

# Meningococcus a rendelőben

A gyermek-alapellátásban történő orvos-beteg találkozások és a bejelentésre kerülő meningitis epidemica-esetek számából kikövetkeztethető, hogy egy átlagos forgalmú házi gyermekorvosi praxisban legfeljebb 30 évenként egyszer fordul elő, hogy egy invazív meningococcus-fertőzésben szenvedő gyermek csak úgy „besétál” a gyermekorvosi rendelőbe.

Ez tehát az alapellátásban dolgozó orvos és a beteg számára is feltehetően egyetlenegyszer megtörténő, különleges találkozás.

Az adatok sajnos azt igazolják, hogy az esetek több mint felében a legelső orvosi vizsgálat során nem történik kórházba küldés, vagyis nem ismerjük fel a betegséget kellő hatékonysággal.

Túl gyakran halljuk ugyanazt a szomorú kálváriát: a lázas, hányós beteghez az ügyelet nem megy ki, vagy nem vizsgálják meg részletesen az ott jelentkezőt. Az ambulanciáról hazaküldik, miért ide jött, miért nem oda ment, menjen, ahova

területileg tartozik stb. A legvégén pedig, amikor már rendszerint késő, még felelősségre is vonják a szülőt: miért csak most jött?

Tudjuk, hogy a meningococcus-fertőzés során mintegy 75%-ban kialakuló szepszis, majd a fellépő szeptikus sokk okozta sokszervi elégtelenség progressziója olyan drámaian rapid lehet, hogy a tragikus kimenetelű esetek felében az első tünet (rendszerint a magas láz) fellépése és a halál beállta között nem telik el 24 óra. Irodalmi adat, hogy amennyiben a legelső orvosi vizsgálat alkalmával korrekten diagnosztizálják és az azonnali kórházba szállítás mellett már a területen megkezdődik a szakosított ellátás, legyen ez bárhol, önmagában 50%-kal javítja a túlélés esélyét.

Érdemes tehát megfelelően felkészülnünk erre az eleinte általában mindennapos, banális panaszok és tünetek képében jelentkező betegségre, mert ha az első találkozást elhibázzuk, nagy eséllyel

nem lesz második alkalmunk, hogy a hibát helyrehozzuk. De ha szerencsénk van, és felismerjük a kórképet, tudjuk-e pontosan, hogy mit, milyen sorrendben kell tennünk? Rendelkezésünkre állnak-e az ehhez szükséges eszközök, gyógyszerek?

Ebben szeretne segíteni az első teendőknek az a vezérfonala, amelyet újságunk mellékleteként most kezébe vesz. Tartalmának összeállításakor külföldi, elsősorban az Egyesült Királyságból származó anyagok voltak segítségemre. Szakmai helyességét infektológiai szempontból Újhelyi Enikő főorvos (Szent László Kórház), oxiológiai szempontból pedig Krivácsy Péter főorvos (Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika) ellenőrizte, megjelenését a Pfizer támogatta.

Ha csupán egyetlen valakinek valaha a hasznára válik ez a sillabusz, és segítségével esetleg életet ment, megérte.

KOVÁCS ÁKOS  
SZAKMAI BIZOTTSÁG

**A meningococcus által okozott megbetegedések túlnyomó többségért Magyarországon és egész Európában a baktérium B és C csoportjai együttesen felelősek.**

**Az elmúlt években Magyarországon is többségbe kerültek a meningococcus B okozta agyhártya-gyulladásos megbetegedések és halálesetek.**

**Az Országos Epidemiológia Központ adatai szerint a 2015-ben diagnosztizált 36 hazai gennyes agyhártya-gyulladásos megbetegedés 75 százalékát a baktérium B szerocsoportja (27 beteg), 16,7 százalékát (6 beteg) pedig a C szerocsoportja okozta. Tavaly a korábbi éveknél is nagyobb arányban betegedtek meg csecsemők és 5 év alatti kisgyermek: a betegek közül 14 csecsemő, további 10 kisgyermek pedig 1 és 5 év közötti volt.**

**A gennyes agyhártyagyulladásban szenvedők közül tavaly Magyarországon minden negyedik beteg belehalt a fertőzésbe. A regisztrált kilenc haláleset közül hatot B, kettőt C, egyet ismeretlen típusú meningococcus-baktérium okozott. Az elhunyt betegek háromnegyede 5 évesnél fiatalabb volt, a 14 megfertőződött csecsemő közül pedig öten belehaltak a betegségbe.**

*(Idézet a HGYE MTI-hez eljuttatott közleményéből)*