

Elejétől a végéig

PREVENCIÓTÓL A LÁZCSILLAPÍTÁSIG

A 15. alkalommal megrendezett Kávészünet-konferencia nyitó előadása dr. Somhegyi Annamária tolmácsolásában hangzott el.



Témája minden iskoláskorú gyermekkel foglalkozó szakembert érint: a **mindennapi testnevelés** bevezetésével szerzett tapasztalatokról, a további teendőkről szólt. A rendelkezés jelentősége nem kérdéses, fontossága vitathatatlan. A feltételek meglelte önmagában még nem elég a színvonalas munkához, a szakmai ellenőrzés ezen a területen is elengedhetetlen. A hagyományos tornaórák helyett akár arra is lehetne lehetőség, hogy a

napi testmozgás egyik alternatívájaként a táncos mozgásformák valamelyikét (néptánc, társastánc) építsük a tanrendbe. Hangsúlyozta az előadó a testnevelők felelősségét is, hiszen sokféle gyermeket kell napi szinten megmozgatni, aminek összehangolása nem kis feladat. A Gerincgyógyászati Központ prevenciószakos vezetője felhívta figyelmünket arra, hogy nem vezet célra a testnevelés alóli tartós felmentés.

A vakcinológiai előadások sorát dr. Mészner Zsófia nyitotta. Előadásában a **Pneumococcus** elleni védekezés hazai helyzetét



vette górcső alá. A népegészségügyi jelentőségű, széles körű védettség kialakításában a 13-valens vakcina bevezetésével kiemelkedően jó eredményeket értünk el. Az invazív betegségek kialakulásáért továbbra is a már jól ismert szerotípusok a felelősek, a szerocsoportok aránya a védőoltási programok ellenére sem változott. A különösen veszélyeztetett korcsoportban az elérhető vakcinák közül az általunk is használt Prevenar 13 biztosítja számunkra a védelem legnagyobb esélyét. A vakcina az idősebb, de nagy kockázati csoportba tartozó gyermekek számára is ajánlott.

Dr. Kovács Julianna a Pneumococcus elleni védőoltások egy másik változatát mutatta be. Számos országban alkalmazzák sikeresen ezt a 10 szerocsoporttal szemben védelmet nyújtó vakcinatípust, egyes vizsgálatok szerint nem látható igazán nagy különbség a 13-, illetve 10-valens vakcina hatásosságában.

A **Meningococcus** elleni védekezés aktualitásaival dr. Kulcsár Andrea foglalkozott. A fertőzés továbbra is a 0–25 éves korúakat érinti döntően, igazán jó eredményeket pedig azok az országok értek el, amelyek a nemzeti oltási programjukba



emelték a védőoltást, hiszen ott a herd-immunitás kialakulásával is számolni lehet, míg nálunk, ahol nincs kötelező oltás, csak az egyén védelme létezik. A poliszachariddal szemben a konjugált vakcina immunmemóriát is kivált, ezért ajánlják ennek alkalmazását már 2 éves kor alatt is. Rendelkezésre áll a 4 szerotípust tartalmazó konjugált vakcina is, amely 1 éves kortól adható.



Következő előadásában dr. Mészner Zsófia a pertussis járványügyi helyzetének rosszabbodását ismertette. A **pertussis** 2012-től világszerte erőteljesen terjed, és nemcsak a környező országokban, hanem hazánkban is. Minden korosztályt érint, a legsúlyosabb esetek azonban a még egyáltalán nem, vagy nem kellőképpen immunizált, alig néhány hónapos csecsemőknél fordulnak elő. Ezért lenne fontos a még olthatatlan kiscsecsemők környezetében élő szülők revakcinációja. Nemcsak a klasszikus tünetek meglétekor, hanem minden, két hétnél tartósabban fennálló köhögéskor gondolnunk kell a kórképre.

Dr. Trethon András a **hasmenés** új kezelési lehetőségét ismertette. A WHO adatai szerint a gyermekkori mortalitásban az alsó légúti és az enterális infekciók 14–14%-ot tesznek ki. A lazább székletek hátterében sokféle ok állhat (ételben lévő toxin, infekció, táplálékallergia stb.), de minden más infekciónak is lehetnek enterális tünetei. Jelentősége a széklet konzisztenciájának, nem pedig a gyakoriságának van. Régióinkban a hasmenések 40%-áért a Rotavírusok, 30%-áért a Norovírusok, a fennmaradókért baktériumok (Salmonella és Campylobacter) a felelősek. A beteg állapotának megítélése után az iniciális folyadékpótlás (ORF) az elsődleges, 2005-től a WHO is ezt ajánlja. Az új terápiás lehetőség a racekadotril, a folyadékvesztést akadályozza meg a belekből. A kiegészítő terápia részét képezik a probiotikumok és a smectil.

Dr. Karoliny Anna a **Lactobacillus reuteri** tartalmazó készítmények akár újszülöttkori probiotikus hatékonyságáról beszélt, dr. Gergely Anita a Tábita-ház Gieth Krisztina ápolási igazgatója a pécsi Dóri Ház palliatív munkáját mutatta be. **Palliatív ellátásra** gyermekkorban nemcsak a daganatos betegségek



során, hanem a krónikus súlyos kórképek kezelése során is szükség lehet. Orvosokból, ápolókból, pszichológusokból, gyógytornászokból, pedagógusokból, dietetikusokból, gyásztanácsadókból, egyéb terapeutákból és önkéntesekből álló multidiszciplináris team nyújt akár otthoni vagy intézeti (nap-pali, szükség esetén éjszakai) segítséget. A Tábita-ház életvégi gondozást, mentesítő ellátást vállal, elősegíti az otthoni adaptációt, s mindezt térítésmentesen. A Dóri Házban mindezen túl, külön figyelmet fordítanak a beteg testvéreire is, csoportfoglalkozások keretében dolgozzák fel a testvér betegsége miatt kialakult helyzetet.



A blokk záró előadásaként, dr. Fekete Ferenc a **lázcsillapításról** osztotta meg velünk a legújabb tudnivalókat. Az alapvető információk mellett ismét felhívta a figyelmet arra, hogy láz esetén a 3 hónap alattiakat kórházba kell küldeni, a 3 és 6 hónap közöttieket pedig ki kell vizsgálni. A későbbi életkorban 40 °C-ig a láz általában veszélytelen, de petechia, bőrvérzés esetén, ceftriaxon beadása után azonnali hospitalizáció a teendő.



Péntek délután Dr. Halász Zita a **nanosomia** kivizsgálásáról tartott előadást. A gyermek ideálisnak vélt testmagasságának az elérése napjainkban is a figyelem középpontjában áll. Mind a házi gyermekorvosok, mind a védőnők feladata a szomatikus fejlődés rendszeres követése, ami a növekedési retardáció korai felismerését biztosítja. Az előadó felhívta a figyelmet arra, hogy munkánk során egységes percentilek alapján értékeljünk. Erre kiválóan alkalmas a Joubert-féle táblázat. (www.demographia.hu/kutatások/gyermeknövekedésivizsgalatok/fejlodesilapok)



Az alacsony növés 65%-át a familiáris alacsony növés, a konstitucionális lassú növekedés, késői serdülés teszi ki. A maradék 30–35%-ban találunk az okok között elsődleges (skeletal dysplasia, kromoszóma-rendellenesség, intrauterin retardáció) vagy másodlagos növekedési zavart (malnutricio, chr. betegség, felszívódási zavar, endokrin elváltozás).

Amennyiben a növekedési görbe a 3-as percentil alá kerül, vizelet, vérkép, ionogram, vese, májfunkció, vércukor, pajzsmirigy-funkció vizsgálatát követően szakvizsgálat szükséges. Fontos ehhez a korábbi növekedési adatok és a növekedési ráta, tápláltsági állapot ismerete, felszívódási zavar, krónikus betegségek, esetleges korábbi koponyatrauma kizárása. Dismorphias jelek szindromatológiai besorolást tesznek szükségessé.

Dr. Threton András felhívta a figyelmet a súlyos szepszis klinikai jeleire (**bőrvérzések**, purpura fulminans, erythroderma állapotromlással, fájdalmas livid vagy algid bőrváltozás), valamint arra, hogy a maculopapulosus **kiütések** lehetnek a toxikus sokk szindróma bevezető tünetei. Talán nem mindannyian tudtuk, hogy a meningococcus-fertőzés első négy órájában aspecifikus tünetek jelentkeznek, majd megjelenik az ún. korai trias: hűvös acrak, sápadt, foltos bőr, lábfájdalom. Ha ebben az időintervallumban felismerjük a betegséget, az ekkor adott ceftriaxon életmentő lehet a gyermek számára. Amikor 13–22 óra elteltével megjelennek a klasszikus tünetek (kiütés, meningeális jel, tudatzavar), a túlélési esélyek már jóval kisebbek.



A hólyagos kiütések újszülötkorban és immunhiányosodott egyéneknél jelentenek különös veszélyt.

Dr. Verebély Tibor professzor az **akut sebészeti kórképeket**, dr. Asbóth Dorottya az **atópiás dermatitis** korszerű kezelését foglalta össze.



AZ ÖSSZEFOGLALÓT SZENTANNAY JUDIT KÉSZÍTETTE



Evidencia alapú orvoslás a gyermekgyógyászatban

Fekete Ferenc dr.

(Heim Pál Kórház Madarász utcai Gyermekkorháza)



Vannak betegek, akiken nem tudunk segíteni, viszont egyetlen olyan beteg sincs, akinek ne árthatnánk! Mindennapi klinikai döntéseink során a hatékonyság mellett elsősorban a biztonságra kell törekednünk. Ebben van segítségünkre a klinikai evidenciákra alapozott döntéshozatal.

A jelenlegi orvosi gyakorlat elsősorban a megszerzett tapasztalatokon, bevett szokásokon, de főképp a tekintélyen alapul. Ezek azonban magukban nem mindig vezetnek a beteg számára optimális döntésekhez. A gyakorló orvos számára a mai gyógyszerpaletta, a vizsgálati eszközök és terápiás lehetőségek gazdag tárháza, a folyamatosan megjelenő hatalmas mennyiségű tudományos irodalom egyre nehezebben tekinthető át. Könnyen elhiszünk evidenciáknak látszó adatokat, és ennek mindig vannak vámszedői. Szükség volna az információk szisztematikus, kritikus analizésére, szűrésére és prezentációjára az eredmények mindennapos használatának elősegítése érdekében.

Az evidenciákra alapozott gyógyítás (EBM) az elérhető legjobb bizonyíték alkalmazását jelenti az eddigi ismereteink felhasználásával, az adott beteg szükségleteinek megfelelően. Nem az orvosi szabadság elvesztését, csupán a tudomány eredményeinek beillesztését jelenti a napi gyakorlatunkba.

Az EBM alapját az ún. randomizált, (és amennyiben alkalmazásuk etikailag megengedhető) placebokontrollált klinikai vizsgálatok, valamint az ezeket elemző és az eredményeket összegző metaanalízisek és szisztematikus áttekintések képezik.

A különböző vizsgálatok metodikai szigorúsága, a vizsgált esetek száma, a csoportokba sorolás kritériumai, valamint az eddig elvégzett hasonló témájú vizsgálatok eredményeinek homogenitása alapján a kapott evidenciák egy bizonyos hierarchiája állítható fel. A klinikai vizsgálatok eredményeinek összevetése alapján kritikus, tematikus ajánlások születnek. Ezek az ajánlások a mögöttük álló evidenciák alapján különböző szintűek lehetnek. Egy „A” szintű ajánlás a legmagasabb, legnagyobb erejű bizonyítékot jelent. Ennek hiányában „B” szintű ajánlásról, ill. bizonyítékról beszélhetünk. A „C” és „D” szintű ajánlás mögött nem áll erős bizonyíték, a tévedés lehetőségének statisztikai valószínűsége itt magasabb, az adatok ellentmondóak, vagy nem kellően értékelhetők az adott kezelés hasznosságát és biztonságosságát illetően.

Az evidenciák értékére jó példa az a közelmúltban közzétett metaanalízis, amely 6,6 millió gyermek adatai alapján igazolja, hogy a csecsemőkorban alkalmazott antibiotikum-kezelés mintegy ötszörösére emeli a későbbiekben a gyulladós bélbetegség kialakulásának rizikóját.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága az evidenciákra alapozott gyógyítás fontosságát felismerve nemrég egy Evidencia Bizottságot állított fel. Ez a bizottság abban próbál segíteni, hogy az EBM üzenete elfogulatlanul, marketingérdekektől függetlenül, torzításmentesen jusson el a gyermekorvosokhoz. A bizottságban terveink szerint proaktív módon bizonyos témákkal kapcsolatos evidenciákat fogalmazzunk meg, és fórumon hirdetjük az EBM elveit. Az egyes randomizált klinikai vizsgálatok és metaanalízisek eredményei megfelelő szintű szakértői interpretációban, az etikai normák maximális figyelemben tartásával kerülnek tárgyalásra.

Kérésre áttekintjük az egy-egy gyógyszerrel, ill. kereskedelmi termékkel végzett vizsgálatok alapján rendelkezésre álló bizonyítékokat, és ezek alapján ajánlásokat fogalmazunk meg. Nem promotálunk semmilyen termékeket, és nem adunk ki kizárólagosságra vonatkozó igazolást sem. Nem gyártunk evidenciákat, nem készítünk metaanalízist, csak a meglévőket értékeljük.

Nemcsak ismereteinek bővülését, hanem az orvos és a beteg biztonságának, a kezelés hatékonyságának javulását várjuk ettől a Bizottságtól, és közben reméljük a nem bizonyított alternatív terápiák visszaszorulását, az orvosok hitelének, döntéseik értékének emelkedését.

Ezek az ajánlások és állásfoglalások természetesen nem helyettesítik a szakmai irányelveket, amelyek a kollégiumi tagozatok által összeállított, jó esetben szintén evidenciákon alapuló, a nemzetközi standardokkal összhangban álló, akár jogi alapot is képező dokumentumok.

Tisztában vagyunk azzal, hogy a tekintélyre épülő promóció várható háttérbe szorítása egyéni érdekeket is sért majd, ezért néha túlzott reakciókra is számíthatunk. A szakma egyértelmű igénye és érdeke azonban az, hogy minél többet, minél szélesebb körben foglalkozzunk ezzel a kérdéssel.

Allergiamegelőzés anyatej hiánya esetén, csecsemőkorbán

*Nobilis András dr. PhD, egyetemi docens, osztályvezető
Semmelweis Egyetem II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika,
Koraszülött Intenzív Osztály*



Az elmúlt években több közlemény igazolta, hogy az atópiás betegségek (atópiás dermatitis, allergiás nátha, táplálékallergiák, asthma bronchiale) száma gyermekkorban világszerte fokozódik. Ezek az adatok korrelálnak a császármetszések gyakoriságának emelkedésével. Magyarországon ma minden harmadik gyermek császármetszéssel jön a világra. Miért izgalmas ez a kérdés?

Az immunrendszer érésének szempontjából az élet első néhány napja kivételes jelentőségű. Ekkor történik meg ugyanis a bélrendszer bakteriális kolonizációja. Bizonyított, hogy császármetszést követően nem a természetes bélflórához tartozó baktériumokkal, hanem kórházi törzsekkel kolonizálódnak az újszülöttek. Ilyenkor a normál bélflóra nem alakul ki, a bifidobaktériumok és lactobacillusok száma mintegy félféves korig jelentősen elmarad a hüvelyi úton született csecsemőhöz képest. Az egészséges bélflóra kialakulásának pedig döntő szerepe van a magzati életre jellemző T Helper 2 típusú lymphocyták arányának visszaszorulásában. Optimális esetben egyéves korra a T Helper 2 lymphocyták helyét jórészt T Helper 1 típusú sejtek veszik át. Ennek elmaradása a későbbi atópiás betegségek kialakulásában szerepet játszó, kóros immunfolyamatok felerősödéséhez vezet.

A Cochrane Könyvtár evidenciára épülő adatai szerint a hozzáférhető randomizált vizsgálatok bevonásával készült metaanalízisek azt igazolják, hogy anyatej hiányában egyes parciálisan hidrolizált tápszerek, a tehéntej alapú tápszerekhez képest – több éves utánkövetéssel is – egyértelműen, mintegy 45%-kal csökkentik az atópiás dermatitis előfordulását. A prebiotikus hatású oligosaccharidok használatával kapcsolatos evidenciák ugyanakkor nem teljesen egyértelműek.

A vizsgált adatok alapján kimutatható, hogy a császármetszéssel világra jött gyermekek között gyakoribb az immunrendszer

kóros fejlődése miatt létrejövő atópiás betegségek előfordulása. Természetesen az atópia megelőzésének leghatékonyabb módja az anyatejes táplálás. Azok a gyermekek, akik a megszületésük után anyatejet kapnak, cigarettafüst-mentes környezetben nővekednek, anyatej hiánya esetén pedig részlegesen hidrolizált tápszert kapnak és probiotikus kezelésben részesülnek, nagyobb eséllyel kerülnek el az atópiás megbetegedéseket.

Bizonyítékokra alapozott D-vitamin-pótlás

*Kovács Ákos, házi gyermekorvos
Gyermekorvosi Rendelő, Hernád*



A bizonyítékokra alapozott orvoslás a klinikai döntéshozatal egy formája, amelynek során az elérhető legjobb tudományos bizonyítékok ismeretében, az eddig felhalmozott klinikai szakismeretünk felhasználásával, a beteggel megbeszélve, érdekeit és szempontjait figyelembe véve, mindezeket integrálva határozzuk meg, hogy az adott helyzetben a beteg számára melyik a legelőnyösebb klinikai döntés.

Ha például egy 3 éves kisgyermek édesanyja az iránt érdeklődik, hogy javasoljuk-e gyermekének folyamatos D-vitamin szedését a nyári időszakban is, a rendelkezésre álló ismereteket összegyűjtve a hozzáférhető legjobb tudományos bizonyítékok alapján kell válaszolnunk.

Az elmúlt években mind több adat jelenik meg a csont anyagcserében játszott központi szerepén kívül, a D-vitamin ún. autokrin hatásairól. Bizonyított, hogy a szervezetben termelődő aktív 1,25(OH) D-vitaminnak csak mintegy 5%-a képződik a vesében, és felelős a klasszikus „szkeletális” hatásokért. A szervezet különböző perifériás sejtjeiben képződő 1,25 (OH) D-vitamin a legkülönfélébb, ún. „non-szkeletális” (nem közvetlenül a kalcium-anyagcserével összefüggő) hatásokkal rendelkezik.

Mára egyértelmű, hogy a D-vitamin nemcsak az immunrendszer központi modulátora, hanem mintegy 2700 gén expresszióját befolyásoló hatása révén alapvetően regulálja a sejtanyagcserét, az angiogenezist, az apoptosist, a citokinek és legkülönfélébb egyéb gyulladáshoz vezető paraméterek termelődését.

A D-vitamin hiányának egyre több betegség kialakulásában tulajdoníthatnak szerepet, így az egyes rosszindulatú daganatok, a diabetes, az asthma, egyes pszichiátriai kórképek, cardiovascularis, autoimmun betegségek hátterében mind gyakrabban mutatható ki D-vitamin-hiány.

Magyar adatok is arra utalnak, hogy az iskoláskorú gyermekek több mint fele D-vitamin-hiányos. A rizikótényezők között elsősorban a kevés napozás, a fokozottan pigmentált bőr, a fényvédő krémek túlzott használata, az elhízás, egyes krónikus (máj, vese) betegségek állnak, de szerepet játszhat bizonyos gyógyszerek (pl. glükokortikoidok) szedése is.

Hogyan lehet megfelelő mennyiségű D-vitaminhoz jutni? Egyértelmű, hogy a napozás a leghatékonyabb D-vitamin-forrás. Napfényes nyári időben 11–15 óra között napvédő alkalmazása nélküli napozás esetén 15 perc alatt kb. 400 NE D-vitamin képződik a szervezetben. Mivel ettől általában óvjuk a gyermekeket, így nemcsak a téli hónapokban lenne jelentősége a táplálékkal történő D-vitamin-bevitelnek. Mivel a D-vitaminban gazdag táplálékok (tengeri hal, erdei gomba) fogyasztása nem tartozik az átlagos magyar család mindennapi étrendjébe, a D-vitaminnal dúsított élelmiszereknek, táplálékkiegészítőknek, illetve a rend-

szerez, gyógyszerrel történő D-vitamin-pótlásnak kiemelt jelentősége van.

A nemzetközi és a magyar szakirodalom adatai alapján megfogalmazott ajánlások a mi éghajlati viszonyaink között, a D-vitamin-hiány megelőzésére újszülöttkortól a gyermekkor végéig folyamatos, tehát egész évben alkalmazott D-vitamin-pótlást javasolnak. D-vitamin-szint meghatározása nélkül – „vaktában” – 2 hetes kortól 6 éves korig napi 400–600 NE, 6 éves kor felett pedig 1000 NE az ajánlott dózis. A rizikócsoportokban (pl. elhízott gyermekek) 1,5 éves kortól 1000 NE, 6 éves kortól pedig 2000 NE napi bevitele biztonságos. Kifejezett D-vitamin-hiány pótlására nagyobb adagokra van szükség, ilyenkor természetesen a vitaminszint ellenőrzése javasolt.

Az érdeklődő édesanyának tehát bátran javasolhatjuk, hogy 3 éves kislányának, ha nincs elhízva, fehér bőrű, és nincs krónikus betegsége, egész éven át napi 1 csepp Vigantol olajat adjon. Ez még a nyári napozás mellett sem vezet hipervitaminózishoz.

AZ ÖSSZEFOGLALÓT KOVÁCS ÁKOS KÉSZÍTETTE

ELKÜLÖNÍTŐ DIAGNOSZTIKA

A 15. jubileumi Kávészünet-konferencia is jelezte azt a sok-sok erőfeszítést, amellyel a konferencia megálmodói, szervezői kezdettől őrzik a „Kávészünet” szellemiségét. A központi téma idén a korszerű gyermekgyógyászati differenciáldiagnosztika, a gyermekorvos diagnosztikus gondolkodásának fejlesztése volt. E fontos témakör előadói a Tulassay professzor vezette klinika és néhány további intézmény vezető szakemberei voltak.



A szombat délelőtti program *dr. Pataki Margit* előadásával kezdődött, aki az **újszülöttkori fertőzések** közül emelt ki néhányat. A B csoportú *Streptococcus* (GBS) az újszülöttkori szepszis és a 48 órán belül jelentkező fertőzések leggyakoribb kórokozója. A fertőzés 48 órán túl is jelentkezhet, ezért a GBS-hordozó anyák újszülöttjeire otthon nagyobb figyelmet kell fordítani annak ellenére, hogy 1997 óta

a baktériumhordozó terheseket már intrapartum antibiotikummal kezelik.

A vírusok között sok gondot okoz újszülöttkorban a CMV, amivel szoros kontaktus során fertőződhet a magzat. A terhes átvészelt fertőzése is könnyen reaktiválódik, ilyenkor a TORCH (*Toxoplasma*, *Rubeola*, *Cytomegalovírus*, *Herpes*) infekció tüneteit mutatja az újszülött. A születéskor tünetmentes újszülöttek 10%-ánál későbbi életkorban lépnek fel tünetek, pl. tanulási zavar képében. Ezért fontos a rendszeres utánkövetés keretében a hallásellenőrzés vagy a fejlődésneurológiai kontroll.

A toxoplazma a macska ürülékével szennyezett környezetben fertőződött állat elfogyasztott húásával kerül az emberi szervezetbe. A kongenitális fertőzés következményeként kamasz- és a fiatal felnőttkorban kialakuló chorioretinitis hosszan tartó antibiotikus kezelést igényel.

Tulassay Tivadar professzor **diagnosztikus gondolkodásunk változásáról** tartott előadását lapunk 2–4. oldalain teljes terjedelmében közöljük.

Dr. Derzbach László az **obesitas** kezelésének gondjait taglalta. Az elhízás az utóbbi időszakban a gyerekek között is drámai mértékben növekedett, hátterében elsősorban a fokozott kalóriabevitel és a mozgásszegény életmód áll, szekunder megbetegedéssel jóval ritkábban találkozunk. A túlsúlyos gyermekekből többnyire túlsúlyos felnőttek lesznek, ezért a gyermekkorban elkezdett prevenció kiemelt jelentőségű. Szövődmények nemcsak serdülőkorban, hanem már 10 éves életkor felett jelentkezhetnek. Mind gyakoribb a szénhidrát-anyagcsere-zavar, hipertónia, hyperlipidaemia együttes megjelenése, ez a metabolikus szindróma. Az obesitas mértékét a bőrredő vastagságának és a derék körfogatának mérésével határozzuk meg, a mérést mindig a csípőlapát felett kell végezni.



A következő prezentáció az **ízületi gyulladásokról** szólt *dr. Dérfalvi Beáta* előadásában. Lehet akut (pl. vírusinfekció, Kawasaki-betegség, bevérzés) vagy krónikus a gyulladás; ami igényelhet akár sürgősségi ellátást is széptikus vagy traumás esetben, coagulopathia miatti bevérzések, illetve ha malignus folyamathoz társul. A növekedési fájdalom a sípcsont felett jelentkezik, elsősorban este, de melegítésre, masszírozásra szűnik. Gyakran találkozhatunk a transitoricus coxitis-szel, amikor a gyermek hurutos tünetek



után nem tud lábra állni. A leggyakoribb krónikus ízületi gyulladás a JIA, amely ezerből 1-2 gyermeket érint. Heterogén betegcsoportról van szó, lehet szisztémás, oligo- vagy polyarticularis, kapcsolódhat pikkelysömörhöz is. Enthesopathiáról akkor beszélünk, ha az ínak, szalagok tapadási helye begyullad. Minden ízületi gyulladás korai és agresszív kezelést igényel, multidiszciplináris ellátás azonban csak a gyermekreumatológiai centrumban biztosítható.

A gyermekkor **alvászavarról** *dr. Szabó Attila* beszélt. Minden ötödik gyermeknek van alvászavara, aminek legsúlyosabb formája az obstruktív alvási apnoe. 2–8 éves korban ez a gyermekek 1–4%-ánál fordul elő, de túlsúlyosak körében ennél akár tízszer is gyakrabban (25–35%). Ebben a korban az elhízás mellett az orrgaratmandula hipertrófiája is sokszor vezet alvási apnoéhoz. Kisgyermekkorban az alvászavar nappali hiperaktivitást, a nagyobbaknál aluszékonyt okoz. Mindkettő hat az iskolai teljesítményre, így a gyermek fejlődése szempontjából hosszú távú következményei is lehetnek az alvászavarnak.

Az obstruktív alvási apnoenak lehet következménye hipertónia, cardiovascularis elváltozás, esetleg obesitas, ami önrontó folyamatként tovább súlyosbítja az alvási apnoét. Megfelelő anamnéziszfelvétellel, egyszerű tesztekkel és fizikális vizsgálattal kizárhatók azok a gyermekek, akiknél a polysomnográfias alvászivizsgálat indokolt lehet.



Dr. Krikovszky Dóra a **köhögés** differenciáldiagnosztikájáról beszélt. Osztályozta akut és krónikus szempontból, a köhögési hang jellege szerint. Hangsúlyozta, hogy gyermekkorban nincs értelme a köhögéscsillapításnak, hagyni kell a gyermeket köhögni!



Dr. Kelen Kata a **vizeletleletek értékelése** kapcsán felhívta a figyelmünket arra, hogy a nem helyes mintavétel vagy egyéb praeanalitikai hiba sokszor vezet téves diagnózishoz.

Dr. Jermendy Ágnes az újszülöttek kétharmadánál, a koraszülöttek négyötödénél fiziológiásan is előforduló **icterus**-ról beszélt. Érett újszülötteknél kettő, koraszülötteknél három héten túl fennálló icterus esetén van szükség



direkt és indirekt bilirubinmeghatározásra, az epeúti obstrukció kizárására, újszülött- és anyai vércsoportvizsgálatra, illetve további laboratóriumi elemzésekre.

Dr. Szőnyi László az **örökletes anyagcsere-betegségekre** vonatkozó ismereteinket frissítette fel. Emlékeztetett arra, hogy a klinikai tünetek kórképtől, penetranciától és az érintett enzim maradék aktivitásától függően, bármely életkorban jelentkezhetnek. Intoxikáció típusú kórképekben (phenylketonuria, tyrosinaemia I. típus) a tünetek már születés után kezdődnek, mert az anyai szervezet a placentán keresztül méregtelenít. A sejt energiaellátásának zavarai (mitochondriális betegségek) viszont már méhen belül károsítják a fejlődést. Ha a magzat betegsége következtében felszaporodó toxikus anyagok károsítják az anyát, akut terhességi zsírmáj, HELLP-szindróma jöhet létre. Míg szokatlan szagú, színű vizelet, dysmorphicus küllem, organomegalia, több szerv nehezen magyarázható érintettsége figyelemfelkeltő tünet, addig nem indokolt öröklődő anyagcsere-betegséget keresni mérsékelt fejlődési lassulás, gyakori infekció vagy izolált beszédfejlődési zavar esetén.



AZ ÖSSZEFOGLALÓT ELEK MARIANN SZERKESZTETTE

GAUCHER, POMPE, FABRY: LIZOSZÓMÁLIS TÁROLÁSI BETEGSÉGEK, MUKOPOLISZACHARIDÓZISOK...

„Mit keres egy ritka betegségek című szimpózium a Kávészünet programjában? Hát itt házi gyermekorvosok ülnek! Alapellátók, nem specialisták! Emlékszem, több tantárgy keretében is tanultuk annak idején ezeket a ritka kórságokat, aztán örültünk, hogy a vizsgán nem kérdeztek bele nagyon a finomságokba. Az élet mindennapi rutinja úgyis másról szól – gondoltuk akkor is, most is magunkban, és morfondíroztunk arról, hogy na, most kellene egy kicsit kikapcsolni és megnézni a Balatont. Kár, hogy az időjárás már nem olyan mint tegnap, amikor kint lehetett napozni; szél van és a Balaton is erősen hullámoz. A wellness viszont csábító! Persze egy órácska arra nem elég... A szünet után meg a tanulságos esetek jönnek, azt mindenképpen meg kellene hallgatni. Szóval maradjak inkább?”

Talán sokak fejében futott végig hasonló gondolat a konferencia szombat délutáni programját nézegetve... És innen alapvetően kétféle döntést lehet hozni: vagy kihagyom ezt a szimpóziumot, vagy meghallgatom. Ha kihagyom, akkor ezek a betegségek továbbra is a „megfoghatatlan” kategóriában maradnak, ha bent maradok, akkor esélyem lehet arra, hogy egy-egy problémás páciensemnél elgondolkozzam: nem valami „ritka betegségről” van-e szó, nem kéne néhány célzott vizsgálat, ne mutassuk meg a beteget egy szakértőnek?

Alapvetően erről a kérdéstről szólt az egyórás szimpózium, amit Szőnyi László, a téma egyik legavatottabb szakértője elnökölt e sorok szerzőjével együtt. Az üzenet, amit a résztvevők nagy része hazavitt Siófokról, az, hogy ha egy gyermeknek krónikus panaszai vannak, vagy több – akár szokatlan – tünete társul, és a háttér ismeretlen, a leletek szaporodnak, ám mégsem sikerült megnyugtató diagnózishoz jutni, ébredjen gyanú. Gondoljunk arra, hogy páciensünknek talán egy ritka betegsége van.

A **Gaucher-kórban** vagy a visceralis tünetek dominálnak, vagy a csontfájdalom. A visceralis formát a thrombocytopenia, vérzékenység, anaemia, splenomegalia, hepatomegalia, fáradékonyság, valamint a pubertás késése jellemzi. A csontfájdalom kínzó, erős, visszatérő fájdalom, amely sokszor felvetheti ugyan a növekedési fájdalom lehetőségét is, ám a folyamat csontdeformitásokhoz, nekrozishoz, osteosclerosishoz, osteopeniához, patológiás törésekhez vezethet – derült ki dr. Simon Gábor előadásából.

Pompe-kór esetén csecsemőknél a cardiomyopathia és izomhypotonia (floppy baby) tünetegyüttes veti fel a gyanút – mondta dr. Herczegfalvy Ágnes. Az egyéves kor után kezdődő kórfelmánál szívtünetek nincsenek. A proximális izmok és légzőizmok progrediáló gyengesége miatt előrehajlásból nehéz a felgyenesedés, a járás kacsázóvá válik, nehezebb a székéből, guggolásból való felállás, a futás, valamint terhelésre korábban jelentkezik dyspnoe.

Az **MPS-I** esetén a súlyos Hurler-kórforma gyanúját az arc, a nagyobb fejkörfogat, sérv, gibbus, hepatomegalia veti fel. Enyhébb esetekben gyuladással nélküli ízületi kontraktúra, mozgáskorlátozottság jelentkezik, corneahomály jelenik meg – mondta el többek között dr. Komlósi Katalin.

Dr. Szatmári Ildikó tömegspektrometriás diagnosztikát ismertető előadását követte dr. Győri József esetismertetője egy **Fabry-betegségben** szenvedő gondozottjáról. A betegség gyermekkori tünete a lábak és kezek fájdalma (acroparaesthesia), ismeretlen eredetű lázas állapot, fáradékonyság, hypovagy anhidrózis, serdülőkorban az angiokeratomák, cornea verticillata, és megjelenhet a vesekárosodás első tünete, a microalbuminuria vagy proteinuria. Későbbi szövődésként veselégtelenség, fiatakkori stroke és cardiomyopathia alakul ki.



Ezeknél a lizoszomális tárolási betegségeknél rendelkezésre áll egy egyszerű vizsgálat, a vércseppteszt, amelyet a praxisból is el lehet küldeni a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinikájának Anyagcsere-laboratóriumába. Felhívta az előadó a figyelmet arra a nagyon gyakorlati tudnivalóra, hogy egy körbe csak egy nagy csepp vér kerüljön úgy, hogy az a hátlapon is látható legyen. Két csepp vér azonos helyre cseppentve már megamisíthatja az eredményt. Pozitív minta esetén ismétlésre van szükség, hogy az álpozitív eseteket kizárhassa a laboratórium.

A blokkot záró előadás a házi gyermekorvos éveken át tartó diagnosztikus próbálkozásait mutatta be egy 15 éves fiú szokatlan panaszai kapcsán. A páciens számos specialistánál járt panaszaival; de ők a tünetek alapján nem tudták besorolni a betegséget a saját szakterületükön ismert kórképek közé. A megoldás az alapellátó számára végül egy szakmai továbbképzésen vetődött fel, egy ritka betegségekkel foglalkozó előadás közben született meg a gyanú: a fiúcskának feltehetően Fabry-betegsége van. Célzottan ennek jeleit keresve a szemorvos, majd a genetikai vizsgálat is igazolta a gyanút. Kiemelte az előadó, hogy szó szerint „életfontosságú”, hogy a lehető legkorábban diagnosztizáljuk a ritka betegséget, hiszen a bemutatott kórképek ma már Magyarországon is kezelhetők, és egyáltalán nem mindegy, hogy mikor kezdődik meg az adekvát terápia.

AZ ÖSSZEFOGLALÓT GYÖRI JÓZSEF KÉSZÍTETTE

TANULSÁGOS ESETEK INTERAKTÍV MÓDON

Méltán előzte meg nagy érdeklődés konferenciánk immár hagyományosan egyik legizgalmasabb blokkját. A „tanulságos esetek” c. esetreferálónak a szavazógépek segítségével mindannyian interaktív részesei voltunk.

Dr. Serfőző Csilla (Budapest) a **ferde fej-tartás szemészeti okait** ismertette. Nem ritka, hogy csak a kisgyermek hosszan tartó fizioterápiás kezelése, esetleg sikertelen ortopédiai korrekciós műtét után tisztázódik a szemészeti ok. A kényszerfejtartás etiológiájától függetlenül a nyakizmok kontraktúrájához, másodlagos scoliosishoz, arcaszimmetriához vezethet. A torticollis ocularis okai között a



cycloverticalis izmok bénulása, ezen belül is a meglehetősen gyakori trochlearis bénulás áll az első helyen.



Dr. Mátrai Zsolt (Balkány) „Váratlan etiológia” című előadásában a **vasmérgezés** tüneteire hívta fel figyelmünket. Tartós hányás, hasmenés, gyengeség esetén erre a lehetőségre is gondolnunk kell, mert vastúlادagolás nemcsak receptre kiváltott vaskészítménytől, hanem nem megfelelően alkalmazott étrend-kiegészítőktől is előfordulhat.

Dr. Altorjai Péter (Budapest) 22 hónapos betege esetét ismertette, akinél csak ismételt



vizsgálatokat követően sikerült tisztázni a mozgásfejlődés elmaradásának hátterében megbúvó **neuroblastomát**. Ez a gyermekkorban szerencsére viszonylag ritka tumor a legváratlanabb esetekben bukkanhat fel mint a tüneteket kiváltó ok.

Dr. Szendi Júlia (Győr) bemutatott esetében a fül alatt tapintható terimenagyobbodást egy mélyben megbúvó **érdaganat** okozta.



Dr. Szabó Viktória (Győr) perianalis elváltozások okán ismertette a **Crohn-betegség** tüneteit, lefolyását, kezelését. Betege állapotát recidív intraabdominális abscessus súlyosbította. Felhívta a figyelmet arra, hogy a perianalis táj megtekintése része a rutin fizikális vizsgálatnak, hisz' ahogyan esete kapcsán is láttuk: ez diagnosztikus értékű lehet.

Dr. Jelenik Zsuzsanna (OEK) védőoltással kapcsolatos kérdésre várt tőlünk választ az interaktív előadás kapcsán. Jól „vizsgáztunk”, hisz a jelenlévők többsége javasolt volna a meningococcus-oltást a korábban bizonytalan eredetű agyhártyagyulladásra átesett 17 éves fiúnak.

Hasznos órát töltöttünk a tanulságos esetek társaságában.



AZ ÖSSZEFOGLALÓT HÓBOR MIKLÓS KÉSZÍTETTE

LASSULT FEJLŐDÉS, TÁMOP, SEROSUS OTITIS



Dr. Bókay János (SE. I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika) előadásában feltette a kérdést: mi a teendő, ha **lelassult fejlődést észlelünk csecsemőkorbán**? (Az életkorra vetített testtömeg-, illetve a testhosszra vetített testtömeg-percentilis 3 alatti, vagy a súlygörbe lefelé két percentilisonalat keresztez.) Amennyiben a kiváltó okot nem sikerül kideríteni, ha nincs alapbetegség, amit kezelni kellene, akkor a cél a felzárkóztató növekedés, a catch-up-growth. De hogyan érjük ezt el? – kérdezi a szerző, s sorolja a hibás megoldásokat. Növeljük a bevitt táplálék volumenét? A válasz: ne! (Volumenterhelés!) Adjunk koncentráltabb tápszert? Ne! (Hypertoniás dehidrációt idézhetünk elő.) Adjunk csak szénhidrátmodult? Ez is hiba lenne! (Nincs anabolizmus, csak a zsírpárnák nőnek). Akkor mi a megoldás? A jó válasz a roboráló tápszer, amely adott volumenben biztosítja a catch-up-growth eléréséhez szükséges energiabevitelt, ozmolaritása alacsony, jó vitaminellátást biztosít, és nem mellékesen megfelelő az LCP-aránya, palmitinsav- és nukleotidtartalma, valamint rendelkezik a rostok és prebiotikumok játékony hatásával is.

Magyarországon az iskolakezdők harmadának **koragyermek-kori fejlesztésre** lett volna szüksége. Hogy ez nem történt meg, annak az oka az, hogy szűrőrendszerünk nem kellően érzékeny, hiányoznak a standardok, gyakoriak a kompetenzazavarok, kidolgozatlanok a betegutak, egyenlőtlen az ellátás, és képzési problémák is nehezítik a megoldást. Miként segíthet ezen a TÁMOP programja? – erről szól *Prof. Dr. Fogarasi András* (Bethesda Gyermekkorház) előadása, amelyet lapunk önálló cikke ismertet.

Dr. Timár Tibor (Expat Medical Szakorvosi Rendelő Budapest) a **krónikus serosus otitis media** (SOM) leggyakoribb okáról, a fülkürt működési zavaráról és annak okairól beszélt. Többnyire nem a duzzadt orrmandula bántja a fülkürtfunkciót. Gyakoribb ennél az orrmelléküregek, elsősorban a rostasejtek gyulladt volta, az onnan az orrgaratba csorgó váladék idézi elő ugyanis azt a gyulladást, melynek következtében a fülkürt fala megkeményedik, rugalmatlan lesz és így a fülkürt nem nyílik.



Ebből adódóan a krónikus SOM megoldása nem a dobhártyába ültetett ventiltubus, hanem a konzervatív terápia (melegítsük az orrmelléküregeket naponta 3x 5 percig infralámpával vagy gőzzel, adjunk béta-mimetikum-, 4 éves kor fölött pedig szteroidtartalmú orrspray-t), ami ugyan akár 1 hónapot is igényelhet, de gyógyuláshoz vezet. Nincs szükség tehát antibiotikumra, antihisztaminra, fülmelegítésre vagy sóbarlangra és polarizált fényre sem.

Az előadó kiemelte, hogy hiába kérjük, nem tudja a fül-orr-gégész sem megmondani, hogy mekkora a gyermek orrmandulája. Az orrmandula sem a száj, sem az orr felől nem látszik, a tapintási vizsgálata kétes, a rgt nem ábrázolja, endoszkóppal csak a felülete látszik, vagyis csak a CT maradna, annak azonban ismerjük a sugárterhelését.

A BESZÁMOLÓT SZÉDELYI NIKOLETTA KÉSZÍTETTE

ESZMÉLETLEN GYERMEK A RENDELŐBEN



Az ájulás, eszméletlenség, a környezet számára rémisztő, a beteg számára azonban életveszélyes lehet: tudjuk-e a **sürgős teendők helyes sorrendjét** – az egyes pontok élettani/kóreltani vonatkozásait? *Tóth-Heyn Péter*től, a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika Intenzív osztályának vezetőjétől hallhattunk előadást mindezekről. Az előadás vázolta a klinikai és a praxiskörnyezet különbségeit, azonban kiemelte az első ellátó diagnosztikus és terápiás tevékenységének fontosságát – az eszméletlenség patofiziológiáján keresztül.

Miként jutunk el a fenyegető keringésleállásból az újraélesztéshez? Mitől függ az újraélesztés sikere és **mit csinálunk rosszul?** Ezekre a kérdésekre *Gesztes Évától*, a Magyar Gyermekmentő Alapítvány vezetőjétől kaptunk választ. Az alapítvány rendkívül lelkiismeretes munkatársai a hagyományt folytatva, har-

madik alkalommal vállalták, hogy a Kávészünet-konferencia idején kitartó munkával felfrissítsék a házi gyermekorvosok gyakorlati ismereteit.

Ezúttal – anonim módon – kérdőívre is válaszoltunk, az előadás keretében került sor az összesített eredmény bemutatására. Szembesülnünk kellett azzal, hogy míg az Egyesült Államokban a házi gyermekorvosok évente átlagosan 5, addig mi – a felmérés szerint – legfeljebb ha egy(1) kritikus állapotú gyermekkel találkozunk a rendelőben. A helyes állapotfelmérés fontosságára utal az a sokatmondó adat, amely szerint az EPLS (European Pediatric Life Support) vagy más hasonló képzésen részt vett kollégáink válaszaik szerint akár évi 5–10 kritikus helyzetben lévő gyermekkel is találkoznak...

A sikeres újraélesztés titka abban rejlik, hogy helyesen illesztjük-e össze az előadásban felvetített nyolcszögletű óra egyes csúcsait, megvan-e a kellő képzettség, gyakorlat, megfelelő-e az eszközpark, jól gazdálkodunk-e az időfaktorral, van-e folyamatosság, hatékonyság, hatékony-e a kommunikáció, az irányítás?

Az alapfokú elsősegélynyújtástól az eszközös újraélesztésig bizonyos **műfogások, eszközök** segíthetik munkánkat. Van, aki az eszközfinanszírozásból már meg is vette ezeket, már ott lapulnak az orvosi vagy újraélesztős táskánkban, de ismerjük-e valóban a helyes használatukat? *Kassai Tamás*, az Országos Baleseti Intézet Gyermektraumatológiai Osztályának vezetője előadásában először kiemelte, hogy az eszköz nélküli újraélesztés – ún. BLS (Basic Life Support) – állampolgári kötelezettség, amelyet mindenkinek a tőle elvárható szinten kell tudnia. Tőlünk, házi gyermekorvosoktól azonban már elvárás az emelt szintű, eszközös újraélesztés – ún. ALS (Advanced Life Support) – készségszintű ismerete, ahogy ő mondta, a hardware és a software együttes megléte. Az eszközök használatát és a műfogásokat az AcBCDE lépései szerint ismertette az előadás, nemegyszer szembesítve bennünket az egyébként nagy érdeklődéssel övezett kistermi gyakorlati képzés tapasztalataival.

A reanimáció sikerét, kivitelezhetőségét több **speciális körülmény** – trauma, áramütés, hyperthermia vagy akár kihülés stb. – befolyásolhatja. *Liszky Gábor*, a MRE Bethesda Gyermekkorház Aneszteziológiai és intenzívterápiás osztályának főorvosa előadásában ezen tényezőket vette számba.



AZ ÖSSZEFOGLALÓT ALTORJAI PÉTER KÉSZÍTETTE

A konferencia fotói és az előadások (engedélyezett) vetített anyaga megtalálható:

<http://www.hgye.hu/konferenciak/kaveszunen-15>

