

Bermuda-háromszög

Már megalakulásunk első pillanataiban magyaráznunk kellett a „bizonyítványt”, hogy tudniillik miért alakítottunk mi az Orvosi Kamara mellett különálló érdekvédelmi szervezetet. Külön, csak a házi gyermekorvosoknak. A kérdés azóta is időről időre felvetődik, és mi mindig ugyanazt a választ adjuk: azért, mert a helyzetünk sajátos, mert a körülmények határozták meg, kényszerítik ki ma is különállásunkat.

Sokan emlékeznek még arra, hogy a házi orvosi rendszer egyébként dicséretes kialakításával egy időben, nem is annyira régen, teret kapott a gondolat, hogy nincs szükség az alapellátásban gyermekorvosra. Az angolszász és skandináv modell került a szakmai irányítás látóterébe. Akkor, abban a kétségbeejtő helyzetben kellett felismerünk, hogy mennyire egyedül vagyunk. Hogy sem a házi orvosok, sem kórházi kollégáink, de még a kamara sem áll ki mellettünk.

Rajtunk kívül nem akarta, vagy nem tudta senki a területi gyermekorvosok speciális érdekeit felkarolni. Na, ettől az időtől származtatható a mi különutas, házi gyermekorvosi érdekvédelmünk. Azóta is nekünk kell, csak nekünk – egy igen vékony pallón egyensúlyozva – szót értenünk a hatalommal, legyen az bármilyen színezetű, nevezék azt bárhogy is.

Tudományos bizonyítékok támasztják alá a gyermekorvosok pótolhatatlanságát az alapellátásban. Ennek érdekében akarjuk korszerűsíteni, dinamizálni a gyermekorvosi egészségügyi ellátás területi rendszerét magunk is. Finanszírozási érdekből azonban ma is sokan gondolják, hogy érdemes lenne helyettünk inkább a túlélésükért küzdő kiskórházakra, kisosztályokra, vagy az olykor hályogkovács módjára „bátor” vegyes praxisokra bízni a gyerekek tömegeinek alapellátását. Egymáshoz támasztott vállal ezért kell több, olykor látható, olykor kevésbé látható, de ellenérdekű féllel szemben viaskodunk.

Mi is fontosnak tartjuk a végre orvoshoz méltó élet- és munkakörülmények kiharcolását, de nekünk nagyon nem mindegy, hogy mikor és milyen eséllyel megyünk bele egy összecsapásba. Nem lehetünk mindig konfrontatívak, mert az érdekvédelmi csatározásokban a kicsiknek nagyobbak a kockázataik. A hatalom haragja könnyebben fordul a kisebb ellenfél ellen, a Hatalom, a MOK és a HGYE Bermuda-háromszögében még oda is veszhetünk.

Ezeket a gondolatokat az a levélíró kolléga inspirálta, aki a kamara melletti hangos és egyértelmű kiállást kérte tőlünk számon. Egyesületünk fontosnak tartja az általános érdekek talaján megvalósuló összefogást, de „békeidőben”, civil viszonyok között soha nem kívántuk, nem kívánhatjuk tagjainktól a vezényszóra történő, együttes díszmenetet. Főként az akár egzisztenciájukat is érintő kérdésekben nem. Ezekben a döntéseket rájuk bízuk, és nem ellenőrizzük, hogy ki hogyan határozott, kit vezérel az elvárásainak megfelelő lét kikényszerítése és kit elsődlegesen a pőre politikai érdek. Ez ugyanis mindenkinek a magánügye, méltányolandó politikai nézete.

Egy kisebbségben érdeket védő, számtalan egyéb veszélynek kitett civil szakmai szerveződésnek óvatosan kell mozognia a nagypolitika útvesztőiben. Olykor ugyan jó a kisegérnek az elefánttal együtt masírozni. A hídon átkelve ilyenkor érezhető, hogy dübörög a léptünk. De az együtt masírozásban megeshet az is, hogy rálépnek a kisegérre, és az elefántnak nincs ideje a kisegér sérülésével bíbelődni... Ami így akár végzetes is lehet.

Dr. Huni King

TARTALOM

- Mit tettünk? 2–4
- Rosszul kommunikálunk? 6–7
- Gyermekjogok
gyermekcipőben 7
- Miért csináljuk? 8–9
- Ütjük a vasat 9
- Egyharmaddal
csökkenhet
a gyermekhalálozás . . 11–12
- Szülőként és orvosként . . . 13
- Kell-e a gyermekkori
hiperkoleszterinémiát
gyógyszeresen kezelni? 14–15
- A kövérségről – másként 15
- Táplálkozás, testedzés,
kalória-egyensúly 17
- A rövidítések
útvesztőjében 19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2008-ban:



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének beszámolója (2005–2008)

I. HELYZETÉRTÉKELÉS

A HGYE vezetőségének beszámolója az elmúlt négy év tevékenységét igyekszik összefoglalni és értékelni. Talán nem tűnik szerénytelenségnek, ha kijelentjük, hogy a legutóbbi választási időszakban olyan jelentős eredményeket sikerült elérni, melyek alapján megalapozottan állíthatjuk, hogy egyesületünk szakmai, szakmapolitikai, érdekvédelmi, szervezési és gazdasági téren is fejlődött.

Szakmai tevékenységünket és érdekvédelmi stratégiánkat meghatározza, hogy a gyermekek ügyének védelme eltérő szinteken és területeken, de a fejlett és a fejlődő országokban egyaránt nagy nehézségekbe ütközik. A legtöbb országban nem működik hatékony gyermek-lobby. A gyermekgyógyászat – és ezen belül a gyermekorvosi alapellátás – a nemzetközi és a hazai szintereken is olyan kihívásokkal viaskodik, amelyeket egyedül, orvosszakmai és politikai támogatás hiányában képtelen megoldani. A házi gyermekorvoslást sehol nem ismerik el önálló szakmai entitásként, ezért mindenhol orvosi és nem orvosi szakterületek kacérkodnak a gyermekek területi orvosi ellátásának átvételével. Országunkban az adminisztratív megszüntetés veszélyét a 90-es évek közepén ugyan sikerült elhárítani, de azóta is történnek kísérletek a párhuzamos (védőnői, iskolaorvosi, sürgősségi, háziorvosi) ellátások – a házi gyermekorvosok kompetenciájának rovására történő – kiterjesztésére.

A gyermekek és a területen dolgozó gyermekorvosok védelme a sajátos orvosszakmai és egészségügyi környezetben önálló érdekvédelmi szervezetet és különleges taktikát igényel. Állandó célkitűzésünk és feladatunk, hogy elsősorban a szakmai tartalom és a kompetencia bővítésével igazoljuk a gyermekorvosi alapellátás jelentőségét és fontosságát. Azt, hogy a gyermekek speciális orvosi igényeinek kielégítésében pótolhatatlanok vagyunk, a gyermekgyógyászatban belül és kívül folyamatosan bizonyítanunk kell.

Az elmúlt négy év az egészségügyi reformok ígéretének megindulásának, majd megtorpanásának jegyében telt el. A gyermekorvosi alapellátás ma is ugyanazokat a szervezeti és működési anomáliákat nyögi, melyektől az elmúlt évtizedekben



is szenvedett. Alapvető, a gyermekorvosi alapellátást fejlesztő reformlépésekre, a praxisainkat szakmai és gazdasági szempontból megerősítő szerkezeti és finanszírozási átalakításokra nem került sor.

Az állandó és befejezetlen reformkísérletek nem javították a rendszer működését, a korrekciók indokolatlan anyagi és szellemi kapacitást kötnek le. Az alapellátás fejlesztése az önkormányzatok hatáskörébe került, ezért az uniós pályázatok eredményei alig vagy csak nagyon áttételesen jelentkeznek.

Az elmúlt időszak változtatási kísérletei a házi gyermekorvosi rendszert ugyan érintették, de soha nem vették figyelembe a hálózat speciális körülményeit és igényeit. A rendeletek jelentős része a gyermekorvosok számára értelmezhetetlen és alkalmazhatatlan volt. Továbbra is válasz nélkül maradtak olyan alapvető kérdések, mint a demográfiai helyzet, a morbiditás változásai, az ellátórendszer (évtizedekkel ezelőtti igényeknek megfelelő) korszerűtlen struktúrája, az utánpótlás helyzete, a gyermekorvosok növekvő átlagéletkora.

A 18 év alattiak ellátásában a gyermekorvosok–vegyes praxisok 70–30%-os részesedése változatlan maradt. Ez a csökkenő gyermeklétszám mellett azt jelenti, hogy a gyermekorvosi hálózat ma kevesebb gyermeket lát el, mint évekkel korábban. A 14 éves korig ellátottak aránya ugyan növekedett, de egyidejűleg emelkedett a 14 és 18 évesek között a háziorvosokhoz tartozók aránya is.

Az alacsony születésszám nem kompenzálja a rendszerből „kiöregedő” gyermekek magasabb számát, ezért csökken a praxishoz tartozók létszáma. Minthogy a fejkvóta a páciens követi, összmenyiségében folyamatos a forráseltolódás a gyermekorvosi hálózattól a háziorvosi rendszer irányába. Fenntartási költségeink közben emelkednek. Egyre több a működését nehezen finanszírozó, kis létszámú praxis, csökken irántuk az érdeklődés, praxisaink mind nehezebben adhatók el.

II. ÉRDEKVÉDELEM

Egyesületünk a területen dolgozó gyermekorvosok és a gyermekek érdekeinek védelmével, szakmai és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkozó civil szervezet. Érdekvédelmi munkánk során figyelemmel voltunk az egész magyar gyermekgyógyászat érdekeire is. Megalakulásunk óta hirdetjük és gyakoroljuk politikamentességünket, ezért a közvetlen politikai kérdésektől igyekeztünk távol tartani magunkat. Meggyőződésünk ugyanis, hogy egy érdekvédelmi tevékenységet folytató civil szervezetnek mindig beszélő viszonyban kell maradnia a mindenkori szakmai irányítással, bármilyen politikai színezetű is az.

Ha kérték, az egymással vitában álló politikai feleknek is kifejtettük nézeteinket a szakmánkat érintő kérdésekről. Az egészségpolitika minden fontos résztvevőjével és szervezetével kiegyensúlyozott, partnerségi viszonyra törekedtünk. A részletekbe

menő elemzéseket követően minden alkalommal igyekeztünk testületi véleményt kialakítani. Partnereink megbízható tárgyalófélnék tartanak bennünket, eredményeinket részben ennek is köszönhetjük.

Kormányzati fórumokon, miniszteri, parlamenti, miniszterelnöki meghallgatáson jeleztük kifogásainkat a munkánkat nehezítő jogszabályokkal szemben (tétéles betegforgalmi jelentés, gyógyszer-gazdaságossági rendelet stb.). A vizitdíj-kompensáció kiharcolásában még egyedül voltunk, de megszüntetése után a visszapótlásért folytatott küzdelemhez már találtunk szövetségeseket. A partnerszervezetekkel és a kamarával egyeztetett, következetes kiállásunk eredményeként sikerült pótolni a népszavazást követő veszteséget. A házi gyermekorvosi rendszer finanszírozása az egészségügy többi szereplőjéhez viszonyítva nem sérült.

III. SZAKMAI TEVÉKENYSÉG

Minthogy a házi gyermekorvosi rendszer lényegi gondjai szinte egyedül szervezetünket foglalkoztatják, tevékenységünk az érdekvédelem mellett szakmai kérdésekre is kiterjed.

A „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program négy szerkesztőjének egyike Huszár András volt. Mi állítottuk össze az alapellátásról szóló fejezetet, mi készítettük el a fejlesztésére vonatkozó tíz tanulmányt. Nem a mi hibánk, hogy a program csaknem két évre „parkolópályára” került, de az egyesület elnökének érdeme, hogy a Programtanács tagjaként elérte, hogy újra napirendre kerüljön a megfogalmazott célok időarányos teljesítése.

A szakmai kollégiumok, az Országos Alapellátási Intézet, a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége, a minisztérium legfelsőbb vezetői, a parlamenti bizottságok előtt, időnként akár miniszterelnöki megbeszéléseken Huszár András vállalta a felkészültséget,



felelősséget, időt, energiát igénylő, nagy feszültséggel járó kiállást a területi gyermekgyógyászat érdekeiért.

Az egyesület szakmai munkáját Kálmán Mihály alelnök irányítja. Ő felel rendezvényeink, megbeszéléseink, közleményeink vagy a Hírvivő szakmai tartalmaért, és ez év tavaszán az általa összeállított dokumentumok alapján készült el az egyesület vezetőségének állásfoglalása a házi gyermekorvosi rendszer megújításáról.

Kovács Julianna alelnök országos gyermekorvosi szakfelügyelővé történt kinevezése újszerű és közvetlen segítséget jelent a kollégák munkáját nehezítő bürokratikus akadályok elhárításában és egy hatékonyabb szakfelügyeleti rendszer kiépítésében. A gyermekorvosi alapellátást a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiumban képviselő Újhelyi János és az őt segítő munkacsoport érdeme, hogy elkészült a kompetencialistánk.

Az elnök, a két alelnök és a vezetőség néhány tagja a felkérésnek eleget téve, különböző szakmai és egészségpolitikai fórumokon tartott előadásokat. Kiemelhetők ezek közül a védőoltásokkal kap-

csolatos szakértői megnyilvánulások. Jelentős szerepünk volt abban, hogy a nyugat-európai országokhoz hasonlóan hazánkban is térítésmentessé vált a két év alatti gyermekek számára a pneumococcus elleni vakcina. A vezetőség tagjai Zalaegerszegtől Nyíregyházáig, Győrtől Szegedig, Pécestől a fővároson át Tiszaújvárosig, Veszprémtől Hajdúböszörményig részt vállaltak a regionális továbbképzések szervezésében, lokális gondok megoldásában.

Partnereinkhez hasonlóan mi is valljuk, hogy a humán erőforrás kérdéskörének részeként foglalkoznunk kell az orvosi életpálya modellel, aminek egyik legfontosabb eleme a jövedelem folyamatos emelése, közelítése a nálunk fejlettebb uniós országokéhoz. Ezzel egy időben azonban nagyobb hangsúlyt kell helyezni az ellátás minőségének javítására. A valós teljesítmény, az ellenőrzés és a finanszírozás nagyobb összhangjára van szükség.

A korábbi évekkel ellentétben ma már a jogszabálytervezeteket, nem pedig a kész jogszabályokat kapjuk meg véleményezésre. A sokszor rendkívül rövid határ-





idővel kialakított álláspontunkat persze nem minden esetben sikerül elfogadtatni, de például a gyógyszer-gazdaságossági törvény megváltoztatásában bizonyosan szerepet játszott kezdetektől állhatatosan képviselt álláspontunk.

A gyermekorvosi alapellátás irányítására hivatott intézményekben képviseletünk továbbra is messze elmarad a számarányunktól. A Házi orvostani, de a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiumnak is csak egy (egyetlen) házi gyermekorvos tagja van. Szeretnénk, ha sikerülne gyümölcsözőbbre fordítani kapcsolatunkat az Országos Gyermekkegészségügyi és az Országos Alapellátási Intézettel. Mind jobb kapcsolatot ápolunk a gyermekgyógyászati klinikák és a Magyar Gyermekorvosok Társaságának vezetőivel. Részt veszünk a Nemzeti Védőoltási Tanácsadó Testület munkájában.

Nemzetközi kapcsolataink az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok európai szövetségével (ESPCP – korábbi nevén ESAP), illetve az Európai Gyermekgyógyászati Akadémiával (EAP – korábbi nevén CESP) történő együttműködésre terjednek ki. Megbeszéléseiken rendszeresen részt veszünk, az EAP legutóbbi brüsszeli ülésén tartott előadásban a gyermekorvosi alapellátás európai gondjait foglaltuk össze. 2007-ben 26 ország képviselői ültek közös tárgyalóasztalhoz az alapellátó gyermekorvosok budapesti konferenciáján. Az általunk szervezett, szokatlanul nagy érdeklődéssel kísért találkozáson az EAP vezetői, a brit gyermekorvostársaság elnöke, a hazai gyermekgyógyászat reprezentánsai mellett német, holland, ír, spanyol, olasz szakértők taglalták az előttünk álló kihívásokat. Egyesületünk súlya és szerepe a nemzetközi fórumokon figyelemreméltóan nő. Ennek eredményeként értékelhető, hogy Kádár Ferenc személye szóba került az újjászerveződő ESPCP elnöki funkciójának betöltésére.

Egyesületünk lapja, az 1800 példányszámban kiadott Hírvivő tizenharmadik

éve jelenik meg. A kéthavonta jelentkező, színvonalas kiállítású szaklap igyekszik korrekt tájékoztatást nyújtani törekvéseinkről, a területi ellátást foglalkoztató kérdésekről, és a magyar szaksajtóban szinte egyedüli orgánumként vállalja fel a gyermekgyógyászat szakmapolitikai kérdéskörének tárgyalását. Rendszeresen közöl szakmai képzésünket segítő referátumokat is.

Az elektronikus és nyomtatott média mind többször igényeli és mind több témában kéri ki véleményünket. A nyilatkozót mindig nagy felelősség terheli, hiszen sokszor nem tőle, hanem a nagyhatalmú szerkesztőktől függ a nyilatkozat végső üzenete. Megújult honlapunk mind több érdeklődőnek jelent hasznos hírforrást. „Apróhíreink” nem csupán közérdekű kérdésekről informálnak, napi hírekről tájékoztatnak, de közel 500 kollégánknak nyújtanak lehetőséget az interaktív kapcsolattartásra.

Ez év novemberében immár XIV. szakmapolitikai értekezletünk került megrendezésre. Az eddig tíz alkalommal megszervezett tavaszi Kávészünet a gyermekgyógyászat talán legvonzóbb hazai rendezvényévé vált. A háromnapos szakmai konferencián rendre közel ötszázan hallgatják a hazai szaktekintélyek tematikus továbbképzéseit. Rendezvényeink kihagyhatatlan fórumot jelentenek a gyermekorvosi alapellátásban érdekelt gyógyszer-, tápszer-, orvosműszer-gyártók és -forgalmazók számára is. A tartalom és a forma Kálmán Mihály, Kádár Ferenc, Dolowschiák Annamária, Póta György, Fekete Éva, Demjén Ágnes, Török Katalin, a Palánta Bt. szervezőkészségét, a „péntek esti láz” pedig a Nestlé hazai vezetőinek és csapatának finom ízlését dicséri.

Nyilvánításunkban 1547 házi gyermekorvos szerepel, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének 1368 tagja van. (Közülük 85 visszavonult nyugdíjas, 111 a szervezetünkhöz csatlakozott Pécsi Pédia-ter Egyesület, a budapesti TAO Gyógyító

Kft., vagy a Ferencvárosi Gyermekorvos Kft. tagja.) Bár a fiatal kollégák száma enyhe emelkedést mutat, tíz éven belüli szakvizsgája mindössze 51 kollégának van.

Az elmúlt ciklusban közel 240-en fordultak a tagjaink számára ingyenes, dr. Erdélyi István által vezetett jogsegélyszolgálathoz.

A szponzoráció a végzett munkánk színvonalának egyik legfontosabb tükré. Támogatóink növekvő mértékben járultak hozzá egyesületünk működéséhez. Bevételeink 15%-a tagdíjbefizetésből származik. Minden pénzügyi évet pozitív egyenleggel zártunk, 2008. október 31-én 12 millió forint volt a számlánkon. Úgy gondoljuk, hogy pénzügyi helyzetünk stabilitása egyesületünk tekintélyét is jelzi.

A vezetőség a bizottságok és az ellenőrző-bizottság tagjainak részvételével havonta ülésezett.

Szerteágazó, szinte intézményi háttérrel igénylő feladataink kevés kolléga kezében koncentrálnak. Nem azért, mert ők halmozzák a funkciókat, hanem mert hiányoznak a mindenre elszánt, praxisuk mellett a közügyekre időt, energiát szánó és felkészült munkatársak.

Mindezek után köszönjük partnereink, különösképpen a HIPP, a Wyeth, a Danone, a Numil, a Medis, a Nestlé, a GSK, a Baxter, a Humana támogatását, intézmények, szakmai szervezetek vezetőinek együttműködését. Köszönjük kollégáinknak, hogy érezhettük, mögöttünk állnak. Köszönjük Kerényi Eszter megbízható könyvelését, a dART stúdió magas színvonalú nyomdatechnikai munkáját. Végül, de nem utolsósorban Fekete Évának, az egyesület titkárnak, a mindennapi ügyek nagy munkabírást igénylő, lelkiismeretes és pontos kézbe tartását.

2008. november

A VEZETŐSÉG NEVÉBEN:
DR. HUSZÁR ANDRÁS ELNÖK

Rosszul kommunikálunk?

Miért fordulnak oly gyakran orvosi kérdéseikkel a Rádióhoz a szülők? Nem kapnak tőlünk választ? Vagy a kommunikációs stílusunkkal van baj? Ezt kérdeztük Horváth Ida szerkesztőtől, aki idestova 15 éve vezeti az MR1 – Kossuth Rádió minden hétköznap jelentkező, „Vendég a háznál” című műsorát.

H. I.: Nem gondolom, hogy drámai oka lenne annak, hogy tömegesen fordulnak hozzánk orvosi kérdéseikkel a hallgatók. Úgy érzékelem, hogy ez a szülők körében fokozódó bizonytalansággal függ össze. Hogy csak egy példát említsek; az elmúlt 15 évben az újszülött- vagy csecsemőtáplálás területén óriási szemléleti változások mentek végbe. A családi tanácsok azonban a korábbi évtizedek gyakorlatán alapulnak, és ez máris konfliktusokhoz vezet. A kismamák mindenhol azt olvassák, hogy hat hónapos korig csak szoptassanak, eközben édesanyjuktól azt hallják, hogy 3 hónapos korban már végleg itt az ideje a hozzátáplálásnak. Sok vitát okoz az igény szerinti, vagy az időre történő szoptatás nagy kérdése is. Az elbizonytalanodó szülőnek nem mindig nyújt egyértelmű segítséget a védőnő vagy gyermekorvos. Sőt, a tapasztalatok alapján az esetek jelentős számában az orvosok azok, akik a régi felfogást képviselik. Az anya így már a kezdet kezdetén zavarba kerül, elveszti bizalmát, kételkedni kezd, értékrendjében az orvos abba a táborba kerül, amelyet minden hírforrás az „elmaradott” táborba sorol.

A másik ok, ami hozzánk vezet a szülőket, az az internet. Az egymással ellentétes információk áradatában nálunk keresnek kapaszkodót. Mint döntőbíróhoz fordulnak hozzánk, adjunk mi eligazítást a nagymama, a védőnő, a gyermekorvos és az internet ellentmondásai között. Szerepet játszik valószínűleg a műsor hanghordozása is, az a szándékaink szerint nyugodt, együttérzést sugárzó, emberi hang, ahogy az általunk megszólaltatott orvosok egy-egy kérdésre válaszolnak.

Hallgatottságunk növekedése tehát nem kizárólag a mi érdemünk. A helyzet rosszabbodása is hozzánk tereli a kérdezőket. Különböző társadalmi folyamatok következtében az emberek egyre kevésbé bíznak a „hivatalosságokban”, és sajnos óhatatlanul a hivatalosságok közé sodródik a lakóhellyel együtt „kapott” körzeti gyerekorvos is. Az álláspontok tisztázására, az igényelt alapos beszélgetésre is egyre kevesebb idő jut.

📌 Ezt a hiányérzetet használja ki a homeopátia is...

H. I.: Igen, már pusztán azzal, hogy őt is fel lehet keresni, egy választási, döntési lehetőséget jelent arra, hogy a szülő szakítson a „hivatalossággal”. Egy homeopata gyermekorvos jóval több időt szán arra, hogy az anya kérdéseire válaszoljon, ahogy én tudom, ő már a kapcsolatfelvételkor minimum egy órát foglalkozik a pácienssel. Ez időt ad a „belefeledkezésre”, a megismerkedésre, amit egy anya joggal érezhet személyre szabottan. Kap végre időt arra, hogy gondjait kibeszélje.

📌 Az egészségügy hazai állapota mellett nem nagyon szokhat hozzá valaki a kényeztetéshez. Mitől lesz egy kisgyermekes anya hirtelen enygyire igényes?

H. I.: Egy nagyvárosi kismama terhessége hosszú hónapjai alatt hozzászokott ahhoz, hogy magzatával kapcsolatban szinte mérhetetlen lehetőség áll rendelkezésére. Megválaszthatja az orvost, a szülőintézményt, a szülésznt, a szülés módját, akar-e gátmetszést, hány ágyas szobát, hány dimenziós ultrahangképet, milyen kiegészítő vizsgálatot szeretne, óhajtja-e bankba tenni a köldökzsinórvért, vagy nem. A szülés után a jól kiszorgált helyzetből újszülöttjével együtt a beszorított-ság állapotába kerül.

📌 A szülések ezek szerint előbbre tartanak a szolgáltatásban?

H. I.: Sokkal előbbre. A szülések az elsők között ismerték fel Magyarországon azt, hogy piaci viszonyokra van szükség az egészségügyben is. Ennek megfelelően piaci szereplőként kezdtek viselkedni. Legalábbis a nagyvárosokban, megteremtve ezzel a nők számára a választás lehetőségét. Ha egy anya több száz kilométert szán egy „bababarát” szülészetre, nem kell meglepődni azon, ha néha nem akar visszamenni a számára kijelölt védőnőhöz vagy gyermekorvoshoz.

📌 Sarkítva a kérdést, a modern, piaci és a konzervatív, paternalista elvek ütközete zajlik?

H. I.: Igen. A kismamát anyagi okokból vezérelve, kilenc hónapon át, alternatív lehetőségeket is kínálva, szisztematikusan csábítják egy szülészetre. Az újszülöttos-

tályon azonban már nem mindig találkozik ugyanezzel a szemlélettel...

📌 Talán mert a megszületett gyerek esetében már kevésbé működik a pénz mindent szabályozó szerepe. Talán mert a felsoroltaktól eltérően, egy csecsemősnővé „megvétele” már nem tartja ugyanannyira fontosnak a családot... De ne akarjunk mindent a pénzre fogni! Most nem a csábítás trükkje érdekel, hanem, hogy hol kap gellert az orvos-beteg, a mi esetünkben az orvos-szülő kapcsolat.

H. I.: Szülői részről az elvárható ismeretek, a felelősségérzet hiánya, Önök felől pedig például az okoz zavart, hogy sokszor mást mond az egyik orvos, mint a másik. Vagy olyan kérdésekben kényszerítik a szülőket döntésre, amihez nincs meg a tudásuk, amire nincsenek felkészülve, mert nem is készítik őket fel kellően. Adjunk-e ajánlott védőoltást vagy ne, gipszeljünk vagy ne, most operáljunk vagy egy év múlva?

Érzékeli a szülő, ha nincs egyetértés a házi gyermekorvos és a kórházi szakorvos között, elveszti bizalmát a mindig mindenre antibiotikumot rendelő orvosban, vagy ha nem kapja meg a magyarázatot a miértjeire, az aggodalmára. Ha mindig csak „majd kinövi”-féle válaszokat kap. Megérzi a szülő a türelmetlenséget, ha csak azért nyúl az orvos a gyógyszerhez, mert nincs ideje végighallgatni az ő gondját. Hogy az idő hiányzik, vagy a szándék, hogy okkal égett ki az orvos vagy nem, nem tudom. Meggyőződésem viszont, hogy érdemes lenne már a kezdet kezdetén „befektetni” a kapcsolatba, az ismeretségbe. Ha szülőre szabott, egyedi technikát dolgoznának ki, könnyebb dolguk lenne az elkövetkező 18 évben.

📌 Néha keveset beszélünk, máskor azonban túl sokat. Mindkettővel tudunk zavart kelteni.

H. I.: Különösen, mert az orvos-beteg találkozáskor többnyire traumatizált állapotban van a szülő. Ha a védőnő, az orvosok megtanítanak őket arra, hogy kérdéseiket előkészítve jöjjenek, és az orvos nem álcázná türelmetlenségét elfoglaltsággal, egy nap múlva, amikor a kérdések utólagosan megfogalmazódnak, nem a Rádiót hívnák. Miért nem kérik Önök, hogy a megbeszélésre jöjjön az édesapa

vagy a nagymama is? Hisz a konfliktusok forrása legtöbbször az anyuka édesanyja, aki gyakran jogot formál a lánya gyermekeére. Tudniuk kell azt a helyzetet kezelni, hogy nem a mamának, hanem a családnak születik gyereke. Tovább megyek: ha soha nem megy el az orvos a családhoz, ha nem látja soha a saját környezetében a gyermeket, rendkívül hasznos információk veszhetnek el. Rontja a helyzetet az is, ha az orvos kapcsolata a védőnővel nem harmonikus, ha nem képviselnek azonos fel fogást.

HA Mit tanácsol, mit tegyünk más-képp?

H. I.: A kapcsolatot kellene javítani. Sokkal többet kellene beszélgetni. Nem lenne szabad megengedniük, hogy a laikus szülő többet tudjon az adott kérdésben, mint

Önök, és míg ők ismerik, Önök ne legyenek tisztában a hivatalos állásponttal. Nem jó, ha a szülők összevissza olvasnak; adják Önök a kezükbe azt, amit el akarnak olvas tatni, hogy már előre tudják, milyen forrásból adódnak a kérdéseik. Ismerniük kell az anyák körében terjedő olyan közkeletű vélekedéseket, hogy például a BCG-oltás tejérzékenységet, a kanyaró-védőoltás autizmust okoz, az antibiotikum károsítja az immunrendszert. Persze tudniuk kell az erre vonatkozó hivatalos szakmai álláspontot is. A személyességet hiányolom nagyon. Tapasztalatom szerint nem mindig ismerik az orvosok kellő mélységben az egyes elváltozások kezelési variációi közötti különbségeket, az ilyenkor rendelkezésre álló alternatív lehetőségeket. Tisztában vagyok azzal, hogy sok mindennek az áldatlan finanszírozási helyzet az oka, hogy számtalan olyan te-

lepülés van, ahol a gyermekgyógyászatban kevésbé jártas házi orvos látja el a gyermekeket, hogy sokszor kuruzslók keltenek hamis hiedelmeket. Az egészség tudatos magatartás és az egészségügy alakításában a média és a civil szervezetek összefogására van szükség, mert nagy a felelősségük. De a küzdelmet a saját berkeikben is meg kell vívniuk. Mert nem mindegy miről, mit, kit és hogyan tájékoztatnak. A kommunikációs készség vesztületett adomány is lehet, de tanulás sal is fejleszthető. Nem tudom, hogy ez a készség a fontos tudnivalók rangsorában az őt megillető helyen áll-e a megítélésükben.

HA Köszönöm a beszélgetést.

KÁDÁR FERENC

Gyermekjogok gyermekcipőben

Ezzel a címmel rendezett konferenciát október 27-én az állampolgári jogok országgyűlési biztosa.

Mint ismeretes, az ENSZ 1989-ben elfogadta a gyermekek jogairól szóló deklarációt, és ezt 1991-ben hazánk is jogrendjébe emelte. A nemzetközi gyermek jog a „három P” pillérré épül: protection – védelem, provision – ellátás, participation – részvétel.

Az ENSZ határozata szellemében, hazánkban hatályba lépett a Gyermekek Védelméről szóló Törvény, mely kötelezte az önkormányzatokat az alapellátás szintjén működő gyermekjóléti szolgálatok működtetésére. A törvényi keretek tehát adottak, a gyakorlati megvalósítás azonban még mindig problematikus, amint ezt az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága is megállapította.

Néhány európai országban önálló gyermekjogi hivatal működik. Nálunk az általános ombudsman, dr. Szabó Máté kapta ezt a megbízatást, aki hatéves mandátumának teljes idejét kitöltő projektet indított el. Az alábbiakban kiemelünk néhányat a gyermekjogi projekthez kapcsolódó ombudsmani vizsgálatok közül.

Egy Pest megyei vizsgálat során az országgyűlési biztos megállapította, hogy nem jut minden gyermek egyenlő eséllyel a gyermekjóléti alapellátásokhoz, kevés

a szakember, az önkormányzatok egy részében formális gyermekvédelmi tevékenység folyik.

Egy másik vizsgálat, ami azt kutatta, hogy érvényesülnek-e a médiában a gyermekjogok, azzal zárult, hogy a gyermekeknek szóló műsorokat mentesíteni kell a számukra káros tartalmaktól, és nekik önálló, speciálisan a gyermekjogokról szóló programokat kell készíteni.

A 2007 decemberében éhen halt kisgyermek ügyében végzett vizsgálat során kimutatták, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai között az orvos és a védőnő mulasztása is hozzájárulhatott a gyermek halálához.

Egy iskolai erőszak ügyében is vizsgálatot végzett az ombudsman. Arra válaszul, hogy egy újpesti diák bántalmazta tanárát, a polgármester a kerület valamennyi önkormányzati iskolájából kizárta az elkövető diákokat. Az ombudsman szerint a polgármester intézkedése törvénysértő volt.

A fiatakorúak büntetés-végrehajtási intézeteiben végzett vizsgálat megállapította, hogy a fogvatartottak körülményei sértik emberi méltóságukat, néhány helyen még az élethez való jogukat is!

A projekt szeretné elérni, hogy a gyermekek tanulják meg megfogalmazni problémáikat, kérdéseiket. Jellemző, hogy az ombudsmanhoz érkező panaszokat dön-

tően felnőttek küldik. A virtuális térben otthonosan mozgó fiatal korosztály számára néhány hónapja elindítottak egy gyermekeknek szóló honlapot is: www.gyermekjogok.obh.hu). Eddig kb. tízezeren „kattantak” rá, érdekes, hogy inkább a szakemberek részéről tapasztaltak ellenállást vele szemben.

A konferenciára pedagógusokat, gyermekvédelmi szakembereket, gyámhivatali ügyintézőket, a civil szervezetek képviselőit hívták meg. Egyesületünket én képviseltem, más, egészségügyben dolgozó szakemberrel azonban nem találkoztam.

A projekt a jövőben a gyermekekkel szemben elkövetett családon belüli, intézményi, szexuális erőszakkal, a gyermekek által elkövetett iskolai erőszakkal, bűncselekményekkel, a média szerepével akar foglalkozni. Szeretné támogatni a család-pótló ellátásokat, az örökbefogadás intézményét. Elemezné a gyermekek politikai szabadságjogait, a véleménynyilvánítás lehetőségeit, a diákönkormányzatok működési körülményeit. Céljai között szerepel a gyermekszegénység, szegregáció, integrált oktatás, iskolaválasztás, elit oktatás, a gyermek- és ifjúkori devianciák, a fejlesztő képzések hozzáférhetőségének vizsgálata.

KOVÁCS ZSUZSA





Kedves Szülők! Keressék fel orvosukat! Töltsék idejüket orvosi rendelőben!

Hozzák magukkal gyermeküket is, és kérjenek igazolást!

Hogy a gyerek egészséges, gyógyult, egészséges, bölcsődébe mehet, egészséges, óvodába mehet, iskolába mehet, úszhat, csecsemőúszhat, üdülhet és táborozhat, erdei táborozhat, tetűmentes. Környezete (lakás, ház, lépcsőház, utca, busz, stb.) fertőzésmentes, és fuvolázhat is a zeneiskolában.

Tessék, csak tessék! Szakképzett gyermekorvos várja Önöket, diplomával, szakvizsgával, nagy tapasztalattal, sok szabad idővel!

Orvosok, szakorvosok, háziak és gyerekek, miniszterek örök érvényű rendeleteire, pecsételjenek papírt!

Szakmai szempontból, finanszírozásból, népegészségügyi érdekből vagy közoktatásból, mindegy!

CSAK PECSÉTELJENEK, PECSÉTELJENEK ÉS ÍRJANAK IGAZOLÁST!

Miért csináljuk?*

A Hírvivő júliusi számában jelent meg a fenti sarkított és ironizáló hirdetés arról, hogy számolatlanul, szülők és orvosok sok energiáját, idejét lekötve, írjuk és írjuk az igazolásokat. Bölcsődébe, óvodába, iskolába, csecsemőúszáshoz, üdüléshez, táborozáshoz. Szeptemberben megjelent Kálmán Mihály árnyalt, a részleteket alaposan körüljáró tanulmánya arról a szakmai irracionalitásról, azokról az indokolatlan elvárásokról, melyek az orvosi igazolások kérdését körüllelik.

K. M. kitért arra, hogy az orvosi igazolások eredeti célja az volt, hogy a közösségeket a fertőző megbetegedésektől megvédjék. Hogy az elmúlt évtizedek járványügyi intézkedései miatt a magas fertőzőképességű betegségek száma mára a ko-

rábbi töredékére csökkent, az epidemiológiai helyzet és a higiénés körülmények sokat javultak, a lakosság egészségkultúrája fejlődött. Utalt arra, hogy a közösségek védelme pusztán igazolásokkal nem oldható meg, hogy a közösségbe küldés végső soron a szülő ismeretein, intelligenciáján, lelkiismeretességén múlik, és az iskolai igazolások indokoltságát ma már nem az egészségügynek kellene eldöntenie. Hogy az orvosi vizsgálatok becsületét és értelmét illő lenne helyreállítani.

Ettől azonban még minden megy tovább, ahogy volt. Gyerekek jönnek, szülők várnak, orvosok vizsgálnak, nő a zsúfoltság, feszül a hangulat, emelkedik a forgalom.

Első, talán vihart kavaráó kérdésem: ha a bölcsődébe, óvodába, iskolába járó gyer-

mek egy felső légúti vagy enterális fertőzéstől megbetegszik, és annak ellátását a szülő ismeri és felelőséggel vállalja, következőképpen nem tart igényt orvosi vizsgálatra, miért kell pusztán egy igazolás kedvéért, mégis orvoshoz menniük? Vagy: ha a megbetegedés kezdetén már látta orvos a gyermeket, aki azután néhány nap alatt meggyógyul enyhe virális megbetegedéséből, miért kell őt, a szülő számára is nyilvánvalóan gyógyult gyereket, pusztán egy igazolásért a rendelőbe visszavinni? Csak azért, mert a bölcsőde, óvoda, iskola különben nem veszi vissza?

Vagyis a bölcsőde, óvoda, iskola határozza meg, hogy gyermekgyógyászati szempontból mikor kell vizsgálat és mikor nem? Ők döntenek el, hogy a szülőnek or-

voshoz kell mennie, a rendelőben felesleges fertőzésveszélynek kitéve gyermekét, indokolatlan feszültséget okozva neki, és idő-, energiaveszteséget magának?

Miért teszik ezt az óvodák, iskolák? Mert évtizedek óta elavult rendelet erre kényszeríti őket? És miért tesszük ezt mi? Indokolják-e ennek szükségességét szakmai evidenciák? Magyarországon, és még néhány volt szocialista országban indokolják, Angliában, Franciaországban, Spanyolországban, Németországban pedig nem? Hogy van ez? Ott a szülők meg tudják ítélni gyermekük állapotát, nálunk meg nem?

Önkormányzati bölcsődében, óvodában, iskolában szükség van igazolásra, privát bölcsődében, óvodában, iskolában nincs? Ott miért nincs? Mert ott fel sem merülhet, hogy beteget bevegjenek, ha ugyanis beveszik, akkor a többi szülő többet nem viszi oda a gyerekét. Elmegy a fizetőképes kereslet máshová, és bezárhat a privát óvoda... Hát persze, hogy más bölcsődét, más orvost keres, aki nem tűri, hogy a drága pénzen vett szolgáltatás ne azt nyújtsa, amit ígér!

Következő kérdésem: miért kell hozzánk terelni táborozás előtt egy hónappal, és azután pár hét múlva, a táborozás kezdete előtt néhány nappal újra, egészséges gyerekeket és az emiatti tiltakozásra még csak gondolni sem merő szüleiket?

Tovább megyek: miért kell oktatási időszakban, az iskolai erdei táborokba igazolást vinni hétfőn arról, hogy pénteken a gyerek egészséges volt? Vagy fordítva: miért nem kell a többi napon; kedden, szerdán, vagy pénteken orvosi igazolás arról, hogy az előtte lévő napon egészséges volt?

Nem ellentmondásos, hogy úszástanítás előtt kell orvosi igazolás, közben pedig, ha megbetegszik, nem? Vagyis az elején nem tartjuk kompetensnek a szülőlt gyermeke egészségi állapotának megíté-

lésére, később meg igen? Miért nem kompetens az elején és mitől lesz kompetens később? Ha szeptember 1-én, nem lehet a szülő kompetenciája, hogy eldöntse, beküldi-e a medencébe a gyereket hasmenéssel, bárányhímlővel, lázasan, vagy tüdőgyulladással, októberben miért dönthet erről ő?

Netán nem is azt kell igazolnunk, hogy a gyereknek nincs hasmenése, hanem inkább azt, hogy a gyermek úgy általában úszhat? Hát van az akut betegségek kivételével olyan gyermekkori állapot, amivel egy gyermek felügyelet mellett úgy „általában” nem úszhat? Egy végtagredukció, egy asztmás, egy vitiumos, egy Downszindrómás, egy gyógyszeresen beállított saceres gyermek, a paralimpiák korában, oktató felügyelete mellett nem tanulhat meg úszni? Utcán közlekedhet, de oktató mellett nem úszhat?

Ha tehát az igazolásnak, hogy úszhat, általánosságban nincs értelme, mert minden gyerek úszhat, miért küldik hozzánk ősszel, mégis tömegével úszásigazolásért a gyerekeket szüleikkel? Nincs amúgy is elég dolgunk a betegrendelésen, a tanácsadáson, az iskolában?

Nem beszélek az egészségpénztárak által kért igazolásokról, vagy az amerikai tanuláshoz szükséges többoldalas, többpéldányos nyomtatványokról. Azok kiállításának rögzített és jó ára van, amit persze többnyire el se merünk kérni. (Jogosítványért már természetes nekünk, ami itt még természetellenes.) És nem beszélek arról, hogy kell-e orvosi diploma egy tetvesség megállapításához, hogy kell-e asszisztálnunk az akár indokolatlan iskolai mulasztásokhoz.

Mi van a háttérben? Talán az, hogy semmibe vesszük a szülők szellemi képességeit, egészségügyi kultúráltságát, intelligenciáját, a gyermekükkel kapcsolatos döntési kompetenciájukat? Vagy esetleg

az, hogy az oktatásügy ránk testál valami felelősségfélét, amit mi megszokásból, rutinból és ma már értelmetlenül, felvállalunk? Bölcsődék, óvodák, iskolák, uszodák, uram bocsá' az ÁNTSZ indokolhatatlan felelősségáthárításáról van szó?

Hallom a kimondatlan ellenérveket: hogy az igazolási rendszer jó arra, hogy legalább néha, bekényszerítse a rendelőbe az amúgy ritkán látott gyereket. Hogy ilyenkor legalább láthatom, megkérdezhetem, megvizsgálhatom, felismerhetem, stb... Lehet. De ahogy hiszem, hogy nem jó, ha egy autót az időszakosan előírt ellenőrzések helyett csak meghibásodás esetén visznek szakszervizbe, ugyanúgy meggyőződésem, hogy a kötelezően előírt vizsgálatokat nem egy rhinitis, egy vírusfertőzés, egy enteritis kezdetekor, vagy gyógyulásakor, és nem esetlegesen kell elvégezni, hanem programozottan, előre tervezetten. Meggyőződésem, hogy az indokolatlan vizsgálatok nem helyettesíthetik a kötelezően előírt szűrővizsgálatokat. Ezeknek az elmaradását valószínűleg nem egy irracionális rendszer fenntartásával kell pótolni.

Az orvosi igazolások jelenlegi rendszerre presztízsveszteséget okoz számunkra, leértékel bennünket gyerek, szülő, óvónő, pedagógus előtt. Szakmailag indokolhatatlan és gazdaságilag sem hatékony. Az ilyen jellegű, képzettségünket, ismereteinket messze nem igénylő munka ráadásul még bérköveteléseink esélyét is csökkenti. Hisz európai szintű bér csak európai színvonalú munkáért várható.

Az igazolásosdi azonban nem európai, legfeljebb kelet-európai szokás. Nem munka, hanem „ál”munka. Nem munka, csak foglalatosság, csak arra jó, hogy doktor úrból dokivá, doktornóból doki nényé, orvosból orrdoktorrá silányodjunk. Még magunk előtt is.

KÁDÁR FERENC

Ütjük a vasat

A Hírvivő elmúlt számaiban visszatérően foglalkoztunk az orvosi igazolások kérdésével. Kovács Julianna országos házi gyermekorvos szakfelügyelő levélben kérte dr. Pordán Endrét az Egészségügyi Minisztérium szakállamtitkárát a táborozási igazolások kiállításával kapcsolatos jogszabályok felülvizsgálatára. A HGYE együttműködésével és a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium egyetértésével készült javaslat szerint a hazai járványügyi helyzet mellett nincs szükség az óvodások vagy iskolások táborozás előtti orvosi vizsgálatára. Elegendő lenne a szülő nyilatkozata arról, hogy tudomása szerint gyermeke heveny megbetegedésben nem szenved, betegségre utaló tünet nincs, tetűmentes, illetve környezetében négy héten belül járványügyi intézkedés nem történt. Legyen a szülő felelőssége a tájékoztatás gyermeke krónikus betegségéről és annak kezelési igényéről – írja Kovács Julianna.

Kitér arra is, hogy a vizsgálat idején észlelt egészséges állapot nem ad biztosítékot arra, hogy a gyermek napok múlva is egészséges lesz, és utal arra, hogy a tetvesség felismerése valószínűleg nem igényel csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi diplomát.

Egyharmaddal csökkenhet a gyermekhalálozás

A *Streptococcus pneumoniae* által okozott megbetegedések világszerte komoly közegészségügyi kihívást jelentenek. A súlyos lefolyású tüdőgyulladás, meningitis vagy bacteraemia mellett a baktérium okozta középfülgyulladás, melléküreg-gyulladás és bronchitis emberek millióit betegíti meg évente. A WHO becslése szerint 2005-ben 1,6 millió ember, köztük 0,7–1 millió öt éven aluli gyermek halt meg pneumococcus okozta megbetegedés következtében. Az, hogy az időskorúak halálozásában mekkora szerepet játszik ez a baktérium, még csak meg sem becsülhető. Azokban az országokban, ahol a HIV-fertőzés és az alultápláltság gyakori, a fertőzés okozta halálozás mintegy 200-szor magasabb, mint a fejlett országokban.

A fejlődő országokban a pneumococcus pneumonia a gyermekkori invazív pneumococcusfertőzés okozta halálozás leggyakoribb oka, míg a fejlett világban inkább az idősek halnak meg ebben a betegségben, halálozásuk 10–20%-ra tehető. A pneumococcus bacteraemia okozta halálozás ugyanebben a korcsoportban meghaladja az 50%-ot.

A fertőzés laboratóriumi diagnózisa nem nehéz, de sokszor mégis sikertelen a tenyésztés. Ennek oka az antibiotikummal való előkezelés, a levett minták helytelen szállítása és tárolása, vagy a nem megfelelő táptalaj használata. Gondot okoz az is, hogy egyre több pneumococcustörzs válik rezisztenssé a leggyakrabban használt antibiotikumokra (penicillinekre, cefalosporinokra, trimetoprim-sulfametoxazolra, makrolidokra és fluoroquinolonokra).

Mindezek együtt érthetővé teszik, hogy miért olyan fontos a pneumococcus okozta megbetegedések megelőzése egy hatékony védőoltással. A *Streptococcus pneumoniae* poliszaharid kapszidja ellen kialakuló antitestek szerotípus-specifikus védelmet nyújtanak. A jelenleg forgalomban lévő 7-valens poliszaharid-protein konjugált vakcina (5 éven aluli gyermekek oltására), illetve a 23-valens nem konjugált poliszaharid védőoltás (idősebb gyermekek és felnőttek oltására) a leggyakoribb pneumococcus-szerotípusok ellen nyújt védelmet. 7-valens konjugált védőoltásban (Prevenar) jelen lévő törzsek az invazív gyermekkori fertőzések 65–80%-áért felelősek a fejlett világban. A fejlődő or-

szágokban azonban más törzsek is nagy számban fordulnak elő, ezért a gyógyszeripar 10-, ill. 13-valens konjugált vakcina előállításán dolgozik. Számítások szerint a hétnél több szerotípust tartalmazó védőoltások a fejlett világban csak mintegy 5–8%-kal fogják tovább csökkenteni az invazív fertőzések számát, de a fejlődő országokban ez a szám akár 15–20% is lehet.

A Prevenar védőoltás nagyon biztonságos, kevés mellékhatása van. T-sejt-függő immunválaszt vált ki, amely hosszan tartó immunitást biztosít és boosterelhető. Előnye, hogy nyálkahártya-immunitást is előidéz, és ezzel csökkenti a tünetmentes hordozást. Ennek következménye, hogy a védőoltottak környezetében is kevesebb fertőzés fordul elő, ún. „herd-immunitás” észlelhető.

A Prevenart 2008. őszi adatok szerint a föld 90 államában regisztrálták, és ezek közül 26-ban a nemzeti immunizálási program része. A legtöbb országban az első életévben háromszor adják a védőoltást, de van olyan is, ahol a harmadik oltást a második életévben alkalmazzák. A pneumococcusvakcinák inaktivált vakcinák, az életkor szerint kötelező oltásokhoz külön előírt időintervallum nélkül, tetszőlegesen illeszthetők. Más vakcinákkal egy időben, de eltérő végtagba adandók.

A WHO ajánlása szerint a Prevenart minden országban, de különösen azokban, ahol az 5 éven aluliak halálozása meghaladja az 50/1000 élve született, vagy ahol évente több mint 50 000 gyermek hal meg, fel kellene venni a nemzeti immunizálási programba. Különösen fontos ez ott, ahol magas a HIV-fertőzöttek száma, vagy ahol más megbetegedések pl. sarlósejtes vérszegénység miatt a népesség fokozottan veszélyeztetett. Szerencsére a védőoltás még meggyengült immunitás esetén is biztonságosan és jó hatással alkalmazható.

A vakcina hatásosságának bizonyításához elengedhetetlen a pneumococcus okozta invazív fertőzések nyilvántartása, és a szerotípusok azonosítása. Ez a fejlett országokban kisebb gond, de itt sem mindig derül ki, hogy milyen kórokozó okozza a tüdőgyulladást. Az Egyesült Államokban a Prevenar vakcina bevezetése után az oltott csecsemőkben a védőoltásban jelen lévő szerotípusok által okozott

invazív pneumococcusfertőzések száma 100%-kal csökkent. Az összes invazív pneumococcusfertőzés száma az 1 év alatti korosztályban 84%-kal, a 20–39 éves korosztályban 52%-kal, a 60 év feletiekben 27%-kal volt kevesebb. Két évvel a Prevenar bevezetése után az 5 éven aluliak körében az invazív megbetegedések 75%-kal csökkentek, ez részben a „herd immunitás”-nak tulajdonítható.

Miután a bacteraemiával nem járó tüdőgyulladások esetén sokszor nem derül ki a kórokozó, vizsgálták az összes radiológiailag diagnosztizált pneumonia előfordulását a vakcina bevezetése után, és azt találták, hogy a megfelelően oltott 12–15 hónapos gyermekeknél a pneumoniák száma 25–30%-kal csökkent. A vakcina bevezetését követő első néhány évben az invazív gyermekkori megbetegedések száma mindenütt rendkívüli mértékben csökkent, de az utóbbi időben további csökkenés nem észlelhető. Ennek oka, hogy a 7-valens konjugált vakcina bevezetését követően számos országból közöltek adatokat, amelyekben az invazív megbetegedésekért eddig nem felelős törzsek terjedéséről számoltak be. Massachusetts államban például 2002 és 2005 között az invazív fertőzések 72–91%-át az 5 éven aluli, tehát oltott gyermekeknél, a vakcinában nem szereplő 19A szerotípus okozta. Ráadásul a megbetegedések egy részéért e törzs „multidrug-rezisztens”, vagyis a legtöbb antibiotikumra nem érzékeny változata volt felelős. Minden közlemény kiemeli, hogy a vakcinában nem előforduló szerotípusok által okozott invazív megbetegedések száma – a védőoltás bevezetése előtti megbetegedések számához viszonyítva – nagyon alacsony.

A fejlődő országokban a vakcina hatása még sokkal kifejezettebb. Drámai eredményt értek el a vakcina bevezetése után az egyik afrikai országban, Gambiában, ahol a gyermekek bármilyen okból való halálozása 16%-kal csökkent egy 9-valens pneumococcus-vedőoltás bevezetése után.

A nem invazív megbetegedések közül az otitis media előfordulását vizsgálták oltott gyermekeknél. Egy finn vizsgálat szerint a pneumococcus okozta otitisek száma 34%-kal, az összes középfülgyulladások száma 6–7%-kal csökkent. Azoknál a gyermekeknél, akik ismételtlen beteged-

tek meg otitis mediában, a védőoltás a megbetegedéseket 10–26%-kal csökkentette. Bár a vakcina a nasopharyngealis hordozást is csökkenti, ez csak a védőoltásban szereplő szerotípusokra igaz. Sajnos azt tapasztalták, hogy a hordozók száma a védőoltások bevezetése óta nem csökkent, csak a szerotípusok változtak. Ugyanúgy, mint az invazív megbetegedések esetén, itt is megfigyelhető a vakcinában nem szereplő szerotípusok okozta nem invazív betegségek számának emelkedése, és ez lehet egyik oka annak, hogy a pneumococcus okozta otitis mediák száma csak kismértékben csökkent.

Ami a költség-haszon elemzést illeti, ezt a fejlett és fejlődő országokban is elemezték, és a védőoltás mindenütt költséghatékonyak bizonyult.

Összefoglalva, a WHO véleménye szerint a pneumococcus konjugált vakcinát mindenütt be kell venni a nemzeti immunizációs programokba, kiemelten azokban az országokban, ahol a HIV-fertőzöttség nagy. Az élet első 24 hónapjában a súlyos, pneumococcus okozta megbetegedés esélye magas. A gyermekek pneumococcus elleni védőoltása azzal az előnnyel jár, hogy a populáció egészére is hat a „herd-immunitás” révén. A 7-valens

konjugált vakcina nagyon effektív és biztonságos védőoltás. Maximális hatását gyermekkorban akkor feje ki, ha a vakcináció 6 hónapos kor előtt történik, akár már betöltött 6 hetes kortól. A vakcina hatásosságának le méréséhez figyelni kell a pneumococcus okozta megbetegedések számának alakulását a védőoltás bevezetése után. Fontos a megbetegedéseket okozó szerotípusok meghatározása és ezek változásának követése. A WHO célja, hogy a gyermekkori halálozást 2015-ig a jelenlegi 2/3-ára csökkentse. A pneumococcus elleni védőoltás bevezetésével 2030-ig 5,4–7,7 millió gyermek élete menthető meg.

Ami a magyar adatokat illeti: hivatalos adatgyűjtés jelenleg Magyarországon csak a pneumococcus okozta gennyes meningitisekről van. Évente átlagosan 70–80 bejelentett esetről tudni, melyek közül minden harmadik-negyedik halálos kimenetelű. Az esetek 80%-a 40 évesnél idősebbeknél fordul elő, ám tíz gennyes meningitisekből négy esetben az etiológia ismeretlen marad. Sem a pneumococcus pneumoniák, sem az invazív fertőzések hazai előfordulási gyakoriságára, ill. kimenetelére vonatkozóan nincs a fentiekben túl értékelhető epidemiológiai statisztikai

adat. Tudjuk viszont, hogy egyes megbetegedések (pl. influenza) a szervezetet fokozottan érzékenyvé teszik pneumococcusfertőzésre.

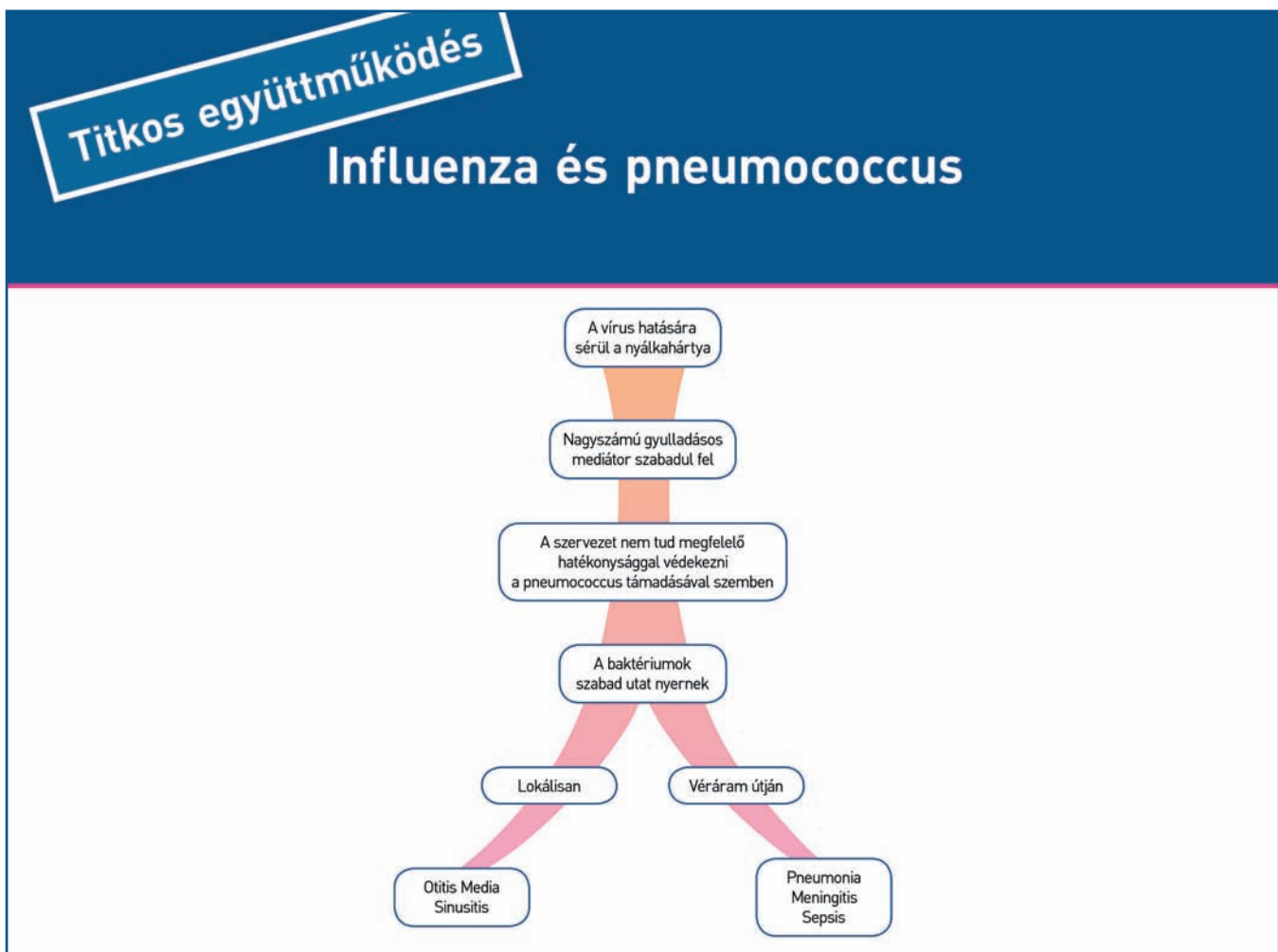
Az ajánlott oltási sémákkal kapcsolatban tudnunk kell, hogy öt éven aluli gyermekeknek polysaccharid vakcinát – lehetőleg – ne adjunk, két éven aluliaknak semmi esetre sem.

Ép immunitású, valamilyen krónikus betegség/állapot miatt kockázati csoportba nem tartozó, öt évesnél idősebb gyermekek pneumococcusfertőzés elleni oltása nem szükséges. Kockázati csoportba tartozó, öt évesnél idősebbek oltásait tekintve nincs kialakult álláspont.

Elméleti megfontolások alapján minden életkorban – időseknél is, bár ezzel kapcsolatban jelenleg még nincs elegendő tapasztalat – előnyösebb lehet első alkalommal konjugált vakcina alkalmazása. Nincs még elegendő tapasztalat arra vonatkozóan, hogy a konjugált vakcinák kiváltotta immunválaszt érdemes-e, kell-e a későbbiekben ismétlődő oltással (akár ismét konjugált, akár polysaccharid vakcinával) boosterelni.

Irodalom a szerkesztőségben

REFERÁLTA: KARDOS GABRIELLA



Szülőként és orvosként

dr. Mucsi János, Gödöllő, Tüdőbeteg Gondozó Intézet

A XX. század orvostudományának talán a legnagyobb vívmányát éppen a védőoltások jelentik. Eltűnt a Földről a rettegett fekete himlő, a járványos gyermekbénulás eradikációja is elérhető közelségbe került. Magyarországon nagy hagyományai vannak a kötelező védőoltásoknak, amelyekkel gyakorlatilag eltűnt a hagyományos ragályos gyermekbetegségek jelentős része (pl. kanyaró, mumpsz, rubeola, a torokgyík, a tetanusz vagy a szamárköhögés). A konjugált Hib-vakcinákkal megelőzhetővé vált a meningitisek és az epiglottitisek esetek jelentős része. A hepatitis B vírus elleni védőoltásokkal újabb mérföldkőhöz érkeztünk, hiszen ez volt az első olyan vakcina, amellyel egy rosszindulatú daganat, a primer májrák kockázatát is csökkenteni tudtuk.

A méhnyakrák kialakulásának a hátterében kiemelt szerepet játszanak a humán papillomavírusok (HPV). A HPV elleni vakcina megalkotásában a hepatitis B vírus elleni oltóanyagok jól bevált módját, a rekombináns technológiát választották. Géntechnológiai módszerekkel meghatározták a HPV genom azon szakaszát, amelyik a vírusfertőzés elleni immunválaszban antigénként szereplő fehérjét termeltetné meg. Ezt a kódot ültetik be élesztősejtekbe (vagy viszik be egyéb gazdaszervezetekbe), amelyek ezután nagy mennyiségben termelik a specifikus immunválasz kiváltásáért felelős fehérjét. A vakcinába tisztítás után ezek a fehérjék kerülnek, amelyek immunogenitását speciális adalékanyagokkal (adjuváns) fokozzák a minél nagyobb hatékonyság elérése érdekében. Az oltóanyag gyártása során tehát semmilyen kapcsolat nincs magával az élő vagy elölt HPV-sal, így a védőoltás sem okozhat HPV-fertőzést.

A védőoltásokkal szemben sokan és sokféle aggálllyal élnek. Vannak, akik még a kötelező védőoltásokat sem engedik a gyermekeiknek beadni a mellékhatásoktól, szövődményektől való félelmükben. Elsősorban az oltóanyaggyártás korai szakaszában előforduló, de már akkoriban is ritkaságszámú hibák, balesetek szolgáltatják ennek a félelemnek az alapjait. Sokan azonban az oltásokkal egy időben bekövetkező váratlan eseményeket vélik a vakcináció szövődményének.

Sokan gondolják tévesen az influenza elleni védőoltások után bekövetkező lég-



úti vírusfertőzések esetén, hogy „influenzás lettem az oltástól”. Az MMR-oltásokkal kapcsolatos maig előbukkanó tévhit, hogy az oltás autizmushoz vezetne.

Vannak persze, szerencsére ritkán előforduló mellékhatások, szövődmények, de ezek elsősorban az élő vírusokat tartalmazó oltóanyagoknál fordulnak elő.

A forgalmazás első két évében az MSD több mint 30 millió HPV-vakcinát adott el világszerte, ebből 18 milliót az Egyesült Államokban, ahol legalább 8 millió nő kapott addig minimum egy adag HPV-elleni védőoltást. 2008. június 30-ig 9749, a Gardasilal kapcsolatos mellékhatást jelentettek a CDC-nek, amelyek túlnyomó többségét (94%) a nem súlyos kategóriába sorolták a bejelentő orvosok. A súlyosnak tartott, nem kívánatos események aránya (6–7%), csak a fele annak, amennyi az összes vakcinával kapcsolatban bejelentett valamennyi súlyos mellékhatás aránya (10–15%).

A nem súlyos mellékhatások között az ájulás, az injekció helyén fellépő fájdalom, a fejfájás, hányinger és láz voltak a leggyakoribbak. Mivel az oltás utáni ájulás egyébként is gyakori a serdülők között, a szakértők azt javasolják, hogy a vakcináció után 15 percig a fiatalok maradjanak az orvos közelében, felügyelet mellett.

A súlyos, nem kívánatos események között halál, Guillain-Barré-szindróma és thromboemboliás események szerepeltek. Ezeknek a gyakorisága nem volt magasabb, mint a nem oltott populációban, és a legtöbb esetben (így a thromboemboliás eseteknél) egyéb rizikófaktorok is szerepeltek (fogamzásgátlók szedése, dohányzás). Tehát a védőoltás és a súlyos mellékhatás közötti oki összefüggés erősen megkérdőjelezhető.

Jelenleg is zajlik egy 360 000 fős vizsgálat, amely végérvényesen bizonyíthatja, hogy alaptalanok a félelmek a HPV-vakcinák biztonságosságát illetően.

Magyarországon kétféle HPV elleni vakcina van forgalomban. Az MSD által

gyártott Silgard (az USA-ban Gardasil), és a GSK által gyártott Cervarix. Mindkét vakcinát törzskönyvezték az Európai Unióban. A védőoltás a rendszeres méhnyakrákszűrést nem helyettesíti. A HPV elleni védőoltás a szexuálisan még nem aktív, 10–14 éves korosztályban a leghatékonyabb. A védőoltás beadása előtt HPV-szűrővizsgálat nem szükséges. A vakcinák terápiás célra nem alkalmasak.

Nem tudjuk, hogy az oltások védőhatása meddig tart, hiszen eddig alig több mint 6 éves követési időszakról van csak tudomásunk. A rendelkezésre álló adatok Silgard esetén legalább 5 éves, a Cervarix vakcinával legalább 6,4 éves védeltséget bizonyítanak, de a hasonló technológiával készült hepatitis B vakcinákkal szerzett tapasztalatok alapján több évtizedes védeltség kialakulása tűnik valószínűnek.

A nemzetközi adatok áttekintésén túl a személyes és szubjektív véleményem az, hogy nekünk orvosoknak kell felmérnünk a betegeinket, illetve a gondozásunkra bízott egészséges gyermekeket és felnőtteket védő és veszélyeztető hatások valószínűségét. A védőoltások esetében egyértelműen a védőhatások vannak túlsúlyban. Amikor lazult a kötelező oltások iránti fegyelem, hamarosan – olykor halálos áldozatot is követelő – torokgyík-, pertussis- vagy kanyarójárvány tört ki az adott területen.

Az első rotavírus elleni vakcina forgalmazását a szakemberek tiltakozása ellenére szüntette meg a gyártó egy ritka, súlyos mellékhatás miatt. A mellékhatás odafigyeléssel időben felismerhető volt, az érintett gyermekek életét pedig meg lehetett menteni. Ugyanakkor a súlyos hasmenéssel járó megbetegedés még évekig (az újabb rotavírus-vakcina megjelenéséig) több ezer amerikai csecsemő életét követelte.

A szűk baráti/családi körben 10 fiatalt oltottam eddig be HPV vakcinával, és az oltás helyén észlelt fájdalomtól eltekintve más oltási reakcióval vagy mellékhatással nem találkoztam. Mindkét lányom (13 és 14 évesek) számára megvásároltam a HPV-vakcinát, és már meg is kapták az első két oltásukat. Szülőként és orvosként egyaránt nekem kellett eldöntenem, hogy megvédem őket attól, amitől lehet, és amitől meg is kell védenem. A HPV-fertőzés és a méhnyakrák ilyen.



Kardos
Gabriella
rovata

Kell-e a gyermekkori hiperkoleszterinémiát gyógyszeresen kezelni?

A Pediatrics egyik utolsó számában jelent meg egy igen fontos közlemény, amely az American Academy of Pediatrics ajánlásait tartalmazza a gyermekkori lipidszűrésről, és ennek terápiás következményeiről. A Pediatrics-cikk és a New England Journal of Medicine azt követő állásfoglalásának tanulsága, hogy rendkívül fontos lenne nálunk, Európa második „legkövérebb” országában a túlsúlyos gyermekek – különösen a rizikócsoportba tartozók – zsíryanagcsere-szűrése, és hogy gyermekeknél, ahol a gyógyszeres kezelés veszélyeket hordoz, a megelőzésre kell fókuszálni.

Az Egyesült Államokban, a halálhoz leggyakrabban cardiovascularis betegség vezet. Az atherosclerosis, amelynek ebben kiemelkedő szerepe van, újabb ismereteink szerint már kora gyermekkorban elkezdődik. Az atherosclerosis kialakulásában az első lépés, hogy az artériák intímájában felszaporodnak a zsírral telt makrofágok, és ugyanakkor a simaizomsejtek szaporodásnak indulnak. Ezek az artériák intímájába migrálnak, és ott ún. fibrózus plakkokat hoznak létre. A következmény az artériák lumenének beszűkülése, thrombogen anyagok felszabadulása, és végül infarktus vagy stroke. Számos kiterjedt epidemiológiai és kórbonctani vizsgálat azt mutatja, hogy az atheroscleroticus plakkok száma már gyermekkorban is arányos a magas teljes és LDL-koleszterin-szinttel, a magas trigliceridszinttel, valamint az alacsony HDL-koleszterin-értékekkel.

A szérumlipid a felnőttekéhez hasonló értékei már kora gyermekkorban, 2 éves korban kialakulnak. Ebben csak a pubertás körüli időszak hoz átmeneti csökkenést, hogy ezután újra a felnőttekre jellemző szintet érje el. Kiterjedt szűrés alapján kiderült, hogy a gyermekek mintegy 10%-a olyan magas koleszterinszinttel rendelkezik, amely felnőtteknél már kezelést tesz indokolttá. Követéses vizsgálatok szerint e gyermekek 70%-ában ifjúkorban

is magas értékeket észlelnek, és a cardiovascularis rizikót csak fokozza az elhízás, a dohányzás, illetve nőknél az orális fogamzásgátlók használata. Bár genetikai faktorok lényeges szerepet játszanak, napjainkra kiderült, hogy a gyermekkori helytelen táplálkozás és a mozgáshiány legalább olyan jelentős rizikótényező.

A jelenleg érvényes amerikai ajánlások szerint szűrni kell azokat a gyermekeket, akiknek szüleinél korai (55–65 éves kor előtt) cardiovascularis esemény történt, illetve akik szüleinek magas a koleszterinszintje. Ezzel a módszerrel azonban csak a veszélyeztetettek kb. 40%-a identifikálható. Ajánlott továbbá a szűrés az elhízott, magas vérnyomásos, illetve cukorbeteg gyermekeknél. A szűrés optimális időpontja a 2 és 10 év közötti életkor. Normális értékek esetén a rizikócsoportba tartozókat 3–5 évenként újra meg kell vizsgálni. A szűrés az éhgyomri lipidprofil (teljes-, HDL- és LDL-koleszterint, illetve triglicerid) meghatározását jelenti. Probléma azonban az, hogy gyermekeknél nem ismertek a pontos rizikóértékek. A legelfogadottabb a percentilek megadása; 95-ös percentil feletti érték biztosan kóros, a 90 és 95 közötti pedig határérték. A percentilek az életkor és a nem szerint különböznek, hasonlóan a BMI-(body mass index)-értékekhez. 5–9 éves fiúknál például a teljes koleszterin 95-ös percentilje 4,8 mmol/l, a trigliceridé 0,95 mmol/l.

Az ajánlás terápiás elveket is megfogalmaz. Preventív és terápiás részre oszlik.

A gyermekpopuláció egészére vonatkozó preventív intézkedések közül a legfontosabbak a diétás tanácsok, de diétát csak 2 éves kor felett szabad alkalmazni. Ajánlják sok gyümölcs, zöldség, hal, teljes kiőrlésű gabonát tartalmazó élelmiszerek és alacsony zsírtartalmú tejtermékek fogyasztását, kerülni kell viszont a magas cukortartalmú ételeket és a sok só fogyasztását. Rámutatnak a transzszírsavak szerepére is, melyek az LDL-koleszterin szintjét növelik. A transzszírsavak főleg a bőséges olajban kisütött termékekben

találhatók, e szempontból mindegy, hogy otthon készítik-e el, vagy gyorsétteremben vásárolják. Kiegészítő kezelésként a magas rosttartalmú ételeket, növényi zsírokkal dúsított élelmiszereket ajánlják, a fokozott testmozgás mellett. A rizikócsoportba tartozó gyermekeknél ennél komolyabb restrikcióna van szükség. Náluk a telített zsírsavak a teljes kalóriabevitelnek kevesebb mint 7%-át képezhetik, és a napi koleszterinmennyiség nem haladhatja meg a 200 mg-t. A legfontosabb azonban a testsúly normalizálása.

A genetikailag meghatározott dyslipidaemiák és a 4,9 mmol/l-nél magasabb éhgyomri LDL-szinttel rendelkezők (normál érték 3,5 mmol/l-ig) kezelésére azonban sajnos a diéta nem elégséges, és itt kerül elő a 8 éven felüliek gyógyszeres kezelésének szükségessége. Ebbe a csoportba tartoznak a homozygota familiáris hiperkoleszterinémiában szenvedőkön kívül a cukorbeteg, metabolikus szindrómás, vesebeteg, congenitalis szívbetegségben vagy autoimmun-betegségben szenvedő, magas LDL-koleszterinnel rendelkező betegek is, és ide sorolják a malignus betegségből gyógyult gyermekeket is.

Mik a gyógyszeres kezelés lehetőségei? A legrégebbi és viszonylag ártalmatlan módszer szírfelszívódás csökkentésére az epesavakat megkötő anyagok, pl. cholestyramin adása. Ennek nincs szisztémás hatása, de hátránya, hogy a gyermekek nehezen veszik be. A felnőtteknek adott niacin gyermekeknél nem használatos, túl sok mellékhatása van.

Az LDL-szint 1%-os csökkentésével 1%-kal kisebb az esély cardiovascularis esemény bekövetkezésére. Felnőttek LDL-koleszterin-szintjének csökkentésére a statinokat alkalmazzák nagy sikerrel. Mellékhatásuk kevés, viszonylag ritkán fordul elő (elsősorban a transzamináz-, illetve a kreatin-kináz-értékek emelkedését észlelték). A statinok egyikét, a pravastatint az FDA gyermekek számára is engedélyezte.

A trigliceridek szintjét a fibrátokkal lehet csökkenteni. Sajnos statinokkal együtt

adva növelhetik a mellékhatások előfordulásának gyakoriságát (rhabdomyolysis), ezért csak kivételesen adhatók gyermekeknek.

A legígéretesebbek az ún. koleszterin-abszorpciót gátló szerek, pl. az ezetimib, amelyeknek kevés a mellékhatásuk és a kis tablettát gyermekek is könnyen lenyelik, de ezek gyermekkorban még nem engedélyezettek.

Az American Academy of Pediatrics terápiás ajánlása hatalmas vihart kavart az Egyesült Államokban, annyira, hogy a New England Journal of Medicine 2008 szeptemberében szerkesztőségi állásfoglalást tett közzé. A kritikusok a gyermekek statinokkal való kezelését vitatják. Érveik között szerepel, hogy a koleszterinképzést gátló statinok a fejlődő szervezetre káros hatást gyakorolhatnak, például azért, mert az agyban is gátolják a koleszterin

képződését. Nincs elegendő adat arra vonatkozólag, hogy e szereket hosszan adva milyen hatás várható a fejlődő szervezetben, gondoljunk pl. a központi idegrendszerre, az immunrendszerre vagy a hormonokra. A szerkesztőségi közlemény azzal az ellentmondással foglalkozik, hogy jelenleg nem ismert, mi okoz majd nagyobb kárt, a statinok, vagy a járványyszerűen terjedő gyermekkori elhízás. Ez utóbbiról tudjuk, hogy pl. az ifjúkorúak cardiovascularis rizikóját, a 2-es típusú diabéteszt és szövődményeinek esélyét nagymértékben növeli. Számítások szerint a gyermekkori elhízás terjedése miatt az USA lakosságának várható élettartama a közeljövőben – több mint egy évszázadig tartó növekedése után – csökkenni fog. A közlemény szerint a legnagyobb kérdés az, hogy farmakológiai módszerekkel kell-e kezelni a gyermekkori elhízást (és ebbe a

statinokon kívül pl. a magas vérnyomás vagy a diabétesz kezelésére szolgáló szerek is beletartoznak), vagy sokkal nagyobb mértékben kell a prevencióra támaszkodni. Óriási a kulturális szakadék abban, hogy a betegségek gyógyszeres kezelését a népesség elfogadja, de a preventív rendszabályok („junk food” hirdetés betiltása, iskolai étkezés egészségessé tétele, iskolai testedzés kibővítése stb.) bevezetését elutasítja. A szerkesztőség szerint a vita nem arról szól, hogy szükséges-e a gyermekek statinokkal való kezelése, hanem arról, hogy a felnőttek felelőssége az ehhez vezető tényezők megváltoztatása.

Irodalom

Daniels SR et al: Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics*,2008;122:198-208

De Ferranti S et al: Storm over statins- The controversy surrounding pharmacologic treatment of children. *New Engl J Med* 2008;359:1309-1312

A kövérségről – másként

Orvosoknak és laikusoknak szóló közlemények mindig csak a táplálék mennyiségéről, összetételéről, valamint a testmozgás fontosságáról szólnak. A Hírvivő júliusi számában lévő írás (Túltáplált kisiskolások, bizonytalan szülők) is csak a fehérje–zsír–szénhidrát mennyiségével, százalékos arányával foglalkozik. Nyilvánvaló, hogy a szénhidrát és a zsír mennyiségének jelentős szerepe van a tápláltsági állapotban. Ezek túlzott fogyasztása elhízást okoz(hat), de a kövérségnek nem minden esetben ez az (egyedüli) oka. A fizikai inaktivitás összefügg a kövérséggel, de ha egy kövér ember fokozott mozgásra, tornára tér át, a táplálékbevitel még fokozódhat is.

Amerikai felmérések szerint a szegény sorsú, színes bőrű nők többsége elhízik, holott a fizikai aktivitásuk bizonyára nem csökken lényegesebben. A gazdag, fehér bőrű nők kevésbé „hajlamosak” az elhízásra, mert társadalmi elvárások, hiúságuk miatt többet foglalkoznak testük jó kondícióban tartásával, jobban figyelnek a táplálkozásukra, rendszeres tornájukra.

Még szakszövegekben is csak mellékesen említik az örökletes tulajdonságokat, pedig ezek szerepe legalább akkora, mint az eddig említetteké. Genetikai tényezők általában 33%-ban felelősek a kövérséget, elhízásért! Bár kétségtelen, hogy kövér, sokat evő családokban a gyerekek is kövérek szoktak lenni, azonban ezekben az esetekben sem csak a „szokás”, a „családi példa” lehet az ok. Itt is szerepük lehet (sőt: szerepük van) az örökletes adottságoknak.

A hormonális szabályozás jelentősége sohasem szerepel a különféle diétákban, obesitással foglalkozó írásokban. Eltekintve a pajzsmirigy közismert funkciójától, az endokrin működés általános fontosságát több minden alátámasztja. Sok elhízott kis-

gyermek a pubertás idején lefogy. A terhesség utáni elhízásban is közrejátszik a megváltozott hormonális működés. Ugyanez mondható a menopauza utáni és az öregkori elhízásról (vagy extrém mértékű lefogyásról).

Mindnyájan ismerünk olyan embereket, akik válogatás nélkül sokat esznek, mégis egész életükben soványak maradnak. És ismerünk olyanokat, akik állandóan diétáznak, akik alig esznek, aggodalmasan számolgatják a táplálékuk energiatartalmát, mégis kövérek. Eszement diétákkal le tudnak ugyan fogyni néhány – vagy akár tíz–húsz kilót is, – de hamarosan visszahíznak a genetikailag és hormonálisan meghatározott testsúlyukra. A zsíresejtek száma gyermekkorban alakul ki. Ezen változtatni már nem lehet. A felnőtt ember tápláltsági állapotát ez meghatározza.

Bár nem tartozik közvetlenül a kövérség problematikájához, megemlítem a vegetáriánus étkezést. Mélységesen megértem a vegetáriánusokat, mégis helytelennek tartom, hogy az ilyen családokban a kisgyermeknek sem adnak kellő mennyiségű állati fehérjét. Az ember vegyes táplálkozásra ítélt élőlény. Fehérjét nem tudunk készíteni, márpedig a test felépítéséhez erre a tápanyagra – különösen kisgyermekkorban – szükségünk van.

A különféle diéták javasolói a könnyebb(nek tűnő) megoldást ajánlják, mert hiszen az örökletes tulajdonságokat nem tudják megváltoztatni, a hormonális funkciókat pedig csak nagyon hozzáértő orvos próbálhatja meg módosítani, (többnyire kevés sikerrel).

Jó lenne, ha végre genetikusok, endokrinológusok is megszólalnának!



Táplálkozás, testedzés, kalória-egyensúly

Monspart Sarolta, Országos Egészségfejlesztési Intézet

AZ EGÉSZSÉG JÓ KÖZÉRZET

Az egészség nem egy statikus állapot, hanem állandó változásban lévő kiegyenlítő-dési folyamat, amely a szervezetten belüli összhangban, illetve a szervezet és természeti-társadalmi környezete közötti dinamikus egyensúlyban nyilvánul meg. Tehát az egészség egy állandóan változó, dinamikus egyensúlyfolyamat, amelyet maga az egyén is folyamatosan alakít választásaival, döntéseivel.

A gyermek (és a felnőtt) egészségebb választását elsődlegesen a politikai döntéshozók, a média szakemberei, valamint a gyermekorvosok, a védőnők, az oktatók, az edzők és a családtagok segíthetik. Természetesen a végső döntés mindig az egyéné. A család egészséges életmódjának karmestere a nő, az édesanya vagy a nagyi akarva és akaratlanul is befolyásolja a környezetében élők életmódját, így a gyermekét is. Kutatások eredménye, hogy a gyerekek életük első 6 évében ott-hon veszik fel életmódszokásaik majd felét, akkor is, ha bölcsődébe, óvodába járnak. Tehát, fontos az édesanya és az egész család „minta-üzenete”.

KALÓRIA-EGYENSÚLY ÉS ÉLETMÓD

Az egészséges életmódnak az egészséges táplálkozás és a rendszeres testedzés két meghatározó, és egymással szoros kapcsolatban – remélhetőleg egyensúlyban is – álló eleme. Az emberek létezéséhez, állandó anyagcsere-folyamatához, tevékenységeihez kellő „üzemanyagra” van szükség. Nem mindegy, hogy ki, mikor és mit eszik! A tápanyagoknak megfelelő arányban kell jelen lenniük a szervezetben, hogy jól hasznosuljanak és ellássák feladatukat: energiát szolgáltatni, a test folyamatos építkezésében, a megújulásban részt venni. A szénhidrátok és a zsír adják részben az energiát. A fehérjék és kismértékben a zsír a test részeivé válnak. A vitaminok, ásványi anyagok segítik a szervezetben zajló folyamatokat. Vízzel működik az egész rendszer, s a víz hiányzik legelőször, ha nincs.

Az egyén energiaszükséglete pillanatonként változik, például, ha fekszik, ha játszik, ha sportol, ha tanul, minden tevékenység esetén más és más a kalóriafelhasználása. Az energiát a megevett tápanyagokból, a bevitt energiából nyeri a szervezet. Ha az elfogyasztott tápanyag energiája több, mint a szükségleteket fedező energia, akkor felbomlik az energia-

egyensúly, azaz elkezdődik a testtömeg-növekedés, a hízás. Hasonlóan szétesik az energia-egyensúly, ha több a felhasznált energia, mint az elfogyasztott, ekkor testtömegcsökkenés, fogyás lesz.

Az energia-egyensúly biztosításához nem csupán az energiabevitel csökkentése, hanem az energiefelhasználás növelése is lehetséges, azaz nemcsak kevesebbet lehet enni, hanem érdemes többet testedzeni. Az egyén napi energiaszükséglete függ az egyén alapanyagcseréjétől és a napi, fizikai aktivitásának összességétől.

Természetesen mindenkinek naponta szüksége van az alapanyagcseréjét ellátó energiára. Azért a genetikailag örökölt „vékony” testalkatoknak is elhagyhatatlan a rendszeres testedzés, hiszen a „motort” azaz a szívet és a keringési rendszert edzésben kell tartani. Ugyan őket nem fenyegeti az elhízás, de a testedzés hiánya okozta betegségek őket, sem kerülnek el. A sovány gyerekek is szükséges a napi egy órás, játékos sportmozgás. Az egészséges táplálkozás és a rendszeres testedzés energia-egyensúlya a leggyakoribb, halállal végződő betegségek elkerülését is lehetővé teheti felnőttkorban is.

ENERGIA-EGYENSÚLY ÉS TESTEDZÉS

A hazai és külföldi szakemberek megegyező véleménye, hogy a fejlődésben lévő ifjoknak minimum napi egyórányi, míg a felnőtteknek hetente legalább három alkalommal 30–45 percnyi sportmozgásra van szüksége. A fejlődésben lévő – óvodástól az érettségizőig – fiatal naponta játékosan, szórakozásból sportoljon, testedzen a természetben, friss levegőn. Telen is. Felnőtteknél ahhoz, hogy sportoláskor a szervezetet megfelelő inger érje, azaz a terhelés elegendő legyen, szükséges, hogy a percenkénti pulzusszám elérje minimum a 180 mínusz életkor értékét. Ez legkönnyebben az ún. állóképességi sportokkal valósítható meg, mint például a gyaloglás, a futás, a kerékpározás, az evezés, a tánc, a sífutás.

A gyermek egyes sportágakkal – úszás, korcsolya, tánc, síelés stb. – akár iskola-kezdés előtt is ismerkedhet már. A gyorsasági erősportágak, küzdősportok, labdajátékok kezdése később ajánlott. Az állóképességi sportágak edzéseit és a versenyzést sose siettessük. A sportágak kezdetéhez az életkorok csak irányszámok, hiszen az egyéni eltérések óriásiak.

AZ ENERGIA-EGYENSÚLY LEVEZETŐ ÖSSZEGZÉSE

A rendszeres testedzés, a sportolás sokféle segítséget ad a fejlődésben lévő gyermeknek is, többek között a genetikailag meghatározott biológiai lehetőségeinek elérését, biztosítja a megfelelő testsúlyt, a társas kapcsolatok kialakítását, az önbiológiai növelését, a lelki-testi harmónia jelenlétét.

A rendszeres, játékos testedzés legyen a természetben, a világ legnagyobb játszótérén, a legegészségesebb környezetben, valamint a legcsodálatosabb sportstadionban.

Az alacsony-közepes intenzitású fizikai tevékenységek (aerob mozgásformák), mint a kerékpározás, a gyaloglás, a futás, a tánc és az úszás megfelelő akaraterevével, kitartással párosulva a legalkalmasabbak a hatékony testtömegmegtartásra vagy a testsúlycsökkentésre.

Az egészség érdekében érdemes minden korban figyelni az energia-egyensúly jelenlétére, az egészséges táplálkozásra és a rendszeres testedzésre. Az edzett, az állóképes és nem túlsúlyos vagy elhízott egyén gyakran sikeres és jó közérzetű. Hiszen a test is tőke.

A TESTEDZÉS ARANYSZABÁLYAI

- Elkezdni sosem késő!
- Minden kezdet nehéz, ez sem lesz könnyű!
- Nem szenvedni, hanem mozogni érdemes!
- Könnyebb társakkal, mint egyedül.
- Lázasan, betegen nem szabad edzeni, sportolni!
- Főétkezés után csak 1–2 órával tanácsos az edzést kezdeni.
- A kis izomláz és nem a teljes kimerültség jó jele a fokozatos kezdésnek.
- Az edzés lassúbb mozgással, azaz bemelegítéssel kezdődik, és levezetéssel végződik.
- Legnagyobb ellenfél a saját lustaság és a rossz szokások.
- Az öltözet legyen az időjárásnak megfelelő.
- A 30 éven felüliek kezdjék a sportos életmódot egy orvosi vizsgálattal, akkor is, ha egészségesnek érzik magukat.

Irodalom:

Dr. Bíró, Dr. Lindner: Tápanyagtáblázat
Dr. Nádori László: Edzéselmélet



ESPCP – a rövidítések útvesztőjében

Nizzában ülésezett október végén az alapellátásban dolgozó európai gyermekorvosok szervezete (ESAP – European Society of Ambulatory Paediatricians). A találkozóra az EAP (European Academy of Paediatrics) mintegy 2700 résztvevővel zajló, öt napos kongresszusa keretében került sor. Ennek a monstre gyermekgyógyászati rendezvénynek volt egyik tárrendezője az ESAP. Az ő feladata volt az alapellátást érintő (obesitással, a serdülők ellátásával, baleset-megelőzéssel, a hátrányos helyzetűek gondozásával, szűrővizsgálatokkal, vagy a média szerepével foglalkozó) szekciók és poszterbemutatók szervezése.



A HGYE rendezésében tavaly Budapesten tartott XVIII. ESAP-konferencián született határozat értelmében mostanra készült el a szervezet új alapszabálya. Ennek megvitatása során módosult a szervezet neve – az ESAP „A” betűjét „PC”-re cseréltük, vagyis az „ambulatory” szót az angolban elfogadottabb Primary Care-re változtattuk. A szervezet neve ennek értelmében European Society of Primary Care Paediatricians – ESPCP.

Az eredeti javaslattal szemben sikerült 10 euróról 1 euróra csökkenteni azt az összeget, amelyet a tagszervezeteknek tagjaik után évente fizetni kell. (A közel 1600 házi gyermekorvost képviselő, de



csak 1300 körüli taggal rendelkező HGYE-nek így nem 13 000, hanem „csak” 1 300 euró lesz a tagsági díja.) Hogy ez sok vagy kevés, attól függ, hogy mit kapunk érte. Jelenleg nem sokat, de ha minden jól megy, később profitálhatunk belőle többet is. Ha például az ESPCP eredményesen képviseli az alapellátó gyermekorvosok közös érdekeit az EAP brüsszeli székhelyű vezetésében, akkor az ott hozott döntések akár kedvezően is befolyásolhatják a tagországok gyermek-egészségügyi alapellátásának – egyébként mindenütt háttérbe szorított – helyzetét.

Erre azonban most nincs sok esély. Az EAP energiáit ma még az a konkurenciaküzdő is leköti, amelyet a nemzeti gyermekorvos társaságokat (legalábbis nevében) tömörítő UNEPSA-val (Union of National European Paediatric Societies and Associations) folytat az Európában dolgozó kb. 50 000 (ki tudja pontosan mennyi?) gyermekorvos érdekképviselőért. A vetélkedő pregnáns példája, hogy idén augusztusban az UNEPSA Isztambulban, októberben pedig az EAP Nizzában szervezett egy-egy 2 500 résztvevős kongresszust.

Hogy a részterületek hazai és nemzetközi konferenciái mellett a (különben globálisan is kisebbségű helyzetű) gyermekgyógyászatnak szüksége van-e két ekkora rendezvény párhuzamos szervezésére,

vagy inkább erőit kellene egyesítenie, költői kérdés. Hogy a mezei gyermekgyógyászok ezután se lássák tisztán azt, hogy 2009-ben Moszkvában, vagy 2010-ben Koppenhágában melyik szervezet rendezi a nagy európai összejövetelt, a mit sem sejtők megtévesztése érdekében az UNEPSA most az EAP-re nagyon hasonlító EPA-ra (European Paediatric Association) módosította a nevét.

Visszatérve a házunk tájára; megválaszolatlan, hogy az ESPCP jövője szempontjából nem jelent-e eleve vesztes rajtpozíciót, ha a társaság „ab ovo” nélkülözni kénytelen tagjai közül az olyan országokat, amelyekben sosem volt gyermekorvosi alapellátás (Nagy-Britannia, Írország, skandináv vagy a balti államok, Hollandia), vagy mint ahogy azt a volt szocialista országok többségében tették: megszüntették azt.

A tagszervezetek javaslataitól függ, hogy milyen módosítással fogadják majd el az új alapszabályt, és hogy sikerül-e mozgásba hozni az előbbieket miatt akár végtaghiányosnak ítélt szervezetet. Más szóval: lehet-e a számarányát tekintve akár jelentőségteljes szövetség számára esélyegyenlőséget tere mteni a szubspecialitások jóval kevesebb tagot számláló, de sokkal hangosabb szervezetei között?

K. F.



Praxisok

- Ajkán 720 fős gyermekorvosi praxis jutányosan áron eladó nyugdíjba vonulás miatt. Dr. Wittmann Mária. Tel.: 70/372-9043
 - Bóly városában, az épülő M6-os autópálya mellett jó korösszetételű, fejlődőképes gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni az esti órákban: Tel.: 69-368-134
 - Győrben ISO-követelményeknek megfelelő, beruházott, 620 fős házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Központi ügyelet, helyettesítés megoldott. Telefon: 96/410-090 az esti órákban.
 - Budapesten, a XVIII. kerületben 950 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődés: 20/9125-561 telefonszámon.
 - Házi gyermekorvosi praxis eladó. 950 fős, Budapest XXI. kerületében. Érdeklődni lehet: Dr. Küzdényi Viktória tel.: 30/644-2614
 - Budapest vonzáskörzetében, Maglódon 800 fős gyermekorvosi praxisomat eladnám vagy teljes munkaidőben kiemelt fizetéssel helyettes orvost keresek a praxis későbbi megvételének lehetőségével. Vásárlás esetén részletfizetés megoldható. Központi ügyelet megoldott. Elérhetőség: 20/9339-755
 - Bács-Kiskun megyében, Kecskemét vonzáskörzetében (20 km) folyamatosan növekvő létszámú (jelenleg 1100 fős) gyermekorvosi praxis eladó. 3 szobás, felújított szolgálati lakás igénybe vehető, de a környező városokból kijárással is ellátható a körzet. Központi ügyelet van, részvétel fakultatív. Érdeklődni a 20/662-8560 telefonszámon lehet.
 - Orosházától 10 km-re házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a 30/9799-640 telefonszámon lehet.
 - Budapest frekventált helyén, kiváló adottságú 500 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: 20/4304-461
 - Bükkfürdőn az osztrák határ közelében gyermekorvosi praxis eladó. Kártyaszám 740. Központi ügyelet van, amiben nem kötelező részt venni. Szolgálati lakást az önkormányzat biztosít. Érdeklődni 18 óra után lehet a 70/220-4248 telefonon, vagy e-mailen: info.marmed@gmail.com
 - Budapest mellett, zöldövezetben 1000 kártyás gyermekorvosi praxis családi okok miatt eladó vagy szegedire cserélhető. Tartós helyettesítés is szóba jöhet. Ügyelni nem kell, természetközeli, nyugodt, csendes élet, növekvő lélekszám, szolgálati lakás van a rendelő felett. Helyettesítés megoldott. Budapest belváros 35 perc, kiváló közlekedés mind zónázó vonattal, mind autópályán. Ideális kisgyermekes családnak, vagy még gyermeket vállalni szándékozóknak. Mottó: „normális magánélet mellett biztos megélhetés” Részletfizetés megoldható. Érdeklődni: 20/5697-528 vagy zsazsa60@gmail.com
 - Szarvas mellett (Békés megyében) 820 fős, jól finanszírozott gyermekpraxis kedvező feltételekkel eladó. Nyugodt, kényelmes munkakörülmények. Felújított rendelő. Központi ügyelet. Naprakész dokumentáció és informatikai háttér. Kitűnő asszisztencia. Jól szervezett és edukált praxis. Kiváló kollegiális viszonyok miatt rugalmasan tervezhető szabadság. A tb-bevétel felett egyéb kiegészítő lehetőségek vannak. Érdeklődni: 70/338-7547 telefonszámon.
 - Ajkán gyermekorvosi praxis 840 kártyaszámmal nyugdíjazás miatt, februártól átadó. Érdeklődni: 70/3729-296, e-mail: zsolta41@citromail.
-
- 950 kártya feletti gyermekpraxist keresek Budapesten és környékén (elsősorban a budai régióban). Tel.: 30/203-8868

70%-OS TÁMOGATÁS A MEN-C VAKCINÁKON!

A 32/2004. (IV.26.) ESZCSM rendelet módosításáról szóló 27/2008. (VII.14.) EüM. rendelet 3. sz. mellékletében az Eü. 70%-os csoport egy újabb (20.) ponttal egészült ki. Ennek értelmében a N. meningitidis C szerocsoportja által okozott invazív megbetegedés megelőzése céljából 2 éves korig a csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos 70% támogatással (Eü. térköt. megjelöléssel) a Z29.8 BNO-kód feltüntetésével rendelheti a Meningitec, Menjugate, NeisVac-C vakcinákat.

Allergiarendelés

A budapesti MÁV Rendelőintézet
(1062 Budapest VI., Podmaniczky u. 109.)
rövid várakozási idővel, területi korlátozás nélkül
fogadja a rászoruló betegeket.
Előjegyzés: 8810-100/2527 telefonszámon.



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.: (06-20) 944-3540, fax: (06-1) 339-3704 e-mail: mediconsult.kft@chello.hu
A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály
ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **ART studio**
A címlapon Rétfalvi Dóra, belső fotók: Szamosi János, Kádár Ferenc