

Az ember csak kapkodja a fejét... Különböző döntési szintekről bejelentések követik egymást. És ráadásul a sajtó csak úgy, magától is gyártja a pácienseink egészségét, a szülők életét, pénztárcáját, az orvosok mindennapi munkáját érintő híreket. Mindezt – néha úgy tűnik – felelősség nélkül a Nagy Szent Nyilvánosság és persze a szenzáció jegyében. Mindenféle szakmai kontrollt mellőzve. Ki törődik ilyenkor a következményekkel? Pedig az egészségügy, az orvoslás ügyei már csak olyanok, hogy itt mindennek következményei, néha súlyos következményei lehetnek.

A rendelőbe igyekezve az egyik reggel hallgatom az autóban a rádiót. Nagy komolyan és határozottan bejelentik, hogy az egyik védőoltás – mely éppen akkor hiány-cikk, amikor a legjobban reklámozzák – a másik gyár által gyártott oltóanyaggal nem helyettesíthető. Elszorol a szívem. Hát, hiszen én már évek óta – természetesen szakmai, tudományos megfontolások alapján – helyettesítem egyiket a másikkal, merthogy az átgondolatlan gyógyszerforgalmazás miatt erre kényszerültem. Ezt a hírt meghallva, vajon mit gondolnak rólam a pácienseim és a szüleik? Szakmai hiányosság vagy rosszindulat miatt követtem el velük azt, amit most a rádió szerint nem lett volna szabad? Igen, akár ezt is feltételezhetik. Mit mondok majd nekik, ha netán kérdőre vonnak? Mi lesz a belém helyezett bizalommal? Aztán persze, másnap jött a cáfolat, a minden alapot nélkülöző hír korrekciója. Hogy az eredeti közlésnek semmi szakmai alapja nem volt? Zágon...

Vagy itt van az a kérdés, hogy ingyenes legyen-e és kiknek legyen ingyenes egy oltóanyag. Egyik nap ezeknek, másik nap amazoknak. Fél évvel előre bejelentve, aztán visszavonva, aztán két hónap múlva mégis, majd három nap múlva egészen máshogy gondolva. Mi belátással vagyunk. Belátjuk, hogy egyre nehezebb egy-egy új eljárás, gyógyszer közös pénzből való bevezetése. És ami új, azaz egészségügyben általában nagyon drága. És tudjuk, a szűkösen csordogáló források... Ha ide adunk, akkor máshová már nem jut. Csípőprotézis az időseknek vagy védőoltás a kicsiknek? Ilyen szörnyű dilemmák gyötrik a döntéshozókat világszerte. Elismerjük, nem könnyű!

Na de a kommunikáció! Járványügyi kérdésekben az előre beharangozott, ám hónapokkal elhalasztott hatályú döntéseknek egészségügyi következményei lehetnek. Mert ha az ingyenes oltások reményében anyagi okokból a szülő és az orvos is vár a védőoltás beadásával, ki vállalja az erkölcsi felelősséget, ha eközben a gyermek ne adj' isten megbetegszik. Járványügyi kérdésekben az ellátórendszer egyértelmű és azonnali tájékoztatást, eligazítást vár. Bizonytalanságnak, a nyilvánosság előtt zajló, hosszú nyújtott teoretikus vitáknak nincs helye. Itt többnyire haladéktalanul és határozottan cselekedni kell. A nehéz döntések ellenére is, mert a kórokozók nem várnak. Sem a költségvetés, sem a marketing nem befolyásolja őket. Ők támadnak, ha tudnak. Nem sértődöttségből, mert mondjuk a szakmapolitikai megbeszélésre nem kaptak meghívót. Na, nem! Csak mert ilyen a természetük...

Kérik tehát megfontoltabban kommunikálni, mert az elhamarkodott bejelentések miatt a jó szándék is a visszajára fordulhat.

*Katolnai Mihály*

## TARTALOM

- Térítésmentes pneumococcus . . . . . 2–3
- Az orvos a kulcsszereplő 3–4
- Igazolás, igazolás . . . . . 6
- Tetoválás . . . . . 7
- Jogosítvány... . . . . 7
- Négy gyerekkel Indiában 8–11
- Milyen korán van már későn? . . . . . 12–13
- Gazdasági egyenlőtlenség és az egészségi állapot . . . 15
- Elbizonytalanodás a csecsemőkori D-vitaminhiány prevenciójában? . . 16
- Továbbképzések . . . . . 19
- Hírek . . . . . 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2008-ban:



# Térítésmentes pneumococcus kétéves korig

Április végén még Horváth Ágnes miniszter jelentette be, hogy szeptembertől minden két éven aluli gyerek térítésmentesen juthat pneumococcus elleni védőoltáshoz. Örültünk a híreknek, a szülők és sokan közülünk meg úgy gondolták, nem érdemes az addig hátralévő időben többször tizenhatezerért oltani, megvárjuk a szeptembert. Azután jött a hideg zuhany; csak a bizonyos egészségügyi rizikócsoportba tartozóknak lesz ingyenes a vakcina. Utána a cáfolat, hogy mégse, majd a cáfolat cáfolata, hogy mégis. Hetente változtak a hírek, újra meg újra másról informált a kormányzóvivő, és másról a minisztérium honlapja, mást mondott a Kossuth, a Napkelte, a köztvé és a TV2, mást írt a Népszabadság és mást a Magyar Nemzet, hogy csak néhány példát említek. Szóval nagy volt a kavár. Közben volt, aki adta, volt aki várt, volt aki hitt és volt aki legyintett. Augusztus végére az ÁNTSZ begyűjtette velünk a rizikócsoportokba tartozók adatait. Ezt követően jelentették be az első „végleges” döntést: 1 éven aluliaknak és két éves korig a rizikósoknak ingyenesen, utána már nekik is csak 70 százalékos támogatással. Végül szeptember 3-án kiderült, hogy a kormány elfogadva a miniszter javaslatát, igény esetén egészen kétéves korig biztosítja a térítésmentes pneumococcus elleni védőoltást, a bizonyos állapot miatt rászorulóknak számára pedig 5 éves korig nyújt 70%-os ártámogatást. Ne foglalkozunk most azzal, hogy mi vezetett az ellentmondásos hírekhez, dr. Medgyaszai Melinda egészségpolitikai szakállamtitkárt arról faggattuk:

**HA** *Mi vezetett ahhoz, hogy a „kötelező” pneumococcus elleni védőoltás 2010-re tervezett bevezetése előtt már idén térítésmentesen juthat minden két év alatti csecsemő és kisgyermek a szükséges számú vakcinához?*

**M. M.:** Önök is jól ismerik a „Közös kincsünk a gyermek” programot, részt vettek a kidolgozásában és képviselik magukat a Programtanácsban. A programban



szerepel ennek a védőoltásnak az ingyenessé tétele. Mielőtt azonban az oltási rendbe illesztenénk a vakcinát, szükségünk van egy rossz szóval fogalmazva, „pilot studyra”, hogy megtudjuk, miként reagál a lakosság, és hogyan „viselkedik” az egészségügy, amikor térítésmentesen áll rendelkezésükre egy új, de fakultatív védőoltás. Tudnunk kell a hazai oltási trendeket ahhoz, hogy a végeredményt, azt hogy mennyi idő alatt, mekkora átoltottság érhető el, prognosztizálhassuk. Először úgy terveztük, hogy csak egy pontosan számon tartható, ellenőrizhető, szűk körre, a bizonyos egészségkárosodásban szenvedő kisgyerekekre terjesztjük ki a térítésmentességet, ezt fogadta el a Parlament Egészségügyi Bizottsága is. A nyilvánosság előtt félreértésekhez vezetett azonban a „veszélyeztetett” szó, pontosabban, nem kommunikáltuk egyértelműen, hogy ki a veszélyeztetett; a betegségük miatt rizikócsoportba tartozók, vagy minden két éven aluli. És megjelent a kommunikációban a „kötelező” szó is, amiről viszont a tárca tervezésében 2010 előtt, szó sem eshetett. Az ellentmondásokból persze vita kerekedett, ami paradox módon új utat nyitott számunkra: kereshettünk lehetőséget arra, hogy újabb forrásokat találjunk egy nagyobb korcsoport szélesebb körű védelméhez. Kiterjesztettük tehát a veszélyeztetettek fogalmát és körét minden két év alattira, a következőkben a kiterjesztés milliárdos nagyságrendű költségvetési vonzatának biztosításáért folyt a küzdelem. Ez zárult végül a sokak számára meglepő eredménnyel.

**HA** *Pontosabban...?*

**M. M.:** Hogy ez év októberétől minden 2 év alattinak térítésmentesen, a 2 és 5 év közötti, egészségügyi rizikócsoportba tartozó, megfelelő dokumentációval alátámasztott és igazolt diagnózissal rendelkező gyermeknek pedig 70%-os támogatással rendelhető a védőoltás.

**HA** *Ismertek a pneumococcusra vonatkozó hazai epidemiológiai adatokat?*

**M. M.:** Mindenre kiterjedő, pontos információnk nincs. Most először azt szeretnénk tudni, hogy a ma Magyarországon meningitist okozó szerocsoportok ellen nyújt-e védelmet a most elérhető vakcina? Egy meningitis esetében mindig történik bakteriológiai vizsgálat. Az is ismert, hogy a kórokozó milyen arányban okoz különböző kórképeket, így az agyhártyagyulladások számából már következtethetünk a pneumococcus által okozott otitisek, pneumóniák számára is. Tudni akarjuk, hogy a védőoltást milyen módon, mivel együtt adva, az oltási rendszerben hová illetve érjük el az optimális eredményt, hogy mekkora átoltottság „hozza” a kívánt eredményt.

**HA** *Nem tartanak attól, amit a felméréseink bizonyítanak, hogy eddig sem csak a szülők ismereteitől és anyagi helyzetétől függött a vakcináció, érzékelhető különbség volt az egyes orvosok alternatív oltáshoz történő hozzáállásában is? Vizsgálatok bizonyították, hogy nem a család anyagi helyzete, vagy a szülő képzettsége, tájékozottsága határozta meg, hogy kapott vagy nem kapott, és ha kapott, mikor kapott a gyerek pneumococcus elleni védőoltást. Szóval nem tartanak-e attól, hogy a Magyarországon szokatlan, térítésmentes, de alternatív védőoltás lehetőségével kevesebben élnek majd, mint szeretnék?*

**M. M.:** Tisztában vagyunk azzal, hogy eddig többnyire azok a szülők kérték a térítésköteles védőoltást, akik ezt fontosnak tartották és anyagilag is megengedhették maguknak. Az Ön által említett különbségek csökkentését szakfelügyeleti

kérdésnek tartjuk, a szakfelügyelő főorvosokat kérjük majd arra, hogy vessék össze a szóba jövő gyermekek számát a ténylegesen oltottakkal. Annak érdekében, hogy mielőbb, minél szélesebb átoltottságot érjünk el, megfelelő eszköz lehet a továbbképzés, de lehet a reményeink szerint bevezetésre kerülő teljesítményfinanszírozásnak is egy indikátora az, hogy egy korcsoport hány tagja részesült adott időszak alatt védelemben. Köszönetet mondunk Önöknek, hogy amikor nyár végén azt kértük, összesítsék a kórállapotuk miatt veszélyeztetetteket, ezt igen rövid idő alatt és gyakorlatilag 100%-ban elvégezték. Kérjük Önöktől azt is, hogy a végrehajtás részleteit tartalmazó jogszabályok megjelenése után, először majd ezt a csoportot éri el, igyekezzenek először őket vakcinálni. Ez nem kötelezés, inkább szakmai kérés. Egy alternatív védőoltás térítésmentessé tételekor természetesen nem gondoljuk, hogy az egészségügy felelős mindenki egészségéért. Nekünk azt kell propagálnunk, hogy a szülők kérjék a vakcinát.

**LA** *Mi a különbség egy „kötelező” és egy alternatív, választható védőoltás kártérítési felelőssége között?*

**M. M.:** A gyártó termékefelelőssége mindkét esetben vitathatatlan. És az orvos fele-

lőssége is az, ha ő alkalmazta szabályellenesen, mondjuk a deltoideus helyett glutelálsan a vakcinát. A fakultatív és a „kötelező” közötti különbség abban fogható meg, hogy az utóbbi következtében fellépő egészségkárosodásért az állam teljes kártérítési felelősséggel tartozik. Az állam érvényesítheti a másokkal, gyártóval, szolgáltatóval szemben fennálló jogait. Ez az állami helytállás hiányzik a fakultatív védőoltások esetében, a kárt elszenvedő ilyenkor maga kényszerül felperesi pozícióba.

**LA** *Egy alternatív védőoltás esetében szükség van-e a szülő írásos beleegyező nyilatkozatára, vagy elég, ha kéri a vakcinát?*

**M. M.:** Az Egészségügyi Törvény a „tájékozott beleegyezőt” írja elő. A védőoltásra vonatkozóan elég, ha a dokumentációban azt rögzíti az orvos, hogy azt a szülő kérésére adja be, aláírt nyilatkozatra nincs szükség.

**LA** *Ki biztosítja azt, hogy a térítésmentes vakcina a rendelkezésünkre álljon?*

**M. M.:** Az igények felmérését követően az ÁNTSZ kistérségi szervei gondoskodnak az oltóanyag biztosításáról. A támo-

gatással rendelhető védőoltás a gyógyszerárakon keresztül lesz beszerezhető. A lakosság tájékoztatása, annak kommunikálása, hogy szükség van a pneumococcusfertőzés elleni védőoltásra, a tárca, a központi és helyi médiák feladata. Nem tagadom ugyanakkor, hogy sok feladat vár-e tekintetben Önökre is.

**LA** *Lát-e lehetőséget arra, hogy a hirtelen megnövekvő feladatokban nélkülözhetetlen védőnői szolgálat együttműködését honorálják, vagy hogy a fokozódó preventív feladatokat lelkiismeretesen teljesítő alapellátók munkáját anyagilag is kompenzálja a finanszírozó?*

**M. M.:** Bízom abban, hogy ha a szakma megtalálja azokat a minőségi indikátorokat, amelyekkel különbséget lehet tenni praxis és praxis között, finanszírozást is találunk majd hozzá. Ma azonban még semmivel sem kecsegtethetem Önöket, sőt, az új jogszabály még azt is megtiltotta, hogy a térítésmentes védőoltás beadásáért a szülőtől ellentételezést kérjenek.

**LA** *Köszönöm az interjút!*

KÁDÁR FERENC

## Az orvos a kulcsszereplő

Mit mond a szakember? Beszélgetés dr. Mészner Zsófiával

**LA** *A magyarországi epidemiológiai helyzetben mi várható a pneumococcusfertőzés elleni védőoltásoktól?*

**M. Zs.:** Az öt éven aluliak körében végeztünk egy nemzetközi standardok szerinti prospektív epidemiológiai vizsgálatot a pneumococcus által okozott invazív betegségek hazai előfordulásáról. Kiderült, hogy hazánkban is – a nemzetközi adatokkal megegyezően – kb. 60–70%-ban fordulnak elő olyan pneumococcus szerotípusok okozta súlyos betegségek, melyek a védőoltással várhatóan kivédhetők. Az adatgyűjtés során kiderült az is, hogy az öt elvesztett gyermek közül egyetlenegy szenvedett a jelenleg egészségügyi rizikócsoportba sorolt betegségben. Ez is azt bizonyítja, hogy az életkor az első számú kockázati tényező, ezért kell már a kiscsecsemőkorból elkezdni a vakcinációt.

**LA** *A legutóbbi kormányzati döntés alapján készül-e rendelet mennyiben felel meg a szakemberek – infektológusok, epidemiológusok – elvárásainak?*

**M. Zs.:** A pneumococcusfertőzés elleni konjugált védőoltás megjelenése óta folyamatosan gyűltek a tapasztalatok arra vonatkozóan, hogy milyen védőoltási stratégiát szükséges kialakítani a megbetegedés szempontjából magasabb kockázattal bírók védelmére. Régóta tudjuk, hogy vannak bizonyos kórállapotok, amelyek az átlagosnál is nagyobb kockázatot jelentenek a fertőzésre. Ilyen például a két évesnél fiatalabbaknál nagyon ritka léphiány. De esendőbbek azok a csecsemők, kisgyermek is, akik súlyos, invazív pneumococcusfertőzésen, például pleurális folyadékkepződéssel járó pneumonián estek át. Ennek a nagyobb kockázat-

nak valószínűleg immunológiai okai vannak. Azt mondhatjuk tehát, hogy a pneumococcus – és valamennyi ún. tokos baktérium – elleni védekezőképesség fiziológiásan tökéletlen minden két év, de inkább öt év alatti gyermeknél. Azonban ezen a nagy csoporton belül is fokozott veszélyt jelent a fertőzés a bizonyos krónikus betegségekben, kórállapotokban szenvedők számára, amely betegségek sokszor ki sem derülnek kiscsecsemőkorból. A pusztán a rizikócsoportokra kihagyott védőoltási stratégia azonban kihagyna egy csomó olyan gyereket, aki egy invazív betegségnek a kora miatt van kitéve.

**LA** *Valamennyi tokos baktérium okozta fertőzéssel szemben kisebb a fiatalabb korosztály védekezőképessége?*

**M. Zs.:** A csecsemők, kisgyermek szá-  
mára élettani okból magasabb kockáza-  
tot jelent a pneumococcus, a haemophilus  
influenzae-B és a meningococcus is. A to-  
kos baktériumok elleni védekezésre im-  
munrendszerének éretlensége miatt ez a  
korosztály nem képes úgy, mint a későbbi  
életkorban. Ezért kell ellenük immunizál-  
nunk. A meningococcusfertőzésnek azon-  
ban speciális tulajdonsága, hogy – szem-  
ben a pneumococussal – típusosan jár-  
ványosan terjed, ezért itt értékelni kell a  
járványügyi helyzetet is. Ha ebben a pillan-  
tatban kell fontosság szerint súlyozni a  
fertőzések elleni védelem között, akkor  
azt mondhatjuk, hogy rendkívül fontos a  
pneumococcus és a haemophilus elleni  
vakcináció, a sorban – a kedvező epide-  
miológiai helyzet miatt jelenleg – csak  
harmadik a meningococcus.

### **HA Mi a szerepe a házi orvosnak, házi gyermekorvosnak a most meg- változott helyzetben?**

**M. Zs.:** A különböző európai országok-  
ban hagyományosan másképp alakult  
a csecsemő- és kisgyermekkorban adott  
oltások rendje. A kelet-közép-európai,  
volt szocialista országokban kötelezők és  
egyben térítésmentesek voltak a védőol-  
tások, míg Nyugat- és Észak-Európában  
tradicionálisan önkéntesen dönthetnek  
a családok, hogy kérik, vagy nem kérik  
a vakcinát. A fékeket ott máshol igyekez-  
nek berakni, például nem járhat az oltat-  
lan gyermek közösségbe, óvodába, iskolá-  
ba. Magyarország felemás helyzetben van,  
mert míg a kötelező védőoltásoknál közel  
100%-os az átoltottság, az ajánlottaknál  
ugyanaz az arány rendkívül alacsony. Az  
utóbbi 10–12 évben praktikusán minden,  
Európában megkapható védőoltás elér-  
hető nálunk is. Ezek közül néhány alkalmazása  
nagyon esetleges és igen alacsony arányt ér el.  
Sok vizsgálat mutatja, hogy a kulcsember a házi  
gyermekorvos (házi orvos), elsősorban ő az, akit a családok  
megkérdeznek arról, hogy ajánlja  
vagy nem ajánlja az oltást. Az oltások  
iránt elkötelezett orvosok között is sokan  
vannak szereptévesztésben, amikor bizo-  
nyos szegényebb környéken nem ajánlják  
a drágább védőoltást, mondván, hogy azt  
úgy sem tudják a szülők megvenni. Szem-  
léleti váltásra van szükség, mert – véle-  
ményem szerint – az orvosnak nem az a fel-  
adata, hogy a család anyagi terhelhetősé-  
géről döntsön, hanem, hogy a szülőket  
korrekt tájékoztatással döntésképes hely-  
zetbe hozza, vagyis megkönnyítse a dön-  
tésüket. Sok szülő nem a legújabb hivata-  
los szakmai álláspont ismertetését várja el  
orvosától, hanem mint a család bizalma-

sától kérdezi, hogy ő oltotta-e vagy beol-  
taná-e a saját gyermekét. Itt aztán kiderül  
az orvos igazi hozzáállása.

### **HA Nemzetközi összevetésben hol tart Magyarország a kötelező és al- ternatív oltási programjaival?**

**M. Zs.:** Olyan ország nagyon kevés van,  
mint a miénk, ahol van egy kötelező, álla-  
milag finanszírozott, ingyenes ellátás  
összesen 10 fertőző betegség ellen, és  
most még egy alternatív védőoltásra is té-  
rítésmentesen lesz lehetőség 2 éves korig.  
Szlovákiában van hasonló lehetőség a  
pneumococcus elleni vakcinára, náluk mi-  
nimális dobozdíj ellenében kérhetik az ol-  
tást. Az ottani kollégák állítják, hogy alig  
találnak olyan családot, ahol nem kérik a  
vakcinát. Szlovákiában volt egy hosszú  
vizsgálat két pneumococcus elleni vakci-  
nával, így már ott volt a köztudatban a le-  
hetőség. A gazdag skandináv országok-  
ban soha nem volt egyetlenegy védőoltás  
sem kötelező, viszont már a várandós  
időszakban vannak egészségfejlesztő elő-  
adások, ahol beszélnek a védőoltásokról,  
melyek mindegyike ingyenes. Amikor a  
gyerek megszületik és eljön a védőoltások  
ideje, akkor a szülők már természetesnek  
fogadják el azokat. Bizony, nagy erőfeszíté-  
sek árán tanulták meg a hatásos tájé-  
koztatást és azt is, hogy hogyan kezeljék  
az önkéntességet. Ez sem jött magától, ez  
is egy tanulási folyamat eredménye.

### **HA Azokban az országokban, ahol ingyenessé tették a védőoltást, mek- kora átoltottságot értek el?**

**M. Zs.:** Nagyon boldog lennék, ha mond-  
juk a sok munka és erőfeszítés eredmé-  
nyeképpen egy év alatt 60–70%-os átolt-  
ottságot el tudnánk érni. Az évekkel eze-  
lőtti meningococcus-C-járványt követő  
kampányban egy év alatt közel 100%-os  
átoltottságot sikerült elérni Angliában,  
mert ennek a betegségnek drámai, járvá-  
nyos lefolyása mindenkit megrémített.  
A pneumococcus elleni védőoltásnál nem  
számolhatunk egy járvány lélektani hatá-  
sával. Azokban az országokban, ahol  
a csecsemőknek ingyenessé tették a védő-  
oltást, egy-két év alatt 80% fölé sikerült  
emelni körükben az átoltottságot. Így tör-  
tént ez a németeknél, az angoloknál, így  
van a franciáknál és még a temperamen-  
tumos déli országokban is.

### **HA Csökkenti a pneumococcusfer- tőzés elleni védőoltás bevezetése a súlyos meningitisek vagy sepsisek kivédése mellett a pneumoniák vagy az otitisek előfordulását is?**

**M. Zs.:** A csecsemőkori oltások 39%-kal  
csökkentik a bármilyen kórokú tüdőgyul-  
ladások hospitalizációját. Az Egészség-  
ügyi Világszervezet éppen a kórházi keze-  
lést igénylő pneumoniák számadataira tá-  
maszkodva javasolta az európai orszá-  
goknak a pneumococcus elleni konjugált  
vakcina programba vételét. Hasonló vizs-  
gálatot nálunk is érdemes lesz – úgy 80–  
85%-os átoltottság elérésekor – elvégez-  
ni. A súlyos otitiseknek minimum a feléért  
a pneumococcusok a felelősek. Az oltás  
hatásáról itt csak személyes tapasztalatok  
alapján lehet beszámolni. Az olyan praxis-  
ban, ahol magas átoltottságot sikerült  
elérni, drámaian csökkent a heveny bak-  
teriális középfülgyulladások száma. Ma az  
országban tízezres nagyságrendű a gyer-  
mekkori otitisek száma.

### **HA A minisztérium a védőoltás ol- tási rendbe illesztése előtt valami- féle „pilot studynak” képzel el a kö- vetkező időszakot. Mi a véleményed erről?**

**M. Zs.:** „Pilot studynak” általában azt ne-  
vezzük, amikor egy elképzelést vagy hipo-  
tézist tesztelni akarunk viszonylag kisszá-  
mú betegen és megnézzük, hogy érde-  
mes-e szélesebb körben is megvizsgálni  
és bevezetni. A pneumococcus-progra-  
mot legfeljebb abban az értelemben lehet  
„pilot studynak” tekinteni, hogy ez lesz az  
első alkalom, hogy a gyermekorvosoknak,  
házi orvosoknak térítésmentesen adható,  
nem kötelező védőoltást, nagy számban  
kell a kötelezők mellé illeszteni. Elég sok  
szó esett már erről a vakcináról ahhoz,  
hogy optimisták lehessünk. Most vizsgál-  
zunk mindannyian abból, hogy mennyire  
vagyunk elkötelezettek a prevenció mel-  
lett. Én személy szerint abból is, hogy  
milyen eredményességgel tájékoztattam  
a kollégákat a pneumococcusprevenció  
fontosságáról.

Őszintén kíváncsi vagyok arra, hogy  
a kollégák milyen mértékben tudják a  
most már térítésmentesen biztosított vak-  
cinát be is adni. Igazi epidemiológiai  
haszna akkor lesz a programnak, ha leg-  
alább a 80–85%-os, (közel 90%-os) átolt-  
ottságot érünk el. A populációs immuni-  
tásra, a kórokozó cirkulációjára, a nem ol-  
tott népesség morbiditására ugyanis csak  
az ilyen mértékű védőoltási arány lehet  
hatással. Nagyon drukkolok.

### **HA Köszönöm a beszélgetést.**



# Igazolás, igazolás

A Hírvivő legutóbbi számában figyelemfelkeltő és éppen ezért sarkított és ironizáló „hirdetés” jelent meg a közösségek számára kiállított orvosi igazolásokról. Szakmapolitikai újsághoz illően, most árnyaltabban szeretnénk a problémát ismételtelen körbejárni. Hátha előbb-utóbb túljut ez a megoldatlan kérdés is az egészségpolitikai jogalkotás ingerküszöbén. A rendeletalkotóknak ugyanis feladata lenne, hogy mind az egészségügy, mind az oktatásügy oldaláról végre meghallják, és figyelembe vegyék a hozzáértők jelzéseit azokról a szakmai irracionalitásokról, indokolatlan elvárásokról, melyek az orvosi igazolásokat körülleglik. A kérdés korszerű megoldásával igazodni lehetne az évtizedek során megváltozott epidemiológiai helyzethez és a lakosság mégiscsak egyre javuló egészségkultúrájához. Csökkenne a gyermekorvosok és a házi orvosok értelmetlen terhelése is.

Az orvosi igazolások eredeti célja az volt, hogy megvédjék a közösségeket a fertőző betegségektől vagy az azokból nem teljesen gyógyultaktól. Az óvodai, az iskolai, valamint a különböző táborozási igazolások rendszere évtizedekkel ezelőtt alakult ki, amikor még mindennaposak voltak a magas fertőzőképességű megbetegedések. Ma már a védőoltások bevezetése, a higiénés helyzet javulása miatt az orvosi igazolásoknak ez a járványügyi funkciója – legalábbis tömegesen – csak a varicellára, a skarlátra, a hepatitisre, az impetigóra és legfeljebb a fejtetvességre vonatkozhat. Az epidemiológiai helyzet ugyanis alapvetően és előnyére megváltozott. De e változásoktól függetlenül is a közösségek védelme a fertőző betegségektől vagy akár a beteg gyermek megóvása a korai visszaküldéstől pusztán az egészségügyi igazolásokkal egyébként sem oldható meg a megkívánt biztonsággal. És ez a megállapítás igaz az ún. banális megbetegedésekre is. Miért?

Mert a kényszerűségből sokszor napokkal előbb kiadott „egészséges” igazolások semmiféle biztosítékát nem adják annak, hogy a lelkiismeretlen vagy éppen a munkahelytől kényszerített szülő valóban egészségesen vigye, engedje gyermekét a közösségbe. Tehát az óvodába vagy az iskolába küldés végső soron a szülő ismeretén, intelligenciáján, lelkiismeretességén múlik. Az igazolás kitöltése után ugyanis – például egy hétféle alatt – akár újra meg is betegedhet a gyermek.

Az akut betegségek igazolásában felőrtnek kellene végre tekinteni a szülő-

ket, és rájuk kellene bízni, hogy mikor engedik, és mikor nem engedik iskolába gyermekeiket. A deviáns, hanyag szülőt ezekkel az igazolásokkal úgy sem tudjuk rendre nevelni. Egyébként is: a gyógyult vagy eredetileg sem beteg gyermekeket az igazolások beszerzésére a rendelőbe, betegek közé kényszeríteni, biztos módja egy újabb betegség beszerzésének.

Egy másik és sokkal elfogadhatóbb célja az orvosi igazolások „gyártásának” a krónikusan beteg (epilepszia, asztma, diabetes) gyermek gondozására, gyógyszer-szedésére és speciális felügyeletére vonatkozó tájékoztatás megadása az iskolának. A közösségeknek ez az igénye azonban az ott működő egészségügyi szolgálat közreműködésével, a leletek, zárójelentések bekérésével könnyen kielégíthető. A súlyos vagy krónikusan beteg gyermek óvodai, iskolai életének, beilleszkedésének megkönnyítése érdekében – a közösség egészségügyi szolgálatának külön kérésére – a szükséges egészségügyi információk átadása a házi gyermekorvos és a házi orvos feladata. Emellett a krónikusan beteg gyermek szülőjének is megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie gyermeke betegségéről, a veszélyek megelőzéséről és azok elhárításáról. Ezeket a tenivalókat érdeke és kötelessége is a gyermek osztályfőnökével megbeszélni. Ezt a tájékoztatást semmiképpen sem lehet és nem is helyes egy cetlire írt igazolással helyettesíteni. A személyiségi jogokra és egészségügyi adatok védelmére, a gyermek érdekeire, érzékenységére az információk kiadásakor és megőrzésekor minden érintettnek tekintettel kell lenni.

Sok szülő és pedagógus szemében az iskolai igazolások hovatovább egyik legfontosabb feladata az iskolai hiányzások indokoltságának bizonyítása. Ezzel az elvárással van a legnagyobb baj. Az iskolai hiányzások indokoltságának igazolása ugyanis nem az egészségügyre tartozik. Az indokolatlan távollét fegyelmi kérdés, ami kizárólag a pedagógusokra és a szülőkre tartozik. Az ő feladatuk a „lógások” kiderítése és megakadályozása. Az egészségügyi igazolások megkövetelésével egyébként sem lehetséges az iskolába járás fegyelmit biztosítani! Ez a nevelés, a szülő és az iskola feladata. Ehhez az egészségügynek semmi köze.

Az iskolakerülés utólagos orvosi igazolására irányuló szándék pedig egyenesen lejáratja az orvosi igazolást és az annak kiadására „megkörnyékezett” orvost is. Értelmetlen, hogy miért próbálja meg né-

hány szülő és pedagógus – sokszor a legnagyobb egyetértésben – hazugságra bírni a gyermek orvosát. Az iskola mellé járás esetén miért kell egyáltalán valakinek is hazudnia, hiszen ha a gyermek fegyelmi vétséget követett el, akkor az iskola, a pedagógia eszközeivel kell azt kezelni. A fegyelmi ügyeket megbeszélni, ha szükséges büntetni vagy felmentést adni nem az egészségügy feladata. A tanárnak, óvónőnek egyébként is több fegyver van a kezében erre, mint a gyermek orvosának (kitiltás, iskolai szankciók, osztályozás). Gondoljuk meg, hogy milyen hatása van a gyermek erkölcsiségére, ha azt látja, hogy a mulasztását, lógását a felnőttek egy hazugsággal simítják el.

Sokszor tapasztaljuk, hogy egész óvodai csoportokat, iskolai osztályokat küldenek orvosi igazolásért a rendelőbe erdei iskolába vagy táborozásra indulás előtt. Az egészségügyi ismereteiben bizonytalan, a felelősséget félve vállaló pedagógus úgy gondolja, hogy ha az indulás előtt egészséges a gyermek és pláne erről még papír is van, akkor ez garanciát jelenthet arra is, hogy a gyermek a táborozás alatt sem fog megbetegedni. Ha ez így lenne, akkor akár minden reggel be lehetne küldeni az egész osztályt a betegrendelőbe ún. „egészséges” igazolásokért. Az ilyen tanárnak be kellene látnia, hogy egyrészt egy igazolás a jövőre vonatkozóan nem adhat garanciát, másrészt egészséges gyermekeknek a rendelőbe küldözgetése – ahogy már említettük – a megbetegedés fokozott rizikójával jár. Tehát értelmetlen, sőt kontraproduktív! Természetesen táborozások előtt is fontos, hogy a szülő és a kísérő tanár megbeszélje – a személyiségi jogok betartásával – a gyermek krónikus betegségével vagy esetleges allergiájával kapcsolatos óvintézkedéseket, teendőket.

Az alacsony egészségkultúrát, a hiányos egészségügyi ismeretet, a felelősség áthárítását nem célravezető és ezért nem helyes az értelmetlen igazolások kiállításával, a túlzott bürokráciával pótolni. Ez ugyanis egyrészt lealacsonyító az orvos számára, másrészt pedig a valódi egészségügyi feladatoktól viszi el az energiát és az időt.

Itt az ideje a fenti megfontolások alapján végre újra átgondolni az orvosi igazolások rendszerét. Legyen végre becsülete és értelme az orvosi vizsgálatnak és a róla kiadott dokumentációnak! És tekintsük végre felnőttek egymást!

A SZERK.

# Tetoválás

Munkánk során napról napra találkozunk egyre fiatalabb kamaszokon tetoválással, testékszerekkel. Egy sportoló fiú születésnapi ajándékként, akaraterő növelése céljából kapta a teste jelentős részét elfoglaló képet. A tetováló- és testékszereket forgalmazó üzletek teljes bizalmat élveznek, fel sem merül a fertőzés veszélye a közönségükben. Sok, egészséggel kapcsolatos, laikusoknak szánt műsorban hangsúlyozzák, hogy fertőzés szempontjából a műtéttel, transzfúzióval egyenértékű veszélyforrás mind-

két „szépítő” eszköz, de e műsoroknak legkevésbé az érintett korosztály a nézője, hallgatója. A mindennapi egészségügyi felvilágosító munkában ezt is komolyan kéne venni, tartani lehet attól, hogy néhány év múlva nemcsak a plasztikai sebészek, de a hepatológusok munkáját is növelhetik az innen származó gondok.

A tanév kezdetén lehetőséget kell találni arra, hogy az iskolában erről is hangsúlyosabban halljanak a gyerekek.

DR. VARSÁNYI KATALIN

## Jogosítvány

**A Hírvivő előző számában közöltük azt a levelet, melyet a Nemzeti Közlekedési Hatóságnak írtunk azzal kapcsolatban, hogy veszélyeket rejt magában, ha a jogosítványhoz szükséges alkalmassági vizsgálatot, nem a gyermeket ismerő, alapellátó orvos végzi el. Erre kaptuk az alábbi választ, mely azonban most már utközik a legfrissebb jogszabályokkal.**

**Tisztelt Elnök Úr!**

A közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításával kapcsolatos levelére az alábbiakban tájékoztatom.

A közúti járművezetők egészségügyi alkalmassági véleményén szereplő ada-

tokból nem állapítható meg, hogy a véleményt a vizsgált személy választott, illetve lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti háziorvosa, a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgálat orvosa, vagy esetleg a foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa állította ki.

A 16/2008. (IV. 21.) EüM rendelettel módosított közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szóló 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet (továbbiakban R.) előírásai szerint az első fokon vizsgálatot végző lehet továbbá a Magyar Honvédség, a rendvédelmi szervek és a nemzetbiztonsági szolgálat, a MÁV Kórház és Rendelőintézet (Szolnok) és a Va-

sút-egészségügyi és Szolgáltató Közhasznú Társaság által kijelölt orvos is.

A rendelet, valamint a közúti járművezetők és a közúti közlekedési szakemberek képzésének és vizsgáztatásának részletes szabályairól szóló 24/2005. (IV. 21.) GKM rendelet alapján a vonatkozó előírásoknak megfelelően kiállított egészségügyi alkalmassági véleményt nem vizsgálhatjuk, azt el kell fogadnunk.

A fentiek figyelembevételével a levélben foglaltak tekintetében hatóságunk nem illetékes. Felvetéseit javasoljuk a szolgálati út betartásával az Egészségügyi Minisztériumnak megküldeni.

ÉRSEK ISTVÁN FŐOSZTÁLYVEZETŐ  
NEMZETI KÖZLEKEDÉSI HATÓSÁG

**„...bár tudnám, hova, de hova, de hova, de hova megyek...”**

XIV. őszi konferenciáját rendezzi  
a Házi Gyermekorvosok Egyesülete

**2008. november 14-15-én  
Budapesten, a Danubius Hotel Flamencoban.**

**Helyzetkép és jövőkép**

Mit jelent a racionális ellátás és mi áll ennek útjában?

**Szeretettel várjuk!**



# Négy gyerekkel Indiában

**A kicsit is viszitek? Nem félték? Beoltatjátok magatokat? Hogy fognak ott a gyerekek iskolába, óvodába járni? Mi lesz, ha betegek lesztek? Ismertek ott valakit? – Ezek voltak a leggyakoribb kérdések. Volt, aki sajnált bennünket, volt aki irigyelt, hogy lehetőségünk adódott arra, hogy fél évet Indiában töltsünk.**

Mentálhigiénés szakemberként, a „Papás-Mamás” szülői szerepre készülést segítő tanfolyam egyik alapítója, oktatója vagyok. Férjem zenész (Besh o droM), gyerekeink 4, 6, 10, 11 évesek.

A féléves indiai utazást tanulmányútnak, amolyan alkotói szabadságnak szántuk, de legalább ekkora hangsúllyal szerepelt a vágyakozás a több, tartalmasabb családi együttlétre. A mindennapos rohanás, munka, iskola, intéznievalók ördögi köréből igyekeztünk kitörni a magunk módján. Megállni egy kicsit, szemlélődni, tanulni, együtt lenni.

Mi terveztük a családot. Mindegyik gyerekünket vártuk, és mindig úgy képzeltek el, hogy lesz majd időnk egymásra. Hiába töltöttünk azonban viszonylag sok időt gyermekeinkkel, hiába igyekeztünk mi felnőttek magunkban is lenni, döbbenet tapasztaltuk, hogy minden erőfeszítésünk ellenére egyre kevesebb szabad időnk van egymásra.

Elhatározásunkat követően a baráti körben szétkürtöltem, hogy aki tud olyan családról, akik hosszabb ideig voltak gyerekekkel Keralában, szóljon. Csak pár hétig tűnt úgy, hogy ez irreális kívánság, majd elkezdtek szaporodni az új ismerősök, egyre több hasznos információkkal, ötlettel, biztos támponttal. Már volt elképzelésünk, mire számíthatunk odaát.

A készülődésnek nem kerítettünk nagy feneket, fél évre való ruhát, könyvet, játékot úgysem lehet beszuszakolni ebbe a fejünként húszkilós keretbe, amit repülővel magunkkal vihetünk. Utánanézünk az ott gyakran előforduló betegségeknek, sok mindent elolvastunk a maláriáról, a megelőzést szolgáló készítményekről. Nem maradtak el a védőoltások sem, gyerekekre, felnőttre egyaránt kaptunk orvosi tanácsokat.

Inidával kapcsolatban leggyakrabban két sztereotípiát hangzik el, az egyik a nyomor, a másik a mesés Kelet, de az elsőt sokkal többször hallottuk. Sejtettem, hogy az az India, amit mi innen elképzelünk, nem az az India, mint ahova megérkezünk majd 18 óra utazás után. Tudtam,



hogy gyerekekkel utazni nem egészen olyan, mint nélkűlük, de ezt pozitív előjellel láttam el, hiszen ez az út róluk is, nekik is szólt. Tigrisekről, elefántokról, kígyókról álmodoztak, vágyakoztak a melegbe, ami itt tél eleje lévén vonzónak tűnt. Sokat beszéltünk arról, hogy a nagyoknak tanulni kell majd és mi leszünk a tanítóik. Néztünk útfilmeket, olvastunk indiai meséket, főztünk ottani ételeket. Szorongtam azonban attól, hogy a gyermektársaságban jól és szívesen mozgó kölkeink találnak-e majd olyan csapatot, amilyen itthon körülveszi őket.

A gyerekek egyre izgatottabbak lettek. Készítettünk „centit” is, amin még a legkisebb is jól követhette, hogyan telik az idő. December elsején, hajnalban, három bőrönddel hagytuk magunk mögött a még szendergő várost.

A célállomás Kochin volt. Apró repülőtér, pálmafák és meleg fogadott bennünket. Az első egy hónapban aklimatizálódtunk, nagyokat kirándultunk, alaposan fölfedezve, bejárva a környéket. Lassan a fülünkbe mászott a malayalam nyelv hangzása, beleszoktunk az „angolos” közlekedésbe, eddig ismeretlen növényeket, gyümölcsöket, zöldségeket, halfajtákat fedeztünk föl, koncertet hallgattunk. Napról napra egyre bátrabban és otthonosabban vetettük bele magunkat az ottlétbe.

A város első ránézésre szokatlanul működött. Eleinte szinte elviselhetetlen volt a lépten-nyomon elhajított szemét látvá-

nya, az út szélén összekotort mindenféle hulladék. Az újrahasznosítás során újságból papírzacskó, konzervdobozból petróleumlámpa, maradék faanyagból alacsony festett asztalka készült a szemünk láttára. A kisebb boltokban újságpapírba csomagolnak mindent, de a luxusáruházakban is gyorsan lebomló nejlonzacskóba teszik a vásárolt holmit. A városokban a szemétszállítás megoldott, a kisebb helyeken meg időről időre elégetik az összekotort szemetet. A szeméttelenpen nők és gyerekek kézzel válogatják szét a hegyként magasodó szennyből a papír, üveg, fém alapú darabokat, hogy azután bagóért eladják az erre szakosodott kereskedőknek. A gyorsan terebélyesedő metropoliszokban azonban megoldatlan a fogyasztói társadalommal együttjáró szemétmennyiség eltüntetése, így az többnyire a folyóba, tengerbe kerül, vagy egyszerűen az út szélén marad.

Szemünk is, orrunk is nehezen szokta a járda helyett használatos csatornafődő betonlapokat, amin lyukak tátongtak, hogy a tisztítást ezeken keresztül még az esős évszak beköszönte előtt elvégezzék. Hatalmas karriert futna be itt az, aki a csatornázás megoldásával, szunyoglárvapusztító halak telepítésével drasztikusan csökkentené a maláriás megbetegedések számát.

Most láttunk először olyan várost, ami gyakorlatilag az utcán él. A házak többsége apró, sötét, alacsony belmagasságú szűk terekkel, sok lakóval. Az ajtók nyitva

állnak, a háziak az épület előtt szorgoskodnak, beszélgetnek, így sétánk során akarva-akaratlanul beláttunk, betekinthettünk életükbe. A környékünkön négy iskola is volt, öröm volt látni reggel, ahogy kilenc óra előtt minden irányból özönlenek a különböző egyenruhába öltözött gyerekek. Sosem láttam még ennyi gyereket utcán. Föltűnt, hogy mindig és szinte mindegyik mosolyog. A boltok ez idő tájt nyitottak, a kétkézi munkások is ekkor foglalták el helyeiket az utcán. Lép-ten-nyomon új, nálunk már kiveszett szakmákkal ismerkedhettünk meg. A külsőre a mi hajléktalanjainkra emlékeztető cipészek kézzel varrták az elszakadt cipőket, papucsokat, lábukat használva fogó szerkezet helyett. Az asztalos az utcafronton nyitott műhelyben a földön ülve, lábaival satuként szorítva a deszkát, ráérősen tette a dolgát, ahogy a kenyér helyett használatos lepényféléket is guggolva, kicsiny manufaktúrákban készítenek. A borbélyüzletben még igaziból borotváltnak, a vérbeli utcai mutaványos kerékpárján száguldvá parancsol megállást a leendő közönségnek. Lélegzet-visszafojtva bámultuk a tűznyelőköt és hasonszőrűeket, hogy végül megadóan alamizsnát pottyantsunk nekik, ahogy mindenki más is tette a kényeszerű nézőseregéből. És amikor úgy éreztük, hogy már fullasztó az információáradat, elmentünk a legközelebbi fürödhető tengerpartra, hogy mindannyian a hullámok közé vessük magunkat.

Vegetáriánus étrendet tartottunk, csapvizet sosem ittunk. Az ottaniak egészen kis kortól tanulják, hogyan kell úgy inni, hogy a száj nem érinti az üveget, a magasba tartott palackból csorgatják a vizet szájukba. Ahogy a kézzel evést, lassan ezt is megtanultuk.

Még két hete sem voltunk ott, mikor elkeveredtünk egy hindu templomi ünnepségre, amin 15 elefánt, ötven dobos és ugyanennyi fúvós adott műsort.

A hindu templomokba cipő nélkül lépnek be az emberek, ez rögtön eszembe juttatta az itthoni lábgombareklámokat, de aggodalmam fölöslegesnek bizonyult.

Mindig szorgalmasan mostuk kezeinket, sikáltuk a papucsainkat, vigyáztunk hova lépünk. Az első hasmenést talán ezért is kaptuk csak karácsonykor egy világhírű gyorsétteremlánc helyi egységében. Akkor aztán kiderült, hogy az otthonról hozott, hasmenésre való gyógyszer mit sem ér.

Az új év új helyszínt is hozott a számunkra, délebbre mentünk, Kovalamba, egy tengerparti üdülőhelyre. A faluban béreltünk házat, ahol ritkán jár fehér bőrű ember. Három és fél hónapot töltöttünk



ott, itt születtek első igazi kapcsolataink a helyiakkal. A tengerpart, amit a turisták Kovalamnak hisznek, nekünk strand volt csupán.

A házuk jellegzetes új építésű falusi ház volt, két szobával, étkező-nappalival, hatalmas konyhával, fürdőszobával, nyárikonyhával. A kert sajnos egy lebetonozott udvar volt, amit viszont kárpótlott a tetőterasz.

Innen figyeltük a környező családok életét, ahogy minket is alaposan megfigyeltek ők, nem is ségnyenlősen, hanem egyszerűen a kerítésünkre támaszkodva. A kerítés túloldalán egy kis kókuszliget volt a játszótér. A szomszédban lakó gyerekek és barátaik előszeretettel álltak őrt a kerítésünknel, és tudósították egymást

a nálunk zajló eseményekről. Ez csak az első napokban volt furcsa, később már nem is volt rá igazán szükségük, hiszen kapunk szinte mindig nyitva állt, szívesen láttuk őket is, a szülőket is. Hamar oda szoktak, és örömmel vetették bele magukat a játékba. Napok alatt derült csak ki, hogy tudnak és szeretnek pálmalevélből forgót, „órát”, dísz készíteni, ezeket nagy örömmel tanultuk el tőlük.

Döbbenet tapasztaltam ugyanakkor, hogy a felnőttek soha nem játszanak gyerekekkel, pedig a közös játék számomra lételem. El sem tudnám képzelni másképp a napot, hisz rengeteget tudhatunk meg ilyenkor gyerekeink fejlődéséről, gondolkodásáról, élethez fűződő viszonyáról, kreativitásáról.







Erre az időre esett a legtöbb halfajta megismerése, amit a tengerből egyenesen és frissen hoztak a halászcakra. Itt egyértelmű kedvencekké váltunk, főleg a gyerekek, akik sosem távozhattak extra halak nélkül. Naponta átlagosan nyolc-tíz kiló gyümölcsöt is elfogyasztottunk. Örömmel vetettük bele magunkat a fűszerkínálatba is, hamar indomagyar konyhát kreálva magunknak, ahol a gyerekek megbarátkozhattak az erős ízekkel is. Mára már úgy eszik a csípős ételeket, mintha mindig hozzátartoztak volna a mindennapjaikhoz.

Sokat bóklásztunk a közeli erdőkben, ahol vadon nőtt az ananász, és hatalmas banánfűrtöktől roskadoztak karnyújtásnyira az apró pálmák. A kókuszlevél-tetű házak között szabadon mászkáltak a kecskék, tehének, és a gyerekek sikongva mutogatták a nagymamánál is „őshonos” szobanövények hatalmasra fejlődött példányait.

Csodálatos bányatavakra bukkantunk, nem volt ugyan kedvünk bennük megmártózni, de megbabonázva figyeltük a derékig vízbe gázoló asszonyokat, akik mostak és fürödtek egyszerre. Mosás közben a ruhát időről időre összetekerve kőhöz csapkodták, majd kitergették a földre, és átadták magukat a tisztálkodásnak, amit szigorúan erre a célra használt ruházatban ejtettek meg.

Örömmel fogadtak bennünket a kőbányában. A hatalmas kőfalakat többnyire kézi erővel fejtették ki, a robbantás után.

A nők az apróbb darabokat hordták kupacokba a fejükre helyezett kosárában, míg a férfiak egész tömböket emeltek a fejükre, hogy onnan egy elegáns fejmozdulattal a felsorakozott teherautókba billentsék azokat. A fiúk nagy örömeire megismerkedtünk a robbantómesterrel, aki egyszemélyben kovács is volt; hol a gyutacsokat helyezte el a következő robbantáshoz, hol a félig földbeásott százéves fűjtatóval élesztette a tüzet, hol pedig a felhevített vasat kalapálta nyugodtan, nagy elmélyültségben.

Naponta fürödtünk a tengerben, és nagy kirándulásokat tettünk a közeli nagyvárosban, ami az ott-tartózkodásunk végére kedves, élhető városkává szelődött. Voltunk egyetemen is, kertészeti tanszéket láttunk mintakerttel, parkkal és a zenei karon szereztünk tudomást a rangos művészeti fesztiválról, aminek előadásait napokon át élveztük, bekerülve még a helyi tv-híradóba is.

Kovalamban azonban nem csak jó dolgok történtek velünk, itt vészeltük át az első fertőzéseket is. Az egész családon végigment egy magas lázzal járó emésztőrendszeri betegség, amit végül szakember segítségével nélkül abszolváltunk. A házi betegápolás alapfokú ismeretei nélkül amúgy sem lehet négy gyereket felnevelni. Miután a betegség lefolyását először a páromon figyelhettem meg, magabiztosan vágtam bele a gyerekek gyógyításába. De baráti viszonyba csak akkor kerültem a „csapással”, amikor magam is ágynak estem.

A fűt két oldalán egymás mellett működött az „English Medicine” feliratú gyógyszerertár, az ajurvédikus és homeopátiás patikák, ahogy az orvosok is gyakran egymás mellett tartották fenn a rendelőket, kiszolgálva a különböző gyógymódok iránti keresletet. Tapasztalataink szerint az orvoslás különböző ágai itt inkább egészítik ki egymást, mint határolják el magukat. Mikor életünk első bélférgével találkoztunk a gyógyszerész jobbnak tartotta az ajurvédikus hatóanyagot, mert tapasztalatai azt mutatták, hogy hamarabb jönnek rendbe azok a betegek, akik ezt használják. Az erős hasmenésnél az angol gyógyszerre voksolt, de azért előpakolt minden tárgykörbe tartozó gyógyszert és készítményt. A patikákban tulajdonképpen majdnem minden kapható vény nélkül, darabra is, ami természetesen ott sem szabályos eljárás. A hatóanyagot bemondva pillanatok alatt a pultra kerül bármilyen gyógyszer, amire szükség van.

Az emberek errefelé gyakran járnak orvos helyett gyógyszerertárba, pedig tapasztalatunk szerint az orvosok viszonylag kis várakozással jól elérhető, kulturált körülmények között dolgozó szakemberek.

Kórházban tett látogatásunkkor a tiszta, nett előtérben kedves, mosolygós, segítőkész személyzetet találtunk. Makacs hátfájással kerestük föl az intézményt. A jöttünk hírére hamar előkerülő rezidens a kölcsönös bemutatkozás és panaszaim meghallgatása után a vizsgáloasztalra segített. A vizsgálóba férjem

mellett gyerekeim is gond nélkül bejöhetnek, civil szemmel körülnézve, jól felszerelt helyiségbe csöppentünk. A vizsgálat után azt javasolta, keressem föl az éppen rendelését végző egyik ortopédkonzultánsukat a közeli magánrendelőjében. Kiderült, hogy több szakemberrel állnak olyan munkakapcsolatban, hogy az saját rendelőjében is fogadja a rászorulókat. Mozgásképtelen beteghez az ügyeletet teljesítő szakember percek alatt érkezik, ha hívják.

A magánrendelőben bár mások is várakoztak, de fél óra alatt sorra kerültünk. Hogy a vizsgálóba valamennyien bevonultunk, itt sem volt zavaró vagy váratlan helyzet az orvos számára. A vizsgálat alapos volt, minden fölött kérdésünkre választ kaptunk.

Pozitív tapasztalaim ellenére – annak dacára, hogy tudtam, ez nagy mértékben megkönnyítené a helyzetet – nem szívesen vettem volna vért gyerekeimtől, amikor többünket visszatérő staphylococcusfertőzés ért. Jólesett, hogy otthoni gyermekorvosunk e-mailen azonnal rendelkezésünkre állt. Civil létem ellenére kompetensnek tartott, és ez fontos volt. Jó volt tudni, hogy van mód országhatáron átvélő formában megnyugtató sorokat, pontos ismereteket szerezni.

Kovalamban töltött napjaink után hosszú útra indultunk vonattal. A földrésznyi távolságokat átszelő közlekedési eszköz használata gyökeresen eltér a nálunk megszokottól. A gyerekek nagy öröme az üléseket három, egymás fölé magasodó ágygyá lehetett alakítani. A gyakran 10 óránál is hosszabb utak alatt teát, kávé, meleg ételt kínáló árusok és változatos ötletekkel próbálkozó koldusok préselték egymást a szűk folyosón, bepillantást engedve egy egzotikus kavalkádba. Indulás előtt – kicsit szégyenlősen, mégis öntudatosan, az utazóközönség nem kis megdöbbenésére – alaposan átsikáltam az üléseket Dettolos ronggyal. Görcsösen ragaszkodtam ahhoz a kényszerképzethez, hogy ezzel távol tarthatom magunktól az esetleges kórokozókat.

Gyönyörű tájakon jártunk. Voltunk őszerdei falucskában, ahol a település határát egy kristálytisza, fürödhető folyó jelentette. Volt erdei séta, melynek a közelben falatozó vadelefántok túlkölése vetett véget. Megcsodálhattunk madárrezervátumot, ahonnan a vízitúra végén bőrig ázva siettünk haza. Meghívást kaptunk falusi keresztény templomi ünnepségre, ami leginkább körmenetre hasonlított, bár a rezesbanda, ami a menetet kísérte, bármelyik fesztivál színpadán megállta volna a helyét. Bepillantást nyerhettünk



egy kolostor életébe, ahol éppen 110 gyerek táborozott. Velük ismerkedtünk, játszottunk, párom még hangszerebemutatót is tartott. A dallamokat a gyerekek tapssal kísérték, hibátlanul tartva a tempót és ritmust, első hallásra pontosan visszaismételve a ritmusképleteket. A gyerekeink könnyen, gyorsan illeszkedtek bele a csapatba, élvezet volt látni, hogy közös nyelv nélkül is megértik egymást. Láttuk hogyan készül a vízbivaly túlkéből reszelt tetűfésű, amivel inkább megszokásból, mint valós indokkal a többség fésülködött. Bár sokszor kerültünk buksikat összetelő helyzetbe gyerekekkel, sosem találtam serkét, tetvet semelyikünkben.

Jártunk elefántparkban, ahol megtanultuk, hogy mi a különbség az orissai, keralai, bihari elefántok között, melyik agyaras, melyik nem, mekkora természetűek, láttuk az elefántfürdők sziszifuszi munkáját. Míg mi az elefántparkban voltunk, a közeli város hindu templomában egy elefánt megvadult, és három embert megölt.

Tettünk kifejezetten botanikai célú kirándulásokat is. Bors, kakaó, kardamom, tea, kókusz, toddy, papaya, kadipadi, szída, mangó már közeli ismerőseink. Múzeumi látogatásaink során természettudományi és kulturantropológiai érdeklődésünknek egyaránt hódolhattunk. Jártunk nyitott börtönben is, ami 1965 óta működő intézmény Indiában, fegyveres őrök, szögesdrót kerítés és mondhatni szökés nélkül. A lakók egytől egyig emberölésért töltik 14 éves büntetésüket. Érkezésünk hírére hamar körénk sereglettek azok a lakók, akik éppen nem dolgoztak az intézményhez tartozó ültetvényeken. Enni-, in-

nivalóval kedveskedtek nekünk, hisz mi voltunk az első külföldiek, akik nem a hozzátartozójukat látogatták meg. Az igazgató személyesen vezetett végig bennünket a könyvtárral, klubhelyiséggel is ellátott területen.

Érzékeltük közben az iszonyú társadalmi feszültséget is.

A robbanásszerű fejlődés, ami Indiát manapság Kínához hasonlóan jellemzi, fokozza a társadalmi, gazdasági és területi különbségeket, hozzájárulva az elmáradott területekről történő tömeges elvándorláshoz, amit, mint a világon bárhol, kevés toleranciával fogadnak. Naponta olvashattunk rejtélyes halálesetekről, az áldozatok egytől egyig „bevándorlók” (másik indiai állam szülőttei) voltak.

Iskoláskorú gyerekeinket – előzetes terveinknek megfelelően – magunk tanítottuk. Kevesebb mint három hónap alatt átvettük az egész éves tananyagot mindkettőjükkel, büszkén figyeltük, ahogy önállóan is képesek kitartóan tanulni. A tananyagon kívül is rengeteg információhoz jutottak, hiszen egy másik világba csöppelve óhatatlanul „ragadt” rájuk ez is, az is. Szagok, ízek, színek kavalkádjá, megtoldva ismeretlen hangzású idegen szavakkal, zenékkal. Maguktól született igénytől vezérelve kezdhettek angolul tanulni, bátran használták minden megjegyzett kifejezést, szófordulatot. Műkedvelő szinten a malayalami nyelvbe is belekaptak.

Végül is többet kaptunk, mint reméltünk. Szinte minden percet együtt töltöttünk. Olyan új egyensúlyt alakítottunk ki, ahol jutott elegendő idő egymásra, a családra, ami hitünk szerint a legfontosabb pillére lelki és testi egészségünknek.

PETTIK ÁGNES

# Milyen korán van már későn?

**Dr. Berényi Marianne, főorvos**

**Fejlődésneurológia, Szt. János Kórház Észak-budai Egyesített Kórházai**

A fejlődésneurológia önálló szakmai ágazat, mely a csecsemőkori idegrendszeri károsodások korai differenciáldiagnosztikájával és korai neuroterápiájával foglalkozik. Ezekhez a károsodásokhoz a nagyagy kóros fejlődése okozta korai mozgási, testtartási defektusok, figyelmi zavarok, kontaktushiány, nyelésbénulás (dysphagia) arcidegbénulás, felkarbénulás és a korai epilepsziák tartoznak, de idetartozik az MMC-s csecsemők hólyagbénulása is. Ezek a kórképek hozzátartoznak az idegrendszer folyamatainak rendellenességeihez, és gyakran nem egyenként, hanem csoportosan jönnek létre. Differenciáldiagnosztikájuk speciális vizsgálati eszközöket és tapasztalatot igényel. Fontos feladat az agy normális fejlődési variációinak tüneteit a károsodások tüneteitől elkülöníteni, ami morális, sőt jogi felelősség is, mert a normál variációk nem szorulnak kezelésre. A károsodásokat viszont csak a differenciáldiagnózis alapján lehet és szabad egyénileg programozott korai neuroterápiában részesíteni. Ez nem habilitáció, nem gyógytorna, nem fejlesztés, illetve egyéb nem orvosi beavatkozás.

## **Kiknek van szükségük korai vizsgálatra?**

Mindazoknak a fiatal csecsemőknek, akiknek perinatalis adataiban kockázati tényezők szerepelnek, mozgásuk-aktivitásuk vagy figyelmük hiányos, gyanús végtagrágásaik vannak, szopási-nyelési koordinációjuk hiányos, arcizom- vagy felsővégtag-bénulásuk keletkezett, spina bifidájuk végtag-, illetve hólyagbénulást okozott. Miért kell ezeket a tüneteket korán kivizsgálni? Azért, mert az agy plaszticitása hónapok alatt drámaian csökken, és így a neuroterápia veszíthet hatékonyságából. A fejlődésneurológia mottója: „milyen korán van már későn?” Azonos idegrendszeri tüneteket, különféle kórképek okozhatnak. A pontos fejlődésneurológiai kivizsgálás és differenciáldiagnózis nélkül elkezdett kezelés kétes hatékonyságán túl pótolhatatlan idővesztést is okoz, mert a kóros agyfejlődés folytatódik.

A házi gyermekorvos sokat tehet a valóban károsodottak korai felismerése és korai terápiája érdekében. Felfigyelhet például az anamnézisére! Megvizsgálva a csecsemőt észlelheti annak fokozott nyugtalanságát vagy éppen aluszékony-

ságát. Tudnia kell, hogy a csecsemőkori epilepszia egy végtagrész vagy arcizom rágásával is járhat, és eltérő képet mutathat a felnőttkoritól. A petyhüdt tartás, az elégtelen fejkontroll, az aszimmetriás mozgás és helyzet, a mozgásszegénység is figyelmeztető lehet. A csecsemő reakciója fényre, hangra, kontaktuskészsége, szelektív figyelme fontos adatokkal szolgálhat. Táplálkozási nehézség esetén a lényeg a szopás, a nyelés és a légzés koordinációjának felmérése, mert ennek hiánya neurogén dysphagia jele lehet, amely korai elektroterápiával hatékonyan befolymozható.

## **„MIT TEGYEN A HÁZIORVOS?” ALGORITMUS A TEENDŐKRŐL**

### **A fejlődésneurológiai kivizsgálás módszerei**

A részletes fejlődésneurológiai kivizsgálás metodikái a korai agyfejlődés morfológiájához és működéséhez adaptáltak. Gyanús görcsöknél csak videó-EEG-vel azonosítható a rendellenes mozgás és a kóros EEG-tünetek egybeesése. Elektromos ingerdiagnosztikával és video-fluoroscopiával bizonyítható a szopás-nyelés-légzés inkoordinációja, neurodysphagiája. Az MMC-s újszülött és csecsemő kóros hólyagbeidegzési típusa neuro-urodinamikával, azaz az elektromos agyhullámok és a hólyagnyomás szimultán mérésével, míg az agyideg- és a felsővégtag-bénulás elektromos ingervizsgálattal diagnosztizálható. A mozgás differenciáldiagnosztikája nem passzív mozgatóssal vagy agytörzsi primitív reflexekkel, hanem komplex elemi mozgásmintázatokkal végezhető el. A szelektív figyelem, a korai rövid memória, a mentális aktivitás fejlődésszociológiai és számítógépesen programozott technikával vizsgálható. Más speciális vizsgálatok a csecsemő napi különleges ritmusának figyelembevételével ismételt is történnek, mert az aktivitás napszakonként változhat.

Osztályunk járóbeteg-rendelésén 30 éves tapasztalat és adott esetben speciális felszereltség igénybevételével dől el, hogy kinél szükséges részletes kivizsgálás. A megjelenők nagy részét újszülöttosztályok irányítják hozzánk. A kivizsgálás alapján kezelésbe vettek átlagosan havonta jönnek vissza kontrollvizsgálatra

a kezelés eredményeinek értékelésére és újabb kezelési változtatások bevezetésére.

### **Személyre szabottan**

A személyre szabott neuroterápiás program a differenciáldiagnózison alapszik. A testtartást és a mozgást ebben az időszakban még a labirintus, a vestibularis és a törzsdúc rendszerek szabályozzák. Rendszeres aktivizálásukkal nem egy-egy végtag vagy testrész, hanem az egész szervezetet működtető elemi mozgásmintákat lehet kiváltani. A praepyramidális neuroterápia a kor szerinti agyi szabályozó rendszeren áthat. A későbbi fejttartás, ülés, forgás, feltápászkodás, állás, járás elemi formái előre programozottan kezelhetők. Ez tehát nem manuálterápia, nem passzív torna, nem fejlesztés vagy konduktív kezelés, amelyeknek adott esetekben a későbbi életkorban van jelentőségük. A prekognitív funkciók elemi formái a szelektív figyelem, a rövid memória, aktivitás, személyi és tárgykontaktus ugyancsak speciális programokkal kezelhető. Itt is károsodott funkciók terápiájáról és nem a későbbi hatékony fejlesztéséről van szó. A neurogen dysphagia elektroterápiája, az arc- vagy felkarbénulás korai intenzív elektroterápiája is annál hatékonyabb, minél korábbi károsodási szakaszban kezdhető.

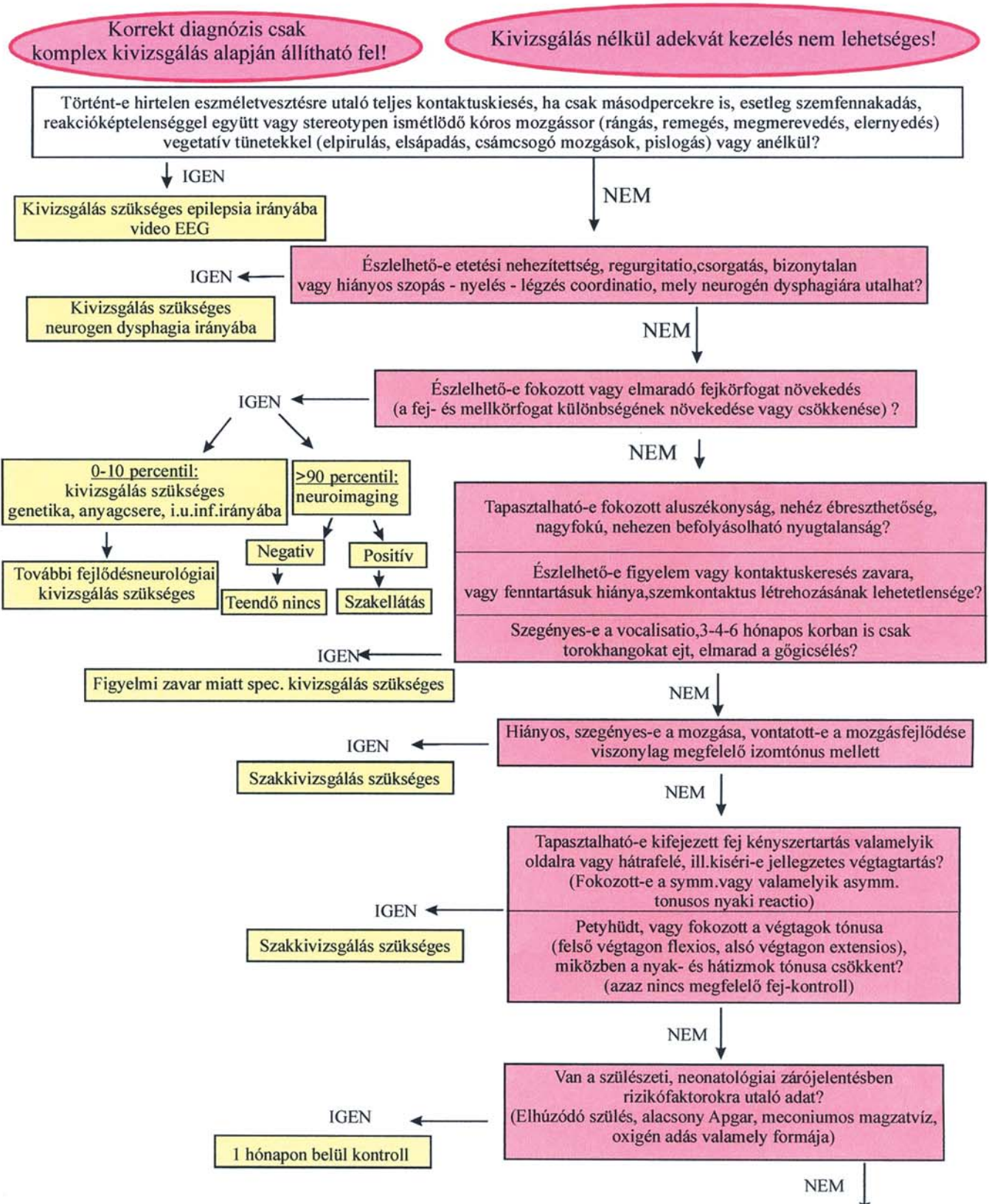
A szülők a neuroterápia főszereplői. Szakszerű felvilágosítást és rendszeres képzést kapnak, hiszen a kezelés egy része az ő feladatuk. „Tanítják a csecsemőt”, miközben nekik is tanulniuk kell. Az agyműködés törvényszerűsége a rendszeresség, ezért a neuroterápia rájuk eső részét napszakokra elosztva kell végeztetniük, ami közben az anya-csecsemő kapcsolatot is rendszeresíti. A terápia nem gyógyszerbeadás, tornáztatás, játék, hanem komoly feladat.

Sajnos a „korán” gyakran van későn, mert egyrészt a csecsemő „majd kinövi” vélemény, másrészt a tornáztatás, illetve az egyéb eljárások – amelyek a későbbi életkorokban megfelelők lehetnek – pótolhatatlan idővesztéséget okoznak.

**Címünk: Fejlődésneurológia  
1032 Budapest, Bécsi út 132.  
„A” ép., III. emelet  
Bejelentkezés telefonon:  
1-250-2420/198**



# Algoritmus koraszülöttek, újszülöttek, fiatal csecsemők idegrendszeri szabályozásának vizsgálatára



A speciális vizsgálatok elvégzésére – előjegyzés alapján – rendelkezésre állunk.





# Gazdasági egyenlőtlenségek és az egészségi állapot

A különböző szocio-ökonómiai helyzetű rétegek egészségi állapotának egyenlőtlensége a népegészségügy legnagyobb kihívásai közé tartozik. Egy 22 EU-tagországra kiterjedő vizsgálat az 1990-es évek elejétől a 2000-es évek elejéig 4 észak-európai, 7 nyugat- és 3 dél-európai ország mellett 5 közép- és kelet-európai (köztük Magyarország), illetve 3 balti ország egészségügyi mutatóinak alakulását követi.

A mortalitás az összes vizsgált országban az iskolázottságtól függött, de míg Svédországban vagy Angliában csak kétszeres volt a különbség a legalacsonyabb, ill. a legmagasabb iskolai végzettségűek között, Magyarországon, Lengyelországban, ill. Csehországban ez a különbség több mint négyszeresnek bizonyult. (1. ábra) A cardiovascularis halálozás és különbség csaknem feléért felelős. Ezen kívül Kelet-Európában a daganatos halá-

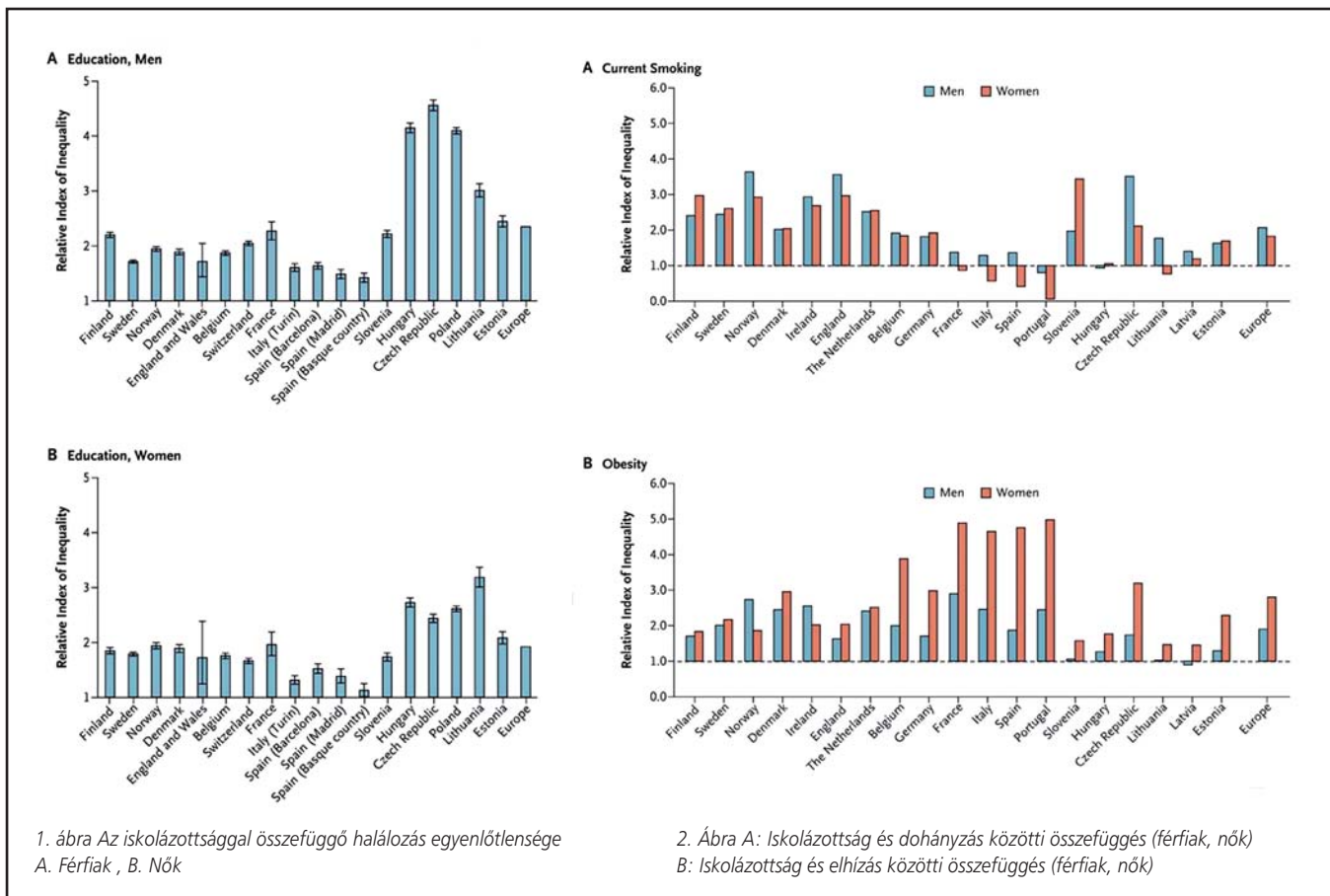
lozás, a balti államokban a baleseti halálozás a különbségek másik oka. A kelet-európai és balti országokban a dohányzással összefüggő halálozás is magasabb az alacsonyabban iskolázottaknál. Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás férfiaknál és nőknél is Magyarországon okozza a legnagyobb különbséget a különböző iskolázottságú rétegek között, egyedül a balti államok férfi lakosai közé litének ehhez.

A lakosság megítélése saját egészségéről minden vizsgált országban azt mutatta, hogy az alacsonyabban iskolázottak egészségüket rosszabbnak ítélik, mint a magasabb végzettségűek, de a különbségek mindenütt sokkal kisebbek, mint a mortalitás vizsgálata során. A dohányzás és az elhízás előfordulása az összes országban magasabb volt az alacsonyabban iskolázottak körében, de míg a do-

hányzás esetében ez a különbség a férfiaknál, elhízás esetében a nőknél jelentkezett inkább. (2. ábra) Érdekes módon az alacsonyabb végzettségű nők elhízása a déli országokban okozta a legnagyobb különbséget, a kelet-európai, ill. a balti államokban ez a hatás sokkal kisebb volt.

A dohányzás és alkoholfogyasztás rizikótényezőként főleg a kelet-európai országok egyenlőtlenségeiért felelős. Ugyancsak Európa e régiójára jellemző, hogy az egyenlőtlenség egyik fontos oka a jó egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés hiánya. A felmérésből az is kiderül, hogy a szociális biztonság és a megfelelő egészségügyi ellátás ugyan rendkívül fontos, de nem elegendő az egyenlőtlenségek kiküszöbölésére.

Mackenback JP. et al: Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med 2008, 358:2468-2481



# Elbizonytalanodás a csecsemőkori D-vitamin-hiány prevenciójában?

Dr. Szabó Miklós PhD, Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika

**2007-ben új, vény nélkül kapható „speciális tápszer”, D-vitamin-olaj jelent meg a hazai piacon. Ennek adagolási javaslata eltér az eddigi, Magyarországon több évtizede megvalósuló csecsemőkori rachitis-prevencióban alkalmazott D-vitamin-adagoláshoz képest. Az eltérő adagolás, a vény nélküli hozzáférhetőség számos kérdést vet fel, és indokolja, hogy a csecsemőkori rachitis-prevenció gyakorlati kérdéseit röviden áttekintsük.**

A csecsemőkori rachitis kockázata napjainkban elsősorban az alábbi tényezőktől függ:

- anyai D-vitamin-raktárak,
- a csecsemő táplálékában található D-vitamin mennyisége,
- a csecsemőt érő napfény (ultraibolya-sugárzás) mennyisége,
- a csecsemő bőrszíne.

A mérsékelt égövön, így hazánkban is a csecsemőkori rachitis megelőzésére napi 200–800 egység D-vitamin bevitele szükséges. A D-vitamin iránti individuális igény laboratóriumi vizsgálatok nélkül nem pontosítható. Mivel a fenti dózistartományban a D-vitamin adagolásának biztonságosságával szemben sok évtizedes tapasztalat alapján nem merült fel kétely, indokolatlan és káros az egészséges csecsemők esetében az egyéni D-vitamin-igény vizsgálatára irányuló laboratóriumi vizsgálatok kezdeményezése.

A rachitis-prevenció Magyarországon több évtizede könnyen kivitelezhetően, egységesen, az egészségügyi ellátásban résztvevők és a szülők számára egyértelmű, egyszerű módon, hatásosan és biztonságosan valósul meg.

Az egészséges csecsemők rachitis-prevenciójára szánt colecalciferol naponta 1 csepp mennyiségű adagolása az egyszerűség és egyértelműség végett került kidolgozásra és vált elfogadottá a mérsékelt égöv területén. Magyarországon a legújabb kiadású Gyermekgyógyászati tankönyvek (lásd irodalomjegyzék) hasonlóan az elmúlt három évtized tankönyveivel egyöntetűen és konkrétan a „mindennap egy csepp D3-vitamin” adagolási mód javaslatot tartalmazzák. A jelenleg érvényben lévő, az adagolás módját is pontosan előíró, szakmai irányelv megváltoztatását szükségessé tevő adat nem látott napvilágot, így nem indokolt az ettől való eltérés.

Az elmúlt években a környezeti, éghajlati változások miatt a csecsemők direkt napsugárzástól való védelme még hangsúlyosabbá vált. A korai és kumulatív UV-sugárzás csökkentése végett alkalmazott eljárások és fényvédő krémek használata miatt még nagyobb jelentősége van a csecsemők garantált D-vitamin-szupplementációjának. Továbbá különös figyelmet igényel a hazai roma csecsemőpopuláció garantált D-vitamin-bevitele a magasabb bőrpigment tartalmú rasszok (ázsiai, afrikai...) közismerten fokozott D-vitamin-igénye miatt.

A hatásos prevenciók egyik alapja az alkalmazott eszköz egyszerűsége. Ezért nem indokolt és kockázatokkal jár a rachitis-prevenció esetén olyan más kiszerezésű és más adagolási rendet javasoló készítmény alkalmazása, amely eltér a jelenleg érvényben lévő szakmai irányelvtől.

Nem vényköteles D-vitamin-készítmény alkalmazása a csecsemőkori rachitis-prevenciójában számos kockázattal jár:

- A táplálékkiegészítőként forgalmazott, nem vényköteles D-vitamin-készítmény a szakmai irányelvekben foglaltakhoz képest kisebb napi dózist javasol, amely ezért nem fogadható el. A csecsemők egy csoportjában elégtelen D-vitamin-ellátottság kockázatát rejt magában.
- Napi több csepp bevetele növeli az adagolás pontatlanságának lehetőségét.
- A hagyományostól eltérő adagolás zavart okoz. Növeli a kockázatát annak, hogy a különböző készítményekre vonatkozó eltérő adagolási javaslatok révén aluldozozás, illetve túladagolás következzen be.

A csecsemőkori rachitis prevenciója továbbra is csecsemő-gyermekgyógyász szakorvosi feladat. Sikere és biztonsága a korábbi helyes gyakorlat fenntartásán múlik. Ezek: a rendszeres gyermekgyógyászati ellenőrző vizsgálatok, az egymásnak ellentmondó információknak kitett szülők ismételt felvilágosítása, a gyógyszer-(D-vitamin)-fogyasztás receptfelírásokkal történő indirekt kontrollja.

Végül, indokolt, hogy az orvos betegének, gondozottjának a legalacsonyabb költségű megoldást javasolja. Az érvényben lévő gyógyszer-támogatási jogszabályok alapján jelenleg Magyarországon a csecsemőkori rachitis-profilaxis szakmai irányelvek szerinti megvalósítása legolcsóbban a vényre kapható D-vitamin-készítménnyel valósítható meg.

Irodalomjegyzék:

Gyermekgyógyászati kézikönyv Szerk.: Oláh Éva Medicina Könyvkiadó Zrt. Bp. 2004

Gyermekgyógyászat 3. kiad. Szerk.: Maródi László Medicina Könyvkiadó Zrt. Bp. 2006



## MEGHÍVÓ

**a Magyar Gyermekorvosok Társasága  
és a Magyar Tüdőgyógyász Társaság  
Gyermektüdőgyógyász  
Szekciójának Tudományos Ülésére**

2008. november 6–8.

Danubius Thermal Hotel Helia  
1133 Budapest, Kárpát u. 62–64.

Jelentkezés, általános információk:  
[www.congresstravel.hu/gyermekpulmonologia2008](http://www.congresstravel.hu/gyermekpulmonologia2008)

Minden érdeklődőt szeretettel várunk:

Dr. Kósa Lajos PhD, Dr. Baktai György  
a kongresszus elnökei

Svábhegyi Országos Allergológiai  
Pulmonológiai Egészségügyi Szolgáltató  
Nonprofit Közhasznú Kft.  
1121 Budapest, Szanatórium u. 2/A  
(tel.: 1/395-4922, 30/991-6851),  
e-mail: net1017@online.hu, baktai@yaho.com

„Gyakorlati gyermekuroológia” címmel  
a Heim Pál Gyermekkorház urológiai osztálya  
gyermekgyógyászok, urológusok, gyermeksebészek  
részére **10 kreditponttal** akkreditált  
ingyenes tanfolyamot szervez  
**2008. október 11-én, szombaton 9-től 14 óráig**  
a Heim Pál Gyermekkorházban,  
(„A” épület Sárkány Jenő terem)

Az előadások témái:  
**herefájdalom, retentio testis, hypospadiasis,  
enuresis nocturna, cystas vesebetegségek.**

Jelentkezni **2008. október 7-ig** lehet  
dr. Merksz Miklósnál ([merksz@heimpalkorhaz.hu](mailto:merksz@heimpalkorhaz.hu),  
1/459-9115, 30/265-4356-os telefonszámokon)

**2008. november 7–8-án**  
Hajdúszoboszlón rendezzi  
**az Alvásdiagnosztikai- és Terápiás Társaság  
V. Kongresszusát.**

**A 10 ponttal akkreditált** továbbképzés témái:  
obstruktív alvási apnoe, gyermekkori horkolás, SIDS.

További információ és a jelentkezési lap  
a Heim Pál Kórház honlapján érhető el:  
[www.hpgyk.hu](http://www.hpgyk.hu) (továbbképzések menüpont)

## Praxisok

- Budapesti, 500 kártyás gyermekörzet praxisjoga eladó. Konszolidált beteganyag. A praxis tovább bővíthető. Tel.: 20/372-0316 (19 óra után)
- Veszprémben gyermekorvosi praxisjog eladó. Érdeklődni a 20/9961-288-as telefonszámon lehet. Központi ügyelet van.
- Házi gyermekorvosi praxisjog Budapesten, a VIII. kerületben eladó, vagy helyettesítés is lehetséges. Érdeklődni a 20/363-9971 telefonszámon lehet.
- Budapesten a XXI. kerületben 1000 kártyás házi gyermekorvosi praxisba SÜRGŐSEN helyettes keresek, valamint a praxis reális áron eladó. Érdeklődni a 30/3085276-os telefonszámon lehet.
- Bóly városában, az épülő M6-os autópálya mellett jó korösszetételű, fejlődőképes gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni az esti órákban lehet: tel.: 69/368-134.
- Győrben ISO-követelményeknek megfelelő, beruházott 620 fős gyermekpraxis nyugdíjazás miatt eladó. Központi ügyelet, helyettesítés megoldott. Telefon: 96/410-090 az esti órákban.
- Királyi városban 800 fős gyermekorvosi praxis eladó. Esetleg csere is érdekel. Tel.: 30/592-6663
- Budapesten, a XVIII. kerületben 950 kártyás gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődés: 20/9125561 telefonszámon.
- Alsójászsági praxisjog eladó. Kártyaszám 14 éves korig közel 1200 db. A szolgáltatás Szolnok, illetve Jászberényből kijárással megoldható. Érdeklődni: délelőtt 06 57/454-050 vagy 06 30 239 22 87 számokon lehet.
- Ajkán 720 fős gyermekorvosi praxis jutányosan eladó nyugdíjba vonulás miatt. (Dr. Wittmann Mária, tel.: 70/372-9043)
- Orosházától 10 km-re házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a 30/9799-640 telefonszámon lehet.
- Budapest vonzáskörzetében Maglódon 800 fős gyermekorvosi praxisomat eladnám vagy teljes munkaidőben kiemelt fizetéssel helyettes orvost keresek a praxis későbbi megvételének lehetőségével. Vásárlás esetén részletfizetés megoldható. Központi ügyelet megoldott. Elérhetőség: 20/9339-755.

**2008. november 14–15., 21–22., 28–29-én** kerül megrendezésre az utazási medicina legfontosabb témáit felölelő tanfolyam. A budapesti Európa Kongresszusi Központban tartott tanfolyam háromszor 2-2 napon, 40 óra elméletből, 10 óra gyakorlatból és 4x45 perc tesztvizsgából áll, 50 kreditpontot ér.

A részvétel feltétele a gyakorlati vakcinológia című egynapos tanfolyam elvégzése (november 7.). Az angolul tudó kollégák részt vehetnek az International Society of Travel Medicine ([www.istm.org](http://www.istm.org)) 2009. évi budapesti licence vizsgáján.

A tanfolyam részletes programja és a regisztráció: [www.convention.hu](http://www.convention.hu)

Dr. Jelenik Zsuzsanna osztályvezető főorvos,  
OEK Nemzetközi Oltóközpont

**A Magyar Perinatológiai Társaság  
és az UENPS  
2008. november 21–22-én  
Budapesten tartja kongresszusát.**

On-line jelentkezés a:  
[www.picbudapest2008.hu](http://www.picbudapest2008.hu)  
honlapon keresztül lehetséges.

Várjuk az érdeklődő kollégákat!

Prof. Dr. Balla György egyetemi tanár, igazgató  
DEOEC, Gyermekgyógyászati Intézet



**Egyesületünk címe:**  
1136 Budapest  
Tátra u. 48–52.  
**Egyesületünk telefonszáma:**  
Tel.: (1) 330-0900  
Fax: (1) 238-0388  
**E-mail:**  
[hgye@mail.datanet.hu](mailto:hgye@mail.datanet.hu)

**Honlap:**  
[www.hgye.hu](http://www.hgye.hu)

**Az egyesület titkára:**  
Fekete Éva

**mediconsult**

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

**Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.**

1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.

Tel./fax: (06-1) 339-3704, e-mail: [mediconsult.kft@chello.hu](mailto:mediconsult.kft@chello.hu)

A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.

**HÍRVIVŐ**

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban.

Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható.

Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **HART studio**

Címlapfotó: Konkoly-Thege György, belső fotók: Pettik Ágnes