy templomi összejövetelen vett részt. Összesen 34-en betegedtek meg, akik közül 32-en nem voltak vakcinálva. A két oltott beteg közül az egyik hatéves korában emlékeztetőt is kapott, a másik viszont csak egyszeri oltásban részesült (13 hónapos korában). Ez utóbbi 34 éves kórházi dolgozó a hospitalizált betegektől fertőződött meg. Megbetegedése miatt a kórházban fekvő immunszuprimált betegek, a még nem oltott csecsemők és a személyzet morbilliellenanyag-statusának vizsgálata vált szükségessé.

A kanyarós betegek közül hárman hospitalizációra (egyikük többnapos lélegeztetésre) szorult pneumonia és ARDS miatt. Az első hullámban 19-en betegedtek meg, Ők fertőzték meg a további 14 személyt. Indianában a morbilli elleni vakcinált gyermekek aránya 98% (ők 6 éves korukban emlékeztető oltásban is része-

sültek). Az istentiszteleten részt vevő mintegy 500 személy között 35 olyan akadt, aki nem kapott védőoltást, közülük 31-en betegedtek meg. Az iskoláskorú betegek 71%-a nem kapta meg a beiskolázás előtti emlékeztető oltást. A vakcinációban nem részesült személyek többnyire a médiában megjelent – az autizmussal feltételezett összefüggést taglaló – cikkek miatt tagadták meg a védőoltást. A járvány lokalizálása, a nem immunizált személyek aktív és passzív védőoltása, a potenciális fertőzöttek felkutatása, a betegekkel érintkezettek immunstátuszának vizsgálata és a kórházi kezelés mintegy 170 ezer dollárt tett ki. A magas védőoltási ráta ellenére mindig vannak olyan csoportok, akik ilyen vagy olyan meggondolásból visszautasítják a vakcinációt, körükben a járványok fellépése a jövőben is valószínű. Hatásos stratégiát kell kidolgozni arra, hogy a védőoltások komplikációi vagy feltételezett hátrányai ne késztesse a védőoltások tömeges megtagadására.

Hasonló, de az előbbinél sokkal kiterjedtebb kanyarójárványról számol be a Kinder- und Jugendarzt júniusi száma. A járvány során Észak-Rajna-Weszfáliában mintegy ezernégyszáz gyermek betegedett meg, és legalább 180 kórházi fel-

vételre volt szükség. Az ottani hatóságok, a gyermekorvosok kifejezett kérése ellenére, sokáig nem vezették be a megfelelő rendszabályokat, nem történt meg a kiterjesztett újraoltás, és nem tiltották ki a közösségből az oltatlan személyeket. A legújabb kutatások szerint a kanyaró leg súlyosabb szövődményének, az SSPE-nek (subakut sklerotizáló panencephalitis) gyakorisága nem 1:1 000 000, mint eddig gondolták, hanem valószínűleg 1:10 000, sőt csecsemőknél 1:5000. A kanyaró elleni védőoltásban részesült gyermekek aránya Németországban 90% felett van, de ez nem elegendő az ismételt fellépő járványok megelőzésére. A szerzők szerint csak a „no vaccination – no public school” elrendelése vezetne eredményre. Ez annál is inkább szükséges lenne, mert Németország a WHO felé elkötelezte magát arra, hogy 2010-re eliminálja az országból a kanyarót. Ez azonban már politikai döntést igényel, ami úgy látszik Németországban sem könnyű.

Parker A. A. et al: Implications of a 2005 measles outbreak in Indiana for sustained elimination of measles in the United States *N Engl J Med* 2006;355:447-455

Mulholland E. K: Measles in the United States, 2006 *N Engl J Med* 2006;355:440-443

Kownatzki R et al: Zum Masern-Ausbruch in Nordrhein-Westfalen *Kinder- und Jugendarzt* 2006;37:404-405

## Antibiotikum-fogyasztás az alapellátásban

Belga szerzők tollából jelent meg az a közlemény, amely 34 európai ország háziorvosainak antibiotikum-felírási szokásairól számol be. A felmérésre az Európai Bizottság megbízásából került sor.

Az 1997 és 2003 közötti periódust kérdőív segítségével vizsgálva 25 országból kaptak értékelhető adatokat, és az eredményeket 1000 lakos/nap egységben (DDD) fejezték ki. A legmagasabb és legalacsonyabb értékek között mintegy háromszoros különbséget találtak, Görögországban 31,4 DDD, míg Hollandiában 9,8 DDD volt ez az érték. Az egyes antibiotikum-csoportok indikációjában óriási különbségek adódtak. Míg a penicillin-származékok használatában csak négy-

szeres (Szlovákia 15,2 DDD, Hollandia 3,86 DDD), addig a makrolidok esetében 11-szeres (Görögország 9,36 DDD, Svédország 0,85 DDD), a quinolonok esetében 12-szeres (Portugália 3,1 DDD, Dánia 0,25 DDD), a cefalosporinok esetében 270(!)-szeres (Görögország 6,18 DDD, Dánia 0,02 DDD) különbségeket találtak. Az antibiotikumok használata és a szezonális fluktuáció geográfiai jellegzetességeket mutat, kis szezonális variáció és alacsony fogyasztás az északi államokra, magas fogyasztás Európa déli felére jellemző, kevert a kép Kelet-Európában.

A szerzők végkövetkeztetése szerint az antibiotikumok indikációja a járóbeteg-

ellátásban inadekvát, ami elősegítheti az antibiotikum-rezisztencia kialakulását.

A magyarországi vizsgálatok szerint a járóbeteg-ellátásban 20,2 DDD az antibiotikum-fogyasztás, és kiemelkedően magas a penicillin plusz béta-lactamáz inhibitor indikációja. A kórházi használat (24,8 DDD) nemzetközi viszonylatban igen alacsonynak mondható (az európai átlag 49,6 DDD).

Ferech M et al: European surveillance of antimicrobial consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe *J Antimicrob. Chemother* 2006;58:401-407

Elseviers MM et al: Antibiotic use in ambulatory care in Europe (ESAC data 1997-2002): trends, regional differences and seasonal fluctuations *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006 May 15

Benkő R et al: Antibiotic consumption between 1996 and 2003: national survey and international comparison *Orv Hetil* 2006;147:1215-1222

# A zsiradékok helye a tudatos táplálkozásban

**FEKETE KRISZTINA DIETETIKUS**  
**Országos Egészségfejlesztési Intézet**

A szülők többnyire minden tőlük telhetőt megtesznek, gyermekük helyes étkezéséért. A gyermek táplálkozását meghatározza egyrészt, hogy mit ad neki a szülő, másrészt, hogy milyen példát lát, milyen körülmények között étkezik.<sup>1</sup> Az étrend, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás és a táplálkozás szocioökonómiai, kulturális, környezeti tényezői befolyásolhatók. A helyes táplálkozási szokások alakításában a családnak kiemelt szerep jut.

A tápanyagtáblázatok általában jelölik az életkorok szerinti átlagos, ajánlott napi energiafelvételt (1. táblázat). Ezek az értékek nem érvényesek egyformán mindenkire. Aki aktívabb életet él, többet mozog, annak nagyobb az energiaszükséglete, míg az inaktív életvitel kevesebb energiát igényel.

## Az ajánlott napi átlagos energiafelvétel

Nem	Korcsoport	Ajánlott napi energiafelvétel
	7–10 év	2200 kcal
Fiúk	11–14 év	2700 kcal
	15–18 év	2800 kcal
Lányok	11–14 év	2400 kcal
	15–18 év	2300 kcal

1. táblázat

A gyermekek egészséges táplálkozásának kialakításához az egyéni energiaszükségletet kell meghatározunk, ehhez ismernünk kell az adott gyermek alapanyagcseréjét és fizikai aktivitását<sup>2</sup> (2–3. táblázat).

A megfelelő mennyiségű és minőségű zsiradék létfontosságú a szervezet számára. Nélkülözhetetlen többek között a zsírban oldódó vitaminok felszívódásához,

a hormonok képzéséhez, hozzájárul a testhőmérséklet állandó szinten tartásához, az idegrendszer zavartalan működéséhez, védi a szerveket, szöveteket, és energiát biztosít a szervezet számára.

Zsiradékhoz a főzésnél, a szendvicskészítésnél használatos, illetve az élelmiszerekben lévő „látható” és „rejtett” zsiradékok formájában jutunk hozzá.

Csoportosíthatjuk őket eredetük és összetételük alapján. A növényi eredetű zsiradékok élettani szempontból kedvezőbbek, ezért fontos, hogy nagyobb arányt képviseljenek az étrendben az állati zsiradékkal szemben.

A zsírokat különböző zsírsavak alkotják, amelyeknek más-más élettani szerepük van. Vanak telített, illetve egyszerűen és többszörösen telítetlen zsírsavak. A telített zsírsavak főként állati eredetű hús- és húskészítményekben, tej- és tejtermékekben, míg a telítetlen zsírsavak – melyeknek a napi zsírszükséglet kétharmadát kell biztosítaniuk – inkább a növényi olajokban, margarinokban és tengeri halakban találhatóak. A zsiradékok – különösen a növényi olajok, margarinok – fontos forrásai az E-vitaminnak, és egyes zsiradékoknak számottevő az A- és D-vitamin-tartalma is.

Hogyan lehet a szükséges zsírmennyiséget tudatosan, körültekintően beilleszteni az étrendbe? Lehetőleg változatosan, vegyesen, a gyermek rendszeres mindennapi étkezésébe, például a reggelijébe beillesztve. Ez az étkezés a gyermekeket el látja a délelőtti fizikai és szellemi tevékenységekhez szükséges energiával, fokozza a teljesítményt, javítja a memóriát és a kognitív funkciókat<sup>3</sup>, segít megbirkózni a napközbeni feszültségekkel. Ennek tudatában a szülő lehetőségeihez

## A fizikai aktivitásnak megfelelő energiaszükséglet kiszámítása (átlagos faktorok)

Nem	Könnyű	Mérsékelt	Nehéz
	fizikai munka		
Fiú	1,55	1,78	2,10
Lány	1,56	1,64	1,82

Példa: 14 éves, 52 kg testtömegű fiú, könnyű fizikai aktivitás mellett a napi energiaszükséglete:  $1561 \times 1,55 = 2420$  kcal

3. táblázat

mértén tegyen meg mindent annak érdekében, hogy gyermeke ne menjen reggeli nélkül iskolába. Nem nagy ördögösség: lehet ez egy szelet margarinnal megkent teljes kiőrlésű lisztből készült kenyér, amelyre sovány felvágott vagy sajt, netán házi körözött kerül, idényzöldekkel megpakolva, teával, tejjel vagy joghurttal kiegészítve. A kenyér szénhidrátforrás, de a zöldekkel együtt biztosítja az egészséges emésztéshez nélkülözhetetlen rostokat, egyes vitaminokat és ásványi anyagokat. A margarin gazdag telítetlen zsírsavakban, a sovány tej és tejtermékek, valamint húskészítmények pedig a jó minőségű fehérjék forrásai. A nap első étkezése kiváló alkalom arra is, hogy a család együtt üljön az asztalhoz.

A gyermekek az egészséges táplálkozás hatására megfelelő mennyiségű és minőségű tápanyagokhoz jutnak, amelyek szükségesek testi-lelki fejlődésükhöz, növekedésükhöz, szervezetük zavartalan működéséhez. Ezzel nemcsak hosszú távon járulunk hozzá egészségükhöz, de egyben csökkentjük a táplálkozással összefüggő betegségek – elhízás, cukorbetegség – kialakulásának a kockázatát is. A preventív étkezés feltételeinek megteremtése közös felelősség, amelyben a család mellett az egészségügyi szakembereknek is kiemelt szerepük van.

Irodalom:

1. Ágoston H. – Böcs É. – Domonkos A. és mtsai (2005): Táplálkozási ajánlások várandós és szoptató anyáknak. Budapest: OEFI.
2. Az adatok forrása: Biró Gy. – Lindner K. (1999): Tápanyagtáblázat. Budapest: Medicina.
3. Domjáné Fejős Sz. (2006): A reggeliről és a reggeliző-pelyhekről, Budapest: Új diéta

## Az alapanyagcsere kiszámítása

Nem	Életkor	Alapanyagcsere (kcal/nap)
Fiú	4–10 év	$22,7 \times \text{testtömeg} + 495$
	11–18 év	$17,5 \times \text{testtömeg} + 651$
Lány	4–10 év	$22,5 \times \text{testtömeg} + 499$
	11–18 év	$12,2 \times \text{testtömeg} + 746$

Példa: 14 éves, 52 kg testtömegű fiú napi alapanyagcseréje  $17,5 \times 52 + 651 = 1561$  kcal

2. táblázat

# In memoriam Pintér Attila



A legnincstelenebb erkölcsi időkben is volt mindenkire egy szava, egy gesztusa, egy mosolya. Nem volt kapkodó, felszínes, harsány; a legkülönbözőbb hivatali pozíciókban sem volt lényében semmi gőg, semmi fölény, agresszió, magamutogatás vagy önimádat. Lelkiismeretes volt és aprólékos, szerényen és hangyaszorgalommal tette a dolgát. Rá lehetett bízni a „kényes” feladatokat: emberi tartása, diplomáciai érzéke, udvariassága, mértéktartó bölcsessége és hamiskás mosolya az örök jólöltözöttséggel egyedivé tette az egészségpolitikusok között.

A jövő-menő vezetői „üdvöskék” mellett üdítő, stabil kivétel volt, ki mindhalálra megőrizte felelősségérzetét az emberek, a gyermekek sorsa iránt; ki átlátta, hogy egy-egy rendelkezés milyen mélyen befolyásolhatja emberi életet, mennyi lehetőséget teremthet, vagy vehet el azoktól.

Hosszú évtizedeket végigélve a döntéshozók sűrűjében: egy kincstárnyi adat és történet volt a fejében. Ha feladatot kapott, körbejárta, szakmai kapcsolataival az apró részletekig ellenőriztette, összegyűjtött régebbi anyagaival összevetette.

Ha valamelyikünk keresett valamit a régmúltból, kívülről mondta az oda vonatkozó rendeleteket, majd a változtatásait is kronológiai sorrendben. Váltig biztattam: egyszer talán meg kéne írnia mindezt.

Rendkívüli egyéniség volt. Aki találkozott vele, aki csak ismerte, annak ő mindig „a Pintér Attila” marad.

Nyugodjék békében!

KZ



## Országos Alapellátási Intézet

Telefon/fax: 239-0474, 239-0473

### 50 kreditpont!

#### Tanfolyam házi gyermekorvosok részére

2006. szeptember 25–29.

A felnőttkori cardiovascularis megbetegedések prevenciójának lehetőségei (dr. Újhelyi János). Fejfájás, cerebrálparesis (dr. Szever Zsuzsanna). Jogi ismeretek (dr. Kovács Zsuzsanna). Sürgősségi gyermekellátás (dr. Újhelyi Enikő). Az oktatási intézményekben végzendő gyermekorvosi feladatok az új trendek tükrében (dr. Aszmann Anna). Új kórokozók, új betegségek, új védőoltások – az infektológia aktualitásai (dr. Kulcsár Andrea). Teammunka gyermekrehabilitációban (dr. Vekerdy Zsuzsanna). Táplálkozási betegségek, veszélyek a csecsemőkortól a serdülőkorig (prof. Dr. Czimmer Antal). Pszichológia a gyermekkorban (Pálmai Katalin). Amit a drog-ról az alapellátó gyermekorvosnak tudnia kell – toxikológia, addiktológia kérdései az alapellátásban (dr. Zacher Gábor). Gyermekkardiológia aktualitásai (dr. Környei László). Bőrgyógyászati újdonságok (dr. Szalai Zsuzsanna). Gyermekpulmonológia – az asztma aktuális kérdései (dr. Kádár László).

#### Az előadások helye: OALI

Budapest XIII., Szabolcs u. 33–35., 49. Oktatási épület, 3. terem

## AKKREDITÁLT PONTSZERZŐ TÁVOKTATÁS GYERMEKORVOSOK RÉSZÉRE

Látogasson a [www.peditop.com](http://www.peditop.com) honlapra!  
Interaktív on-line tananyagok képekkel,  
videóillusztrációkkal:

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Gyermekkori fejfájás                              | 15 pont |
| 2. Allergiás betegségek megelőzése és kezelése       | 20 pont |
| 3. Hematológiai és daganatos kórképek gyermekkorban. | 20 pont |
| 4. Kommunikáció                                      | 20 pont |

Távoktatással évente összesen 20 pont szerezhető.

Az interneten teljesíthető vizsga sikerességéről értesítjük, a pontszámokat eljuttatjuk az Orvosok Továbbképzési Nyilvántartása részére.

## Praxisok

- Budapesten, belvárosi házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon 19 óra után: 06/70-205-3192.
- Bejárattott, 680 fős gyermekpraxis eladó Budapesten, a III. kerületben. Érdeklődni: 06/30-811-4110, kizárólag az esti órákban vagy szombat-vasárnap lehet.
- Budapest XVII. kerületében, családi házas területen, 1160 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/20-941-8023.
- Szombathely belvárosában nagy létszámú gyermekörzet praxisjoga eladó, heti egy-két napon helyettesítés megoldható. Központi ügyelet van. Telefon: 06/30-367-2553.
- Házi gyermekorvosi működtetési jog eladó Budapest XX. kerületében. Érdeklődni lehet a Mediconsult Kft.-nél, a 06-1/339-3704-es telefonszámon.
- Budakeszin gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/30-740-5548.
- Orosházán 1030 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van. Telefon: 06-68/412-911.
- Nyugdíjas gyermekorvos tartós helyettesítést vállal Budapesten (esetleg vonzáskörzetében) vagy Veszprémben. Telefon: 06/30-237-3656.
- Budapesten, a XV. kerületben házi gyermekorvosi praxis eladó. Telefon: 06/30-972-2795

Folytatódik a SE II. sz. Gyermekklinika és a HGYE továbbképző sorozata  
**„Beszélgetések a gyermekgyógyászatról”**

**2006. október 12., csütörtök**  
**Mikrobiológiai és szerológiai vizsgálatok**  
 dr. Schmidt Marianne, dr. Pataki Margit,  
 dr. Kelecsényi András

**2006. november 9., csütörtök**  
**Zavar az értelmi fejlődésben**  
 dr. Kálmánchey Rozália, dr. Ablonczy Mária, Cziegler Orsolya

**2006. december 14., csütörtök**  
**Visszatérő infekciók**  
 dr. Luczay Andrea, dr. Constantin Tamás, dr. Németh Julianna

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

A tanfolyam akkreditációja folyamatban van.

**„Gyermekpszichiátriai kórképek etiológiája, tünettana, diagnosztikája és terápiája”**

**2006. szeptember 21–22.**  
 SE I. sz. Gyermekklinika, Koós Aurél terem  
 (1083 Bp., Bókay János utca 53., II. emelet)

A tanfolyam díja: 10 000 Ft.  
 Vizsga esetén 34 kreditpont.

Tanfolyamunkat 2006. november 23–24-én megismételjük.

**Gyermekpszichiátriai továbbképzés**

**Időpontok: 2006. szeptember 20.;**  
**október 11.; november 08.; december 13.;**  
**2007. január 10. (10.00–12.30)**

SE I. sz. Gyermekklinika, Koós Aurél terem

A tanfolyam díjmentes.

A tanfolyamok felelőse: Dr. Pászthy Bea  
 A képzésekre a (1) 334-3186/2785 telefonon  
 vagy a (1) 334-1134-es faxszámon, Sümegi Ágnes titkárnőnél  
 lehet jelentkezni. Elérhetőség: sumegi@gyer1.sote.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  
 Címlapfotó: Kádár Ferenc

