

XVI. évfolyam ■ 2011/október

H

ÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Fény az alagútban?

A gazdaság keserű hírei uralják életünket. Szeretnénk eligazodni, biztos pontokat találni, de ez most iszonyatosan nehéz, ráadásul sanyarú időkben többnyire a gyerekek húzzák a rövidebbet.

A Semmelweis Terv tartalmaz ugyan biztató elemeket a gyermekgyógyászat számára is, de a 18 év alattiak egységes házi gyermekorvosi ellátásának kimondásával továbbra is adós marad. Pedig ha ezt akár távlati célként megjelölnék, az meggátolná azokat a régi beidegződéseken alapuló intézkedéseket amelyek rossz irányba hatva akadályozzák, de mindenképpen nehezítik egy modern, racionális gyermekellátó struktúra kialakítását. Jól meghatározott célok nélkül a jövő tervezése, az utánpótlás biztosítása, a humánpolitikai csőd elkerülése sem lehetséges, nem beszélve arról, hogy levegőben maradnak így a gyermekorvosi alapellátás fejlesztésére tett kijelentések is. Cselekvés hiányában rövid időn belül újra csak a fizetőképes szülők vásárolhatnak gyermekorvosi ellátást a gyermeküknek. Ahogy az a múlt század első felében is volt...

Jól jellemzik a gyermekegészségügyben uralkodó viszonyokat a fel-fellángoló, idejtmúlt szemléleten alapuló viták, amelyek az iskolaorvoslás, a gyermekorvosi-védőnői együttműködés, a vegyes praxisok gyermekellátó képességének értékelése körül zajlanak. Nincs magyarázat arra sem, hogy miért olyan lett az indikátoralapú teljesítmény-finanszírozás, hogy annak végső formájába érdemben már bele sem szólhattunk. Csak örülhetünk, hogy másfél ezres közösségünket legalább nem hagyták ki teljesen ebből a pluszfinanszírozásból. A Gyermekalapellátási Tagozat és Tanács megalakulásával talán szervezett, szakmai keretek közé kerülnek a vitatott kérdések.

A tervezett változások során napirendre került az önkormányzatok és az alapellátás viszonya is. Talán reménykedhetünk olyan szerződésekből, amelyek végre nem az egér-elefánt viszonyon alapulnak, és egyértelművé teszik az önkormányzat feladatait a rendelők fenntartásában.

Bizakodva fedeztük fel a Semmelweis Tervben az általunk régóta forszírozott praxisalap létrehozásának szándékát. Hisz hosszú ideje hiába várjuk a visszavonuló és a belépni szándékozó kollégák anyagi terheinek mérséklését, a haladó praxispiac feléledését. A konkrét praxisra szóló működtetési joggal értéket kaphat majd a jelenleg alig realizálható vagyoni értékű jog.

Tudjuk, hogy a végeredmény az átgondolt végrehajtáson múlik, és hogy szűk a mozgástér. Mégis némi optimizmussal tekintünk a legapróbb pozitívumok, az alagút végén felsejlő fények felé. Azt reméljük, hogy amit ott látunk, az nem látomás.

Dr. Huni King

TARTALOM

- Európai egészségügy 2030-ban 2–4
- Új vezetőség az MGYT élén 4
- Gyermekorvos és házi orvos gyermek-alapellátásának összehasonlító felmérése 6–9
- Meningococcus-betegség 10–11
- Egészség – szegénység 12–17
- Az Enterol szerepe a hasmenés kezelésében .. 18
- Otitis 19
- Fragilis X-szindróma 20
- A kölcsönügyletek árnyoldalai 21
- Vajat vagy margarint 22
- Gyermekbántalmazás 23
- Praxisok 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2011-ben:



Mi lesz veled, európai egészségügy?

Míg 2000-ben az uniós államok átlagosan nemzeti össztermékük 8 százalékát fordították az egészségügyre, ez az arány 2030-ra – elsősorban a lakosság öregedése, a krónikus betegségek számának gyarapodása és az orvostechológiai költségrobbanás miatt – várhatóan 14%-ra emelkedik majd. Hiába kecsegtet tehát csodálatos lehetőségekkel a daganatku-
tatás, a géntérkép, hiába javul a cukor- vagy szívbetegségek kezelési eredménye, ha a költségnövekedés miatt finanszí-
rozhatatlanná válik az egészségügy.

A világ egyik legrangosabb gazdasági kutató-elemző-tanácsadó cége, az Economist Intelligence Unit (www.eiu.com) 28 vezető egészségügyi szakértővel készített interjút 2010 decembere és 2011 márciusa között. Mindegyiküket arra kérték, hogy fogalmazza meg reményeit, félelmeit és előrejelzéseit az európai egészségügy 2030-as állapotát illetően. Ezekből készült egy jelentés (www.eufutureofhealthcare.com), amely a szakértők észrevételeinek összefoglalása mellett külön kitér az egészségügy pénzügyi válságának mozgatórugóira, és összegzi a következő két évtizedre várható főbb tendenciákat. Írásunk a legfontosabb megállapításokat foglalja össze.

A KÖLTSÉGNÖVEKEDÉS OKAI

A legalapvetőbb probléma az egészségügyi ellátás költségének folyamatos, a gazdasági növekedést meghaladó – és várhatóan nem szűnő – emelkedése. Az egészségügy működtetéséhez szükséges pénzügyi hozzájárulás elérte azt a pontot, amikor a kormányok felismerték, hogy további emelés nem lehetséges és politikailag sem elfogadható. Kulcskérdés, hogy miképp lehetne az ellátást az eredeti – adózáson és biztosításon alapuló – rendszer szétverése nélkül újratervezni. A legtöbb európai állampolgár egyetért ugyanis a közös kockázati elvvel, és elutasítana bármiféle, ennek megváltoztatására irányuló kísérletet.

Míg a 65 éven felüliek 2000-ben Európa népességének 16%-át tették ki, számarányuk 2030-ra 24%-ra emelkedik. Az élettartam kitolódása különösen a gazdaságilag fejlett országokban lesz szembe-
tűnő, ami nem jelenti azt, hogy ezzel együtt gyarapodik az egészségben töltött évek száma is. A tipikusan időskori betegségek, a daganatos kórképek, a diabetes, a szívbetegségek, krónikus légúti elváltozások, a stroke, a dementia, a depresszió prevalenciájának emelkedésével a kezelésükkel járó kiadások is nőnek. A büdzsé további terheléséhez vezet a technológiai, és szakképzési költségek folyamatos emelkedése, a fokozódó specializáció, és ne feledjük, még az egészségkultúra fejlesztése is pénzigényes folyamat.

A költségnövekedéshez a betegek is hozzájárulnak. Az egészségtelen életmód, a „gyorséttermi” étkezéskultúra a „junk food” térhódítása miatt 2005 és 2030 között az elhízáshoz köthető betegségek száma is 60%-kal növekszik. Az információk on-line elérhetőségével ugyanakkor fokozódik az igény arra, hogy mind többen hozzáférjenek a medicina legfrissebb eredményeihez. Szinte beláthatatlan eredménnyel járhat az informatikai forradalommal azonos súlyú fejlődés a genetika, a

biotechnológia, az elektronikus egészségügy (e-health) terén. A daganatos betegségek tényleges gyógyítása vagy a szellemi leépülés progressziójának megállítása sem utópia már.

LEHET-E LASSÍTANI AZ IGÉNY-KIADÁS SPIRÁLT?

A „fenntartható” egészségügy előtt álló egyik legnagyobb kihívás az, hogy a morbiditási struktúra változását nem követi a társadalombiztosítási rendszer fejlődése. Finanszírozási elve változatlan, a megelőzés helyett ma is döntően a betegellátásra koncentrálnak, kórházközpontú, és továbbra is szegmentált lobbierdekek határozzák meg a kiadásait. A biztosítók alig veszik figyelembe, hogy a régebbi „egy beteg–egy betegség” állapottal szemben mára az „egy beteg–több betegség” vált dominánssá, ami egy elnyújtott, úgynevezett longitudinális finanszírozási metodikát követel. A szükséges pénzalap előteremtését ma is a fiatal és egészséges munkaerőtől várják, akiknek az eltartottak növekvő számához viszonyított aránya viszont egyre csökken.

KÉRDÉSEK, KIHÍVÁSOK

A 2030-as évek egészségügyi rendszereinek felépítése attól függ, milyen választ ad egy adott ország a következő kihívásokra.

„Állami vagy magán?” Natlie-Jane MacDonald angol szakértő szerint a brit National Health Service ugyan mindenkinek megad „mindent”, a „minden” azonban alig valami. A magánbiztosítóknak jóval nagyobb teret adó holland rendszert illetően az ottani egészségügyi miniszter arra figyelmeztet, hogy minél hangsúlyosabb a privát szektor szerepvállalása, annál nehezebb lesz a nagy költségigényű betegségekben szenvedő, de kispénzű emberek ellátása.

A „nemzeti vagy európai?” – kérdésre sincs egyértelmű válasz. Lehet-e átjárás a

különböző országok szolgáltatásai között, amikor számottevő különbségek jellemzik a nemzeti ellátó rendszereket?

Proaktív vagy reaktív legyen-e a rendszer? Lesz-e áttörés a prevenció irányában? Biztosítható-e, hogy valóban csak arra érdemes dolgokra költsük a pénzt? A kérdésekre adott válaszok kihatnak majd az Európa egészségügyét befolyásoló trendekre.

TRENDEK

Az európai egészségügy jövőjét hét különálló, ám egymáshoz mégis kapcsolódó tendencia alakítja majd.

Mind több ország ismeri fel azt, hogy minél egészségesebb a társadalom, annál produktívabb a gazdaság. Az amerikai Milken Intézet kutatásai bizonyítják, hogy a betegségek okozta totális gazdasági veszteség mindig meghaladja a betegségekkel szembeni küzdelem összköltségét. Ez még akkor is így lesz, ha a mostani, jellemzően inkább az élettartamot hosszabbító innovációk helyett már az életminőséget is javító fejlesztésekre helyezik át a hangsúlyt.

Egy következő irányzat szerint a szűkülő közkiadási lehetőségek forszírozzák majd a szolgáltatások racionalizációját. Ha a vezérlő elv az elérhető legjobb ellátás, akkor az összköltséget csökkentenék, az eredményességet pedig javítanák, ha a számtalan szétszórt centrum helyett mindössze néhány európai központba koncentrálnák az igen magas költségigényű betegcsoportok ellátását. A szakítás az otthonközeli ellátás elvével még akkor is megtakarításhoz vezetne, ha az utazás költségeit is felvállalja az állam, nem beszélve arról, hogy ily módon nem az adott országban, hanem az unióban elérhető legmagasabb szintű ellátás válik az európai polgár számára elérhetővé.

Minthogy az otthoni ellátás mindig olcsóbb, mint a hotelfunkciókkal növelt kórházi ellátás, azért, hogy a csak valóban

indokolt esetek kerüljenek a magasabb ellátási szintekre, fokozott hangsúlyt kell helyezni az elsődleges (alap)ellátók képzésére a szubspecialitások terén. Az elsődleges ellátás gatekeeper (kapuőr) szerepét a „patient manager” (a kezelést koordináló) funkció váltaná fel.

A WHO 2005-ös felmérése szerint a szívbetegségek, stroke-ok, diabetesek 80 százaléka elkerülhető volna. Ezért megkerülhetetlen az a fejlesztési irányzat, ami az életmódváltásra, a betegoktatásra, az egészségtelen áruk forgalmazását sújtó „büntető” adók bevezetésére helyezi a hangsúlyt. Ennek azonban feltétele, hogy az egészségpolitika az egyéni sorsok helyett és esetenként az orvosszakmai szempontokkal szemben az állampolgári érdekekre koncentráljon.

Míg a kormányok a társadalomra, a média mind inkább az egyénekre fókuszál. A twitterek és bloggerek a jó, de a rossz hírekkel is bombázzák olvasóikat. Nő a szkeptikusok tábora, azoké, akik már nem bíznak abban, hogy az egészségügy képes lesz mindenkinek az elvárt minőségű ellátást nyújtani. Egyre többen jutnak ezért arra a meggyőződésre, hogy saját kezükbe kell venni egészségük megőrzését, betegségük kezelését, mind többen hiszik, hogy saját egészségüket illetően maguk jogosultak döntéshozatalra, vagy azt, hogy panaszukra akár alternatív gyógymódok is megoldást nyújthatnak.

Korszerűsíteni kell az adatkezelési szabályozást is, hisz megfelelő prioritási sorrend csak akkor születhet, ha a döntés transzparens, megbízható és kellően széles körű adatbázison nyugszik. Bármennyire evidens is ez, ma hiába áll rendelkezésre irdatlan méretű egészségügyi adathalmaz, sok tekintetben elavult betegjogi és adatvédelmi szabályozás korlátozza azok megismerhetőségét.

Végül tetten érhető egy hetedik trend, amit inverz módon épp a szubspecializáció vált ki. Egyre többen állítják, hogy a fokozódó specializáció párhuzamos ellátásokhoz, a fokozódó igényekhez viszonyítva (mesterséges) orvosihiányhoz és a bürokrácia növekedéséhez vezet. Erre adott reakcióként értékelődik mind magasabbra a többi egészségügyi szektor, a nővérek, a gyógyszerészek, a nem orvos szolgáltatók szerepe.

FORGATÓKÖNYVEK

Az Economist szakértői szerint a mai döntések nyomán 2030-ra ötféle forgatókönyv körvonalazódik, melyek egyike sem tekinthető kizárólagosnak, bármilyen ötvözetük is létrejöhet. Előnyeiket, hátrányaikat különböző tényezők befolyásolhatják.

A technológia diadala

A nanotechnológia, a biotechnológia, a genetika fejlődése következtében elképzelhető, hogy míg napjainkban rengeteg ember él krónikus állapotváltozással anélkül, hogy arról egyáltalán tudomása lenne, 20 év múlva már nem pusztán a diagnosztika lesz rendkívül gyors, de talán az olyan betegségek, mint a diabetes vagy az agyvérzés is gyógyíthatókká válnak. A vitális funkciókat az e(lektronikus)-Health rendszer ellenőrzi majd, ez küldi az aktuális

Egységes európai rendszer

A European Federal Healthcare System (EFHS) létrejöttét már a következő évekre prognosztizálják. A brüsszeli székhelyű gazdaszervezetet az uniós államokban pénzügyileg fenntartható egészségügy érdekében hozzák létre. Feladata lesz az Európában rendelkezésre álló egészségügyi források racionális felhasználása, a szolgáltatások standardizációja, a biztosítási rendszerek harmonizációja, az egységes színvonalú munkaerőképzés és az elektronikus



terápiás utasításokat is. Akár 100–110 éves korunkig is egészségesek, produktívak maradhatunk.

Hatékony prevenció nélkül azonban semmilyen technológiai fejlődés sem lesz képes magában megoldást nyújtani. További kérdés, hogy a gazdag országok mellett profitálhatnak-e a fejlődésből a szegény országok is?

adatkezelés széles körű bevezetése. A rászorulókat esetenként lakhelyüktől és az adott országtól függetlenül, a speciális betegségek ellátására szakosodott intézményekben látják majd el, az ellenőrző vizsgálatokat az e-health rendszeren keresztül végzik. Az ésszerű ellátásszervezés nyomán a kórházak jelenlegi száma és hatalmas munkaerőigénye csökkenthető, a fekvő-

beteg-ellátás részesedése az egészségügy összköltségéből a 2008-as 30%-ról 20%-ra redukálható. Ennek a scenáriónak kulcskérdése, hogy elfogadják-e a betegek a szakítást az eddig preferált otthonközeli ellátással, és képesek-e a tagországok a páneurópai rendszer létrehozásához nélkülözhetetlen politikai döntésekre?

A prevenció térhódítása

Egy harmadik forgatókönyv szerint napjaink betegségcentrikus szemléletével szemben 2030-ra az egészségfenntartásnak kell uralkodó irányzattá válnia. A jelenleginél jóval nagyobb figyelem fordul majd a szív- és érrendszeri betegségek, a diabetes, a stroke, a légúti betegségek megelőzésére, a balesetek és a születés körüli sérülések prevenciójára. Nagyobb hangsúlyt kell helyezni a terhesgondozásra, a védőoltásokra, a rossz szociális helyzetűek egészséges táplálkozására, a sportolási lehetőségekre, az egészséges környezetre, az egészségügyi magatartásra, az egészségnevelésre vagy a szűrővizsgálatokra. A táplálkozás- és fogyasztáskultúrát a magas zsír-, só- vagy cukortartalmú ételeket gyártók többletadóztatásával igyekeznek motiválni. Jogi szabályozással is támogatni kell majd a lakosság nagyobb szerepvállalását egészséges állapotuk fenntartásában. Vannak elképzelések, miszerint 2033-tól már nem részesedhet államilag támogatott egészségügyi szolgáltatásban az, aki bizonyíthatóan egészségtelen életmódja következtében betegszik meg. 2008-ban egyedül a cardiovascularis betegségekre 192 milliárd eurót költöttek az EU tagállamaiban. A fenti lépések nyomán 2030-ra ennek a költségnek a megfizetését remélik.

Gyors csökkenés ugyan nem várható az életmódfüggő krónikus betegségek incidenciájában, de az obesitas, a magas vérnyomás, a koleszterinszint terén hamarabb lesznek már látható eredmények. Az egészségben töltött évek számának növekedésével a nyugdíjkorhatár akár 70–72 évre is kitolható, amitől a gazdaság termelékenységének további javulása várható. Tudomásul kell azonban venni azt is, hogy még ha prioritást is kap a megelőzés és a közegészségügy, növekszik a demenciával járó kórképek, a rákos megbetegedések prevalenciája és ellátásuk költségigénye.

A leszakadók felzárkóztatása

Van olyan elképzelés is, hogy az egészségpolitikának döntően az egyenlőtlenségek kiküszöbölésére, a társadalom legsérülékenyebb rétegeire, az idősekre, a szegényekre, a mentális betegek, az etnikai kisebbségekre kell fókuszálnia. Különösen érvényes ez az unió kelet-európai országaiban, ahol a születéskor várható élettartam – döntően a képzetlenség, a munkanélküliség, a rossz szociális körülmények miatt – főként a marginalizált rétegek körében alacsony. Ha nem lépünk ez irányban, az egészségipar eredményeiből csak a gazdagok és a gazdag országok profitálhatnak. A közeljövőben várható annak az uniós cselekvési tervnek az elfogadása, melynek nyomán remélhető a leszakadó rétegek dinamikusabb felzárkóztatása. A stigmatizáltak korai kiszűrésével, szociális integrációjával, speciális szükségleteik pontos felmérésével, megkülönböztetett állami támogatásával, önszorgító csoportok alakításával még a leghátrányosabb térségekben is el kell érni, hogy ne a jövedelmi

viszonyokon múljon az, hogy valaki hozzáfér-e az egészségügyi szolgáltatások egyre gazdagodó kínálatához, vagy nem.

A magántőke növekvő szerepvállalása

Az ötödik forgatókönyv szerint, ha nem is veheti át a meghatározó szerepet, jóval nagyobb szerephez jut a magántőke a biztosítási rendszerekben. A források koncentrációja miatt 2030-ra várhatóan mindössze öt nagy biztosítótársaság uralja majd az európai biztosítási piacot, akik kórházak és alapellátók finanszírozásával hoznak létre páneurópai kiterjedésű szolgáltató hálózatokat. Az egyesült államokbeli és az európai rendszer döntően csak abban különbözik majd egymástól, hogy az ottani önkéntes biztosítással szemben, itt mindenki számára kötelező lesz az egészségbiztosítás.

KONKLÚZIÓ

Mindezek után egyértelmű, hogy ha Európa meg akar felelni a saját maga által kitűzött céloknak, újra kell terveznie egészségügyi ellátórendszerét. Meg kell ezt lépnie akkor is, ha fiskális krízis előtt állunk, és ha nincs is ma konszenzus az előrelépés módját illetően, ha öncélú ellentétek fragmentálják is az orvostársadalmat, a szolgáltatók széles körét, az egészségipar szereplőit. Mert nincs, nem lehet vita abban, hogy mindenki számára azonos módon hozzáférhető, egységes színvonalú ellátást biztosító és fenntartható egészségügyi ellátásra van szüksége minden európai polgárnak.

AZ ÖSSZEFOGLALÁST KÉSZÍTETTE: KÁDÁR FERENC

Az MGYT új vezetősége (2012–2015)

Elnök: Molnár Dénes

Tanácsadó elnök: Szabó László

Főtítkárs: Gárdos László

Tanácsadó főtítkárs: Velkey György

Főtítkárs helyettes: Arató András, Paksy László, házi gyermekorvos, Szabó Éva

Vezetőségi tagok: Balla György, Bodrogi Tibor, Fekete Ferenc, Fogarasi András, Gyurkovits Kálmán, Józsa Lajos, házi gyermekorvos, Katona Márta, Kálmán Mihály, házi gyermekorvos, Mészner Zsófia, Mogorósi Gábor, Nagy Kálmán, Oroszlán György, Páll Gabriella, házi gyermekorvos, Réthy Lajos, Reusz György, Ruszinkó Viktória, Simon Gábor, Sipos Péter, Szabó András, Szatmári András, Tullassy Tivadar, Túri Sándor, Újhelyi János, házi gyermekorvos, Várkonyi Ágnes

Felügyelő Bizottság: Elnök: Harmat György Tagok: H. Nagy Katalin, Saada Eyad, Threton András

Fegyelmi Bizottság: Elnök: Mikos Borbála Tagok: Ablonczy László, Dolowschiák Annamária, házi gyermekorvos

A megválasztott tisztségviselőknek gratulálunk, jó munkát kívánunk!

Gyermekorvosok és házi orvosok gyermek-alapellátásának összehasonlítása*

Kádár Ferenc, Kálmán Mihály, Paksy László, Paksy András

Hiába evidens szakmai körökben a válasz, Európa szerte és évtizedek óta tart a vita, ki végezze a gyermekek alapellátását: a gyermekorvos vagy a házi orvos? Magyarországon a disputa túlnyomórészt a felszín alatt zajlik, de árulkodó a vezető szakmai grémiumok hallgatása, és veszélyt sejtető, hogy a szakpolitika évtizedek óta nem áll ki következetesen és egyértelműen a 18 éven aluliak gyermekorvosi alapellátása mellett. A szép ígéretek nem követik tettek, miközben az orvosi internetes fórumok tele vannak a „gyermekszertető” házi orvosok „hozzáértő” megszólalásaival.

A vita szakmai szempontból régóta álvita. A gyermekgyógyászat vezető szakemberei, nemzeti és nemzetközi szakmai szervezetek évtizedek óta állítják, neves lapokban megjelent közlemények igazolják, hogy képzettsége és gyakorlata alapján az alapellátás szintjén is elsősorban a gyermekgyógyászok hivatottak a gyermekek ellátására. A gyermekgyógyászat kiállása azonban gyenge, hangja erőtlén, így nem csoda, ha az egészségpolitika füléhez inkább a házi orvosok hangja ér fel, akik döntően egzisztenciális szempontoktól vezérelve hangoztatják, hogy a gyermekek primer ellátására ők is képesek.

Súlyos következményei vannak ennek az apró „is” szócskának. Megosztja, félrevezeti még saját szakterületünk vezetőit is: elfogadják, hogy ahol ma nincs gyermekorvos, ott a jövőben sincs rájuk szükség. Az egészségpolitikusok rendre azzal érvelnek, hogy nincsenek olyan adatok, amelyek bizonyítják, hogy alacsonyabb lenne a csecsemőhalálozás, vagy egészségesebbek volnának a gyerekek ott, ahol alapellátásukat gyermekorvos végzi. Arra hivatkoznak, hogy a skandináv államokban például rendkívül alacsony a mortalitás és irigylésre méltók a gyermekegészségi mutatók, pedig ott házi orvosok látják el a gyermekeket. Ez az érvelés áll amögött is, hogy a balti államokban, Lengyelországban, Romániában, Bulgáriában, Jugoszlávia utódállamaiban megszüntették a gyermekszakorvosi alapellátást. A házi orvosok gyermekorvosokét jóval meghaladó száma, államilag támogatott és messze strukturáltabb intézményrendszere, következésképp erőteljesebb érdekérvényesítése nyomán a gyermekorvosi alapellátás még ott is háttérbe szorult, ahol ugyan különböző arányban, de működik – például a németeknél, franciáknál, spanyoloknál, Svájcban, Szlovákiában, vagy akár nálunk.

Közismert, hogy a szociális körülményeknek, a kulturális háttérnek jóval nagyobb a súlya az egészség/betegség alakulásában, mint az ellátórendszernek. A csecsemőhalálozás azonban – egy bizonyos gazdasági fejlettség felett – magában már nem elég indikátora az ellátás minőségének. Jóval finomabb marker volna például, hogy a tünetek megjelenését mennyi idővel követi (hányadik nekifutásra és mekkora költségráfordítással születik meg) a diagnózis.

Az ellátás korszerű indikátorait folyamatosan kutatják, de ma sincsenek annyira körültekintően kidolgozva, hogy a teljesítmény fontos – az egészséges életévek számát illetően meghatározó jelentőségű – részleteinek összehasonlítására alkalmasak lennének.

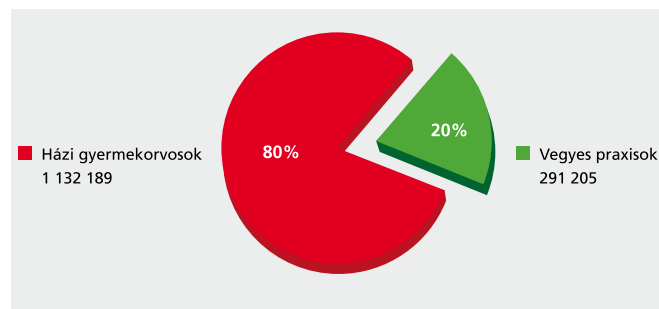
Kiinduló kérdésünket illetően messze nem mindegy, hogy hol hasonlítjuk össze azt, hogy házi orvosok vagy gyermekorvosok nyújtanak-e a gyermekeknek jobb alapellátást. Félrevezető, ha az

angol GP-k és a magyar házi gyermekorvosok adatait vetjük össze. Hisz nagyon eltérő a két ország egy főre jutó nemzeti jövedelme, a szociális ellátóhálózat, vagy az orvosképzés rendszere. Ha a magunk eredményeit a német vagy holland házi orvosok gyermekellátásra vonatkozó mutatóival hasonlítjuk össze, akkor sem biztos, hogy mi, magyarországi házi gyermekorvosok kerülünk ki győztesen. Ha azonban Anglia gyermekellátó rendszerének mutatóit a nagyjából azonos gazdasági fejlettségű, hasonló tradíciókkal rendelkező svéddekével hasonlítjuk össze, már nagyon is figyelemreméltó következtetésekre jutunk. A British Medical Journal 2011. márciusi számában megjelent felmérés (Analysis. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications for the NHS reforms Ingrid Wolfe et al. BMJ 2011: 342: d1277) szerint, ha a brit rendszer a svédkéhez hasonló teljesítményt nyújtana, évente 1500-zal kevesebb gyermek halna meg Angliában! A döbbenetes szám nem azt jelzi, hogy a GP rendszer rosszabb, hisz mindkét országban vegyes ellátó szisztéma működik. A tény csak arra hívja fel a figyelmet, hogy Angliában valami rosszul működik, és nem mellékesen aláhúzza, hogy megközelítően hasonló háttér és struktúra mellett igenis tanulságos a szolgáltatók működését összehasonlítani.

Erre tettünk kísérletet magunk is, amikor egy országon belül vetettük össze a házi gyermekorvosok és a vegyes praxist ellátó orvosok gyermekellátásának bizonyos mutatóit. Minthogy nálunk a gyermekorvosok és a házi orvosok egyaránt a gyermekpopuláció sok százazres csoportjait látják el, továbbá egyetlen biztosító rendelkezik az összes alapellátó praxis minden, számunkra fontosnak tartott adatával, az ország alkalmas terepnek kínálkozott egy elemző összehasonlításra.

Magyarországon mintegy másfél millió 14 éven aluli él, 80 százalékuk gyermekorvoshoz, 20 százalékuk házi orvoshoz tartozik. (1. ábra) Az országos átlagon belül azonban nagy különbségek vannak: Szabolcs-Szatmár-Beregben a gyermekek 49, Borsod-

1. ábra Házi gyermekorvosok és a vegyes praxisok által regisztrált 0–14 éves gyermekek száma és megoszlása



Abaúj-Zemplén megyében, Hevesben 37–37, vagy Zalában 31 százalékát látja el házi orvos, míg Komárom-Esztergomban 13, Pest megyében 10% ugyanez az arány. A dinamikus fejlődő térségekben a gyermekek nagy többségét, a stagnáló illetve lemaradó térségekben, ahol rosszabbak az életkörülmények, ma-

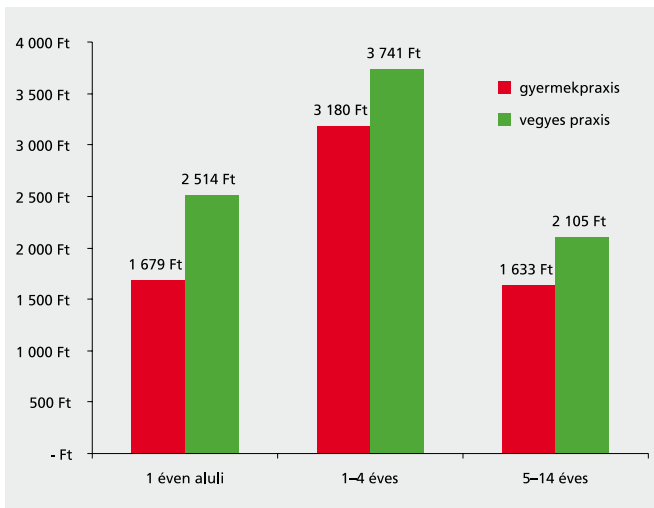
gasabb a koraszülés-frekvencia, alacsonyabb az egészségben töltött évek száma, a gyermekek alig több mint felét látja el házi gyermekorvos. És természetesen nem hagyható figyelmen kívül, hogy míg egy gyermekorvosi praxisba kizárólag kiskorúak tartoznak, addig a vegyes praxisokban a praxislétszámnak csak átlagosan 13%-a 14 éven aluli.

Az összehasonlításhoz olyan mutatókat kerestünk, amelyek viszonylag kisebb összefüggést mutatnak a szülők (gyerekek) szociális helyzetével, egészségügyi kultúrájával, a lakóhely kórháztól való távolságával, és inkább az ellátó orvos képzettségét, gyakorlatát, protokoll adherenciáját (a szakmai előírások követését) jellemzik. A vizsgálat a 2010. január 1-től december 31 közötti időszakra, és az összes 14 év alatti gyermeket ellátó (gyermekorvosi és vegyes) praxisra terjedt ki. (A gyermekek szűkebb csoportját, a 15–18 éves fiatalokat is ellátó, „tiszta”, háziorvosi praxisokat nem vizsgáltuk.) A felmérés az alap-, szak-, és fekvő-betegellátás, valamint a gyógyszerteráki jelentéseiből összeállított adatbázis alapján készült.

A következőkben a legszembetűnőbb különbségeket szemlélítjük.

Nincs adat, amely bizonyítaná, hogy a házi orvosokhoz tartozó gyermekek körében magasabb az antibakteriális terápiát igénylő megbetegedések száma. Az azonos számú korcsoportok antibiotikum-fogyasztását elemezve mégis az derült ki, hogy a kiváltott antibiotikumok összköltsége a házi orvosokhoz tartozó csecsemők (1 éven aluliak) körében 50(!), az 1–4 év közöttiek esetében 18, az 5–14 év közöttiek esetében 29 százalékkal haladta meg az ugyanezen korcsoportú, de gyermekorvosi praxisba tartozók számára kiváltott antibiotikumok összköltségét. (2. ábra) Nem hagy-

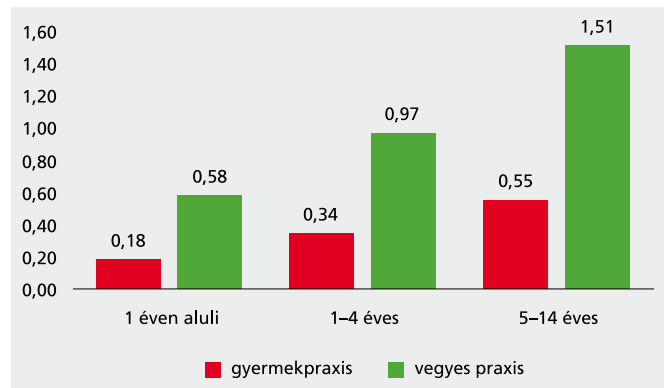
2. ábra Egy gyermekre jutó éves antibiotikum fogyasztás bruttó ára praxisnemenként



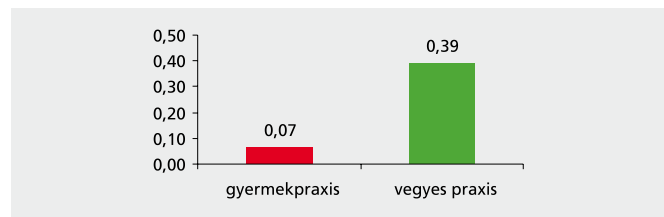
ható ugyan figyelmen kívül, hogy egy antibiotikum felírását a szakmai indikációk mellett más tényezők is befolyásolják (hétköznap vagy hétvége, diagnosztikai egységtől lévő távolság, közlekedési lehetőségek stb.), mégis figyelemreméltó, hogy (szigorúan elméleti) kalkulációk alapján, kizárólag ennek a példázatnak az alapján mintegy 460–500 ezer Euro gyógyszerköltség lenne megtakarítható évente.

A gyermekek alapellátásában ma már korszerűtlennek tartott szulfonamidokból a házi orvosok a gyermekek mindhárom vizsgált korcsoportjában háromszor annyit írtak fel, mint a gyermekorvosok. Ez a különbség az ugyancsak nagyon szűk indikációs körbe tartozó tetracyclinek tekintetében, az 5–14 évesek körében már hatszoros! (3. ábra)

3/a ábra Gyermekeknek felírt szulfonamidok (DDD/1000 gyermek/nap)

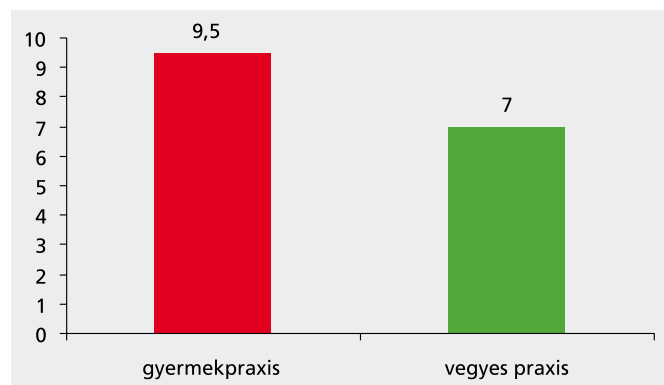


3/b ábra Gyermekeknek felírt tetracyclinek 5–14 éves



Tudjuk, hogy a koraszülések gyakorisága a rossz szociális körülmények között élő várandósok körében közel 50%-kal magasabb az országos átlagnál. Ismert, hogy a koraszülötteknél jóval gyakrabban fordul elő olyan állapot, ami fejlődéspediátriai elmaradást eredményez, ennél fogva nagyobb arányban igényelnek speciális fejlesztést. A szükséges kezelést gyermekideggyógyászati vizsgálatnak kellene megelőznie. Bár kiépült az országos lefedettséget biztosító gyermekneuroológiai hálózat, a vegyes praxisok, ahová ezeknek a koraszülötteknek jelentős aránya tartozik, 35%-kal kevesebb csecsemőt utalnak gyermekneuroológiai szakrendelésre. (4. ábra)

4. ábra Gyermekneuroológiai szakrendelésre utalt csecsemők (1000 gyermek/év)

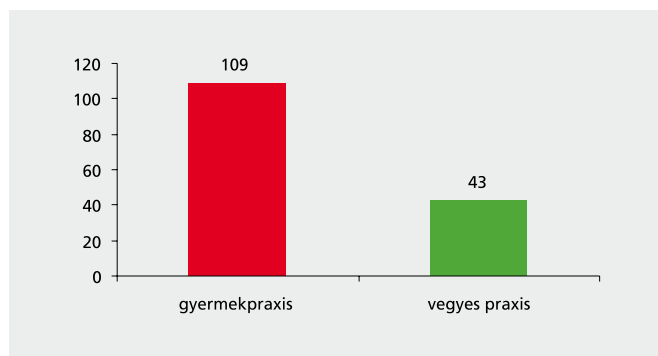


A 3 év alattiaknál a gyermekorvosok 2,5-szer több esetben kérnek vizeletbakteriológiai vizsgálatot. (5. ábra) Halljuk az ellenérveket, mégsem tudjuk elfogadni, hogy ha a vizsgálati anyag szállítása kizárólag logisztikai feladat, egy szükséges vizsgálat elvégzése a lakóhely és a laboratórium távolságától függhet.

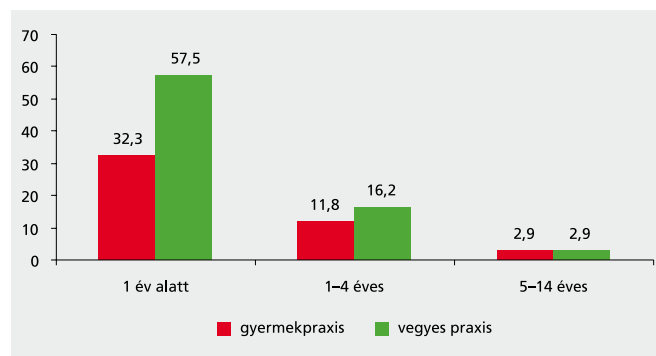
Számottevő különbség mutatkozik a gyermek- és a vegyes-praxisok kórházi beutalási gyakorlata között is. A ma többnyire már otthon is gyógyítható pneumonia miatt 110%-kal több csecsemő, 44%-kal több 1–4 éves és 38%-kal több 5–14 éves kerül



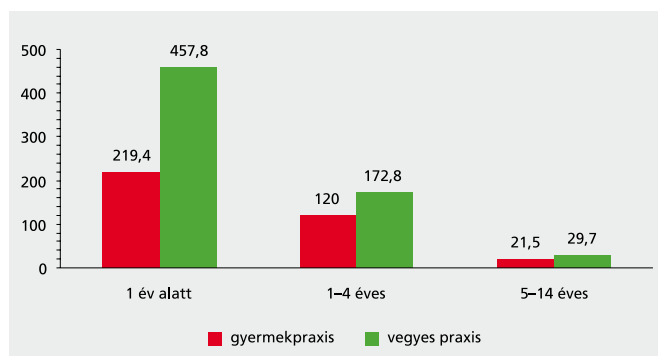
5. ábra Vizeletbakteriológiai vizsgálat 0–3 éves gyermekeknél (1000 gyermek/év)



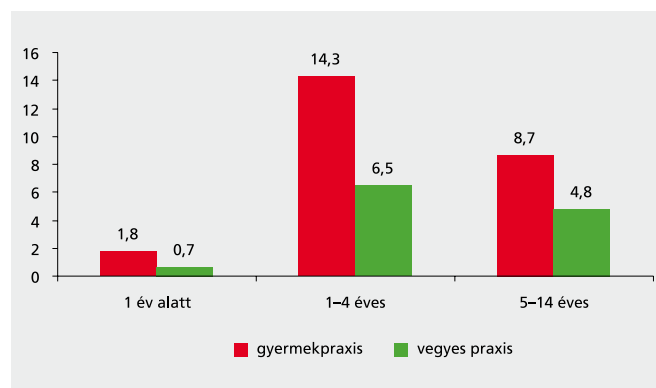
8. ábra Gastrointestinalis fertőzéssel kórházban kezelt gyermekek száma/10 ezer gyermek/év



6. ábra Pneumonia diagnózissal kórházban kezelt gyermekek száma/10 ezer gyermek/év

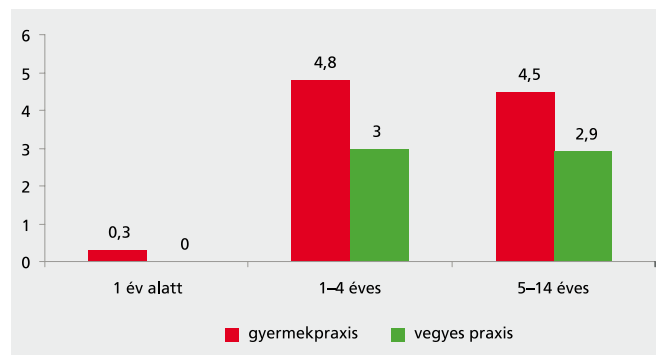


9. ábra Hallásvesztés miatt kórházban ápolott gyermekek száma/10 ezer gyermek/év

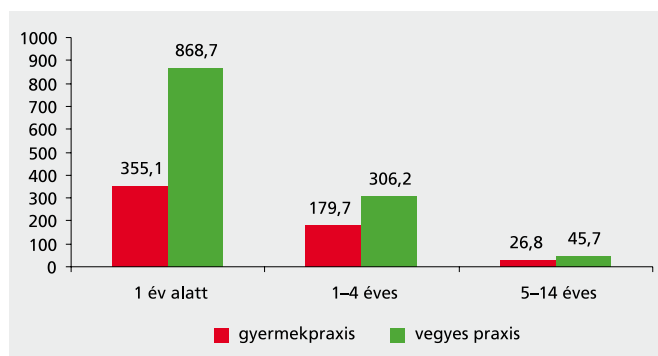


kórházba a vegyes praxisokból. (6. ábra) Hospitalizációt többnyire nem is igénylő heveny bronchitisszel vegyespraxisból 2,5-szer több 1 év alatti, 70%-kal több 1 és 4 év közötti, és 71%-kal több 5–14 évest kezeltek kórházi osztályon. (7. ábra) Feltáró elemzést igényelne, hogy enterális infekció miatt miért került kórházba 80 százalékkal több csecsemő és 37 százalékkal több 1–4 éves vegyes körzetből, mint gyermekpraxisból. (8. ábra) Elgondolkodtató, hogy hallásvesztés, kancsalság, sérv miatt jóval kevesebb,

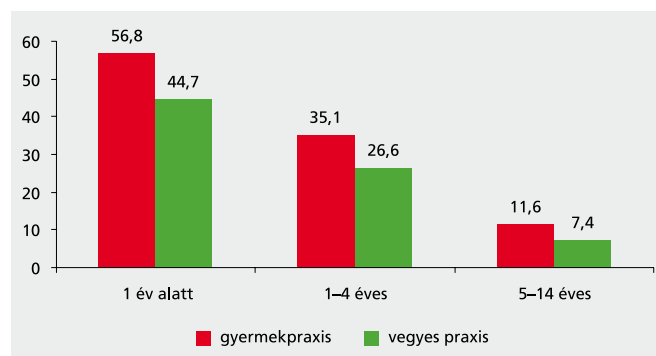
10. ábra Kancsalság miatt kórházban ápolott gyermekek száma/10 ezer gyermek/év



7. ábra Bronchitis diagnózissal kórházban kezelt gyermekek száma/10 ezer gyermek/év



11. ábra Sérv miatt kórházban ápolott gyermekek száma/10 ezer gyermek/év



bőrgyógyászati elváltozás miatt jóval több vegyes praxishoz tartozó gyermeket kezeltek kórházban. (9–12. ábra)

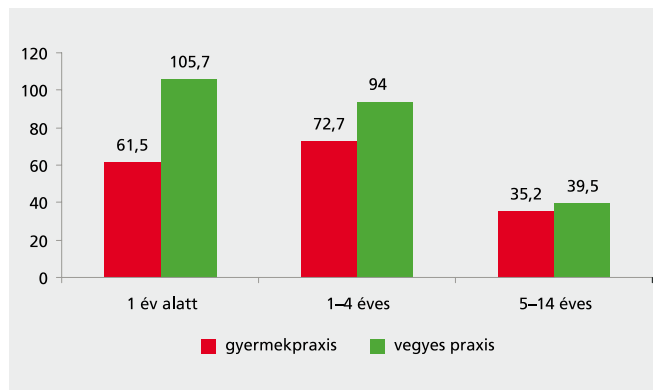
Bár a pneumococcus elleni védőoltás 2010-ben már térítésmentes volt, indikátorpontokkal is jutalmazott beadását az OEP felé küldött orvosi jelentések alapján a gyermekorvosok 90, a vegyes praxist ellátó háziorvosok 25%-a tartotta fontosnak. Szakmai protokollnak megfelelően – saját jelentésük szerint – a gyermekorvosok 47, a háziorvosok 11%-a alkalmazta az oltóanyagot.



Tisztában vagyunk azzal, hogy „tisztá” adatok gyakorlatilag nem léteznek, hogy egy felmérés elemzésekor számos adatmódosító tényezőt is figyelembe kell venni. A vizsgálat azonban mégis megerősíti hat évvel ezelőtti, hasonló felmérésünk végkövetkeztetését, miszerint magasabb színvonalú, hatékonyabb megelőző és gyógyító ellátást biztosítanak gyermekek számára ma Magyarországon a házi gyermekorvosok, mint a házi orvosok. Annak ellenére, hogy a házi gyermekorvosi és a vegyes praxisok teljesítményindikátorainak finomhangolása további teendőt igényel, meggyőződésünk, hogy vizsgálatunk megállapításait érdemes szem előtt tartani az ellátószervezet tervezésekor.

*A EAP BPC ECPCP vilniusi konferenciáján (2011. május 19–21.) elhangzott előadás alapján

12. ábra Bőr és bőr alatti kötőszövet betegségei miatt kórházban ápoltságuk száma/10 ezer gyermek/év



„Dimenziók”

XVII. őszi konferenciáját rendezti a Házi Gyermekorvosok Egyesülete

Budapest, 2011. november 18–19.

Danubius Hotel Flamenco
(1113 Budapest, Tas vezér u. 7.)

- „Ha a gyermekgyógyászat és az alapellátás vezetői, ha az egészségügyi kormányzat irányítói, a következő években is úgy állnak a gyermek-alapellátás kérdéseivel, ahogy az elmúlt 20 évben, akkor nem tudjuk, ki fogja ellátni a gyermekeket 2020-ban!” Nem körvonalazódik, hogy milyen ellenlépésekkel válik kezelhetővé a fenyegető orvoshiány, az esélyegyenlőtlenség.
- A színpad mögött bizonyosan zajlik a koncepcióalkotás, a vélemények ütköztetése, az egyeztetés. Hallunk Semmelweis Tervről, növekvő állami és csökkenő önkormányzati szerepvállalásról, de mit jelent ez az alapellátás számára?

Ezekre a kérdésekre várjuk az államtitkárság, a finanszírozás vezetőinek választát, a szociális szféra, a MOK, a FAKOOSZ, a Rezidens Szövetség képviselőinek, szakértőinek választát és az érdekvédelem az egészség-gazdaságtan és más, számunkra fontos határterület szakértőinek helyzetelemzését.

Kérjük, hogy jelentkezési lapját juttassa el egyesületünkhöz (on-line, faxon vagy postán)!

www.hgye.hu



- Jobban jártunk-e az új indikátor finanszírozással, csökkent-e a továbbküldöttek száma, az antibiotikum-fogyasztás, javult-e a minőség? Merre van az „előre”?
- Értékesíthető praxisjog helyett vergődő, vagy befagyott piac. Milyen elvek mentén halad a központi praxisalap kidolgozása?
- Gyermekszegénység, egészségügy, hozzáférés, cigányok, demográfia, morbiditás, élettartam. Szavak. És a következmények? És a teendők?

Meningococcusbetegség

Összefoglalás

A meningococcusbetegség az életet fenyegető, súlyos infekció. A kórokozó *Neisseria meningitidis* törzsek az egész világon elterjedtek, a lakosság 5-10%-a tünetmentes baktériumhordozó. Az invazív meningococcusbetegség occult bacteraemia, purulens meningitis, sepsis és meningitis valamint széptikus shock és purpura fulminans klinikai képében jelentkezhet. Esetismertetés: C szerocsoportú *Neisseria meningitidis* által okozott invazív meningococcusbetegség körlefolyasának ismertetése: 15 éves lány: gyögyult septikus shock, purulens meningitis. Következtetések: a meningococcusbetegség kimenetele függ a gyors felismeréstől és a haladéktalanul megkezdett empirikus antimikrobás és intenzív terápiától. Az invazív meningococcusbetegség aktív védőoltással megelőzhető.

A meningococcusbetegség kórokozója a *Neisseria meningitidis* az egész világon előforduló Gram-negatív, endotoxin-termelő baktérium. A lakosság 5-10%-a tünetmentesen hordozza a garatban a kórokozót. Az invazív meningococcusbetegség morbiditása lényegesen ritkább: a nem járványos régiókban 0,5-10/100000, a járványos régiókban 1000/1000000 lakosra számítva. (1)

A *N. meningitidis* 13 szerocsoportjából az A, B, C, Y és W-135 szerocsoport fontos. Európában és Magyarországon a B szerocsoport domináns, de 2000-tól kezdődően a C szerocsoport is megjelent a hazai populációban.

Az USA-ban évente 1000-2000 meningococcusbetegség fordul elő, 10% halálozással. A túlélők 11-19%-a szövödménnyel gyögyul (neurológiai károsodás, végtag amputáció, süketség). A korspecifikus morbiditás a két éven aluli gyermekek között a legmagasabb, a valóságban a meningococcusbetegség leggyakrabban a 11 évnél idősebbekben fordul elő. (1,2) Magyarországon 2003-2007. között évente 32-49 volt a bejelentett meningitis epidemica esetek száma, melyek

többségét B szerocsoport okozta. 2010. július és 2011. február között 51 megbetegedést jelentettek. 23 beteg hat évesnél fiatalabb, 17 beteg 6-29 éves korú, hét beteg 30-59 éves, négy pedig 60 éves vagy idősebb volt. Nem csak a megbetegedések száma emelkedett, változtak az epidemiológiai sajátosságok is. A 2010-2011. járványügyi szezonban az 51 eset közül az ismert típusú 40 megbetegedés 60%-át (24 megbetegedés) a C típusú *N. meningitidis* okozta, és 40%-ot (16 eset) tett ki a B típusú kórokozó által előidézett megbetegedések aránya. (3) A halálozási arány nem tért el lényegesen a korábbi években regisztrálttól. 2010. július 1. óta hét beteg (13,7%) halt meg, közülük három megbetegedését a B, négy megbetegedését a C típusú baktérium okozta. Négy beteg öt éven aluli, három pedig 15-24 éves volt. (3) A módszertani levélben ajánlottak ellenére az eseteknek mindössze 15%-ában kapott a beteg a kórházba szállítást megelőzően antibiotikum-kezelést.

Klinikum

A meningococcusbetegség sürgösségi körkép, kezelés nélkül halálos lefolyasal fenyeget. A tünetek gyors felismerése életmentő lehet.

A *N. meningitidis* az orrgarat nyálkahártyáját kolonizálja, és a betegek valamint a tünetmentes hordozók cseppfertőzéssel terjesztik. A fertőzött személy maga is baktériumhordozóvá válhat.

A hordozó állapotból ritkán fejlődik ki betegség, és ha mégis, a betegség néhány nap alatt alakul ki. Gyakoribb a hirtelen kezdet lázzal, meningeális tünetekkel hypotóniával, kiütéssel (rash).

Meningococcus meningitis a leggyakoribb klinikai manifesztáció.

Tünetei: láz, fejfájás, tarkókötöttség.

A meningococcaemia meningitissel és meningitis nélkül is előfordulhat. Tünetei: láz, petechiák, purpurák, hypotónia, és többszervi károsodás. (1) A meningococcusbetegség kockázati tényezői: komplementhiány, funkcionális és anatómiai léphiány, megelőző vírusinfekció, zsúfolt környezet, krónikus betegség,

dohányzás. Újoncok, kollégisták is fokozottan veszélyeztetettek. (2)

A betegvizsgálat során keressük a meningococcusbetegség tüneteit:

- Influenzaszerű nem specifikus tünetek.
- Meningeális tünetek, és bőrtünetek.
- Gondoljunk a meningococcusbetegségre.

Területen a meningococcusbetegség gyanúja esetén az antimikrobás kezelés azonnali megkezdése életmentő lehet. Intézetben a teendők: azonnali diagnosztikus mintavétel (liquor, vér), haladéktalan empirikus antimikrobás kezelés, és a beteg intenzív osztályos elhelyezése. A korrekt etiológiai diagnózist a vér és liquor mikrobiológiai vizsgálata biztosítja.

Esetismertetés

S.A. 15 éves lány, városi kórház belgyógyászati ambulanciáról irányították a gyermekosztályra két napja tartó panaszok, gyakori hányás, bűzös hasmenés, láz (38 °C) miatt.

Status: elesett állapot, aluszékony, láb-szárazon, bokák körül purpurák, suffusiok, diffúz hasi nyomásérzékenység, kötött tarkó, fejfájás, 39 °C láz, tachycardia, megnyült kapilláris telődési idő, hypotónia, hypoprothrombinaemia, széptikus shock. Herpes labialis.

Felvételkor: Fvs 20,5 G/L, Hb 6,6 mmol/L Ht:0,30, Thr 159 G/L, Na 135, K:3,1 mmol/L, C-reaktív protein:99 mg/L, procalcitonin 67, CN 9,6 mmol/L, kreatinin 180 mol/L, prothrombin 43%, INR:1,6, bázishiány -7,2, vércukor 8,5 mmol/L liquor cukor 3,0 mmol/L, liquor fehérje 1,8 g/L, sejtszám 20000/2 fvs.

Liquor latex gyorsteszt *Neisseria meningitidis* antigén pozitív, liquor bakteriológiai tenyésztés negatív, torok bakt.:neg., haemokultura: negatív.

A Gyermekek Intenzív Osztályon alkalmazott komplex terápia: Ceftriaxon, Penicillin, Dexamethasone, Mannit, parenterális folyadékpótlás, supportív kezelés eredményeként szövödménymentesen gyögyult. 14 nap után otthonába távozott.

Klinikai kép: *Neisseria meningitidis septikus shock, purulens meningitissel.* (3. típus)

Az eset jól demonstrálja a súlyos meningococcusbetegséget. A beteg nem részesült korábban meningococcus ellen védőoltásban, és nem kapott a beutalást megelőzően antibiotikumot sem.

Megelőzés

A meningococcusbetegség azonnal jelentendő a kistérségi ÁNTSZ-nek, amely intézkedik a közvetlen kontaktszemélyek kemoprofilaxisáról. Az antimikrobás kemoprofilaxist lehetőleg 24 órán belül kell megkezdeni. Közvetlen kontaktok a családtagok, a gyermek - és felnőtt közösségi kontaktok és mindenki, aki a beteg szájfőrájával kontaminálódhatott. A kemoprofilaxisra alkalmazható gyógyszerek: rifampicin, ciprofloxacin és ceftriaxon. A várandós nők profilaxisára Ceftriaxon javasolt.

A meningococcusbetegség legeredményesebben aktív védőoltással előzhető meg. Monovalens, bivalens és tetravalens poliszacharid és konjugált monoalens C és tetravalens

konjugált vakcinák vannak forgalomban. A polyszacharid vakcinák a csecsemők - és kisgyermek oltására nem alkalmasak. A Meningococcus C konjugált vakcinák hatékonysága jobb a poliszacharid vakcináénál, mivel a meningococcus-antigént fehérjéhez konjugálták, a hatása tartósabb, továbbá az antigén 2 évesnél fiatalabb kisgyermekekben is ellenanyag-választ indukál. (4)

A meningococcus C elleni konjugált oltóanyagok minden korcsoportban jó és tartós immunválaszt eredményeznek. Magyarországon a csecsemők és kisdetek meningococcus C oltása konjugált oltóanyaggal javasolt.

A 2 éven aluli gyermekek számára a konjugált meningococcus C vakcinák 70%-os TB támogatással rendelhetők, rendelésre jogosult a háziorvos, házi gyermekorvos és csecsemő-gyermekgyógyász szakorvos. (4)

2011. május óta hazai gyógyszerári forgalomban van olyan konjugált meningococcus vakcina, mely kiegészítésében 2 különböző méretű tût tartalmaz, - megkönnyítve ezzel a kisgyermekek valamint a tinédzserek immunizálását.

A praxis számára fontos üzenet, hogy azonnali hospitalizáció javasolt:

- meningealis izgalmi tünet
- megváltozott tudatállapot
- petechia, purpura megjelenésekor
- lázas, rossz állapotú, görcsölő beteg
- meningococcus hordozó környezetében élők bármilyen betegsége, különösen láz esetén.
- meningococcusbetegség gyanúja esetén az első antibiotikum adagot (ceftriaxon vagy penicillin) még a mentő érkezése előtt be kell adni.

Irodalom

1. Henry M. Wu. CDC Commentary: Meningococcal Disease – Prevention, Diagnosis, and Management <http://www.medscape.com/viewarticle/718595>
2. Cohn A., Jackson M. L. Meningococcal disease <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/meningococcal-disease.htm>
3. EpiInfó 18. évfolyam 8. szám 2011. március 5. 81-83.
4. EpiInfó 18. évf. 1. különszám 2011. február 21. 42-43.

Schneider Ferenc¹,
Fehér Zsuzsanna¹,
Oroszlán György²

Vas Megyei Markusovszky
Kórház Nonprofit Zrt.
Infektológiai Osztály¹,
Csecsemő-Gyermekosztály²,
Szombathely

Egészség – szegénység

Dr. Aszmann Anna

„A gyermek a mi mai befektetésünk a holnap társadalmába”. Ezzel, az Egészségügyi Világszervezet gyermek-egészségügyi stratégiájából¹ kölcsönzött mottóval kezdődik a 2005-ben meghirdetett „Közös Kincsünk a Gyermek” Nemzeti Csecsemő és Gyermkegészségügyi Program. Itt az ideje, hogy végre másként tekintsünk az egészségügyre, benne a gyermekek egészségügyére, mint eddig. Tudjuk, hogy a szociális és gazdasági viszonyok jelentősen befolyásolják a lakosság, különösen a gyermekek egészségét, de el kellene végre fogadnunk azt is, hogy a nemzetgazdaság és a jövő alakulása szempontjából egyáltalán nem elhanyagolható tényező a lakosság egészségi állapota.

AZ EGÉSZSÉG MINT A GAZDASÁG ERŐFORRÁSA

Az egészség az egyén és a társadalom legfőbb erőforrása. A betegség nemcsak az egyén életminőségét, de társadalmi szinten a munkaerő mennyiségét és minőségét is súlyosan veszélyezteti, és nem csak az egészségügyre, az oktatásra és a szociális ellátásra fordítandó kiadásokat növeli.

A népesség ötödét kitevő gyermek-korosztály (0 és 18 éves életkor közöttiek) egészségi állapota és életmódja számarányát meghaladó jelentőséggel bír, mivel a felnőttépkesség egészségi állapota, teherbíró képessége, életmódja gyermek- és serdülőkorban alapozódik meg.

Szerte a világon, és nemcsak a fejlődő, szegény, de a fejlett, jóléti országokban is jelentős különbségek vannak a gyermekek egészségi állapotában és az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésükben. „Ez különösen olyan gyermekes családoknál tapasztalható, akiknél a minőségi egészségügyi, oktatási, informatikai szolgáltatásokhoz való hozzájutás, illetve a lakáskörülmények és táplálkozás nem megfelelő”²

HAZAI GYERMEKSZEGÉNYSÉG

Néhány, a hazai gyermekszegénységet jellemző adat:³ A szegénység aránya⁴ a gyermekes háztartások körében 18%, a gyermektelen háztartások körében 7%. Ugyanez három vagy több gyermek esetén 34%, egyszülős háztartásban 32%. A szegény gyermekek (a medián 60%-a alatt élők) aránya 29%. A mély szegénységben (a medián 40%-a alatt) élő gyermekek aránya 9%. Azon háztartások aránya, ahol nem jut elég pénz enni valóra 10,5% (KSH – VÉKA adatok).

SZEGÉNYSÉG, EGÉSZSÉG, INDIKÁTOROK

A fenti adatok, valamint a felnőttépkesség iskolázottságát, foglalkoztatottságát tükröző adatok jelentős regionális különbségeket mutatnak: az észak-magyarországi, észak-alföldi és dél-dunántúli régiók Közép-Magyarországtól és Nyugat-Dunántúltól való elmaradottsága szembeszökő. A gyermekszegénységet mérő 22 kiválasztott indikátor közül 2008-2009-ben csak 4 mutatott javulást (ebből az egyik a csecsemő-, a másik a gyermekhalandóság).

Ahhoz, hogy javítani tudjunk általában a gyermeknépkesség egészségi állapotán és jóllétén, olyan adatokra (indikátorokra/mutatókra) van szükségünk, amelyek jól jellemzik a szélesen, holisztikusan értelmezett egészséget, jól definiáltak, ezáltal alkalmasak hazai és nemzetközi összehasonlításra és idősoros elemzésre. Az egészségi állapot és jóllét javításának azonban alapvető feltétele a hátrányos helyzetben élő, emiatt kedvezőtlenebb egészségi állapotú és gyakran megkésvé fejlődő gyermekek kiemelt támogatása, a térségi és szociális egyenlőtlenségek mérséklése.

A hátrányos helyzet és a szegénység – az erre vonatkozó bőveges irodalom szerint – összefüggést mutat az alacsonyabb születési súllyal, a magasabb csecsemőhalálozással, a hirtelen/váratlan csecsemőhalállal, a háztartási és gyalogos balesetek előfordulásával, az alultápláltsággal/elhízással, a növekedésben való elmaradással. De jelentős negatív hatással bír a légúti, bélrendszeri fertőző betegségek, a vérszegénység, a micronutrienshiány, a fogszuvasodás előfordulására is. Kedvezőtlenül befolyásolja a krónikus betegségek túlélését, és összefüggés tapasztalható a gyakoribb hospitalizációval, fejlődési zavarokkal, emocionális problémákkal és a serdülőkori terhességek magasabb arányával is.

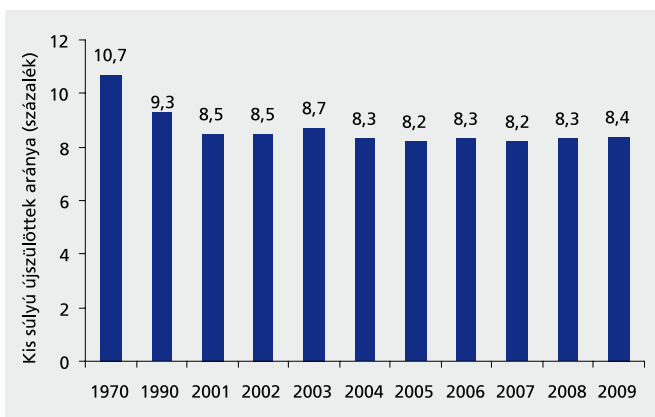
Nehézséget jelent, hogy az egészségi állapot értékelése céljából gyűjtött adataink között kevés a megbízható és összehasonlítható paraméter. További probléma, hogy az Európai Unióban sem minden gyermek-egészségügyi mutatónak van standardizált, nemzetközi összehasonlításra alkalmas definíciója. Nehezíti az értékelést az is, hogy a rendszeresen gyűjtött hazai – és nemzetközi – adatok közül kevés az olyan, amely elemezhető a családok társadalmi-szociális helyzete szerint. Az adatgyűjtés ilyen természetű hiányosságai miatt⁵ a fentebb felsorolt betegségek között alig találunk olyat, amely Magyarországon elemezhető a szociális háttér alapján. Az egészségi állapotot kifejező indikátorok fejlesztése iránti igény azonban világszerte, így az Európai Unióban is felerősödött. Olyan mutatók kidolgozása a cél, amelyek segítségével az egyes országok, az országon belüli régiók és a különböző társadalmi csoportok egészségi állapotának eltérései, térbeli és időbeli alakulása elemezhető.

A gyermekek egészségi állapotának a családok szocio-ökonómiai helyzetével (SES) való összevetése során azokat a nemzetközileg számon tartott indikátorokat használok fel, amelyekre vonatkozóan Magyarországon is rendelkezésre állnak megbízható adatok.

DEMOGRÁFIAI ADATOK⁶

Magyarország gyermeklakosságának száma folyamatosan csökken, a csökkenés a gyermekek minden korcsoportját érinti, és a népességen belüli arányuk is egyre alacsonyabb (2009-ben 20,8%). A gyermeklétszám csökkenésének oka az elveszületések számának folyamatos csökkenése. Az újszülöttek valamivel több mint 90%-a normál testsúllyal születik és döntő többségük később is problémamentesen fejlődik. Változatlanul 8% körül van azoknak az aránya, akik a normál gestációs életkornál korábban (a 37. terhességi hét előtt) vagy kis (<2500 g) illetve nagyon kis testsúllyal (<1500 g) születnek.⁷ (1. ábra)

1. ábra A kis súlyú születési arány alakulása Magyarországon az összes élveszülésre vetítve (%)



A kis súlyúak teszik ki a csecsemőhalálozás több mint felét, az életben maradtak között pedig magasabb a testi, mozgás- és értelmi fejlődésben akadályozottak, ill. lassúbban fejlődők, valamint az érzékszervi funkcióikban károsodottak aránya. Esetükben gyakrabban találkozunk fejlődési rendellenességekkel is. A kis súllyal születésnek a gyermekkoron is túlmutató következményei is vannak. Bizonyított az összefüggés az alacsony születési súly és a felnőttkori cardio-, és cerebrovascularis betegségek között. A jó szociokulturális háttér képes az alacsony születési súllyal járó hátrányok kompenzálására, azonban a statisztikai összefüggés az alacsony születési súly és a későbbi gyengébb iskolai teljesítmény között egyértelmű.

A kis súlyú születés csak kisebb részben egészségügyi, nagyobb részt szociális, kulturális és életmódbeli probléma. Magasabb arányban fordul elő az alacsony iskolázottságú, rossz szociális és higiénés körülmények között élő, ennek következményeképpen nem megfelelően táplálkozó és dohányzó anyák élveszülöttei között. A serdülőkorú anyák gyermekei között is magasabb a kis súlyú újszülöttek aránya. (1. táblázat)

1. táblázat Élve születések száma a születéskori súly és az anya korcsoportja szerint – 2009. évi adatok

| Születési súly | Kiskorú anyák | | Anyákösszesen |
|--------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------|
| | -14 év | 15-19 év | |
| -2500 gr 8,4% | 10 10,8% | 733 12,7% | 8067 |
| 2500 gr-x | 83 | 5051 | 88356 |
| Összesen | 93 | 5784 | 96442 |

Magasabb arányban fordul elő kis súlyú születés az ország kevésbé fejlett régióiban és az alacsonyabb lélekszámú településeken.

A legfeljebb 8 osztályt elvégzett anyák újszülöttjeinek 13,9%-a, az érettségizett anyák újszülöttjeinek 7,1%-a, míg a felsőfokú iskolázottságú anyák újszülöttjeinek 6,1%-a kis súlyú.

A korán, kis súllyal születés egyik rizikófaktorja az anya dohányzása a várandós időszak alatt. A védőnők számára kötelező jelentés adatai szerint a várandós anyák dohányzásának aránya (országosan 12%) is mutat jellegzetes területi eloszlást, a délnyugati, észak-magyarországi és az észak-alföldi régiókban az országos átlagnál magasabb (17–23% közötti).

Az előzetesen lezajlott művi terhességmegszakítást is gyakrabban követi kis súlyú születés. Az egészséges reprodukció és az újszülöttek életminősége szempontjából figyelemreméltóak a fiatalok reprodukciós adatai. 2008 óta a serdülőkorúak terhes-

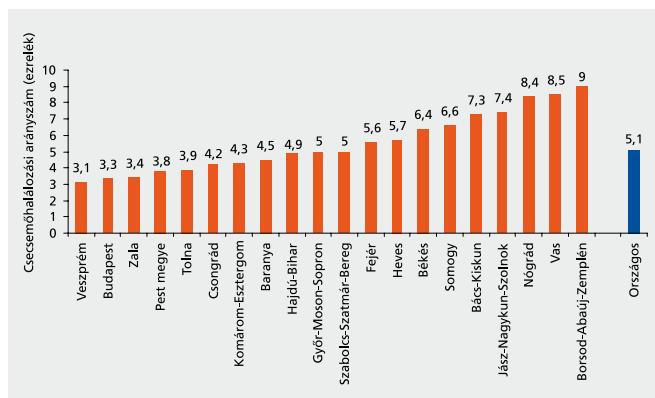
ségeinek aránya csökken ugyan, de még így is 1000 serdülőkorú nőre 17,4 művi terhességmegszakítás és 19,5 élveszülés jut. A serdülőkorban vállalt, megszületett gyermekek száma 6000 körüli évente, amely népesedési szempontból kedvező, de vannak árnyoldalai is. A serdülőkorú anyák gyermekeinek 3/4-e születik házasságon kívül, az országos átlagnál (2010. évi adat 5,3 %) magasabb közöttük a csecsemőkorban meghaltak aránya (7,2 %), és az esetek többségében a szülés egzisztenciális törést jelent a fiatal anya életében.

CSECSEMŐHALÁLOZÁS

Kedvező jelenség, hogy a csökkenő születésszám mellett mind több újszülött marad életben.

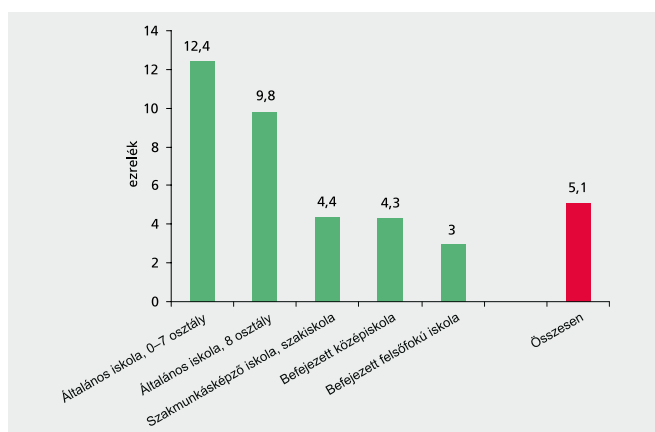
Amíg pl. 1950-ben ezer élve született gyermekből első születésnapja előtt 92, 1970-ben 30, addig 2009-ben 5 halálozott el. A csecsemőhalálozások száma tehát (amely minden országnak az egyik legfontosabb szociokulturális és egészségügyi mutatója) egyre csökken, azonban még mindig magasabb nemcsak a legjobb európai, de a környező országok közül Ausztria, a Cseh Köztársaság és Szlovénia csecsemőhalálozásánál is. Az Európai Unió országai közül jelenleg 6 országban magasabb, a többi 20 országban alacsonyabb a csecsemőhalálozás. A hazai csecsemőhalálozásban területi különbségek is kifejezettek, a legalacsonyabb és legmagasabb értékek között közel háromszoros a különbség. (2. ábra)

2. ábra Hazai csecsemőhalálozás megyénkénti bontásban (2009. évi adatok)⁸



Magasabb a csecsemőhalálozás az alacsonyabb lélekszámú településeken és a községekben (6,3%) a városokkal szemben (5,0%). A csecsemőhalálozás négyszer magasabb a nagyon alacsony iskolázottságú (0–7 osztályt végzett) anyák csecsemői között, mint a felsőfokú végzettségű anyák csecsemői között. (3. ábra)

3. ábra Csecsemőhalálozás az anya iskolai végzettsége szerint (2009. évi adat)



Nemzetközi követéses vizsgálatok bizonyították, hogy a magasabb iskolázottság, az ehhez társuló jobb életkörülmények, az egészségesebb életmód (táplálkozás, nem dohányzás, a jobb higiéne) és a kevesebb stressz azok a tényezők, amelyek csökkentik a kis súlyú születés és a csecsemőhalálozás arányát.

A CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKHALÁLOZÁS OKAI

A csecsemőhalálozás több mint feléért közvetlenül felelős a koraszülöttség és az ebből adódó éretlenség, második leggyakoribb halálókként a veleszületett fejlődési rendellenességek szerepelnek. A későbbi korcsoportokban a külső halálók (balesetek, bántalmazás, önsértés, öngyilkosság) következtében vész el a legtöbb gyermekélet, amit a daganatos betegségek miatti halálozás követ.

Az öngyilkosságból eredő gyermek- és serdülőkorú halálozás változó (2009. évi érték a 10–19 évesek körében 4,5 százaléknak), összességében csökkenő tendenciát mutat, de nemzetközi összehasonlításban még mindig magas. A befejezett öngyilkosságok azonban csak a jéghegy csúcsát jelentik, becslések szerint ennél tízszer többen kísérelnek meg öngyilkosságot. Az öngyilkossági kísérlet stigmatizál, ezért sok öngyilkosságot balesetnek tüntetnek fel. Mivel az öngyilkosságot megkísérlő személy az esetek nagy részében újra „megpróbálja” kioltani az életét, ez a maszkírozás a megelőzés és kezelés esélyeit súlyosan veszélyezteti.

A baleseti halálozásban az életkor emelkedésével egyre nagyobb hányadot tesznek ki a közlekedési balesetek, melyeknek aránya 2000 és 2008 között nem változott, a 2009. évben – köszönhetően a megelőző intézkedéseknek – a 0–19 évesek körében 5,9 százalékre csökkent. A fiúk balesetekből és az öngyilkosságokból eredő halálozása többszöröse a lányokénak. A szegény és iskolázatlan szülők gyermekei az elhanyagolt, nem biztonságos környezet, a lakások zsúfoltsága és alacsony komfortfokozata, a szülők alacsony iskolázottságából fakadó rizikó-életmódja miatt gyakrabban szenvednek háztartási és gyalogos balesetet, a jobb módú gyermekek között viszont a sportbalesetek előfordulása magasabb.⁹

A halálozásban a külső halálók után második helyen a rosszszindulatú daganatos megbetegedések szerepelnek, melyek közül néhány típus emelkedő tendenciát mutat. Feltétlenül említést érdemel azonban, hogy a daganatos gyermekbetegségek túlélési aránya ma már – köszönhetően a jól szervezett és magas színvonalú gyermekonkológiai ellátásnak – 70% körüli, ami megfelel a jó nemzetközi átlagnak.

0–18 ÉVESEK MORBIDITÁSI JELLEMZŐI

A gyermekkori morbiditás struktúrája átalakult az elmúlt évtizedekben, köszönhetően az életszínvonal és a higiénés viszonyok általános javulásának, valamint a védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek eltűnésének vagy számuk jelentős csökkenésének. Figyelmeztető jel azonban, hogy ha valamilyen ok miatt a védőoltási fegyver csökken, újra jelentkeznek az eltűntnek hitt fertőző betegségek. Előtérbe kerültek viszont az egészségtelen életmóddal, a környezeti károsító tényezőkkel és a halmozottan hátrányos helyzettel összefüggést mutató krónikus megbetegedések és fejlődésbeli elmaradások. A népegészségügyi szempontból felnőttkorban is legjelentősebb betegségek, a diabetes mellitus, obesitas, daganatos, pszichiátriai és allergiás betegségek gyakran már a gyermekkorban kezdődnek. E betegségcsoportok előfordulása az utóbbi évtizedekben abszolút értelemben is nőtt, a korai felismerés, a hatékonyabb szűrés pedig relatív növekedést eredményez.

Diabetes mellitus

Az elmúlt néhány évtizedben világszerte, de különösen az európai országokban, így hazánkban is az 1. típusú cukorbetegség növekvő incidenciájáról számol be az irodalom.

A 2-es típusú cukorbetegség régebben a gyermekkorban ismeretlen volt, azonban az elhízás gyermekkori növekedésével párhuzamosan ebben az életkorban is megjelent és szaporodik.

Elhízás (Obesitas)

Az utóbbi évtizedekben nemcsak a felnőtt-, de gyermek- és serdülőkorban is növekvő tendenciát mutat az elhízás, és nemcsak a fejlett, de már a fejlődő országokban is. A WHO az elhízást 1998-ban krónikus recidiváló betegségnek és globális epidémiának definiálta. A National Health and Nutrition Examination (1988–1994) eredményei szerint az USA-ban a gyermek- és fiatalkori obesitas prevalenciája másfél évtized alatt megduplázódott. Bár a kapcsolódó betegségek többnyire felnőttkorban manifesztálódnak, a gyermekkori elhízást több okból is komolyan kell venni. A kövér gyermekek 25–80%-ában az elhízás perzisztál. A serdülőkorú elhízás a későbbi testtömegtől függetlenül is jelentősen befolyásolja a felnőttkori morbiditást és mortalitást. A kövér gyermekeknél is kimutatható a szív- és érrendszeri betegségek halmozódása.

Az utóbbi évtizedben ugyan a túlsúly és az elhízás került az érdeklődés előterébe, azonban mind gyermek-, mind felnőttkorban számottevő az alultápláltság is. Ennek oka – a szegénységből fakadó éhezésen kívül – a krónikus betegségekhez társuló és a táplálkozás kiegyensúlyozatlanságából eredő alultápláltság. Az alultápláltságot a túltápláltsághoz képest aluldiagnosztizálnak tartják. A gyermekek tápláltsági állapotára vonatkozó adatok az alkalmazott mérési és értékelési módszerektől függően meglehetősen eltérnek egymástól. Magyarországra vonatkozóan is több forrásból ismertek mérésen alapuló (pl. iskola-egészségügyi adatszolgáltatás) és önbevalláson alapuló adatok. Ezek megbízhatósága az alkalmazott módszerek miatt megkérdőjelezhető, ezért a gyermek- és serdülőkorú elhízásra és alultápláltságra vonatkozóan a II. Országos Növekedésvizsgálatból származó adatokat adjuk közre, a szerzők engedélyével. (2. táblázat)

2. táblázat 3–18 éves gyermekek tápláltsági állapota

| | Alultáplált % | Túlsúlyos % | Elhízott % |
|--------|---------------|-------------|------------|
| Fiúk | 7–12 | 10–19 | 3–5 |
| Lányok | 13–18 | 5–12 | 1–3 |

A Zsakai et al: New Hungarian National Cut-off Points Of BMI for screening Childhood Underweight, Overweight and Obesity, Anthrop. Kózl. 48; 21-30. 2007

Az elhízás ma a fejlett országokban nem a jómódú, hanem inkább a szegényebb, egészségtelenebbül táplálkozó, kevesebbet mozgó gyermekekre jellemző. Az országos növekedési vizsgálat eredményei is igazolják ezt az összefüggést. „A jobb szocio-demográfiai háttérű gyermekek jelentősen magasabbak és azonos testtömegűek, mint rosszabb családi háttérű kortársaik, ami összességében magyarázza az átlagosan kisebb testtömegindex-értékeiket, és a túlsúlyos és obese gyermekek lényegesen kisebb előfordulási gyakoriságát körükben, a lányoknál végig a vizsgált korintervallumon, míg a fiúknál ez a tápláltsági állapotbeli különbség jellemzően a kisgyermekkorúak és a pubertáskorúak szocio-demográfiai tényezők alapján kialakított alcsoportjai között jelent meg”.¹⁰

A túlsúly és az elhízás háttérében csak nagyon csekély arányban szerepel betegség, növekvő aránya részben a táplálkozással, rész-



ben az elégtelen fizikai aktivitással és a szabadidő fizikailag passzív eltöltésével (televízió és egyéb képernyős elfoglaltságok) függ össze.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2009. évi „Háztartási költségvetési és életkörülmények felvételéből” származnak a következő adatok:

„A 1,5 millió 16 évesnél fiatalabb gyermekek 1%-ának családja, a legelső jövedelmi tizedbe tartozó családoknak pedig 3%-a anyagi okokból nem képes a napi háromszori étkezést biztosítani. A gyermekek 17%-a anyagi okok miatt nem ehetett naponta friss zöldséget, illetve gyümölcsöt.”¹¹

ISKOLÁSKORÚAK EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSA

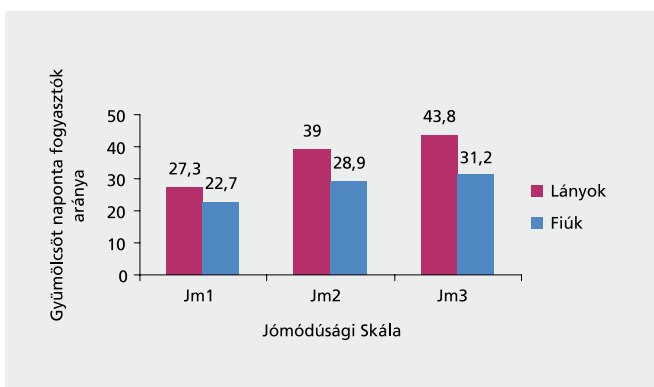
Az Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása kutatás (Health Behaviour in School-aged Children, WHO Collaborative Study) keretében folyó magyar adatfelvételek több mint két évtizede szolgáltatnak adatokat a 11,5, 13,5, 15,5 és 17,5 éves átlagéletkorú (5., 7., 9., és 11. évfolyamos) tanulók életmódjáról, önminősített egészségi állapotáról és étellel való elégedettségéről. A kutatásban alkalmazott kérdések lehetővé teszik, hogy mindezt a szociális háttér függvényében is vizsgáljuk. A szociális háttérváltozók közül¹² a család jómódúságát minősítő Jómódúsági Skála (JM1= nem jómódú; JM2=közepes módú; JM3=jómódú) a tanulók táplálkozási, sportolási szokásaival, dohányzásával és fogmosási szokásaival, valamint önminősített egészségével, életminőségével mutatott szignifikáns összefüggést.

A jobb módú családok gyermekei egészségesebben étkeznek, gyakrabban sportolnak, kevesebbet dohányoznak, és gyakrabban mosnak fogat. Elégedettebbek az életükkel, alacsonyabb arányban számolnak be depresszív hangulatról és pszichoszomatikus panaszokról, jobbnak minősítik az egészségüket.¹³ A kutatás 1985. évi kezdete óta azt is észleljük, hogy az érettségit adó iskolákban tanuló 15 és 17 éves gyermekek mind az életmódra, mind a jólétre vonatkozó kérdésekre pozitívabb választ adnak.

Táplálkozás

Az egészséges táplálkozás egyik indikátora a napi (legalább naponta és naponta többszöri) gyümölcsfogyasztás. A gyümölcsöt és zöldségfélét naponta fogyasztó tanulók aránya az életkorral csökken, és minden vizsgált életkorban alacsonyabb arányban fogyasztják ezeket az egészséges ételeket a fiú tanulók. A gyümölcsfogyasztást összevetettük a vizsgálatban alkalmazott „jómódúság” háttérváltozóval. A napi gyümölcsfogyasztás aránya a jómódúság növekedésével nő. (4. ábra) A jómódúság és az egészségesebb táplálkozás minden vizsgált országban pozitív összefüggést mutatott egymással.

4. ábra A legalább naponta gyümölcsöt fogyasztók aránya a család jómódúsága szerint



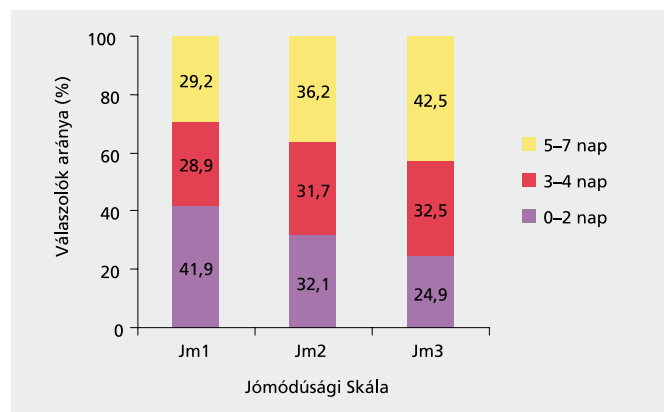
Fizikai aktivitás

Az élettanilag megfelelő terhelést az iskoláskorú gyermekek számára a napi, legalább 60 percen át végzett kiadós mozgás biztosítja. Az erre vonatkozó kérdések közül a „Gondolj az elmúlt 7 napra, és próbáld meg összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozgogtál?” kérdésre adott válaszokat elemezzük.

Az elegendőnek (5–7 nap/hét) nevezhető gyakorisággal végzett mozgás a fiúk, az elégtelen (0–2 nap/hét) gyakoriságú mozgás előfordulása a lányok esetében magasabb. A közel elegendő (3–4 nap/hét) gyakoriságú mozgás előfordulása a fiúk és lányok esetében is hasonló arányú.

A jómódúság alacsonyabb csoportjaiba tartozó tanulók alacsonyabb arányban mozognak elegendő gyakorisággal, és magasabb arányban elégtelen gyakorisággal. (5. ábra)

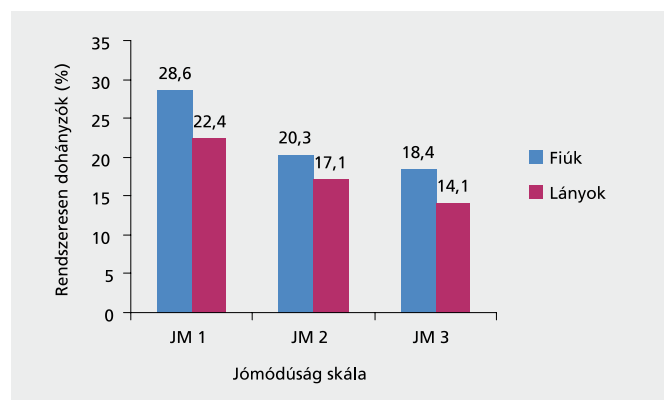
5. ábra Napi 60 perc kiadós mozgással töltött napokról beszámolóinak aránya a család jómódúsága szerint



Dohányzás

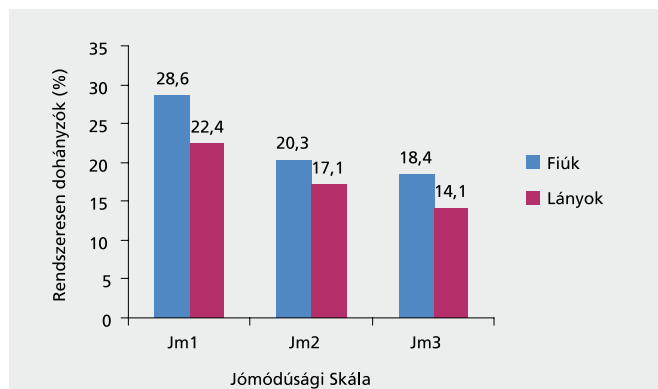
A dohányzás ebben a vizsgált életkorban a leggyakoribb rizikómagatartás-forma. A rendszeresen dohányzók aránya (ebben az életkorban idesoroljuk a legalább hetente dohányzókat is) mindkét nembeli tanulók között 13 éves életkortól mutat meredek emelkedést. A 17 éves serdülő fiúk 41,5%-a, lányok 33,8%-a dohányzik rendszeresen, ebből a naponta dohányzók aránya a fiúk között 35,4%, a lányok között 28,1%. A tanulók rendszeres dohányzása és a családok jómódúsága között talált összefüggést szemlélteti a következő ábra. (6. ábra).

6. ábra Rendszeresen dohányzó fiúk és lányok aránya a család jómódúsága szerint



Dohányzás szempontjából kifejezetten veszélyeztetettek a mindkét nembeli szakmunkásképzőkben és szakiskolákban tanulók. (7. ábra)

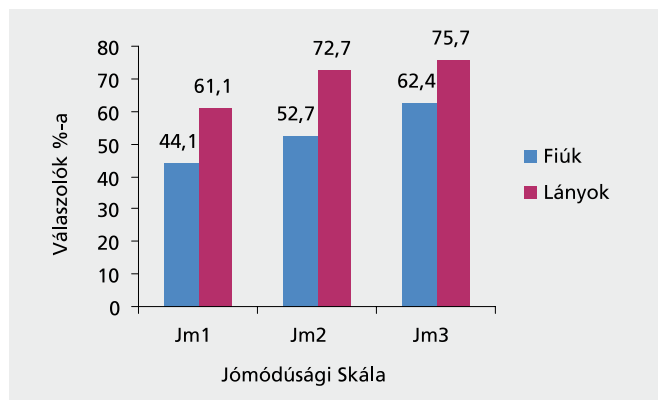
7. ábra Rendszeresen dohányzó, 9. és 11. évfolyamra járó tanulók arányai iskolatípus szerint



Fogmosási szokások

Tapasztalatok és vizsgálati adatok bizonyítják a magyar gyermek és felnőtt népesség nagyon kedvezőtlen fogazati állapotát és a szájüregi rosszindulatú daganatokból eredő halálozás magas arányát. A fogszuvasodás előfordulását jellemző, ún. DMFT-index (szuvas+hiányzó+tömött fogak számának átlagértéke) a hazai felnőtt népességre vonatkozóan 12,84, ez Észak-Magyarországon 15,32. Az ép fogú egyének előfordulása mindössze 0,5%. A 12 éves magyar gyermekek DMFT-indexe 3,8, míg például Svájcban ez az indexérték 0,84, Németországban 1,2, Ausztriában 1,04. A magyar felnőtt lakosság 24%-a mos – az ajánlásoknak megfelelően – naponta többször fogat. ¹⁴ A naponta többször fogat mosó fiúk aránya az életkorral gyakorlatilag nem változik, a lányok körében ez az arány az évfolyammal nő. A család jobb módúsága mindkét nem esetében kedvezőbb dentálhigiénés szokásokkal mutat összefüggést. (8. ábra)

8. ábra A naponta többször fogat mosók aránya a család jómódúsága szerint



Az iskolázottabb anyák fiú- és lánygyermekai szintén jóval magasabb arányban mosnak többször fogat naponta, és magasabb arányban mosnak naponta fogat a gimnáziumban, szakközépiskolában tanulók, mint a szakmunkásképzőkben, szakiskolákban tanulók.

A serdülőkorú tanulók jólléte

A vizsgálatban részt vevő tanulók jóllétét (well-being) a saját egészség önminősítésére és az étellel való elégedettségére vonatkozó válaszokkal szemléltetjük ¹⁵. Ezek a válaszok jobban jellemzik a szélesebben, holisztikus módon értelmezett egészséget, mintha egyes betegségekre vonatkozóan tettünk volna fel kérdéseket. Az étellel való elégedettséget egy 11 fokú skálával (Cantril létra) mértük. A létra teteje (10. fokozat) a lehető legjobb, a létra alja

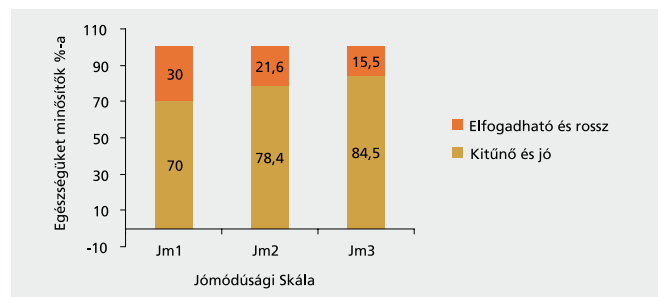
(0. fokozat) a lehető legrosszabb életet jelöli. Arra kértük a tanulókat, hogy helyezték el magukat a létrán aszerint, hogy jelenleg mennyire elégedettek az életükkel. A fiúk (7,09) és a lányok (7,10) átlag pontszámai között nincs különbség. Az életkorral előre haladva mindkét nemnél csökkenő tendenciát mutat az étellel való elégedettség. A család jómódúságával párhuzamosan növekszik, és szignifikáns különbséget mutat a tanulók étellel való elégedettségének pontszáma. (3. táblázat)

3. táblázat A tanulók étellel való elégedettségének átlagértékei a családok jómódúsága szerint

| Jómódúság kategóriák | Átlag |
|----------------------|-------|
| JM1 | 6,52 |
| JM2 | 7,30 |
| JM3 | 7,77 |

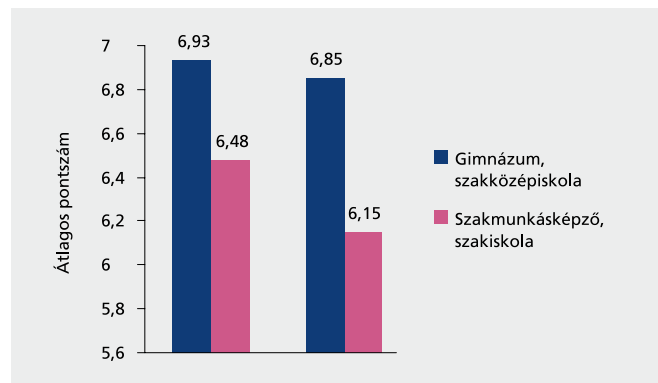
A JM1 (alsó), a JM2 (középső) és a JM3 (a jómódúság felső) csoportjaiba tartozó tanulók önminősített egészségi állapota hasonló különbségeket mutat, a JM3 csoportjába tartozó tanulók magasabb arányban tartják egészségüket kitűnőnek és jónak. (9. ábra)

9. ábra Az egészség önminősítése a család jómódúsága szerint



A gimnáziumban és szakközépiskolában tanulók magasabb pontszámot jelöltek az étellel való elégedettségére vonatkozó skálán, mint a szakmunkásképzők vagy szakiskolák tanulói. (10. ábra)

10. ábra A tanulók étellel való elégedettségének átlaga a családok jómódúsága szerint



A szakmunkástanulók és szakiskolások kedvezőtlenebb szociokulturális háttérrel rendelkeznek. A következő táblázat önmagáért beszél: a felsőfokú végzettségű apák gyermekeinek 9/10-e érettségét adó iskolákban tanul, ez az arány az apa iskolai végzettségének csökkenésével párhuzamosan csökken. (4. táblázat) Ilyen arányú születéstartomány-különbség egy gyermeknépességen belül nem létezik. Ezek az arányok jól mutatják, hogy a magyar iskolarendszer a hátrányokat nem képes kompenzálni.



4. táblázat Iskolatípus szerinti megoszlás az apa iskolai végzettsége szerint

| Tanulók aránya % | Felsőfokú | Középfokú | Édesapa iskolai végzettsége | | | |
|---|-----------|-----------|-----------------------------|------------------|---------------------------------|-----------|
| | | | Szakk munkás | Általános iskola | Nem befejezett általános iskola | Nem tudja |
| Gimnázium, szakközépiskola | 91,5 | 85,4 | 72,5 | 47,8 | 36,7 | 62,9 |
| Szakk munkásképző, szakiskola | 8,5 | 14,6 | 27,5 | 52,2 | 63,3 | 37,1 |
| A vizsgálatban résztvevő tanulók száma | 814 | 910 | 1736 | 391 | 30 | 380 |

Az 5. táblázatban a tanulók iskolatípus szerinti megoszlása látható a család jómódúsága szerint.

5. táblázat A tanulók iskolatípus szerinti megoszlása

| Jómódúság foka | Iskolatípus | |
|---|------------------------------|---------------------------------|
| | Gimnázium, szakközépiskola % | Szakiskola, szakk munkásképző % |
| JM1 alacsony | 66,7 | 33,3 |
| JM2 közepes | 79,6 | 20,4 |
| JM3 magas | 83,1 | 16,9 |
| A vizsgálatban résztvevő tanulók száma | 3375 | 1129 |

Jól látható a középfokú tanintézetek iskolatípusaiban a tanulók közötti különbség: az érettségit adó iskolákban tanulók kétszer olyan magas arányban tartoznak a jómódú, jóval magasabb arányban a közepes módú, és jóval alacsonyabb arányban a jómódúság alapján alacsony kategóriába soroltak közé, mint a szakk munkásképzőkben és szakiskolákban tanulók.

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyermekek egészségének a családok szocio-demográfiai helyzetével való összevetése során azokat a nemzetközileg is használt egészségindikátorokat használtuk fel, amelyekre vonatkozóan Magyarországon rendelkezésre állnak értékelhető adatok. A KSH által évente gyűjtött élve születési és csecsemő-, gyermekhalálzási adatok mellett az Iskoláskorú Gyermekek Egészség-magatartása (Health Behaviour in School-aged Children, WHO Collaborative Study) adatait használtuk fel.

A kis súlyú születések, a csecsemőhalálzás arányai, az adatok Magyarországon belüli területi eloszlása és a szülők iskolázottságával való szoros kapcsolata egyértelmű. A hazai demográfiai helyzetre előnyös, de ezzel együtt a reprodukciós egészséget veszélyeztetik, valamint a csecsemőhalálzási eredményeket is rontják a serdülőkorban bekövetkező terhességek.

Az önminősített jóllétre, egészségi állapotra, valamint az életmódra vonatkozó adatokat a tanulók családjainak jómódúságával hasonlítottuk össze. Az életmódra vonatkozóan a legalább naponta gyümölcsöt fogyasztó, a legalább napi 60 percet mozgó, a rendszeresen dohányzó és a rendszeresen fogat mosó tanulók arányait elemeztük a családok jómódúsága szerint.

A tanulók jóllétére vonatkozóan az étellel való elégedettség, az önminősített egészségi állapotra vonatkozó adatokat vetettük össze a családok jómódúságával. Az eredmények azt mutatják, hogy a család jobb módúsága, a tanulónak – elsősorban a szülők iskolázottságával összefüggő – magasabb iskolaválasztása már ebben a fiatal életkorban szignifikáns összefüggést mutatnak a jobb egészségi állapottal, az étellel való nagyobb elégedettséggel és a kedvezőbb életmódbeli szokásokkal.

1 European Strategy for Child and Adolescent Health and Development.

2 A „Legyen jobb a Gyermekeknek” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának jelentése

3 A „Legyen jobb a gyermeknek” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának jelentése

4 A medián 60%-a alatt élők aránya.

5 Több nyugat-európai és skandináv országban az utóbbi években nagyobb hangsúlyt fordítottak a gyermekkori morbiditás térségi és szociális háttér szerinti elemzésére.

6 Az élve születésre, csecsemőhalálzásra, gyermekhalálzásra és a művi terhességmetszakításra vonatkozó adatok a KSH adatbázisából származnak.

7 A WHO definíciónak megfelelően a kissúlyúság határa a 2500 gr függetlenül a terhességi kortól. Az ennél kisebb súlyúak azonban nem homogén csoport: fokozottan veszélyeztetettek az igen kis súlyúak, és a terhességi kornak megfelelő súly alatti születési súlyúak (SGA =small for gestational age).

8 A 2010. évi csecsemőhalálzás 5,3 ezrelék, azonban a területi bontás még nem ismert!

9 Természetesen ez mind statisztikailag igaz, de a szegénység és az iskolázatlanság, valamint a szegénység, iskolázatlanság és az elhanyagoló szülői magatartás egyéni esetekben nem feltétlenül járnak együtt.

10 A gyermekek testszerkezete és szociodemográfiai státusza közötti kapcsolat hazai jellemzői, Zsáki Annamária¹, Tausz Katalin², Ágota Annamária¹ és Bodzsár Éva¹ 1Eötvös Loránd Tudományegyetem, TTK, Embertani Tanszék, Budapest 2Eötvös Loránd Tudományegyetem, TáTK, Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék, Budapest Anthropol. Közl. 50; 61–73. (2009)

11 Idézzé: Gyermekesélyek Magyarországon

12 Szociális háttérváltozók: szülők foglalkozása és foglalkoztatottsága, iskolázottsága; a család jómódúságát minősítő Jómódúsági Skála (JM1/ JM2/JM3) amelyet a családok számítógép-, autótulajdon, a gyermek rendelkezésére álló saját szoba és a nyaralások száma alapján képeztük, valamint az iskolatípus, amelyben a gyermek tanul.

13 Mivel ezek az életmódváltatók a nemmel és az életkorral is összefüggést mutatnak, a nem és életkor hatását regresszió elemzéssel szűrtük ki.

14 Az adatok Dr. Kivovics Péter fog- és szájbézbézbéti szakfelügyelő főorvos 2009. évről szóló jelentéséből származnak.

15 Érdemes megjegyezni, hogy az egészségi állapot és életminőség önminősítését mint kutatási módszert, felnőtt- és gyermekkorban világszerte használják.

Enterol szerepe a hasmenések kezelésében

Csecsemő és gyermekkorban igen gyakori az akut hasmenések előfordulása, amelyeket az esetek többségében vírusfertőzések okoznak. A légúti fertőzéseket követően világszerte a hasmenés a második leggyakoribb megbetegedés ebben az életkorban. Akut hasmenés esetén a legnagyobb veszélyt a fokozott folyadékvesztés következtében kialakuló vízvesztés jelenti, ami különösen gyakran fordul elő rotavírus okozta akut hasmenésben.

Gyakran alakul ki hasmenés gyermekkorban az antibiotikus kezelés következtében is, hiszen az antibiotikumok nem csak a kórokozó baktériumokra, hanem a velünk együtt élő jótékony baktériumokra is hatással vannak: alkalmazásuk során gyengül az intesztinális baktériumflóra védőhatása. Az antibiotikus kezelés mellett kialakuló hasmenés (antibiotic-associated diarrhoea - AAD) előfordulási gyakorisága 11 és 40 százalék a gyermekek esetében az egyes vizsgálatok szerint. Az AAD esetek nagyobbik részében kórokozó nem mutatható ki. Ilyenkor a hasmenés létrejöttében elsősorban a normális bélflóra egyensúlyának a megbomlása játszik szerepet. Ezek az esetek többnyire jó indulatúak és az antibiotikum elhagyását követően gyorsan elmúlnak. Az esetek kisebb részében *Clostridium difficile* fertőzés mutatható ki, ezek sokkal súlyosabb klinikai formában jelentkeznek. Ez a spóráképző, Gram-pozitív, obligát anaerob baktérium az egészséges felnőtt populáció 3-8 százalékában is megtalálható.

Az újszülöttekben 50-70%-os, a csecsemőkben 20-50%-os az előfordulási aránya.

Az AAD megelőzésében a legfontosabb, hogy az antibiotikumokat csak indokolt esetben alkalmazzuk, hiszen azok értelmetlen adása semmiféle terápiás haszonnal nem jár, de sokszor AAD kialakulásához vezethet. Ugyancsak fokozza az AAD gyakoribb előfordulását a széles spektrumú antibiotikumok adása olyan esetekben, amikor terápiásan hatékony lehet egy szűkebb spektrumú készítmény is.

Súlyos kiszáradáshoz vezető fertőzés vagy antibiotikus kezelés okozta akut hasmenés esetén kórházi felvételre és infúziós folyadék és elektrolit pótlásra van szükség. Szerencsére az esetek többségében a hasmenés enyhe vagy közép súlyos formában jelentkezik. Az Európai Gyermekgasztroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozási Társaság (ESPGHAN) akut hasmenésekkel foglalkozó munkacsoportja az elmúlt években több ajánlást közölt az enyhe, vagy közép súlyos kiszáradással kísért csecsemőkorú akut hasmenésekkel kezelésével kapcsolatban. Az ajánlások legfontosabb megállapítása, hogy a folyadék veszteség pótlására jól alkalmazható a sókat és glükózt tartalmazó orális

rehidráló folyadék. A folyadékvesztés ezzel az oldattal 3-4 órán belül kell pótolni, majd ezt követően ismét adható a normális étrend. Antibiotikumok adása sem indokolt néhány kivételtől eltekintve az akut hasmenés kezelésében.

Kiemelést érdemel, hogy az orális rehidráló folyadékkal történő kezelés megelőzi az akut hasmenés következtében kialakuló folyadékvesztéséget, de nem csökkenti a bélmozgások számát és a hasmenés időtartamát. Érthető ezért, hogy törekedtek olyan készítmény alkalmazására, ami magát a hasmenés időtartamát rövidíti le. **Ilyen készítmény a Saccharomyces boulardii-t tartalmazó Enterol.**

A *Saccharomyces boulardii* fokozza a szekretoros IgA koncentrációt a béllumenben és elősegíti a vékonybél-nyálkahártya epithelialis sejteiben a brush border enzimek termelését. Gátolja az intesztinális adenil cikláz enzimet is, ami segít a szekretoros hasmenések megelőzésében és kezelésében. A *Saccharomyces boulardii* egyik proteináz enzime lebontja mind a *Clostridium difficile* A és B toxinokat, valamint defoszforizálja az *Escherichia Coli* által termelt lipopoliszacharidot.

Randomizált, kontrollált vizsgálatokban igazolódott, hogy a *Saccharomyces*

boulardii jó hatású akut hasmenésekben. Egy nemrégiben publikált metaanalízis szerint a 7 napnál tovább tartó hasmenés gyakorisága szignifikánsan csökkent a kontrollokéhoz képest azokban, akik ezt az élesztőgombát



szedték (RR: 0,25, 95%-os konfidencia határok: 0,08-0,83) (1). A *Saccharomyces boulardii* alkalmazása utáni két hónapban szignifikánsan csökkent a hasmenéses epizódok száma a kontrollokhoz képest, vagyis preventív hatása is igazolást nyert ennek a készítménynek. Mindezen hatások ismeretében az Európai Gyermekgasztroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozási Társaság (ESPGHAN) is ajánlja a *Saccharomyces boulardii* alkalmazását az akut hasmenés kezelésében az orális rehidráló folyadék adása mellett (2). Ezt követően egy további metaanalízis szintén megerősítette a *Saccharomyces boulardii* szerepét az AAD gyakoriságának csökkentésében (6,7 % a megelőzésben részesülőkben, 17,2 % a placebo csoportban, relatív kockázat: 0,43, 95% konfidencia intervallum: 0,23-0,78) (3).

A fenti eredmények alapján egyértelműen megállapítható, hogy a Saccharomyces boulardii-t tartalmazó Enterol hatékonyan alkalmazható mind az akut hasmenések kezelésében, mind antibiotikus kezelés mellett az AAD megelőzésére.

*Prof. Dr. Arató András
Semmelweis Egyetem I. Gyermekklinika
Budapest*



Akut otitis media

A New England Journal of Medicine 2011. januári száma két eredeti közleményt és egy szerkesztőségi állásfoglalást közöl a fenti témakörben. Az első, a pittsburghi gyermekklinikáról származó cikkben Hoberman és munkatársai az vizsgálták, hogy érdemes-e az otitis tünetek jelentkezésekor azonnal megkezdeni a csecsemők antibiotikus kezelését. Vizsgálatukban 291, 6–23 hónapos, akut otitis mediában szenvedő csecsemőt randomizáltak egy 10 napos amoxicillin-clavulinsav-, ill. egy placebocsoportba. A kezelt csoportban a gyerekek kezdeti tünetei az esetek 35%-ában két napon belül, 61%-ában négy napon belül, 80%-ában egy héten belül csökkentek. A placebocsoportban a megfelelő számok 28%, 54% és 74% volt; ez a különbség nem bizonyult szignifikánsnak. A teljes tünetmentesség az antibiotikummal kezelt csoportban a csecsemők 20%-ában két napon belül, 41%-ában négy napon belül, 67%-ában egy héten belül következett be, míg a placebocsoportban a megfelelő arányok 14%, 36% és 53% voltak, a különbség ebben az esetben már szignifikáns volt ($p=0,04$). Ugyancsak szignifikáns különbség mutatkozott a tünetek súlyosságát ($p=0,02$), illetve az eredménytelen kezelések ($p<0,001$) számát illetően az antibiotikus csoport javára. Mastoiditis egyetlen esetben alakult ki, a placebóval kezelt egyikében, hasmenés ($p=0,05$) és pelenkadermatitisz ($p=0,008$) viszont az antibiotikummal kezeltéknél fordult elő gyakrabban. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy ebben a korcsoportban a korai antibiotikus kezeléssel gyorsabban válnak tünetmentessé a gyerekek, és magasabb a gyógyulási arány.

A másik közlemény a turkui egyetemről származik és gyakorlatilag ugyanezt a témát járja körül. A szerzők 6–36 hónapos csecsemőket randomizáltak egy amoxicillin-clavulinsav-, (161 gyermek) illetve egy placebo-, (158 gyermek) csoportba. A kezelés egy hétig tartott, a nyolcadik napon a kezelés eredménytelenségét értékelték. Az egyhetes vizsgálati periódus végén az antibiotikummal kezelt csoportban a cse-

csemők 18,6%-ában, míg a placebocsoportban 44,9%-ában mutatott az otoszkópos vizsgálat még mindig gyulladással járó tüneteket. Már a vizsgálat 3. napján is kimutatható volt az antibiotikumadás előnye. Perforáció egy esetben alakult ki az antibiotikus csoportban, míg 5 csecsemőnél a placebocsoportban. Mastoiditis egyik csoportban sem észleltek. Egyetlen gyermek sem szorult kórházi felvételre, de a placebocsoportban egy kisgyermeknél Pneumococcus bakterémiája és pneumónia alakult ki. Ellenoldali középfülgyulladás az aktív szerrel kezelt 8,2%-nál, a placebocsoportban 18,6%-ban jelent meg, a különbség erősen szignifikáns ($p < 0,001$). Az antibiotikummal kezelt között 6,8%-nál, míg a placebóval kezelt között 33,5%-nál volt szükség a kezelés megváltoztatására. Antibiotikum adása 61%-kal csökkentette a kezelés eredménytelenségét, és 81%-kal annak esélyét, hogy terápiaváltásra legyen szükség. A fájdalom- és lázcsillapítók használatában nem volt különbség a két csoport között, míg mellékhatások (elsősorban hasmenés [47,8% v. 26,6%], és ekzéma) szignifikánsan gyakoribb volt az antibiotikummal kezelt között. A vizsgálat alapján a szerzők szerint az antibiotikus kezelés ebben a korcsoportban a gyermekek számára előnyt jelent, bár a mellékhatások száma jelentős.

Az újság szerkesztőségi közleményben foglalja össze a két közlemény tanulságait. A szerző, a bostoni egyetem gyermekgyógyásza szerint az 50 évvel ezelőtt praktizáló gyermekgyógyászok valószínűleg meglepődnek azon, hogy vannak olyanok, akik az antibiotikus kezelés szükségességét akut középfülgyulladásban szenvedő csecsemők esetén megkérdőjelezzik. A múlt század harmincas éveiben, az antibiotikus korszak előtt, a gyermekek kórházi felvételének mintegy harmada akut otitis media miatt történt. Mastoiditis és gennyes agyhártyagyulladás kialakulása mindennapos komplikáció volt. Az antibiotikumok megjelenése után ezek a középfülgyulladás kezelésének rutinszerű részévé váltak. Bár súlyos komplikációk még ma is előfordulnak, de

elsősorban a rossz egészségügyi viszonyok között élő csecsemőknél. A nyolcvanas években felmerült, hogy a túlzott és minden tudományosan megalapozott indikáció nélküli antibiotikum-használat a mikrobák gyors rezisztenciájának kialakulásához vezet, ezért az orvosok kezdtek arra az álláspontra helyezkedni, hogy a tünetek megjelenése utáni első néhány napon elegendő a megfigyelés, fájdalom- és lázcsillapítók, valamint orrcsepp adása, és csak ha 3–4 nap alatt nem javul a gyermek állapota, van szükség antibiotikum adására. A későbbiekben kiderült, hogy azok a vizsgálatok, amelyeket ennek az álláspontnak a bizonyítására végeztek, számos metodikai hibával rendelkeztek, nem voltak megbízhatóak, eredményeik kétségbe vonhatók. Ennek ellenére, például a 2004-ben az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia (AAP) által kiadott terápiás „guideline”-ban még ez a javaslat szerepel. Ahhoz, hogy az akut középfülgyulladás manapság már nem tartozik a súlyos betegségek közé, négy tényező járult hozzá jelentősebben. Ezek: az orvosi ellátás könnyebb elérhetősége, a korai, pontos, otoszkópos diagnózis, a kórokozók virulenciájának és spektrumának változása és a korszerű antibiotikumok megjelenése. Mindkét fent idézett cikk, amelyek randomizált, többszörösen vizsgálatban, szigorú diagnosztikus kritériumok mellett, homogén betegcsoportban kerestek választ arra a kérdésre, hogy szükséges-e az antibiotikus kezelés a fiatal gyermekek otitis mediája esetén, arra a következtetésre jut, hogy igen, e betegek számára – még a mellékhatások figyelembevétele mellett is – előnyt jelent a kezelés. Az antibiotikus terápia feltétele azonban a helyes diagnózis, vagyis otoszkópos vizsgálat, amely folyadék jelenlétét, elődomborodó, gyulladt, kivörösödött timpanikus membránt mutat, és természetesen a klinikai tünetek jelenléte a betegeknél. Ha ezek a kritériumok megvannak, jelen álláspont szerint megfelelő antibiotikum adása indokolt, még akkor is, ha természetesen a kezelték egy része valószínűleg antibiotikum nélkül is meggyógyul.

Tisztelt fragilis X (FXS) szindrómás¹ gyermeket gondozó orvos!

H. Vivien vagyok, egy 2008 végén született, FXS-s szindrómás kislány édesanyja.

Bizonyára Ön is tudja, hogy jelenleg hazánkban még nem létezik olyan szervezet, amely a FRAXA-val érintettek számára hatékony segítséget tudna nyújtani. Ezért döntöttem úgy, hogy a magam szerény eszközeivel megpróbálom a hasonló sorsú érintettek köréből egy közösséget formálni. Az elmúlt hónapokban már több család csatlakozott a kezdeményezéshez.

Jó volna, ha ennek a kezdeményezésnek a híre minél több érintetthez eljutna. Így szabadon dönthetnének arról, hogy részesei kívának-e lenni az egymást segítő közösségnek.

Ennek érdekében kérem az Ön segítségét:

Az alábbiakban megpróbáltam röviden összegyűjteni a legfontosabb tudnivalókat. Szeretném, ha a jövőben találkozik egy fragilis X szindrómával érintett családdal, tájékoztassa őket elérhetőségemről.

Tisztelettel H. Vivien
fragilisx@gmail.com vagy h.vivien@martin-bell.hu
www.fragilisx.blogspot.com
www.martin-bell.hu

Mi a fragilis X szindróma (FXS)?

Az FXS az egyik leggyakoribb örökletes, értelmi elmaradást okozó genetikai elváltozás, valamint az autizmus leggyakoribb ismert oka. Kétezer újszülöttről egyet érint: minden 1500. fiúnál és 2500. lánynál fordul elő (összehasonlításképpen: a Down-szindróma gyakorisága kb. 700 újszülöttről egy). Magyarországon évente hozzávetőleg 70 csecsemő születik FXS-sel. A lányok esetében enyhébb tünetekkel lehet számolni, ugyanakkor a rendellenes génműködést nagyobb arányban hordozzák tünetmentesen (kb. 250-ból 1), mint a fiúk (kb. 800-ból 1).

Mi okozza az FXS-t?

A szindróma akkor jelenik meg, amikor az egyik X kromoszómához kapcsolódó (FMR1-nek nevezett) génben elváltozás történik. Ez a gén egy olyan fehérje előállításáért felel, amely a normál agyműködéshez szükséges. Ha ez a gén nem működik megfelelően, úgy a szükséges protein egyáltalán nem, vagy csak részben termelődik és az agy ennek hiányában nem úgy fejlődik, ahogy kellene.

Melyek a legjellemzőbb tünetek?

A fizikai tüneteket (melyek inkább fiúknál jellemzőek) csecsemő- és kisgyermekkorban nehezebb felismerni, általában a felnőtté válás során válnak egyre inkább láthatóvá.

- Nagy fejkerület, hosszúkás arc, magas homlok, elálló fülek, gótikus szápadlás, és pubertás során kialakult macroorchidismus (magnövekedett herék)
- Lassabb fejlődési ütem
- Általában már csecsemőkorban lassabb mozgásfejlődéssel jár együtt (gyakran kötőszöveti lazaság is társul hozzá), de a megkészt beszédfejlődés is figyelmeztető jel lehet

- Értelmi lemaradás, melynek mértéke változó, az enyhe tanulási nehézségektől a súlyos mentális retardációig terjedhet.
- A szindrómával kommunikációs zavarok (hadar, inkább érti, mint aktívan használja a nyelvet) és viselkedési zavarok (figyelemzavar, impulzivitás, hiperaktivitás, szorongás, szociális elszigetelődés, fokozott izgalmi állapot) járhatnak együtt.



- Tanulási nehézségek
- Szociális és viselkedési problémák (gyenge szemkontaktus, fokozott izgalmi állapot, csökkentett figyelem, hiperaktivitás, repkedés)
- Autisztikus tünetek (pl. hangokra, fura tapintású anyagokra való érzékenység, „repkedés”; jellemezhetik kényszercselekvések, ragaszkodhatnak a dolgok megszokott helyéhez, az események megszokott sorrendjéhez. 20-30%-uk autista és az autisták kb. 5%-a FXS-es.),
- A betegek kb. 25%-a epilepsziás.

Ha felmerül a gyanú

Molekuláris genetikai vizsgálattal állapítható meg a diagnózis, amit minden olyan esetben javasolt elvégezni, amikor az értelmi lemaradás oka ismeretlen.

A kölcsönügyletek árnyoldalai

Sőre Zoltán közgazdász

A témáról értekezni azért is fontos, mert remélhetőleg ismételten lehetőség nyílik a praxisoknak eszközvásárlási vagy rendelővásárlási, államilag támogatott hitelek felvételére. Ezen lehetőség törvényben vagy rendeletben foglalt megjelenése előtt szeretném cikksorozatomban a lehetőséggel élő orvosok figyelmét felhívni néhány hitelfelvétel előtti momentumra, melyek ismeretében hozzák meg a döntést, hogy kitől, milyen feltételekkel, mennyit, és milyen futamidőre vesznek fel hiteleket.

HITELFELVÉTEL, HITELTARTOZÁS, FIZETÉSKÉPTELENSÉG

Mára a hitel fogalma eljutott arra a szintre, hogy színanimája lett az eladósodottságnak, rosszabb esetben forint, még rosszabb esetben különféle devizák formájában. Nem telik el úgy hét, hogy e társadalmi szintű probléma megoldásának variációjáról, a nehéz helyzetbe került lakáshitelesek megsegítéséről, a Nemzeti Eszközkezelő létrehozásáról a média valamely színterén ne hallanánk. Ugyanakkor az elmaradt hiteltartozással rendelkezőkről fel-felröppenő hírek száma a valóságot nem tükrözi, mivel a hitelfelvevők mellett gyakran kezes is szerepel. Egy azonban biztos, a felvett kölcsönöket vissza kell fizetni. Ezen tény kapcsán a törlesztések legdrasztikusabb módja 2011. október 1-e után következik be. Ettől az időponttól ugyanis a kilakoltatási moratórium – egy kis időre – véget ér. A dátum ugyan módosítható,

azonban a hiteltartozások felszámolását a végtelenségig halasztani nem lehet. E folyamat során kap kiemelt szerepet a bírósági végrehajtás. Ezt követően, vélhetően az adótartozást felhalmozók száma is jelentősen megemelkedik.

Gyakorlati tapasztalatok alapján elmondható, hogy a fizetéseképtelenség begyűrűzött az orvos, ezen belül a gyermekorvosi szakma képviselőinek berkeibe is. Kiváltképpen, hogy e hivatás nem nélkülözheti a korszerű ismeretek, technikák, tárgyi és személyi feltételek meglétét, melyek finanszírozása gyakran folyószámla-, beruházási-, jelzálogalapú hitelekkel, máskor személyi kölcsönrel, lízingsel vagy tartós bérlettel történik, vagy már történt. E pénzügyi termékek igénybevétele esetén a lehető legszélesebb körben tájékozódik a felvevő. Sok esetben több pénzügyi szolgáltató ajánlatát szakértők segítségével tekintik át.

Leszögezhető azonban, hogy felvétel alkalmával nincs tájékoztatás arra vonatkozóan, hogy a törlesztések elmaradásakor milyen fizetési könnyítési lehetőségek vannak – természetesen ez pénzügyintézetként eltérő –, illetőleg amennyiben ilyen lehetőségek nincsenek, vagy a fizetési könnyítés sem segít, hogyan történik a tartozás behajtása.

Fedezetet követelő vagy fedezet nélküli hitelektől függetlenül alapvető különbséget kell tenni a közjegyzői okiratba foglalt, illetve más formában rögzített jogügyletek között. Fontos tudni, hogy közjegyző által készített okirat esetén a végrehajtás elrendelése lényegesen egyszerűbb, mint más

okiratok vonatkozásában. Ugyanis ez esetben maga a közjegyző látja el végrehajtási záradékkal az általa készített okiratot. Szerződészegés folytán, majd a záradékolás révén a hátrányos helyzetbe került fél, átugorva egy költséges és időigényes pert, közvetlen végrehajtást kezdeményezhet az adós vagy kötelezett ellen. Amennyiben a megkötött jogügyletről közokirat nem készül, a szerződésből eredő követelést fizetési meghagyás útján – amennyiben a címzett fél ellentmondással nem él –, vagy a követelést peresítve kezdeményezhető a végrehajtás elrendelése. Azonban a kölcsönt folyósító pénzintézetnek nem ez az egyetlen lehetősége a kihelyezett pénzeszközök beszedésére. A bank zálogjoggal biztosított követeléseit érvényesítésére – bírósági végrehajtáson kívül – záloghitel nyújtásával, illetve árverés szervezésével üzletszerűen vagy hivatalból foglalkozó személynek is megbízást adhat. Követeléseit engedményezheti, adóssal a zálogtárgy adós- vagy együttes értékesítésében megállapodhat. Mindezen technikák közül kiemelendő a bírósági végrehajtás útján történő jogérvényesítés, mivel csak ez esetben valósul meg – jogorvoslat formájában – a vagyontárgyak értékesítésének törvényessége a bíróságok által kontrollált módon, feltéve, amennyiben a kötelezett él a törvényben biztosított jogaival.

Ezen általános megjegyzések után foglalkozni kell az ingó, majd ingatlan-végrehajtással, azoknak bírósági és adóhivatali alapvető szabályaival, mivel tartozás nem csak hitelszerződésből eredhet.

Megrendülten tudatjuk, hogy

Czinner Antal professzor

a Heim Pál Gyermekkórház osztályvezető főorvosa,
tudományos igazgatója, október 9-én örökre eltávozott.

Orvosként, családfőként és emberként is sokaknak volt példaképe.

Szerény, empátikus ember volt, híres szaktekin­tély,
aki professzorként a legegyszerűbb emberekkel is mindig megtalálta a közös hangot.

Életútját, munkásságát a Hírvivő következő lapszámában méltatjuk. – a szerk.

**CSECSEMŐ- ÉS
GYERMEKKARDIOLÓGIAI
MAGÁNRENDELÉS**

**DR. KISS ANDRÁS
FŐORVOS**

MediMOM Egészségközpont
Budapest, XII. Csörsz u. 14–16.

Tel.: +36 20 586-5070 és
+36 20 586-4440

WWW.MEDIMOM.HU

Mit kenjünk a kenyerünkre?

A kiegyensúlyozott, változatos táplálkozás egyik alaptétele, hogy minél több és többféle ételtanilag kedvező hatású táplálékot fogyasszunk. Folyamatosan újabb és újabb kutatási eredményekről számol be a média bizonyos élelmiszerfajtákkal vagy összetevőikkel kapcsolatban pró és kontra. S ha a fogyasztó, vásárló felkészültsége nem naprakész, könnyen elveszitheti a fonalat az információrengetegben. Pedig sok olyan, hosszú évtizedek kutatási eredményeire támaszkodó bizonyítás létezik, amely kimondja, hogy egy adott élelmiszer biztonsággal fogyasztható, az összetevői nyugodt szívvel beilleszthetők a kiegyensúlyozott táplálkozásba. Az üzletek polcain meglehetősen sokféle margarint és vajjat találhatunk. Választásunkat nem kizárólag az árak, hanem ideális esetben az egészségünkre gyakorolt hatásuk is befolyásolhatja.

Tudjuk, hogy az étkezési zsíradékok az egészséges táplálkozás nélkülözhetetlen részei. Az emberi szervezetben sokrétű feladatot látnak el. A zsírok a szénhidrátok mellett a legfontosabb energiaforrásunk.

- Fehérjékhez kapcsolódva az idegrendszer és néhány parenchimas (pl. máj) szerv építőanyagai
- Vitaminok szállítóanyagai (zsírban oldódó vitaminok: A, D, K, E vitaminok)
- Fontos tényezői a hőháztartásnak, mint hőtárolók és hőhordozók, mert a bőr alatti zsírpárnák gátolják a hővesztéséget, a hő leadást
- Szabályozzák az étvágyat, mert nagy telítőértékűek
- A telítetlen zsírsavak nélkülözhetetlenek a bőr normális felépítésében
- Lökéstompító szerepük van a sarkakon és a tenyéren
- A foszfolipidek határfelületek, a membránok (sejthártya) fontos építőanyagai
- A lipidek előanyagai a cerebrozidák, foszfatidák képzésének (pl. lecitin)
- A zsír számos nem fehérje természetű hormonnak a kiindulási terméke (pl. szteroidok)

Az ajánlások szerint napi kalóriabevitelünk kb. 30 %-át étkezési zsírok formájában célszerű fogyasztanunk, ami naponta legfeljebb 90 grammot jelent egy egészséges férfinél, és legfeljebb 65 grammot egy nő esetében. A mennyiség mellett azonban a minőségre is oda kell figyelni. A zsírok táplálkozás ételtani értékét az szabja meg, hogy milyen benűnk a telített és telítetlen zsírsavak aránya. Az emberi szervezet csak egyetlen kettős kötést tartalmazó zsírsavat tud előállítani, kettő-három kötést tartalmazó zsírsavat nem. Ezek a többszörösen telítetlen zsírsavak például a linolsav, a linolénsav, alfa-linolénsav, arachidonsav, úgynevezett esszenciális zsírsavak. A növényi olajok igen sok egyszeres-

sen és többszörösen telítetlen zsírsavat tartalmaznak.

A telített zsírok és-, a transz-zsírsavak emelik az LDL-koleszterinszintet, amely egyértelműen rizikófaktora a szív-és érrendszeri megbetegedéseknek. (Transz-zsírsavak egyébként számos élelmiszerben is megtalálhatók. Különböző sütemények, kekszek, chipsek transz-zsírsavtartalma is magas lehet.) Szerencsére az egyszerűen telítetlen zsírsavak fogyasztása az elmúlt években jelentősen növekedett, de sajnos a többszörösen telítetlen zsírsavak fogyasztása (pl. kukorica, lenmag, szójaolaj, halolaj) még messze elmarad az ajánlásokhoz képest. A koleszterin szint csökkentésében, ezzel együtt a szív-és érrendszeri megbetegedések megelőzésében pedig ezek jelentősége kulcsfontosságú.

VAJAT?

A vajjat állati zsírokból, ma már leginkább ipari körülmények között állítják elő tejből, illetve tejszínből, mechanikai úton. Táplálkozástani jelentőségét a tejszír összetétele adja, ami jól emészthető, nagy része lebomlás nélkül, közvetlenül szívódik fel a májat megkerülve. A vajban nagyobb arányban fordulnak elő rövid szénláncú telített zsírsavak, transz-zsírsavak, és jóval kisebb az egyszerűen, illetve többszörösen telítetlen zsírsavak mennyisége. Azt tudjuk, hogy a tejszír linolsav tartalma kisebb, mint a növényi olajoké, bár a szervezetben, jobb hatásokkal alakul át arachidonsavvá, mint a növényi olajból származó. Jelentős telített zsírsav tartalma miatt viszont rizikófaktor lehet koleszterinszint emelkedésben a túlzott fogyasztása. Zsír tartalma is többnyire jóval magasabb, mint számos margarinnak. Mivel a vaj vitamintartalma a tehen táplálkozásától függ, ezért tápértéke nyáron és télen különböző. Színét is a tejet adó állat étrendje határozza meg, nyáron sötétebb, míg a téli hónapokban világosabb a vaj.

VAGY MARGARINT?

A margarint élelmiszeripari körülmények között állítják elő. Jó kenhetőségét az olvadáspont pontos szabályozásával érik el. Ez a növényi eredetű zsíradékoknak és lágy olajoknak köszönhető. Készülnek alacsony kalóriatartalmú változatok is. Minőségét, összetevőit és állagát szigorú szabályok szerint rendszeresen ellenőrzik.

A margarint leginkább a gyártás során alkalmazott módszer, a hidrogénezés miatt támadják, mely során a technológiától függően jelentős transz-zsír is keletkezik. Tény, hogy régebben a margarinnak alapját jelentő növényi olajok hidrogénezési eljárás mentek keresztül, s e folyamat során transz-zsírsavak keletkeztek. Az is tény azonban, hogy a manapság kapható, jó minőségű margarinnakba kerülő növényi olajokat már nem hidrogénezik, jelenleg rendszerint kemény, a természetben előforduló növényi zsírokat (kókuszszírt, pálmazsírt) használnak a margarinnak szilárd állományának eléréséhez, kiegészítve többféle vitaminnal (pl. A-, D-, B6-, B12), folsavval. A vajhoz hasonlóan a margarinnak is a zsír és a víz a fő alkotóeleme, így a margarinyártás során számos olyan lépést használnak, mint a vaj készítésekor. Ezért az a feltevés, hogy a margarint gyakorlatilag csak egy hajszál választja el a műanyagoktól, nem helytálló. Az ételtanilag kedvezőtlen hatású transz-zsírsavak arányát is a WHO által húzott határ, 1 % alatt tartják a minőségi csészes margarinnak esetén.

A jelentős mennyiségű telített zsíradék, többnyire állati eredetű élelmiszerek túlzott fogyasztása emelheti a koleszterinszintet. Ha ezeket többszörösen telítetlen zsírsavakban gazdag élelmiszerekkel helyettesítjük, azzal kedvezően hathatunk a koleszterinszintünkre is. A kiegyensúlyozott táplálkozásban tehát a különböző zsíradék típusok keverékének kell szerepelnie. A fogyasztók támaszkodhatnak a vezető nemzetközi hatóságok útmutatóira (WHO) melyek szerint a megfelelő mértékekre kell odafigyelni, és ahhoz, hogy az étrend valóban egészségesebbé váljon, a kenőzsíradékok esetében a margarinfogyasztás - az alkalmankénti vajfogyasztás, no és természetesen még jó néhány életmódbeli és táplálkozási tényező megléte mellett - kiemelkedő szerepet tölthet be a megelőzésben.

Király Éva
diétetikus

Kedves Kollégák!

2011 júliusától működik az első magyar nyelvű honlap a gyermekbántalmazásról: www.gyermekbantalmazas.hu. A honlap közvetlenül és az OGYEI honlapjáról (www.ogyei.hu) is elérhető, szakemberekhez és laikusokhoz egyaránt szól.

Célunk, hogy e témában érdekelt szakemberek tájékozódását és a szakmák közötti párbeszédet segítsük. Terveink szerint ezt szolgálná egy szakmai blog is, amely teret nyújthatna esetmegbeszéléseknek, szakmai kérdések megvitatásának.

Arra törekszünk, hogy a laikusok (szülők, kamaszok, gyermekek) tájékozódását segítsük, és hozzájáruljunk a társadalom szemléletének formálásához.

Véleményeket, észrevételeket, szakmai anyagokat örömmel várunk.

Kérjük, hogy baráti-szakmai kapcsolatokon keresztül népszerűsítsék a honlapot.

Dr. Kovács Zsuzsa, Dr. Scheiber Dóra, Toma Andrea
Országos Gyermekegészségügyi Intézet

NE NÉZZ FÉLRE, EZ KÖZÖS ÜGYÜNK!

www.gyermekbantalmazas.hu



- **Békásmegyeri** házi gyermekorvosi praxisomat eladnám. Ár megegyezés szerint. További információkért keressen telefonon: +36 30 3811-616.
- Az ország egyik legszebb részén a **Dunakanyarban**, 30 éve működtetett, kb. 930 gyermeklétszámú praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. TEK, igen megbízható asszisztencia. Érdeklődni este 6 és 8 óra között a +36 27 350-002 telefonszámon.
- **Gödöllőn**, kertvárosban 1000 fős házi gyermekorvosi praxis eladó, precízen vezetett adminisztrációval és tervezhető helyettesítéssel. Érdeklődni a +36 20 9623-120 telefonszámon, vagy a ferencgabororos@gmail.com e-mail címen lehet.
- **Nagyszénáson** házi gyermekorvosi praxis kedvező áron eladó. Lakás van. Érdeklődni: +36 30 4956-615 telefonszámon lehet.
- **Szeged mellett** 500 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Területi ellátási kötelezettség, megbízható asszisztencia, korszerűen felújított rendelő, központi ügyelet. Érdeklődni: este 6 és 8 óra között a +36 30 6229-428 számon.
- Fizetési könnyítéssel eladó **Siklóson** 1100 kártyás gyermekorvosi praxisjog. Kítűnő asszisztencia. Gyermek-központiügyelet működik. Érdeklődni: +36 30 2657-766 telefonszámon lehet.
- **Budapest környékén** házi gyermekorvosi praxis eladó. Kártyaszám: 900. Érdeklődni: +36 70 7733-034 telefonszámon.
- Helyettesítést vállal (tartósan is) **Budapest**en, előzetes megbeszélés alapján friss nyugdíjas gyermekorvos. Tel.: +36 20 9166-966., +36 1 338-1928 (üzenetrögzítővel), e-mail: medpobt@gmail.com
- Gyermekorvos helyettesítést vállal: **Székesfehérvár, Velenye, Gárdonyi, Érd** környékén. Hétvégén nappali ügyeletet, számlaképesen is. Tel.: +36 20 3461-953, Dr. Valkó Péter Tamás
- **Balatonalmádiban** és tőle 5 km-re lévő faluban 710 kártyával rendelkező házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni naponta 18 óra után lehet a +36 20 556 4644-es telefonszámon.
- Gyermekorvosi praxis 700-as beteglétszámmal nyugdíjba vonulás miatt eladó **Szegeden**. A praxishoz rendeltulajdon is tartozik. Érdeklődni a +36 30 945-1504 telefonon.
- Borsod megye déli részén **Mezőcsát**on, 7000 fős kisvárosban 800 fős gyermekorvosi praxisomat eladnám, vagy tartós helyettesítést keresek. Jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet, önálló rendelőhelyiség, gyakorlott és megbízható asszisztencia. Naprakész informatikai rendszer biztosított. A praxis ellátása bejárással is megoldható. Elérhetőség: +36 70 3232-970 E-mail: tarczzydr@mail.datanet.hu
- **Mecseknádasd** házi gyermekorvosi praxis praxisjoga eladó. Dinamikusan fejlődő község, jó szociális viszonyokkal, épülő új Egészségcentrummal. Pécs, Szekszárd egyaránt 30 km a 6-os főúton, kijárással megközelíthető. M60 autópálya 20 km-re. Festői környezet a Kelet-Mecsek Tájvédelmi Körzetben, borvidékhez sorolt terület a Tolnai Borúton, gazdag vadászterületek közt. Telefon: +36 20 2800-541, E-mail: drcfhu@gmail.com
- **Sopronban**, önkormányzati rendelőben működő, 1000 kártyás házi gyermekorvosi praxis működtetési joga, a rendelő teljes felszerelésével együtt, 2012. január 1-i kezdéssel, kedvező áron, részletfizetési lehetőséggel, eladó. E-mail: kincso_baba@freemail.hu, tel.: +36 20 522-3632
- Házi gyermekorvosi praxis eladó: 950 fős, **Budapest, XXI. kerület**. Érdeklődni: Dr. Küzdényi Viktória, tel.: +36 30 6442-614
- Házi gyermekorvosi praxisjogomat nyugdíjba vonulás miatt eladnám. Az ország egyik legszebb területén **Nagymaroson**. Praxislétszám 900 fő körül. Megbízható asszisztencia, 31 éve itt dolgozom. Elérhetőség +36 27 350-002 este 6 és 8 óra között.
- **Balmazújvárosban** (Debrecentől 26 km-re) 1300 fős házi gyermekorvosi praxis sürgősen eladó. Központi ügyelet működik. (Hétfégi gyermekorvosi ügyelet: egy hónapban egyszer, váltott rendszerben). A rendelő megfelelően felszerelt. Gyors, hálózatos informatikai háttér, kiváló megközelíthetőség. Érdeklődni: +36 70 9409-318-as telefonon, vagy maron1367@gmail.com címen lehet.
- **Balatonkenesén** gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a +36 30 929 2022-es telefonszámon, este.
- 700 kártyás, kiváló asszisztenciával, igényes felszereltségű rendelőben működtetett **miskolci** házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a +36 20 9203-514-es telefonon lehet.
- **Győrben** házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a +36 20 568-5737 telefonszámon.
- Gyermekorvosi praxis eladó! 19 000 fős városban, M3 autópálya, gyógyfürdő, városi rendelőben elhelyezkedő, **Debrecenhez és Nyíregyházához** egyaránt közel van. Informatikai rendszer naprakész, rendelő informatikussal, kiváló asszisztencia. Nyugdíjba vonulás miatt eladó. Tel.: +36 70 550-1535
- **Szeged vonzáskörzetében** 800 kártyás gyermekorvosi praxis, magántulajdonú EU-konform rendelővel, emeleti részén lakással eladó. Érdeklődni: +36 30 9676-911
- **Tötömlőson** 840 kártyával rendelkező házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni lehet a +36 20 561-8770 telefonon.
- Budapesttel határos városban, **Gyál**on, 900 fős, 24 éve működő házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó! A körzet Budapestről kijárással is elérhető. Jól képzett asszisztens biztosított. Több gyermekorvosi körzet működik a városban, így az egymás közötti helyettesítés megoldott. Mentőszolgálatall ellátott 24 órás központi ügyelet van. Reális áron, akár részletfizetéssel is! Tel.: +36 20 9432-823 e-mail cím: dr.adry@t-online.hu
- **Hajdúböszörményben** 400 fős gyermekorvosi praxis praxisjoga ingyen megszerezhető. A praxis bővítésére a továbbiakban lehetőség van. A betegellátás központi orvosi ügyelet formájában történik, melyet külsős vállalkozás működtet. A jelentkezéseket, a további információkat dr. Molnár Zoltán városi főorvos +36 20 388-24-25 telefonszámán kérjük jelezni.
- **Debrecen** vonzáskörzetében gyermekorvosi praxis jól képzett és megbízható asszisztenciával eladó. Az OEP-finanszírozás 1 éves összege 8,2 millió Ft. Érdeklődni lehet a +36 20 927-5151 telefonszámon.
- **Cegléden** házi gyermekorvosi praxis, 1070 fős eladó, nyugdíjba vonulás miatt. Érdeklődni: drmoshos@interware.hu e-mail címen lehet.



Egyesületünk címe:
1136 Budapest
Tátra u. 52.
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: +36 1 330-0900
Fax: +36 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.: +36 20 944-3540, fax: +36 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 1800 példányban. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**
A címlapon Rajaram Nalím Prem, címlapfotó: Konkoly-Thege György

