XXII. évfolyam ■ 2018/1. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

Kedves Kollégák!

Ez év áprilisától neveztek ki a Debreceni Gyermekklinika igazgatójának. Pályázatomban kiemelt helyen szerepelt a házi gyermekorvosokkal történő szoros együttműködés, megyei és országos szinten is. Egyik célkitűzésem, hogy egy olyan széles körű graduális és posztgraduális képzési formát alakítsunk ki, ahol klinikai, kórházi orvosok és házi gyermekorvosok közösen tartanak előadásokat, megbeszéléseket.

A graduális oktatást illetően számomra természetes, hogy már az ötödéves medikusoknak szóló tantermi előadásokban is elhangozzanak a mindennapok házi gyermekorvosi gyakorlatának 80–90%-ában szereplő kórképek, panaszok, esetek. Nem minden medikus lesz gyermekorvos, ezért gondolom, hogy általános gyermekgyógyászatot kell oktatnunk, természetesen a stratégiai fontosságú klinikai témakörökkel – pl. neonatológiával, sürgősségi orvoslással, transzplantációval – kiegészítve. Számítok ebben a HGYE prominenseinek segítségére, de szeretném a „helyi erőket" is bevonni.

A posztgraduális képzést is hasonló elvek alapján képzelem el, úgy, ahogy ez idén január végén Kecskeméten már meg is valósult, legalábbis a gyermek-gasztroenterológiát illetően.

Szerencsés vagyok, hiszen alapellátásban dolgozó kiváló gyermekorvosok is segítik napi szinten a munkámat. A Gyermekgyógyászat folyóirat főszerkesztőjeként eddig is szoros kapcsolatban álltam a HGYE vezetőivel, a Hírvivő szerkesztőivel.

Mit is kívánhatnék Nektek a jövőt illetően?

Hogy úgy éljetek, hogy lehet, hogy csak egy szereplés van, de az a szereplés legyen ütős… Ahogy ezt M. Tóth Géza zseniális, 5 perces, Oscar-díjra jelölt rövidfilmje, a Maestró üzeni. Ha még nem láttátok, akkor nézzétek meg a YouTube-on, még ma este.

Azt kívánom én is Nektek, amit egy barátom kívánt nekem debreceni kinevezésemet követően: erőt, derűt és kreativitást!

Tisztelettel és szeretettel:

Veres Gábor

TARTALOM

- Beszélgetés Csordás Ágnessel, a MAVE elnökével 2–4
- A tagság értékelése a HGYE vezetőségének munkájáról 5–7
- A spanyolok is bajban vannak 8–9
- Igazolás – egyenként kell megoldást keresnünk 10–11
- Búcsúzunk Szatmári Andrástól 11
- Ránk is érvényes az új uniós adatvédelmi szabályozás 12–13
- Laparoszkópia a gyermeksebészetben 14–15
- A meningococcus B-vakcinák immunogenitása 17–18
- Gasztroenterológiai tanfolyam Kecskeméten 20–22
- Célzott probiotikumok! 23
- Lázcsillapítás – megváltozott ajánlások 24–26
- A varicella elleni védőoltás kapcsán 26–27
- Újdonságok a Medscape-ről ...28–29
- Kínálunk; keresünk 31–32

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2018-ban:

BioGaia, gsk, IPS Pharma, Nestlé Nutrition, NUTRICIA Early Life Nutrition, Pfizer

Nincs jogszabály ami tiltja, de olyan sincs, ami előírja

Beszélgetés Csordás Ágnessel, a MAVE elnökével

Kollégáink mind gyakrabban panaszkodnak arról, hogy a megnövekedett védőnői feladatokra hivatkozva az önkormányzatok megtiltják a védőnő részvételét az orvosi tanácsadáson. Jogszerűek ezek az intézkedések?

Cs.Á.: Soha nem volt olyan jogszabály, ami előírta volna az orvos és a védőnő közös jelenlétét az egészséges rendelésen.

Mégis évtizedek óta az volt az általános – és jól működő – gyakorlat, hogy együtt rendelt az orvos és a védőnő. Mindketten találkoztak ilyenkor a szülővel, gyerekkel, jó lehetőség kínálkozott arra, hogy megbeszéljék megfigyeléseiket egymással, és összehangolt válaszokat, tanácsokat adjanak a szülőnek. Mi volt ezzel a baj? Miért kellett a régóta bevált gyakorlatot megtiltani, különösen azok után, hogy a sokat emlegetett TÁMOP Kora Gyermekkori Program egyik workshopjának az volt a közösen elfogadott zárómondata, hogy ahol lehet, ki kell alakítani a közös tanácsadásokat.

Cs.Á.: Több problémát vet fel ez a kérdés. Egyrészt: A 80-as években még megegyezett egymással a körzeti gyermekorvos és a védőnő gondozotti köre. A háziorvosi kártyarendszerrel, a szabad orvosválasztás lehetőségével azonban szétvált az ellátottak köre: a védőnőnek megmaradt a földrajzilag körülhatárolt ellátási terület. Ha a gyerek orvosának és védőnőjének együttes jelenléte ma is vezérlő szempont volna, akkor egy nagyobb városban egy-egy alkalommal akár 5-10 – egyébként különböző helyen dolgozó - védőnőnek is ott kellene lennie az orvosi tanácsadáson. Másrészt: valljuk meg, a védőnő az orvosi tanácsadáson sok esetben asszisztensi feladatot végez, aminek az okát értem, de támogathatónak még sem tartom. Végül, és ezt nagyon hangsúlyozom: nincs ugyan olyan jogszabály, ami tiltaná a védőnő részvételét az orvosi tanácsadáson, viszont a védőnőnek a saját gondozási területén élők számára kell a szolgáltatást biztosítania. A TÁMOP Koragyermekkori Program keretében azt az együttes álláspontot fogadtuk el, hogy a közösen gondozottak vonatkozásában az azonos épületben – de nem közös helyiségben! – egymást követően zajló védőnői és orvosi tanácsadás volna a jó megoldás, hisz' a védőnői szűrést követően a gyermekkel át tudnak menni a szülők az orvosi tanácsadásra. Ez azonban az adott védőnői körzetben élő, de különböző praxisokba tartozó kisgyermekek esetén megvalósíthatatlan.

Az előírt feladatok teljesítése esetén tehát részt vehet a védőnő az orvosi tanácsadáson…

Cs.Á.: A védőnői feladatok jelentős mértékben bővültek az elmúlt év őszén, megnövelve a gyermekek ellátására fordítandó időt és kitöltve, sőt nagyobb védőnői körzetek esetén meghaladva a munkaidőt. A védőnői szakfelügyelet ellenőrzései alapján így nincs idő a közös tanácsadásra. A jogszabályban rögzített feladatok ellátása érdekében meg kell nézni, hogy mi az, ami elhagyható, mi az, ami nem tartozik a védőnő kötelező feladatai közé. Azt mondják a szakfelügyelők és a munkáltatók, ne panaszkodjon a védőnő arra, hogy este kell látogatnia, ha napközben olyan helyen tölti a munkaidejét, ahol nem a saját gondozottaival foglalkozik, vagy olyan munkát végez, ami nem kötelessége. Így alakult ki, hogy a mai előírások betartása mellett gyakorlatilag képtelenség a közös, azonos helyiségben történő tanácsadás, még akkor is, ha az ellátottak köre akár megegyezik.

Mi az oka a feladatok ugrásszerű növekedésének?

Cs.Á.: A csecsemők és kisgyermekek fejlődésének követését szolgáló, jogszabályban rögzített, kötelezően kitöltendő Szülői és Rizikó Kérdőívek gyakorlatilag megduplázták az egy gyermekre fordítandó szűrési időt. A kérdőív kidolgozását az indokolta, hogy a korai fejlesztéssel foglalkozó szakemberek szerint gyakran csak az 5 éves vizsgálatoknál, vagy csak a beiskolázást követően derült ki, hogy iskolaéretlen, figyelemzavaros, nehezen kezelhető a gyermek. Hazánkban az iskolakezdés a 6 éves életkortól mind inkább kitolódott a 7-8 éves életkor felé. Ez azokra a fejlődési elmaradásokra vezethető vissza, amelyek kellő odafigyeléssel már jóval korábban detektálhatók, és idejében kezdett szakszerű fejlesztéssel „kisimíthatók" lennének.

Átlagosan mennyi időt igényel egy Szülői Kérdőív kitöltése?

Cs.Á.: Az egyes életkorokban 12 kérdésre kell válaszolnia a szülőnek. A védőnőnek az a feladata, hogy felkészítse a szülőt a kérdések megválaszolására, a szülővel megbeszélje ezeket a kérdéseket és megfelelő segítséget nyújtson a válaszadáshoz. Ehhez – ha együttműködő a szülő, nagyobb gyermek esetében a gyermek – minimum fél órára és nyugodt körülményekre van szükség. Van erre lehetőség egy orvossal közös, mai, átlagos tanácsadáson? Van ideje egy orvosnak arra, hogy egy közös egészséges tanácsadáson kivárja, amíg a védőnő elvégzi az előírt szűrővizsgálatot, és az elvárt módon kitöltessék a szülői kérdőívet? Úgy tudom, hogy az orvosi tanácsadáson az ajánlott védőoltások száma is ugrásszerűen megnövekedett, emiatt már a kötelező orvosi vizsgálatokra is alig van ideje az orvosnak.

Mi lenne ebben a helyzetben az optimális megoldás, lát-e esélyt a jó orvos–védőnői munkakapcsolat megőrzésére, kialakítására?

Cs.Á.: Egy lehetőség, hogy az orvos és a védőnő önálló, de azonos időben történő rendelése egy épületen belül valósul meg. Ez lehetőséget adna arra, hogy a szülő „egy ülésben", egy rendelői vizit alatt, egymás után találkozzon a gyermeke fejlődéséhez értő védőnővel és gyermekorvossal, és ha kell, közösen beszéljék meg az esetleges gondokat.

Ez a lehetőség azonban nem segít azokban az esetekben, amikor az orvos és a védőnő máshol dolgozik. A különálló épületben működő, egymástól térben és időben is elkülönült védőnői és orvosi tanácsadás nem ad lehetőséget az oly kívánatos személyes konzultatív megbeszélésekre.

Mi, orvosok egyre inkább érezzük, hogy a szakmailag indokolhatatlan otthoni látogatások helyett hosszabb idő kellene a szakmailag indokolt esetek rendelői ellátására. Ezzel együtt az az álláspont is erősödik, hogy ha nem lennének a védőnők annyi otthoni látogatásra kötelezve, akkor a rendelőben is elvégezhetnék az előírt szűréseket. Így talán jutna idő az együttes orvos-védőnői tanácsadásra is.

Cs.Á.: A védőnői családlátogatási rendszer hungarikuma a hivatásunknak, amit számos országban irigyelnek. A látogatás nem kötelező, a jogszabály úgy szól, hogy a védőnőnek fel kell(!) ajánlania az előírt időpontokban a családlátogatást. A jogszabály tehát azt rögzíti, hogy egyeztetett gondozási terv szerint kell látni a gyermeket, az időpont és a helyszín a körülmények alapján rugalmasan alakítható újszülött-, kisgyermek- és óvodáskorban egyaránt. Ha nem tart igényt a szülő a kötelezően felajánlott gyakoriságra, nem kell, hogy ráerőszakoljuk magunkat, egyeztetjük, hogy mi az a szükséges látogatás, tanácsadási találkozás, ami még alkalmas arra, hogy a gyermek fejlődését nyomon kövessük.

Ha a szülő nem tart igényt a felajánlott otthoni látogatásra és a védőnő sem látja ennek feltétlen szükségét, akkor ezek szerint megállapodhatnak abban is, hogy csak a rendeletnek megfelelő időpontokban találkoznak és nem otthon, hanem a rendelőben.

Cs.Á.: Igen, hozzátéve, hogy teljesen nem hagyhatók el az otthoni látogatások, hisz' fontos információhoz jut a védőnő a család otthonában tett vizitek alkalmával, és a gyermek is jobban megfigyelhető a saját mindennapi életterében. A szűrési időpontok (1 hónap, 2 hónap, 4 hónap, 6 hónap, 9 hónap, 1 év stb.) előtt át kell adni a kérdőíveket, fel kell készíteni a szülőt arra, hogyan kell azt kitöltenie, a szülő otthon válaszol a kérdéssorra és amikor jön a védőnői tanácsadásra, együtt megbeszélik a tapasztalatokat. A védőnő a szülői megfigyelés és saját tapasztalata, mérései alapján megállapítja, hogy megfelel-e a gyermek az úgynevezett fejlődési mérföldköveknek.

Elegendő ismerettel, kellő tapasztalattal rendelkeznek a védőnők a gyermek megfelelő ütemű fejlődésének megítéléséhez?

Cs.Á.: Többségük már igen. Nagyon nagy hangsúlyt helyeznek erre a graduális képzés során, és ne felejtsük el, hogy a TÁMOP Koragyerekkori Program keretében az országban dolgozó 4800 védőnő közül háromezren részt vettek a fejlődésneurológiáról és fejlesztési módszerekről szóló, ötnapos továbbképzésen. Kár, hogy a házi gyerekorvosok közül csak kevesen, a vegyes praxisok orvosai pedig sajnos még kevesebben jöttek el a képzésre. De visszakanyarodva a kérdéshez: egyre több visszajelzést kapunk arról, hogy a szülői kérdőív jó: kellően érzékeny, megfelelő időben jelez!

Ezekben az esetekben van hová küldeni a gyereket fejlesztésre?

Cs.Á.: Nincs, sajnos ma sincs kellő számú hozzáértő korai fejlesztő. Ma is a legszegényebb térségekben a legnagyobb a hiány, ott, ahol a legnagyobb lenne az igény rá. Egy európai uniós pályázat segítségével viszont megkezdődött a korai fejlesztő rendszer fejlesztése. A legtöbb esetben azonban nem kell azonnal korai fejlesztőbe küldeni egy gyermeket, mert ha a védőnő felhívja a figyelmet, hogy ebben vagy abban elmaradás van, akkor megfelelő szülői foglalkozással akár el is lehet kerülni a professzionális fejlesztést.

Vannak olyan hangok, hogy „a show-t mind inkább elviszik előlünk a védőnők".

Cs.Á.: A védőnők felsőfokú végzettsége, képzettségük, a javuló megfigyelési rendszer alkalmassá teszi őket arra, hogy észre vegyék, ha megtorpan a fejlődés, és jelezzék azt az orvos felé. Az orvos kiváló segítséget kap ezzel a munkájához. Ahol a kompetenciájuk nem elég, át kell adniuk a gyermeket a gyermekorvosnak. A védőnő nem ad diagnózist, de nem is akar diagnosztizálni, gyógyítani, ő csak addig kompetens, ameddig nem kell orvosi beavatkozás. Tudja, hogy kell egy náthát vagy egy hasmenést kúrálni, egy beteget ápolni, az öngondoskodás terén sok jó tanácsot tud adni, de az orvosi feladatok, a diagnózis, a terápia, az mindig is marad az orvosnál.

Megfelelőnek tartja a védőnők képzésében a betegségek oktatását? A mi szemléletünkben nem választható szét olyan mereven a prevenció, a gyógyítás és a krónikus betegek gondozása, mint ahogy az a védőnők munkájában megmutatkozik.

Cs.Á.: A védőnői munka döntően a gyermek fejlődését nyomon követő preventív szemléletre épül. De nagyon sok minden szerepel a curriculumban, a gyermeksebészettől, gyerekfülészettől kezdve, a gyerekszemészeten, endokrinológián át az általános gyerekgyógyászatig. Annyi klinikum kell a védőnőnek, hogy az eltérést észlelje, tudja azt, ha valami már nem „normális". És amikor ezt látja, küldje tovább a gyermeket az orvoshoz.

Sokat segítene az információk megosztásában, ha a védőnői és orvosi informatikai rendszer kompatibilis volna egymással. Akkor talán látná az egyik fél, hogy mit tapasztalt a másik, és fordítva. Az EESZT révén ma látjuk mi történt a betegünkkel akár 300 km-rel távolabb, de hogy mire jutott a közös gondozottunkat illetően a szomszéd helyiségben vizsgálódó védőnő, az – kicsit sarkítva – számunkra láthatatlan. Van esély arra, hogy végre találkozzon az orvosi és a védőnői dokumentáció?

Cs.Á.: Az állami feladatokat illetően nem szeretnék találgatásokba bonyolódni. Azonban a védőnői szűrésről a védőnő írásos lelet ad, amit a szülő is aláír és kérjük a szülőt, hogy a legközelebbi találkozásnál adja át az orvosnak a védőnői szűrési leletet. Addig is, amíg a központi informatikai rendszer alkalmas lesz az orvos–védőnő elektronikus kommunikációjára ez a régi, de bevált módszer, alkalmas a kommunikációra.

Térjünk át egy másik érzékeny területre: ha a védőnők olyannyira leterheltek a hat éven aluliak ellátásával, hogy a hat éven felüliekre már messze nem jut annyi idejük, akkor biztosan jó döntés volt még a nők méhnyak-szűrésével is megterhelni őket?

Cs.Á.: A kérdés első felére az a válaszom, hogy a hat éven felülieket az iskolákban közel 1000 védőnő látja el főállásban, napi nyolc órában, és több mint 2000 védőnő a területi munkája mellett – természetesen a jogszabályban lefektetettek alapján. Ami viszont a kérdés másik felét illeti, az elmúlt években megfigyelhető volt, hogy a 0–18 éves gyermekek száma látványosan csökken, ezért több területen a méhnyakszűréssel bővített védőnői kompetencia tartja meg a védőnőt a nyolcórás állásban.

Drámai jelentőségű, hogy évente négyszázan halnak meg Magyarországon egy olyan elváltozás miatt, amelyben nem lenne szabad meghalni. A védőnői méhnyakszűrés egy népegészségügyi célú szűrés, azoknál végzik el a mintavételt a védőnők, akik 3 évnél régebben voltak ilyen irányú vizsgálaton, és szívesebben választják erre a védőnői tanácsadót, mint a nőgyógyászati rendelőt. Előírás, hogy kenetet csak felsőfokú egészségügyi képzettséggel rendelkező szakember vehet le, de a védőnő ezt csak akkor teheti, ha elvégezte az előírt tanfolyamot, és működési engedélyt is kapott a beavatkozásra. Tisztában vagyunk azzal, hogy a védőnő azért választotta ezt a hivatást, mert a várandósokkal, gyermekekkel szeret foglalkozni, de tudomásul kell vennünk, hogy e mögött a kompetenciabővítés mögött politikai döntés állt. Ennek révén azok körében is megtörténhet a vizsgálat, akik személyes okból egyébként nem jutnának el nőgyógyászhoz. Lehetne a feladatot szülésznőnek, diplomás ápolónak, háziorvosnak is adni, de mivel a védőnő a családokat legjobban elérő, felsőfokú végzettségű szakdolgozó az alapellátásban, a döntéshozóknak ez a megoldás tűnt a legkézenfekvőbbnek.

Jár ezért anyagi ellenszolgáltatás a kolléganőknek?

Cs.Á.: Igen, 400 forintot mintavételenként, ami a ráfordított idő mértékéhez viszonyítva igen kevés. De azokban a térségekben, ahol alacsony a születésszám, ez a keresetkiegészítés is számíthat, nem beszélve a feladatot kísérő presztízsnövekedésről, amiről a szűrést végző kolléganők beszámoltak. Lehet ez is a védőnők megtartásának egy lehetséges eszköze az aprófalvas, kevés várandóst, gyermeket ellátó körzetekben.

Nem ismerem a pályaelhagyók számát, a kiégés arányát, de a helyettesítés megoldatlansága és a munkakörülmények mellett a finanszírozás biztosan meghatározó eleme a munkaerőhelyzetnek. Az elmúlt időszakban bekövetkezett bérrendezés várhatóan javít a helyzeten, hiszen egy néhány éve dolgozó védőnő keresete a kezdeti béréhez viszonyítva csaknem megduplázódott. De mivel a bérrendezés nem érintette azonos arányban a több évtizedes gyakorlattal rendelkezőket, a bérolló beszűkült és újabb bérfeszültség keletkezett.

Cs.Á.: A bérfeszültség 2013 óta görgetett probléma, azóta küzdünk – eredménytelenül – azért, hogy a védőnők is az egészségügyi szakdolgozói bértábla alapján kapják meg illetményüket. A védőnőkre a közalkalmazotti bértábla vonatkozik, aminek a tételei messze elmaradnak az egészségügyi szakdolgozói bértáblában rögzítettektől. A bérrendezésnek és az ezt követő bérfeszültségnek az a közvetlen oka, hogy bejött a garantált bérminimum, ami szerint, akinek szakmai végzettsége van, az nem kaphat 180.500 forintnál kevesebb bért. Egy fiatal, 122 ezerről indult kolléganő ennek révén jelentős emeléshez jutott, de annak, aki a ledolgozott évei alapján ezt a bérszintet már elérte, most csak alig érzékelhetően emelkedett a fizetése.

A védőnői és a házi gyermekorvosi szolgálat a gyermekegészségügyi alapellátás két pillére. Közös a gondozottak köre, a problémák rendezése a két kulcsszereplő részéről együttgondolkodást, egy irányba ható megoldást igényel. Történik-e rendszeres egyeztetés a Szakmai Kollégium Védőnői és Gyermekalapellátási Tanácsa, Tagozata között?

Cs.Á.: Amióta önálló képviselet kapott a két szolgálat, nem volt érdemi egyeztetés. Az egyeztetések inkább helyi szinten történnek, azzal a céllal, hogy az érintettek eleget tehessenek a működésüket érintő jogszabályoknak.

Köszönjük a beszélgetést.

Kádár Ferenc

Csordás Ágnes

20 év körzeti védőnői munka után, 1999-ben választották a Magyar Védőnők Egyesületének elnökévé. A pécsi Egészségügyi Főiskolai Kar Kaposvári Képzési Központjában, majd a Pécsen folyó egyetemi képzésben 10 éven keresztül vett részt oktatóként. Szervezőként, oktatóként és kutatóként aktív szerepet vállalt a védőnőképzés és továbbképzés tartalmi megújulásában. Több, a védőnői hivatást bemutató publikáció szerzője, társszerzője, szerkesztője.

Oktatói tevékenysége mellett jelentős eredményeket ért el a szakmai érdekképviselet terén. A MAVE vezetőjeként és a Védőnői Szakmai Kollégium tagjaként úttörő szerepet tölt be a védőnőket érintő szakmai irányelvek, protokollok, innovatív módszerek felkutatásában, meghonosításában, kidolgozásában, a védőnői hivatás minőségfejlesztésében. Aktívan vesz részt az egyes egészségügyi szakterületek tevékenységének fejlesztésében, a kompetenciák meghatározásában, a szakmai érdekek egyeztetésében. Nem szakadt meg kapcsolata a mindennapi egészségügyi ellátással sem, folyamatosan tartja a kapcsolatot az aktív védőnőkkel, segíti munkájukat a családok támogatása terén.

Nem dőlhetünk hátra

Elégedettségi kérdőív a HGYE munkájáról

Megkérdeztük az egyesület tagjait, mennyire elégedettek a HGYE munkájával. A 2017-ben tagdíjat fizetett 859 házi gyermekorvosnak küldtük ki a kérdőívet, amelyre 251-en (29%) válaszoltak.

A kérdéseket öt fő kategóriára (személyes adatok, tagdíj, vezetőség munkája, kommunikáció, rendezvények/képzések) csoportosítottuk, az általunk eddig keveset használt módszerrel minél több egyéni véleményt próbáltunk megismerni.

Bár a válaszolók száma alapján a kérdőív nem mondható reprezentatívnak, a személyes adatokra adott válaszok a hazai házi gyermekorvosi rendszert általánosan jellemző szomorú demográfiai képet mutatták. A kitöltőknek kevesebb, mint ötöde (18%) volt 50 évnél fiatalabb, míg a felük 60 év feletti volt. A válaszadók nagyobb részének (55%) praxisa kisvárosban, vagy faluban működik, amelyek többsége – az ismert korfával együtt – valószínűleg potenciálisan veszélyeztetett körzetnek számít. Ez az adat a HGYE által kezdeményezett 5 éves moratórium (amely alatt házi gyermekorvosi praxist nem lehetne megszüntetni) fontosságára hívja fel ismételten a figyelmet.

Az ellátott gyermekszám alapján egyértelműen látszik, hogy a megmaradó körzetekre extra munkateher hárul a jövőben. A válaszadó orvosok csak kb. negyede lát el 750-nél kevesebb gyermeket. A tendencia az 1000 főnél nagyobb praxisok kialakulásának irányába mutat, amely a degressziós finanszírozás módosításának és a több szakdolgozó alkalmazásának kérdését helyezi előtérbe.

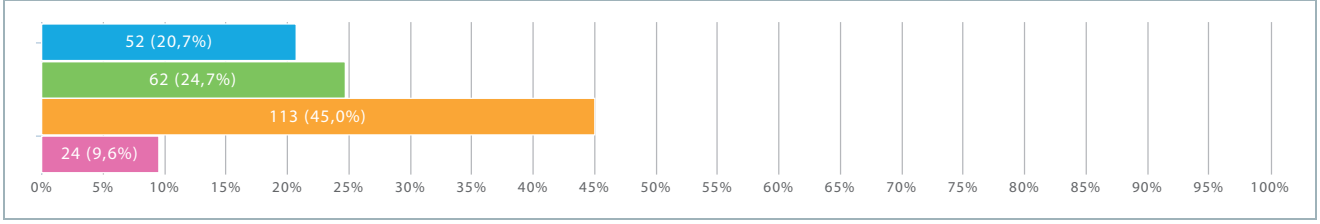
A kérdőívet kitöltők 84%-a érezte úgy, hogy a HGYE teljesítménye arányos a fizetendő tagdíj mértékével, vagyis megfelelő szolgáltatást kapnak a befizetett pénzükért. Bár a válaszadók több mint 10%-a és külön hozzászólások is jelezték hogy a feltett kérdésre nem lehet egyszerű igennel vagy nemmel válaszolni, fontosnak éreztük hogy valamilyen „általános benyomást" szerezzünk a tagság ezzel kapcsolatos véleményéről.

A harmadik kérdéskör a HGYE vezetőségének munkájára vonatkozott. A testület tevékenységének általános értékelésére 4,1-es átlagot kapott az ötös skálán. A válaszadók szerint a vezetőség elsősorban tudományos-szakmai vonalon képviseli jól a tagság érdekeit (4,4 az átlag, 88% 4-5-ös válasz). Ez összecseng a vezetőség azon véleményével, hogy a házi gyermekorvoslás jövője csak a szakmai kompetencia bővítésével párhuzamosan képzelhető el. A szakmapolitikai érdekképviselet valamivel kisebb pontszámot (3,9) kapott és figyelemfelhívó, hogy a válaszadók majdnem 10%-a az 1-es, vagy 2-es osztályzatra kattintott! Az egyesület társadalmi, szakmai és szakmapolitikai megítélése is pozitív irányba mozdult el, csaknem azonos mértékben (3,7–3,9). A válaszokból is látszik, hogy a tagság érzékelte az érdekképviseleti „hang" gyengülését, amely részben tükrözi a HGYE vezetőségének azt a tudatos döntését, hogy a korábban erősen konfrontatív jellegű érdekképviseletet megpróbálja konzultatív irányba eltolni. Bár objektív mérőszámok (pl. az online és nyomtatott sajtóban megjelenések száma) mutatják, hogy az egyesület növekvő mértékben van jelen a szakmai/szakmapolitikai közéletben, mégis úgy tűnik, hogy a tagság számára ez nem nyilvánvaló. A válaszok azt üzenik a vezetőségnek, hogy az információk odavissza történő áramlásán javítani kell. (Ez a kérdőív részben azt a célt is szolgálja, hogy a tagság előtt láthatóvá váljék, miről is vitatkozunk mi tízen a vezetőségi üléseken).

A negyedik nagy témakör a „kommunikáció" volt, amely 8 kérdést foglalt magában. Ezek elsősorban a szakmai információk átadására, beszerzésére vonatkoztak. A válaszadók többsége a munkájához szükséges híreket, információkat a különböző szakmai továbbképzéseken, rendezvényeken szerzi meg, valamint szakmai folyóiratokból és könyvekből

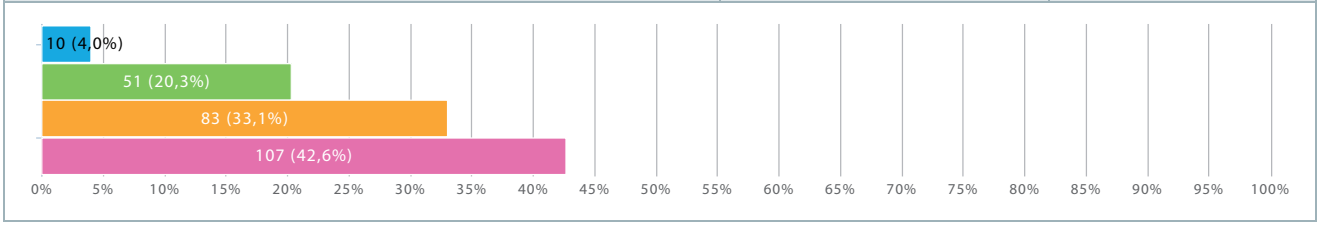
Milyen településen működik az Ön praxisa?

Válaszok	Válaszok	Arány
Főváros	52	20,7%
Nagyváros (50 000-nél több lakos)	62	24,7%
Kisváros (50 000-nél kevesebb lakos)	113	45,0%
Falu	24	9,6%



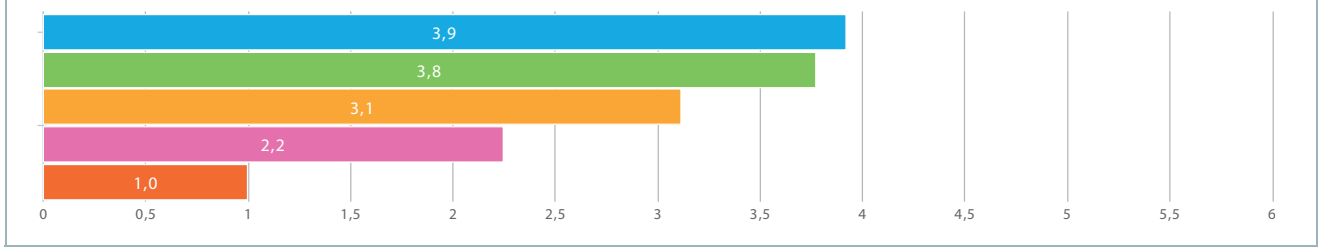
Hány gyermeket lát el Ön praxisában?

Válaszok	Válaszok	Arány
500-nál kevesebb	10	4,0%
501–750	51	20,3%
751–1000	83	33,1%
1001-nél több	107	42,6%



Ön honnan szerzi be a munkájához szükséges szakmai híreket, információkat?

Válasz	Relevancia
Szakmai rendezvények és továbbképzések	3,9
Szakmai folyóiratok és könyvek	3,8
Internetes szakmai oldalak	3,1
Egyéni szakmai kapcsolatok	2,2
Egyéb	1



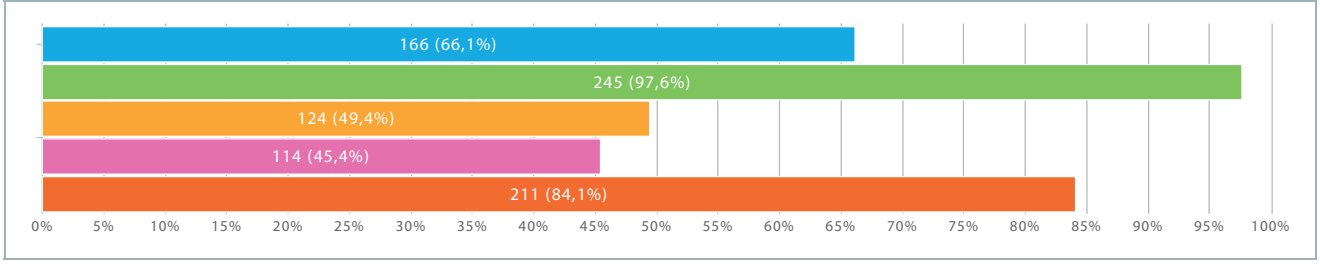
próbál naprakész lenni. Az internetnek ezt a szerepét a válaszadók csak a harmadik helyen említették. Ebből a szempontból tagságunk „konzervatívnak" mondható és ezen a korcsoportok külön-külön elemzése sem sokat változtat. A 70 évnél idősebb kollégák – talán érthető módon – az „otthoni" képzési módot részesítik előnyben, ezért körükben a folyóiratok, könyvek a legnépszerűbbek és az utazással járó rendezvények a második helyre szorultak.

Ami talán meglepő, hogy a fiatalabb gyermekorvosok között egyre kiegyensúlyozottabb az információk beszerzésének módja, és az egyéni szakmai kapcsolatok is itt kapták a legmagasabb pontszámot. Aminek persze lehet, hogy csak annyi az oka, hogy még jól működnek a graduális és posztgraduális képzés során megszerzett kapcsolatok. Az, hogy napjainkban az internet az információátadás elsődleges terepe, nehezen vonható kétségbe. Kérdés, mi az oka annak, hogy nem használják a kollégák a világhálót? Úgy tűnik, hogy nem az életkor. Lehetséges, hogy a túlzottan szerteágazó információk és a nehéz szelektálás a hiteles és nem hiteles adatok között? Vagy nincs „megfelelő", házi gyermekorvosoknak szóló oldal? Ezen is szeretnénk változtatni a HGYE online felületének megújításával, és megpróbáljuk tagjaink figyelmét az oldalra felhívni. Az, hogy ez a platform a szakmai és egyéb információk cseréjének élő fórumává válik-e a továbbiakban, az egyesület tagságán is múlik.

A HGYE által használt információs csatornák közül a nyomtatott Hírvivő a legnépszerűbb, amelyet a HGYE weboldala, az e-Hírlevél és a közvetlen e-mail körülbelül hasonló súllyal követnek. A Facebook-ot az egyesület tagjai nem tekintik hatékony (szakmai) információs eszköznek, amelynek oka a közösségi médiával kapcsolatos általános bizalmatlanság, a HGYE Facebook-oldalának ismeretlensége, de szerepet játszhat benne a szakmai híreknek a közösségi felületeken történő megjelenítésével kapcsolatos ellenérzés is. Az, hogy a válaszadók több mint fele egyik kommunikációs eszközt (Facebook-ot!) sem hagyná el, talán a tagság nyitottságára utal, ezért érdemes lehet az egyesület közösségi oldalát felkeresni és követni! A válaszadók kb. fele van jelen különböző közösségi oldalakon (ez a gyakorlatban a Facebook-ot jelenti), de érdekes, hogy ebben – legalábbis a válaszok alapján – nem látszik generációs különbség. Ugyanakkor a falusi praxisokban dolgozó kollégák nagyobb arányban (kb. 2/3-uk) vannak jelen valamilyen közösségi oldalon, ami segíthet a „végeken" dolgozókhoz is gyorsan eljuttatni a fontos híreket. A vezetőség a laikusokhoz, más szakemberekhez, szervezetekhez, vagy újabb célcsoportokhoz való információeljuttatás fontos színterének tartja a közösségi médiát.

Mely HGYE-rendezvényeket ismeri Ön?

Válaszok	Válaszok	Arány
HGYE-küldöttgyűlés	166	66,1%
Kávészünet-konferencia	245	97,6%
Kávéházi Szalon	124	49,4%
Gyermek-alapellátási Akadémia	114	45,4%
Őszi konferencia	211	84,1%



A kérdésre, hogy „milyen felületeken kellene még aktívan jelen lennie a HGYE-nek?" a legtöbben azt válaszolták, hogy szeretnék, ha gyakrabban lenne szó a HGYE-ről a televíziókban, rádióban, hírportálokon. Sokan jelezték, hogy a lehetőségek száma megfelelő, de azok kihasználtságát kellene hatékonyabbá tenni. Ehhez a munkához a jövőben is várjuk a szabad energiával és motivációval rendelkező kollégák jelentkezését.

Az ötödik témakör a „rendezvények/képzések". A válaszok alapján a Kávészünet mára a HGYE első számú védjegyévé vált: a válaszadók 98%-a ismeri, és szinte mindenki (90%) fontosnak is tartja, hogy jelen legyen az eseményen. A többi rendezvény közül a Gyermek-alapellátási Akadémiát (45%) ismerték legkevésbé, ugyanakkor népszerűsége azok között, akik ismerték, nagyon magas (80%) volt. A válaszadók 4,5-ös osztályzatot adtak a rendezvények, képzések szervezésére, lebonyolítására, a jelentkezés módjára, így elmondható, hogy jól vizsgázott a szervező csapat. Az éves szakmai program összeállításakor egyre nagyobb nehézséget jelent a naptár zsúfoltsága, illetve a szakmai és szakmapolitikai kérdések arányának helyes megtalálása. A kérdőívet kitöltők 70%-a érzi úgy, hogy ez utóbbi arány jelenleg is megfelelő, ugyanakkor a maradék 30% véleménye csaknem egyenlően oszlik meg a tekintetben, hogy melyiknek az arányát volna szerencsés növelni a jövőben. Az összes válaszadó 54%-a gondolta úgy, hogy a küldöttgyűlés lebonyolítására a Kávészünet keretei is alkalmasak, és csak 12%-uk szeretné külön rendezvényként megtartani. Ugyanakkor a küldöttek már „csak" fele-fele arányban gondolták, hogy az önálló közgyűlés elhagyása jó ötlet. A HGYE területi küldöttjeinek munkáját 3,5 pontra értékelték a válaszadók, amely a legalacsonyabb pontszám volt a kérdőív válaszainak sorában. Az utolsó kommentekben is gyakran éreztük, hogy főként a vidéken, nehéz praxisokban, egyedül dolgozó kollégák érzik úgy, hogy nincs kihez fordulniuk napi problémájukkal, gondjaikkal. A HGYE vezetősége is érzékelte, hogy az egyesület vezetőségét a tagokkal összekötő rendszer nem mindenhol és mindig működik megfelelően. Az ezen való változtatás a jövő egyik legfontosabb feladata lesz, ebben segíthet például a HGYE internetes oldalán elindított zárt fórum, ahová témajavaslatokat és hozzászólásokat is várunk!

Összefoglalva: A HGYE vezetőségének elmúlt évben végzett tevékenységével a válaszadó tagok elégedettek, bár válaszaikkal jelezték, hogy minden területen lehet javítani, fejlődni. Azaz nem dőlhet hátra karba tett kézzel egy vezetőségi tag sem.

A kérdőív elérhető lesz a www.hgye.hu oldalon, ahol külön fórumpontban várjuk a további észrevételeket, javaslatokat.

Pölöskey Péter

Kedves Kolléga!

Ha még nem fizette be, kérjük, utalja át 10 000 forintos éves tagsági díját a Házi Gyermekorvosok Egyesülete OTP banknál vezetett alábbi számlájára:

11713005-20419448

Kérjük, hogy a közlemény rovatban tüntesse fel nevét! Az összeg beérkezését követően a nyilvántartásunkban szereplő névre és címre juttatjuk el a számlát.

Tájékoztatjuk, hogy a praxisukat ténylegesen feladó kollégákat – kérésük esetén – fizetési kötelezettség nélkül is megilletik a HGYE-tagoknak járó kedvezmények.

Tisztelettel a HGYE titkársága

A spanyolok szerint a bizalom lehet a megoldás

Confianza, vagyis bizalom. Ezzel a szóval kezdődik az a felhívás, amellyel 2018. év elején fordult a spanyol társadalomhoz a Spanyol Alapellátó Gyermekorvosok Szövetsége (AEPED) és a Spanyol Járóbeteg- és Alapellátó Gyermekorvosok Társasága (SEPEAP) a gyermekorvosi alapellátás megmentése érdekében. Tették mindezt azért, mert meglátásuk szerint „ez a sok más ország által irigyelt ellátási forma került veszélybe az előrelátás és távlati tervezés hiánya, valamint az erőforrásokkal történő nem megfelelő gazdálkodás miatt". A szülői aláírásgyűjtésre felszólító kiáltványban azt írják, hogy több mint 15 éve folyamatosan próbálják a spanyol közélet figyelmét – sajnos ez idáig mindenfajta eredmény nélkül – felhívni arra, hogy az alapellátó egészségügyi centrumokból nagy számban hiányoznak a gyermekorvosok. „A helyzetet tovább rontották a költségvetési megszorítások, a generációváltás hiánya és a munkakörülmények romlása, amelyek az újonnan képzett gyermekorvosok következményes elvándorlásával társultak. Ezek a nehézségek odáig vezettek, hogy az Egészségügyi és Oktatásügyi Minisztérium néhány illetékese, önkormányzati hivatalnokok és vezetők az elmúlt hónapokban már arról beszéltek, hogy ezen ellátási formát hagyják magától kihalni. Ezekkel a megnyilatkozásaikkal is alulértékelve az alapellátó gyermekorvosok által a gyermekeknek és családjaiknak nyújtott szakellátás fontosságát az egészséges és beteg újszülöttek, csecsemők, gyermekek és kamaszok egészségmegőrzésében." – áll a gyermekorvosok közleményében.

Felmérések bizonyítják ugyanakkor, hogy a szülők gyermekeik egészségét gyermekorvos kezében érzik biztonságban, és bizalmuk nagyon erős a választott gyermekorvosuk felé. Ezzel párhuzamosan az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok szerint tudományosan igazolt az általuk nyújtott szolgáltatás hatékonysága, fontos szerepet tölt be a felnövekvő nemzedék egészségének megőrzésében. A családok és a szakemberek nagyfokú és közös bizalma ez iránt az ellátási modell iránt remélhetően hozzájárul a fenntartásához. Ezért kapta a kampány a Confianza (bizalom) címet.

A Magyarországnál kb. ötször népesebb Spanyolországban hivatalosan 6426 gyermekorvosi praxist tartanak nyilván a különböző egészségügyi centrumokban, amelyek 3–4%-a (kb. 200) – a legfrissebb adatok szerint – betöltetlen, és mintegy további 30%-ukban nem gyermekgyógyász szakorvos látja el a feladatokat. (Spanyolországban a „háziorvosok" nem tulajdonosai a praxisuknak, hanem közalkalmazotti formában látják el munkájukat.) Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosoknak csak a harmada fiatalabb 45 évnél, miközben 240-en (kb. 4%) mennek nyugdíjba a közeljövőben. Ezzel szemben a spanyol gyermekszakorvos-képzésből kikerülők száma évek óta nem változott: 114 fő, amely a jövőben üressé váló helyek felének betöltését sem biztosítja. Nem is beszélve arról, hogy amíg 2014-ben a végzett gyermekorvosok 30%-a választotta az alapellátást munkahelyéül, addig 2017-ben már csak 24%-uk, vagyis a tendencia egyáltalán nem kedvező. Amíg korábban „csak" a vidéki centrumokban (például Andalúzia kis településein) okozott problémát gyermekorvost találni, addig mostanra már Madridban is csaknem lehetetlen a szabadságok és távollétek idejére gyermekorvos-helyettest biztosítani. Mindez logikusan vezet az ellátást még éppen biztosító gyermekorvosok túlterheltségéhez és a szolgáltatás minőségének romlásához, azaz hosszú távon kiégéshez, elvándorláshoz. Míg a szakmai szervezetek az egy gyermekorvoshoz tartozó kártyaszámot 800 és 900 között tartják ideálisnak, addig mostanra átlagosan 1031 gyermek tartozik egy orvoshoz, és minden tizedik gyermekorvosnak több mint 1500 kártyája van.

A két szakmai szervezet (AEPED, SEPEAP) közös megoldási javaslatai között a szakorvosképzés létszámának megnövelése, a nehezen betölthető praxisok kiemelt anyagi támogatása, az elszigetelt rendelők helyett a kistelepülések gyermekeinek közös centrumban történő ellátása, a rendelőn kívüli ellátások csökkentése, az alapellátó gyermekorvosok rendelési idejének a magánélettel való összehangolása, az alapellátó gyermekorvos mint szakorvosi ellátás kompetenciáinak megerősítése, valamint a gyermekápoló szakdolgozók jelenlétének egységes biztosítása szerepelnek. Külön kiemelik annak fontosságát, hogy az általános orvosképzés során minél többször, a szakorvosképzés során pedig legalább 6 hónapon keresztül biztosítsák annak a lehetőségét, hogy a jövendő orvosgeneráció tagjai az alapellátásban dolgozva ismerhessék meg a szakma kihívásait és szépségeit.

Miért fontos nekünk magyar házi gyermekorvosoknak az, ami az Ibériai-félszigeten történik?

A csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok által biztosított gyermekorvosi alapellátásnak nincsenek egységes elvei Európában. A „nagy" országok közül Spanyolország az egyik, amelynek hagyományai és ellátási formája a miénkhez nagyon hasonló, és amely eddig elkötelezett volt a gyermekorvosi alapellátás ezen formájának fenntartása mellett. Az Elsődleges Ellátó Gyermekorvosok Európai Szövetségének (ECPCP) vezetését jelenleg is egy spanyol kolléga látja el. Az AEPED és SEPEAP javaslatai szinte szó szerint megegyeznek a HGYE „Megújuló gyermek-alapellátás" munkaanyagában leírtakkal, talán nem véletlenül.

Az NEAK honlapján fellelhető adatok szerint az 1495 nyilvántartott magyarországi házi gyermekorvosi praxis 4,4%-a (66) tartósan betöltetlen, a magyar gyermekek egynegyedének ellátása pedig jelenleg is vegyes háziorvosi praxisban történik. Magyarországon az aktívan praktizáló házi gyermekorvosok száma 1429, közülük 425-en (30%) dolgoznak a 65 éves nyugdíjkorhatár felett. Ha csak egyharmaduk gondol a

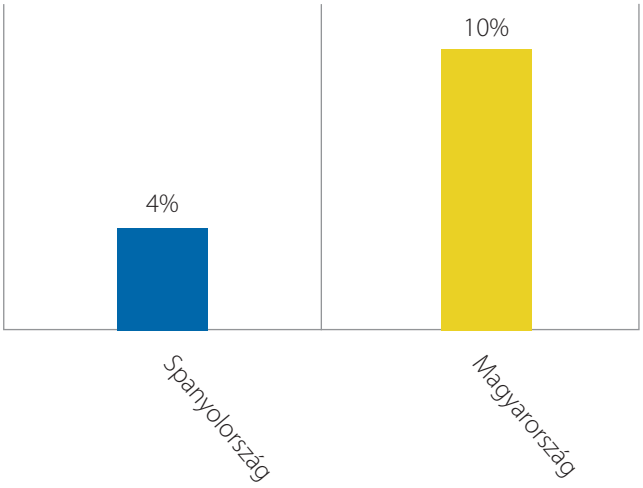
közeljövőben nyugdíjba vonulásra, az akkor is 140 (tízszázaléknyi) hamarosan megüresedő praxist jelent. A 45 év alatti kollégák létszáma elkeserítően alacsony (131 fő), amely így a 10%-ot sem éri el. A gyermekgyógyász rezidensképzés keretszámát a közelmúltban sikerült 80 főre emelni, amely a minimálisan szükségesnek így is csak a fele. (Nem is beszélve arról, hogy nem volt jelentkező az összes helyre.) Egy 2016-os adat alapján az átlagos házi gyermekorvosi kártyaszám 922 volt, amely azóta minden bizonnyal csak emelkedett.

Spanyolországban az alapellátásban dolgozó gyermekorvos kollégáink úgy érezték, hogy a feléjük megnyilvánuló szülői bizalomban, a nyilvánosság és a szülői aláírások erejében bízhatnak akkor, ha szeretett szakmájuk megmentéséért hatékonyan tenni akarnak. A fenti összehasonlító adatokat látva nekünk, magyaroknak legalább egy ügydöntő népszavazás erejére volna szükségünk ahhoz, hogy haldokló szakmánkat feltámasszuk. Kérdés, hogy mi bízunk-e önmagunkban és bízunk-e a családok belénk vetett bizalmában.

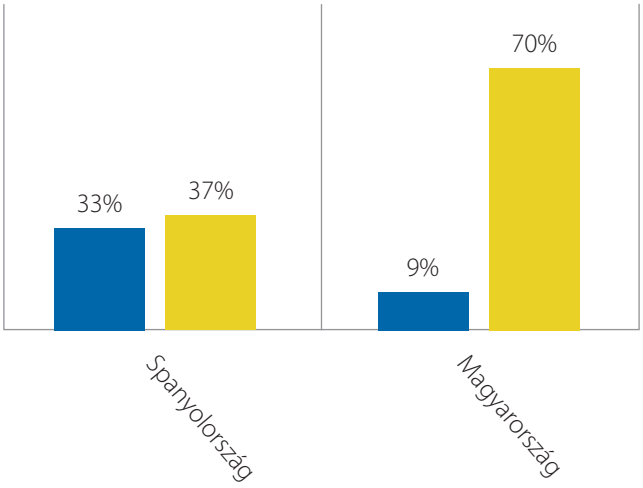
A spanyol és magyar gyermekorvosi alapellátás összehasonlítása

	Spanyolország	**Magyarország**
Betöltetlen házi gyermekorvosi praxisok aránya	3–4%	4%
Nem gyermekgyógyász szakorvos által ellátott gyermekek aránya	kb. 30%	kb. 25%
45 évnél fiatalabb házi gyermekorvosok aránya	33%	**9% (!)**
55 évnél idősebb házi gyermekorvosok aránya	37%	**70% (!)**
A közeljövőben várhatóan nyugdíjba vonuló házi gyermekorvosok aránya a jelenleg praktizálók között (becslés)	4%	**10% (!)** (nyugdíjaskorúak 1/3-a)
A csecsemő- és gyermekgyógyász-szakorvosképzés létszáma (/év)	114	80
A szakorvosképzésből az alepellátásba jutó orvosok aránya	24%	nincs adat
Átlagos kártyaszám	1031	922 (2016-os adat)

A közeljövőben várhatóan nyugdíjba vonuló házi gyermekorvosok aránya a jelenleg praktizálók között (becslés)



Alapellátó gyermekorvosok korfája



Igazolás

Célozzuk inkább a házirendeket!

A Hírvivő legutóbbi számában ismét foglalkoztunk az igazolások tarthatatlan gyakorlatával. Leírtuk, hogy rengeteg időt elvesz tőlünk az, hogy orvost nem igénylő, enyhe betegségek miatt, csak azért mert a szülő évente mindössze három napot igazolhat, magas az indokolatlan orvos–beteg találkozások száma, és ez jelentős mértékben csökkenti munkánk hatékonyságát. Ezzel kapcsolatos felmérésünk összegzését még decemberben eljuttatta a Szakmai Kollégium Gyermekalapellátás Tanácsa az EMMI Egészségügyért Felelős, illetve Oktatásért Felelős államtitkárának.

Ónodi-Szűcs Zoltán azt válaszolta, hogy egyeztetést kezdeményez az oktatásért felelős államtitkárral, Palkovics László azonban nem lát indokot a hatályos szabályozás központi korrekciójára, mert az veszélyeztetné a tankötelezettség teljesítését, és ezzel a tananyag elsajátítását. Álláspontja szerint jelzett problémáinkat helyi – intézményi – szinten is rendezni lehet.

Tény, hogy a köznevelési jogszabályok semmilyen formában nem tartalmaznak időtartamra vonatkozó megkötést a szülő által igazolható napok számát illetően. A 20/2012. (VIII.31) EMMI rendelet 51. paragrafusa alapján a mulasztás igazoltnak tekinthető, ha a tanuló a távolmaradását a házirendben meghatározottak szerint igazolja. A házirendet, és abban a szülő által igazolható napok számát a helyi sajátosságok figyelembevételével az iskola határozza meg, a házirendet az iskolaszék véleményezheti.

Ha változtatni akarunk, most úgy néz ki, egyénenként kell megoldást keresnünk: fel kell vennünk a kapcsolatot az ellátási körünkbe tartozó iskola tantestületével, igazgatójával, esetleg az intézmény fenntartójával, vagy az iskolaszékkel kell egyeztetnünk. Náluk kell érvelnünk a házirend megváltoztatásáért, ráadásul gyorsan kell lépnünk, mert a házirend módosítására többnyire a tavaszi hónapokban kerül sor.

KF

Abszurdum!

Szemelvények Szakács Krisztina pomázi házi gyermekorvosnak a Dívány internetes portálon megjelent interjújából:

„… A Házi Gyermekorvosok Egyesülete érti a problémát, a szülők nagy része érti a problémát, csak valahogy a pedagógusok nem értik, miért lenne szükség a változtatásra. Az elmúlt években a törvényhozóktól sem várhattunk megoldást.

Micsoda abszurdum ez? A pedagógus a szülőnek nem hisz, de az én pecsétes, telefonos bemondás alapján kitöltött papíromnak igen? A pedagógusok, azt hiszem, nem értik, hogy mind a szülőnek, mind pedig a házi gyermekorvosnak micsoda teher ez napi szinten, 50–70-es betegforgalom esetén. Ráadásul teljesen értelmetlen az egész procedúra…

Kérdezem: hogyan írhatnék én igazolást pénteken, ha a gyermek hétfőn fog közösségbe menni? Honnan tudjam pénteken azt, hogy a gyermek hétfőn egészséges lesz?

Nagyon szeretném, ha az oktatásban végre meghallanák a gyermekorvosok és szülők közös hangját… és merjünk változtatni! Az elavult, „így szoktuk" rendszer ideje lejárt! Szeretném hangsúlyozni azt, hogy jelenleg nincs olyan törvény, amely előírná, hogy minden iskolai hiányzást orvosi vizsgálattal kell igazolni!

Az orvosi igazolások rendszere nemcsak felesleges, de a következőkben felsoroltak miatt erkölcsileg is romboló, sőt káros:

- Káros, mert zavarja a gyermekorvost abban, hogy munkáját megfelelően végezze. Zavaró az, hogy egy betegvizsgálat alatt kb. 2-3-szor csörren meg a telefon igazolásért. Hogyan tudna a gyermekorvos egyszerre légzési hangokat hallgatni és telefonon beszélni? Hogyan koncentráljon az édesanya, édesapa mondandójára, miközben asszisztense egy másik szülő telefonos kérésére igazolásokat írogat? …Miért kell igazolásokat gyártani abban az értékes időben amit a beteg vizsgálatára fordíthatnánk?
- A szülőnek, bár legtöbb esetben kompetens, és képes gyermeke ápolására, mégis a gyermekorvosi váróban kell ülnie a már gyógyult gyermekével az igazolásért. Vagyis kénytelen gyógyult gyermekét értelmetlenül veszélyeztetni.
- Ha a szülő nem jelenik meg gyógyult gyermekével a betegrendelésen, hanem telefonos bemondás alapján kéri a gyermekorvostól az igazolást, a gyermekorvos kénytelen úgy kiállítani az igazolást, hogy nem is látta a gyermeket. Ez lényegében azt jelenti, hogy a gyermekorvos a szülő szavát elhiszi, az iskola viszont nem, ami azt is jelenti, hogy az iskola számára a szülő szava nem elég, nem tartja kompetens személynek a gyermeke ápolásában.
- A szülő sokszor kényszerül arra, hogy gyermekorvosától kérjen igazolást egyes családi események (pl. temetés, esküvő, utazás) miatti hiányzás kapcsán… Orvosként mi közöm van ehhez? Teljesen értelmetlen az egész!
- Egy kamasz lógását az igazolás kiadása nem oldja meg. Az olyan tünetek felsorolása, mint pl. fáj a fejem, fáj a hasam, gyengének érzem magam, nem jelent nagy kihívást egy kamasz számára. Nem feltétlenül biztos ezért, hogy valós panaszra állítunk ki igazolást. Ez erkölcsileg teljesen romboló!

A Klebelsberg Központ elnökének válasza

Hozzájárulhat a probléma megoldásához, ha nemcsak az egyesület, hanem a kollégák is ütik a vasat, úgy, ahogy ezt például Korausz Etelka vezetésével Pomáz környéki kollégáink is teszik. Idézünk dr. Solti Péternek, a Klebelsberg Központ elnökének, hozzá írt válaszából:

„A jelenleg hatályos jogi szabályozás nem rendelkezik a szülő–gondviselő által igazolható tanítási napok számáról, ezt a kérdést az intézményi alapdokumentumok – elsősorban a házirend – szabályozzák a köznevelési intézményekben. A nevezett alapdokumentumok megalkotása intézményi hatáskör, abba a fenntartónak nincs beleszólása. A Klebelsberg Központ és a tankerületi központok tiszteletben tartják az intézményi autonómiát. Véleményünk szerint hibás döntés lenne, ha bármilyen központi szabályozás születne a szülő–gondviselő által igazolható tanítási napok számáról, tekintettel a téma érzékenységére, az egyes intézményeket használó diákok, családok szociokulturális hátterére, az intézmények szűkebb és tágabb társadalmi környezetére. A Klebelsberg Központ mint középirányítói feladatkörrel rendelkező szerv azon dolgozik hogy a családok számára minél kevesebb adminisztrációs és logisztikai feladatot jelentsen a tankötelezettség teljesítése. Ennek értelmében felhívjuk a fenntartói feladatokat ellátó tankerületi központokon keresztül a köznevelési intézmények figyelmét arra, hogy a tanulói hiányzások igazolásával kapcsolatos belső szabályzataikat vizsgálják felül, és a mostani gyakorlatnál, amennyiben ezt indokoltnak látják, a gyermekek, a szülők és a háziorvosok számára kedvezőbb, kevesebb teherrel járó szabályokat hozzanak."

Elment Szatmári András professzor

Nincs még fél évtizede, hogy egyesületünk tiszteletbeli tagjának választottuk Szatmári András professzort, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet szakmai-tudományos főigazgatóhelyettesét, egyetemi tanárt, a gyermekosztály vezetőjét. Biztosan örült ennek és a többi, jóval nagyobb elismerésnek is, de aki közelebbről ismerte őt, tudta, hogy ha valaki, ő aztán igazán nem a kitüntetések, a formalitások embere. Nagy tudású, elismert szaktekintély volt, aki korszakos megújító hatást gyakorolt az egész magyar gyermekkardiológiára. Ugyanakkor a szó nemes értelmében egyszerű, a dolgokat a maguk értékén szemlélő, praktikus szemléletű kollégát is tisztelhettünk benne. Élmény volt vele a gyermekkardiológiáról, de az egész gyermekgyógyászatról beszélgetni. Szinte izzott benne a hivatástudat, a folyamatos tenni akarás.

Tisztában volt a gyermekek területi gyermekorvosi ellátásának fontosságával is. Erről nem kellett külön meggyőzni őt, hiszen pályafutása is a vidéki emberek orvosi alapellátásával indult. Saját tapasztalatból ismerte e munka nehézségét, de szépségét is.

Nemzetközi szintű kardiológiai ismereteit a Rotterdami Erasmus egyetemi kórházban szerezte. Pályaíve a 10 éves hollandiai gyermekkardiológiai tevékenységben és ottani vezető kardiológusi szerepben csúcsosodott ki, amely aztán hazatérve, itthon folytatódott. Az ott elsajátított modern, katéter-intervenciós beavatkozások hazai megvalósításával, fiatal gyermekkardiológus utódok felnevelésével örökre nyomot hagyott nemcsak a gyermekkardiológiában, de az egész magyar gyermekgyógyászatban is. Követendő példa, ahogyan tanítványait menedzselte. A gyermekeken végzett szívátültetések hazai bevezetésében is oroszlánrészt vállalt.

A gyermekkardiológia szédületes fejlődésének eredményeit nagy lelkesedéssel mutatta be munkatársaival a HGYE különböző rendezvényein. Nem olyan régen egy konferencia reggelizőasztalánál még arról beszélgettünk, hogy milyen témaválasztással lehetne még közelebb hozni a gyermekkardiológiát a házi gyermekorvosok gyakorlatához. A Magyar Gyermek Kardiológiai Társaság, az Európai Gyermekkardiológiai Társaság, az európai gyermekkardiológiai képzési bizottság elnökeként is azt tartotta, hogy nagyon sok múlik a kardiológiai diagnosztikában és a szívbetegek, a szívműtéten átesettek területi gondozásában a gyermekorvosi alapellátáson. Gondolkodásának nagy értéke volt az a szemlélet, amellyel a gyermekellátás különböző őrhelyein tevékenykedő gyermekgyógyászokat elismerte és értékelte. Mint oly kevesen ebben a specializálódó világban, képes volt egységben látni a hazai gyermekorvosi ellátást, gyermekgyógyászatot.

Nagy űrt hagyott mint ember, mint kolléga, mint vezető kardiológus. És mint barát…

András, nagyon hiányzol!

Kálmán Mihály

Adatot csak az érintett hozzájárulásával lehet továbbítani

Mi is az a GDPR és miért fontos, hogy ismerjük?

A technológia minden eddiginél gyorsabb fejlődése és a globalizáció új kihívások elé állította a személyes adatok védelmét. Az egyes emberek is egyre nagyobb mértékben hoznak nyilvánosságra és tesznek globális szinten is elérhetővé személyes adatokat, ez egyaránt átalakította a gazdasági és a társadalmi életet, és egyre inkább elősegíti a személyes adatok unión belüli és kívüli szabad áramlását.

Az Európai Parlament közel két éve fogadta el az Európai Unió összes tagállamában 2018. május 25-től közvetlenül hatályba lépő Általános Adatvédelmi Rendelet (General Data Protection Regulation – GDPR) című szabályozást. Az uniós rendelet sajátossága, hogy érvénybe lépéséhez nincs szükség belső jogforráshoz.

A jelenlegi hazai szabályozás alapja az 1997. évi XLVII. Törvény és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, valamint a 2011. évi CXII. Törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról. Ez a szabályozás az új európai rendelet következtében feltehetően módosul. A következőkben azon fontosabb rendelkezéseket ismertetjük, amelyeket az egészségügyi ellátás szempontjából jó, ha ismerünk, illetve kiemeljük azon változásokat, amelyek eltérőek a hatályos jogszabályoktól.

A rendelet hatálya kiterjed minden olyan vállalkozásra, amely európai polgárok adatait kezeli.

FOGALOMMEGHATÁROZÁSOK

A rendelet alkalmazásában *személyes adat* az azonosítható természetes személyre (érintett) vonatkozó bármely információ. Azonosítható az a természetes személy, aki közvetlen vagy közvetett módon, valamely azonosító (például név, szám, helymeghatározó adat, online azonosító) révén, vagy testi, fiziológiai, genetikai, szellemi, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára vonatkozó tényezők alapján azonosítható. Az *egészségügyi személyes adatok* közé tartoznak az érintett egészségi állapotára, a számára nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó olyan adatok, amelyek információt hordoznak az érintett múltbeli, jelenlegi vagy jövőbeli testi vagy pszichikai egészségi állapotával kapcsolatban.

A SZEMÉLYES ADATOK KÜLÖNLEGES KATEGÓRIÁINAK KEZELÉSE

Az etnikai származásra, politikai véleményre, vallási vagy világnézeti meggyőződésre utaló személyes adatok, valamint a természetes személyek egyedi azonosítását célzó genetikai és biometrikus adatok, az egészségügyi adatok és a természetes személyek szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó személyes adatok kezelése tilos. A fenti rendelkezés nem alkalmazandó, ha az érintett kifejezett hozzájárulását adta a személyes adatok kezeléséhez, vagy ez olyan személyes adatokra vonatkozik, amelyeket az érintett kifejezetten nyilvánosságra hozott. Akkor is megengedett az adatkezelés, ha az megelőző egészségügyi vagy munkahelyi egészségügyi célokból, orvosi diagnózis felállítása, egészségügyi ellátás vagy kezelés nyújtása érdekében történik, vagy amennyiben a különleges kategóriához tartozó személyes adatok kezelése olyan szakember által vagy olyan szakember felelőssége mellett történik, aki szakmai titoktartási kötelezettség hatálya alatt áll (egészségügyi személyzet).

A személyes adatok különleges kategóriáira vonatkozó adatkezelési tilalomtól való eltérés megengedhető a népegészségügyi, a fertőző betegségek és más súlyos egészségügyi veszélyek megelőzése, valamint az ellenük való védekezés érdekében végzett személyesadat-kezelés esetében.

Adatkezelés a személyes adatokon vagy adatállományokon bármely művelet, így a gyűjtés, rögzítés, rendszerezés, tagolás, tárolás, átalakítás vagy megváltoztatás, lekérdezés, betekintés, felhasználás, közlés, továbbítás, terjesztés vagy egyéb módon történő hozzáférhetővé tétel, összehangolás vagy összekapcsolás, korlátozás, törlés, illetve megsemmisítés.

Itt hívjuk fel a figyelmet az egyik fontos eltérésre a jelenleg hatályos hazai szabályozás és az európai rendelet között. A hazai szabályozás szerint adatkezelés és adatfeldolgozás esetén az érintett betegségével kapcsolatba hozható minden olyan egészségügyi adat továbbítható, amely a kezelőorvos vagy a háziorvos döntése alapján a gyógykezelés érdekében fontos, kivéve, ha ezt az érintett írásban vagy önrendelkezési nyilvántartásba vett nyilatkozatában megtiltja. Ennek lehetőségéről a továbbítás előtt az érintettet tájékoztatni kell. Az ez év májusában hatálybalépő szabályozás értelmében az adattovábbítás mint az adatkezelés fogalomkörébe tartozó elem csak az érintett hozzájárulása esetén lehetséges.

Adatkezelő (pl. az orvos) az a természetes vagy jogi személy, amely a sze-

mélyes adatok kezelésének céljait és eszközeit önállóan vagy másokkal együtt meghatározza és a jogszabályok alapján kezeli azokat.

Adatfeldolgozó az a természetes vagy jogi személy, amely az adatkezelő nevében személyes adatokat kezel.

Harmadik fél az a természetes vagy jogi személy, közhatalmi szerv, ügynökség vagy bármely egyéb szerv, amely nem azonos az érintettel, az adatkezelővel, az adatfeldolgozóval vagy azokkal a személyekkel, akik az adatkezelő vagy adatfeldolgozó közvetlen irányítása alatt a személyes adatok kezelésére felhatalmazást kaptak.

Az érintett hozzájárulása az érintett akaratának önkéntes, konkrét és megfelelő tájékoztatáson alapuló és egyértelmű kinyilvánítása, amellyel az érintett nyilatkozat vagy a megerősítést félreérthetetlenül kifejező cselekedet útján jelzi, hogy beleegyezését adja az őt érintő személyes adatok kezeléséhez.

Az érintett jogosult arra, hogy hozzáférjen a rá vonatkozóan gyűjtött adatokhoz, valamint, hogy egyszerűen és észszerű időközönként, az adatkezelés jogszerűségének megállapítása és ellenőrzése érdekében gyakorolja e jogát. Ez magában foglalja az érintett jogát arra, hogy az egészségi állapotára vonatkozó személyes adatokhoz – mint például a diagnózishoz, a vizsgálati leletekhez, a kezelőorvosok véleményeihez, valamint a kezeléseket és a beavatkozásokat tartalmazó egészségügyi dokumentációkhoz – hozzáférjen.

A SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉRE VONATKOZÓ ELVEK

Az adatok kezelésének minden esetben jogszerűnek, tisztességes eljárás keretében átláthatónak, célhoz kötöttnek, adattakarékosnak és pontosnak kell lennie. Az utóbbi elv magába foglalja a naprakészséget, ezért minden észszerű intézkedést meg kell tenni annak érdekében, hogy az adatkezelés céljai szempontjából pontatlan személyes adatokat haladéktalanul töröljék vagy helyesbítsék. Az adatok kezelését oly módon kell végezni, hogy megfelelő technikai vagy szervezési intézkedések alkalmazásával biztosítható legyen a személyes adatok megfelelő biztonsága, az adatok jogosulatlan vagy jogellenes kezelésével, véletlen elvesztésével, megsemmisítésével vagy károsodásával szembeni védelme.

A személyes adatok kezelése kizárólag akkor jogszerű, amennyiben az alábbiak egyike teljesül. Az érintett hozzájárulását adta személyes adatainak kezeléséhez (beteg vagy törvényes képviselője), az adatkezelés az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges (NEAK-szerződés), az adatkezelés az érintett létfontosságú érdekeinek védelme miatt szükséges (alapellátás), az adatkezelés közérdekű vagy az adatkezelőre ruházott közhatalmi jogosítvány gyakorlásának keretében végzett feladat végrehajtásához szükséges (pl. feladatátvállalási szerződés).

A HOZZÁJÁRULÁS FELTÉTELEI

Ha az adatkezelés hozzájáruláson alapul, az adatkezelőnek igazolnia kell, hogy az érintett személyes adatainak kezeléséhez hozzájárult világosan és egyszerűen megfogalmazva. Az érintett jogosult arra, hogy hozzájárulását bármikor visszavonja. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

A GYERMEK HOZZÁJÁRULÁSÁRA VONATKOZÓ FELTÉTELEK

A közvetlenül gyermekek vonatkozásában végzett személyes adatok kezelése akkor jogszerű, ha a gyermek a 16. életévét betöltötte. A 16. életévét be nem töltött gyermek esetén a gyermekek személyes adatainak kezelése csak akkor és olyan mértékben jogszerű, ha a hozzájárulást a gyermek feletti szülői felügyeletet gyakorló adta meg, illetve engedélyezte. A tagállamok e célokból jogszabályban ennél fiatalabb, de a 13. életévnél nem alacsonyabb életkort is megállapíthatnak.

AZ ADATKEZELÉSI TEVÉKENYSÉGEK NYILVÁNTARTÁSA

Minden adatkezelőnek (pl. házi gyermekorvos) a felelősségébe tartozóan végzett adatkezelési tevékenységekről nyilvántartást kell vezetnie. Ez a rendelkezés a másik nagyon fontos eltérés jelenlegi a hazai szabályozás és az Európai Unió rendelete között. A hazai szabályozás eddig csak bizonyos esetekben írt elő nyilvántartási kötelezettséget a kezelő orvos számára. A részletszabályozásra a közeljövőben térünk vissza.

AZ ÉRINTETTEK JOGAI

Az érintett hozzáférési joga: Az érintett jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, és ha ilyen adatkezelés folyamatban van, jogosult arra, hogy a személyes adatokhoz hozzáférést kapjon.

A helyesbítéshez való jog: Az érintett jogosult arra, hogy kérésére az adatkezelő indokolatlan késedelem nélkül helyesbítse a rá vonatkozó pontatlan személyes adatokat, valamint hogy kérje a hiányos személyes adatok – egyebek mellett kiegészítő nyilatkozat útján történő – kiegészítését.

A törléshez való jog (az elfeledtetéshez való jog): Az érintett jogosult arra, hogy kérésére az adatkezelő indokolatlan késedelem nélkül törölje a rá vonatkozó személyes adatokat, az adatkezelő pedig köteles arra, hogy az érintettre vonatkozó személyes adatokat indokolatlan késedelem nélkül törölje.

Az adatkezelés korlátozásához való jog: Az érintett jogosult arra, hogy kérésére az adatkezelő korlátozza az adatkezelést, ha annak feltételei fennállnak.

Az adathordozhatósághoz való jog: Az érintett jogosult arra, hogy a rá vonatkozó, általa egy adatkezelő rendelkezésére bocsátott személyes adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja, továbbá jogosult arra, hogy ezeket az adatokat egy másik adatkezelőnek továbbítsa.

Laparoszkópia gyermekkorban

Dr. Fadgyas Balázs gyermeksebész

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

MI A LAPAROSZKÓPIA?

A laparoszkópia magyarul hasűri tükrözés. A technika a 80-as évek óta ismert, a „felnőttsebészet" után, az eszközök egyre kisebb méretűvé válása tette lehetővé, hogy a gyermeksebészetben is napi rutinná válhatott. Az eljárás lényege, hogy a hasüreget szén-dioxiddal felfújjuk, így teret nyerünk az intraabdominalis manipulációhoz. Ún. trokárokon, munkacsatornákon át hosszú, kötőtűhöz hasonló eszközöket tudunk bevezetni a hasüregbe, amelyekkel elvégezzük a műtétet. Az optika 3, 5, 10 mm, az eszközök bevezetéséhez szükséges trokár 3 vagy 5 mm vastag. A hasüregbe belátni az optika segít, amelyet egy fénykábel köt össze a videorendszerrel, így egy nagy monitoron tudjuk követni, mi történik a hasüregben. A külső felszerelést a „tornyon" helyezzük el, itt foglal helyet a monitor, a szén-dioxid-palack és az eszköz, ami szabályozott nyomással befújja a gázt.

MIÉRT LEHET JOBB A LAPAROSZKÓPIA?

Egyértelműen jobb esztétikai eredménynyel jár egy laparoszkópos műtét: a köldökben rejtjük el az egyik sebet, amely pár héttel a műtét után szinte nem is látszik. A trokárok méretétől és számától függően 1–3 darab, 3–5–10 mm-es heg marad vissza. A posztoperatív fájdalom kisebb, hamarabb mobilizálhatók a betegek, a kórházi tartózkodás is rövidebb lehet.

ANESZTEZIOLÓGIAI SZEMPONTOK, MŰTÉTI ELŐKÉSZÍTÉS

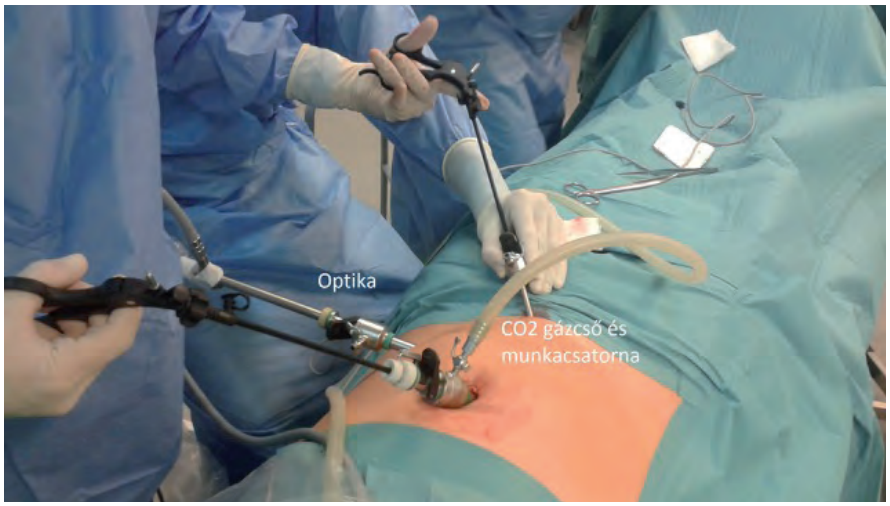
Napjainkban a gyermekanesztézia fejlett, biztonságos. Az egyszerűbb beavatkozások maszkos altatásban, a negyedóránál hosszabb, de 2 óránál rövidebb, testüregmegnyitással nem járó műtétek általában laringeális maszkos narkózisban, a komolyabb, hosszabb, testüregmegnyitással járó műtétek intubációs narkózisban történnek. A laparoszkópia során a gyermek méretétől függően 8–14 Hgmm nyomásra fújjuk fel a hasüreget, ezért szükséges az intubációs narkózis. Laparoszkópos műtét előtti napon javasoljuk, hogy a gyermekek ne fogyasszanak puffasztót, illetve éjfél után semmit ne egyenek, majd csak reggel 6 óra körül 1–2 dl cukros teát vagy vizet igyanak. A legtöbb műtétnél nincs szükség nagyobb előkészítésre, hashajtásra, beöntésre.

MELYEK A LEGGYAKORIBB AKUT KÓRKÉPEK, AMELYEKET LAPAROSZKÓPOS ÚTON LÁTHATUNK EL?

Mind a mai napig a leggyakoribb műtéti ellátást igénylő akut kórkép az appendicitis. A műtétet korábban a klasszikus McBurney-rácsmetszésen keresztül operáltuk, amely egy jobb alhasi ferde, néhány cm-es incisiót jelentett. A fenti, klasszikus műtétet Lanz-metszésből is lehet végezni, ilyenkor a fehérnemű felső vonalának magasságában haránt metszést ejtünk, majd a hagyományos műtétet végezzük el. Ez a két műtéti eljárás mind a mai napig használatos, mert nem mindig lehetséges laparoszkópiát végezni (anatómiai okok, aneszteziológiai kontraindikáció). Laparoszkópia során általában köldöktájéki 10 mm-es metszést, illetve a munkacsatornák, portok behelyezése miatt még két, 5 mm-es incisióra van szükségünk. Intézetünkben jelenleg is folyik a laparoszkópos appendectomia eredményeinek értékelése, de már a korai adatokból is egyértelműen látszik, hogy a hagyományos műtéthez képest rövidebb a kórházi tartózkodás.

Leányok ováriumtorzióját korábban Pfannenstiel-metszésből tudtuk ellátni, amely az alhas haránt metszésének felel meg. Laparoszkópia során három 5–10 mm-es metszést használunk, amelyen át detorqualni tudjuk a petefészek kocsányát, illetve az egyértelműen elhalt, életképtelen petefészek eltávolítását is megtehetjük. Az ováriumciszták műtéti ellátását is laparoszkóppal végezzük, a szolíd, nagyobb ovariumelváltozásokat viszont – méretük miatt – most is Pfannenstiel-metszésből látjuk el.

Amennyiben az ileocaecalis invaginatiót nem sikerült hidrosztatikusan desinvaginalni, műtéti ellátásra kényszerülünk. Korábban laparotomiát végeztünk (általában haránt laparotomia), majd manuális desinvaginatio történt. Ma már lehetőségünk van a laparoszkópos explorációra, desinvaginatióra is.



ELEKTÍV MŰTÉTEK

A leggyakoribb elektív műtétet igénylő gyermeksebészeti kórkép a lágyéksérv. A canalis inguinalison át sérvtartalom boltosul elő: ez lehet bélkacs, cseplesz, lányoknál ovárium. A lágyéksérv abszolút műtéti indikációt jelent, mindenképp meg kell operálni! Kizáródás ese-

tén akutan reponálni kell, sikertelenség esetén műtétet kell végezni. A műtétet csecsemőkorban igyekszünk az alapimmunizálás után (kb. 4 hónapos kor) elvégezni. Nagyobb gyermekek esetén a műtétet az első lehetséges időpontban végezzük el, ugyanis minél később kerül műtétre a beteg, annál nagyobb esélye van a kizáródásra. A klasszikus beavatkozás során az érintett oldali inguinalis redőben vezetett metszésből tárjuk fel a sérvet, majd a tömlő ellátása után zárjuk a sérvkaput. Ez egy néhány centiméteres műtéti heggel jár. Az utóbbi években mód nyílt a gyermekek lágyéksérvét is laparoszkópos úton megoldani. Jelenleg kb. 3–5 kg feletti testtömeg esetén végezzük a műtétet. Nagy esetszámú vizsgálatok bizonyítják, hogy a laparoszkópos lágyéksérvműtét után kevesebb a szövődmény (kiújulás, herezsugorodás), mint a hagyományos műtét esetében. A laparoszkópos műtét lényege, hogy a köldöktájéki seben át egy 5 mm optikát vezetünk a hasüregbe, amellyel mind a két sérvkaput meg tudjuk vizsgálni. Ezután kívülről bevezetett tűvel és fonallal zárjuk a sérvet. Ennek a műtétnek a nagy előnye, hogy egy 5 mm-es, illetve néhány gombostűfejnyi sebbel jár. Az ellenoldali sérvkaput is meg lehet vizsgálni külön feltárás nélkül, amennyiben sérvet igazoltunk ott is, az egy ülésben ellátható. A hagyományos feltárásnál ellenoldali sérvet nem keresünk, csak a manifeszt sérveket látjuk el. Így előfordulhat, hogy egy lágyéksérvműtét után akár pár nappal észleljük az ellenoldali sérvet és újabb műtétet kell végeznünk, újabb altatás során.

A gyermekkori epekövesség az életmódváltozás, elhízás miatt egyre gyakoribb. Ellátásuk a felnőttkori betegséggel megegyezik: műtéti epehólyag-eltávolítás indokolt. Amennyiben akut köves cholecystitis áll fenn, a panaszok kezdete óta nem telt el 48 óra, akut műtét indokolt. Subacut esetben, amikor 48 órán túli tünetekkel bíró köves epehólyag-gyulladás áll fenn, konzervatív kezelés indokolt (carentia, NSAID, antibiotikum-kezelés), majd elektív műtét. A krónikus panaszokkal bíró, vagy „néma", 1 éve meglévő kő esetén elektív műtét indokolt. A ma elfogadott megoldás a laparoszkópos cholecystectomia. A beavatkozás előtt fontos, hogy viszonylag friss hasi UH-lelet álljon rendelkezésre, nehogy a ductus choledochusban is kövek legyenek! Ilyen esetben először ERCP (endoszkópos retrograd cholecysto-pancreatographia) szükséges, az Oddi-sphincter behasításával, esetleg stent beültetésével!

Kamaszok variokele betegségének kezelési metódusa az utóbbi években megváltozott. A jobb oldali variokele retroperitonealis térfoglalásra utaló jel lehet, ezért sürgős kivizsgálást tesz indokolttá! Korábban csaknem minden variokelés beteg műtéti ellátását javasolták. Ma szigorú kritériumok, stádiumbesorolás alapján indikáljuk a műtétet. Amennyiben krónikus panaszt okoz (fájdalom), a here mérete csökken, mindenképpen indokolt a műtéti ellátás. Egyéb esetben követés, fél–egyévente kontrollvizsgálat (UH) szükséges. A laparoszkópos optikák fejlődése következtében egyre kevesebb posztoperatív hydrokele fordul elő, de számuk jelentős, egyes források 10%-ra teszik arányukat. Ezek a hydrokelék legtöbbször felszívódnak, néhány esetben egy éven túl perzisztálnak, ilyenkor műtéti ellátásukat javasoljuk.

A Meckel-diverticulumok ellátása tipikus példája a laparoszkóp-asszisztált bélműtéteknek. Ilyenkor laparoszkópos exploráció történik, a köldökmetszést néhány centiméteresre hosszabbítjuk, majd az érintett belet itt előemeljük. A szükséges beavatkozást (reszekció, anastomosis) a hasfalon kívül végezzük el, majd reponáljuk a belet.

A rejtettheréjűség műtéti kezelésében alapvető szerepe van a laparoszkópiának. Exploráció során meg tudunk bizonyosodni arról, hogy van-e egyáltalán here. Amennyiben nincs, anorchiáról beszélünk. Találhatunk csökevényes herét, amelynek az eltávolítása mérlegelendő (torzió történhet intraabdominalisan, malignus elfajulás veszélye). Amennyiben elfogadható méretű herét találunk, azt valamilyen módon a herezacskóba kell húzni. Akármelyik műtéti típust választjuk, fontos tudni, hogy legalább két műtétre van szükség! Az első alkalommal a herét mobilizáljuk, a kocsányt próbáljuk hosszabbítani. A második műtétnél a mobilizált, meghosszabbított kocsányú herét felszabadítjuk a hasüregben, majd a zacskóba helyezzük és fixáljuk. Fontos tudni, hogy a bármilyen szinten zavart szenvedett deszcenzusú here malignus elfajulásra esélyes! Ezért orchidopexia után is élethosszon át vizsgálni kell az ilyen betegek heréjét, illetve később az önvizsgálatra is meg kell tanítani a gyermeket! Az orchidopexia veszélye, hogy az egyébként is valamilyen szintű károsodást elszenvedett here keringését rontjuk a műtét során. Ez érthető, hiszen valamilyen szintű feszülést okozunk az erekben. Így előfordulhat, hogy a here zsugorodik, akár el is halhat.

A fenti gyakoribb műtétek mellett az utóbbi időben nagyobb műtéteket is el lehet végezni laparoszkópos úton. Fontos kiemelnünk a laparoszkóppal asszisztált bélműtéteket, amelyeket a Meckel-diverticulum ellátása kapcsán röviden ismertettünk. Amennyiben hosszabb bélszakaszt kell eltávolítanunk (pl. IBD), akkor az érintett bélszakasz mobilizálását, szkeletizálását ultrahangos vágóeszközzel laparoszkópos úton tudjuk elvégezni.

A laparoszkópia továbbfejlesztett változata a robotsebészet, amely hasonló elvek alapján, de már háromdimenziós leképezéssel segíti az operáló sebész dolgát. Aki dolgozhat Budapesten, míg a beteg egy debreceni műtőasztalon fekszik… De ez még a (távoli?) jövő.

A ritkább és komolyabb laparoszkópos műtétek:

- splenectomia
- (hemi)nephrectomia
- pyelonplastica
- Nissen-fundoplicatio
- gastrostomia
- M. Hirschsprung (bélszkeletizálás)
- mesenterialis cysta, bélduplikatúra
- IBD (M. Crohn, colitis ulcerosa)
- ileus
- tumor

Ételallergia, csecsemőkori véres széklet, májbetegségek, biológiai terápia

Január 26–27-én Kecskeméten került megrendezésre a Magyar Gyermek-gasztroenterológiai Társaság és a HGYE tudományos-szakmai munkacsoportjának közös szervezésében a Posztgraduális Gyermek-gasztroenterológiai Tanfolyam. A rendezvény az első állomása annak a szisztematikusan szervezett 5 éves képzési ciklusnak, amelyben évente a gyermek-gasztroenterológia és -hepatológia egy szeletét tervezzük körbejárni, megvitatni az alapellátás és a szakellátás szemszögéből egyaránt.

Miért van szükség még egy újabb rendezvénysorozatra, amikor már így is sokan panaszkodnak, hogy képtelenség már csak követni is a szakmai továbbképzések számát?

Az elmúlt 5 év európai (ESPGHAN) továbbképzéseit Veres Gábor professzor úrral áttekintve 30%-os redundanciát találtunk, azaz a tanfolyamok közel harmadában ugyanazt a témát (pl. IBD, coeliakia, allergia) tárgyalták újra és újra. Ugyanakkor a gyermek-gasztroenterológia teljes tananyagának mintegy 25%-át alkotó kórképekről egyáltalán nem esett szó az elmúlt években, Európában sem, nemhogy Magyarországon! Ezen a helyzeten igyekszik ez az 5 évesre tervezett képzéssorozat változtatni.

A program, több fő téma köré szerveződött: az eosinophil enteropathiák és az ételallergiák kapcsolata, a koraszülöttek, beteg gyermekek táplálása kórházban és otthon, a krónikus májbetegek kezelésének, gondozásának szempontjai, az akut pancreatitissel kapcsolatos újabb ismeretek, és természetesen az IBD, a GORB, a Helicobacter pylori-fertőzések. Újdonság volt, hogy a nemzetközi konferenciákhoz hasonlóan kora reggel, reggeli közben kerültek sorra a szponzorált előadások. Így a tudományos programot kizárólag felkért előadások alkották.

Hasznosnak bizonyult az a koncepció, hogy a főbb témaköröket az alapellátás és a kórházi, klinikai szakellátás oldaláról is igyekeztünk megközelíteni. Minden előadót arra kértek a szervezők, hogy előadása legfontosabb, útravalónak szánt tudnivalóit foglalja néhány mondatba, valamint jelölje meg a témában az elmúlt évben megjelent újdonságokat. Ezzel nemcsak a részletes, lelkiismeretes felkészülés volt garantált az előadók részéről, de egy színvonalas, később is használható, forgatható munkafüzet állt össze a gyakorta sajnos semmitmondó absztraktgyűjtemény helyett.

Ez alkalommal három házi gyermekorvos kollégánk előadását ismertetjük. Mindhárom előadást tudományos igényesség, a magas szintű szakmai hozzáértés, és a jól érthető, didaktikus előadásmód jellemezte. Gyakorló házi gyermekorvosként jóleső érzés volt, hogy előadásaik színvonala szikrányit sem maradt el a rendszeresen előadó klinikusok, egyetemi tanárok, vezető főorvosok prezentációinak színvonalától.

ÉTELALLERGIA, HEMATOCHEZIA

Dr. Szentannay Judit, kecskeméti házi gyermekorvos, oxyológus szakorvos, diplomás orvosközgazdász, a Házi Gyermekorvosi Szekció gasztroenterológiai munkacsoportjának vezetője, a házi gyermekorvos szemszögéből beszélt az eosinophil enteropathiák és az ételallergia kérdéseiről.

Az allergiás betegek száma az elmúlt 10 évben mintegy hétszeresére nőtt, az ételallergiás gyermekek kiszűrése, gondozása jelentős feladat az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok számára. Ételallergia gyanúja esetén a házi gyermekorvosi teendők a következők: tüneti és étkezési napló vezetése, súly- és hosszpercentilis görbék felvétele (lehetőleg a Joubert-féle görbéket használjuk), és a kiegészítő vizsgálatok elrendelése: széklettenyésztés, székletvér-vizsgálat, labor (vérkép, vas, össz. fehérje, albumin, transzaminázok, immunglobulinok, amiláz, tTG IgA) hasi UH.

Gasztroenterológiai vizsgálat indokolt: jelentős súlyállás, fogyás, esetén súlyos refluxos tünetek, egyéves kor felett fennálló, terheléssel igazolt tejallergia (tápszerjavaslat), kétéves kor felett fennálló, alapvető élelmiszerre vonatkozó táplálékallergia esetén. Az ételallergiák diagnosztikájának „gold standard"-ja továbbra is a kérdéses allergén eliminálása az étrendből, majd az ezzel történő visszaterhelés. A spec. IgE vizsgálatok jelentősége korlátozott, az IgG típusú vizsgálatok értelme igen csekély, csak az allergénnel való találkozást jelzik, az allergia fennállását nem. Igazolt ételallergia esetén a házi gyermekorvosnak nyomon kell követnie a gyermek fejlődését, ellenőriznie kell a diéta betartását, a vitamin-, kalcium-, nyomelempótlást, a tápszerválasztást, az allergiás csecsemő hozzátáplálását.

2017-ben az ESPGHAN a hozzátáplálással kapcsolatban új irányelvet adott ki. Az elmúlt évtizedekben a fejlett országokban jelentősen nőtt az allergiás betegek száma, annak ellenére, hogy az allergéneket későn vezették be. Megfigyelték, hogy ha az allergént korán, 4–6 hónapos kor között, többször, kis adagban, szoptatás mellett vezetik be a gyermek étrendjébe, akkor nagyobb eséllyel alakul ki immuntolerancia. Ha túl korán, tehát 3-4 hónapos kor előtt kerül bevezetésre, akkor az allergiakockázat nő, míg a késői bevezetés nem csökkenti az allergia kockázatát.

Előadása másik témája a csecsemőkori véres széklet és az ezzel kapcsola-

tos házi gyermekorvosi teendők voltak. Csecsemőkori véres széklet esetén elengedhetetlen a részletes anamnézisfelvétel (allergia a családban, anyai étrend, emlőberepedés, családban hasmenéses megbetegedés), a fizikális vizsgálat (az anális tájék megtekintése is), a percentilis görbe vezetése, a széklettenyésztés. (Clostridium difficilet ne kérjünk, mert csecsemőkorban a hordozás 80%-os.) 2–4 hetes anyai eliminációs diétával 72 órán belül javulás várható, és 7 napon belül a véres széklet megszűnik. Ha a panaszok a 4. héten is fennállnak, akkor nem valószínű a tejallergia. A szülővel beszéljük át a diétát, mert gyakori a diétahiba, és figyeljünk az anya kalcium- és ásványianyag-pótlására is.

Szakellátásba kell küldenünk a csecsemőt: ha a laboratóriumi vizsgálatok eosinophiliát, leukocytosist, vashiányos anaemiát, thrombocytosist igazolnak, ha minimum 1 hónapos anyai diétás megszorítás ellenére nem javul a csecsemő, mert ekkor endoszkópia is szóba jön. Diétát csak azoknak a gyerekeknek javasoljunk, akiknek erre valóban szükségük van, hiszen az értelmetlen divatdiétákkal a gyermekek növekedéséhez és fejlődéséhez szükséges fontos tápanyagoktól fosztjuk meg őket.

HEPATOLÓGIA

A hepatológiai szekcióban Dr. Altorjai Péter, csepeli házi gyermekorvos, az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia magyar képviselője, a Házi Gyermekorvosi Szekció vezetőségi tagja a krónikus májbeteg gyermekek gondozásának házi gyermekorvosi szempontjait foglalta össze. A csecsemőkorban jelentkező májbetegségekkel összesített előfordulásuk alapján (1:2500–4000) már akár a 2–4 praxisból álló házi gyermekorvosi rendelőkben is találkozni lehet, így nem igazán ritka kórképekről van szó. Fiatal csecsemőkorban kialakuló akut májelégtelenség hátterében elsősorban congenitalis infekciók, illetve egyes anyagcsere-betegségek (leginkább galactosaemia) állhatnak, kisdedeknél és nagyobb gyermekeknél azonban a hepatotrop vírusok mellett gyógyszer vagy gomba által okozott fulmináns májelégtelenséggel találkozhatunk elsősorban. A rettegett Reye-szindróma óvodáskor feletti gyermekek akut hepaticus kórképe, a Wilson-kór pedig elsősorban a nagyobb gyermekeknél és kamaszoknál vezet szubakut, majd krónikus májelégtelenséghez.

Az időben megkezdett kezelés hiányában a folyamat gyorsan irreverzíbilissé válik, ezért amilyen hamar csak lehet, meg kell hogy történjen a hisztológiai mintavétel és a diagnózis felállítása. Az alapellátás szintjén a sokszor atípusos extrahepaticus tünetek miatt gyakran nehézségbe ütközhet a májműködést érintő megbetegedések diagnosztikája. Emelkedett GOT-, GOP-, nekroenzim-értékeknél pl. nemcsak hepatitisre, hanem más megbetegedések – mint pl. coeliakia, cystás fibrosis, illetve izombetegségek – fennállására is gondolnunk kell.

Gyermekkorban akut vírushepatitisek következményeként, vagy autoimmun folyamat részeként krónikus májbetegségek ritkábban alakulnak ki, ugyanakkor egyes tárolási betegségekben (pl. Wilson-kór) és bizonyos szisztémás megbetegedésekben ezek gyakrabban fordulnak elő. IBD-ben, colitis ulcerosa esetén akár a betegek 9%-ánál áll fenn krónikus májérintettség. Mucoviscidosisban, az érintett serdülőkorúak ¼-énél biliaris cirrhosis alakul ki, ami krónikus hepatitishez vezet. Coeliakia esetén reverzíbilis nekroenzim-eltérésekkel találkozhatunk az esetek több mint felénél.

Az előadás második részének témája a leggyakoribb felnőtt- és gyermekkori májbetegség, a normál súlyú gyermekek közel 10%-ában (USA), az obesek 38%-ában, 30-as BMI felett akár 50%-ban észlelt nem alkoholos eredetű zsírmáj (angol rövidítésben: NAFLD) volt. Altorjai doktor hangsúlyozta az alapellátás felelősségét a primer obesitasprevenció területén, illetve a már kialakult betegség kapcsán a prevenció további szintjein is. Noha a már kialakult zsírmáj életmódváltással valamelyest orvosolható, gyógyszeres terápia egyelőre többnyire csak a komorbiditással járó, súlyosabb esetekben merül fel.

A kapuőri szerep a praxisba tartozó krónikus májbeteg gyermekek esetében bizonyos fenntartó kezeléseket (így az alimentáció ellenőrzése, vitaminszupplementáció biztosítása stb.), a szoros utánkövetést, az állapotrosszabbodások gyors felismerését, az esetleges szövődmények korrekt menedzsmentjét jelenti. Ehhez nemcsak a krónikus májbeteg gyermeket ellátó team összes tagjával való folyamatos és tényleges szakmai együttműködésre, hanem a jövő generációk számára is minőségi gyermekorvosi alapellátást biztosító házi gyermekorvosi rendszer bővülésére, fejlődésére lenne szükség.

BIOLÓGIAI TERÁPIA

A kongresszus második napján Dr. Kun Renáta Krisztina budaörsi házi gyermekorvos, aki korábbi munkahelyén, a SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika obezitológiai ambulanciáján is rendel, tartott érdekes előadást a biológiai terápiában részesülő gyermekek házi gyermekorvosi ellátásáról.

A biológiai terápia olyan biotechnológiai módszerekkel előállított fehérjetermészetű molekulák csoportja, amely az immunrendszerre, illetve a citokinekre speciálisan hat, így a gyulladásos folyamatokban szerepet játszó célzott támadásponton fejti ki hatását. Az injekciók vagy infúziók magas fejlesztési

és előállítási költsége miatt egy beteg havi kezelése igen drága. A jelenleg biológiai terápiával kezelhető betegségek közé a reumatológiai kórképek (juvenilis idiopathiás, arthritis, rheumatoid arthritis, spondylitis ankylopoetica, arthritis psoriatica), a plakkos psoriasis, valamint a gyulladásos bélbetegség (IBD, Inflammatory Bowel Disease) tartoznak.

A gyulladásos bélbetegség (Crohn-betegség, colitis ulcerosa) incidenciája folyamatosan növekszik, hazánk IBD-regisztere (HUPIR) alapján gyermekkorban évente 4–5%-kal. Megjelenésének életkori csúcsa 15 és 25 év között van, és a diagnosztizált IBD-s betegek 25%-a gyermek. Az IBD kezelésének célja a mély remisszió (nyálkahártya-gyógyulás +10 alatti betegség aktivitási index) elérése, amely történhet lépcsőzetes felépítő kezelés – kizárólagos enterális táplálás (EEN, Crohn-betegségben), 5-aminoszalicilátok, lokális és szisztémás szteroidszármazékok – vagy immunszupresszív, illetve biológiai terápia (TNF-alfa antitestek – adalimumab, infliximab) formájában.

A biológiai terápia indikációja gyermekkorban a súlyos, luminális Crohn-betegség, amennyiben legalább 3 hónapig tartó hagyományos kezelés ellenére a betegség aktivitása nem csökken, valamint a súlyos, fisztulaképződéssel járó Crohn-betegség, amennyiben a fisztulák a hagyományos kezelés ellenére nem javulnak.

Első választandó szer jelenleg az adalimumab (Humira), egyrészt a legkedvezőbb mellékhatásprofilja, másrészt az alapellátásban is megszervezhető szubkután adagolás lehetősége miatt. A terápiára adott megfelelő válaszkészség (3 hónap alatt a betegség aktivitását jelző PCDAI score – Pediatric Crohn's Disease Activity Index – minimum 50%-os csökkenése, vagy 30 pont alá süllyedése, illetve fisztulával szövődött colitis ulcerosa esetén a fisztulák számának 50%-os csökkenése) esetén a fenntartó kezelés folytatása javasolt, önmagában vagy immunszupresszív terápiával együtt. A NEAK jelenleg maximum egyéves biológiai terápiát finanszíroz, relapsus esetén azonban a terápia ismétlése megkísérelhető.

A biológiai terápia leggyakoribb mellékhatásai közé tartoznak a virális/bakteriális/fungiális fertőzések, ezért kiemelkedő fontosságú a kezelés előtti infektológiai kivizsgálás (Tbc-szűrés, vírusszerológiai vizsgálatok), valamint a megfelelő immunizáció kialakítása (oltási tanácsadó felkeresése, a környezet immunizálása, választható oltóanyagok propagálása). Biológiai terápia használata során élő kórokozót tartalmazó vakcina csak védőoltási szakértő bevonásával, részletes eseti konzultáció és mérlegelés után adható! Anti-TNF-alfa terápia ritka mellékhatásként kialakulhatnak egyes malignomák, ami a gyulladásos bélbetegségnek a későbbi malignitások megjelenése szempontjából önmagában is fokozott rizikóját még tovább növeli. Bár a biológiai terápia a mellékhatások és az immunszuppresszió miatt fokozott rizikóval jár, markáns gyulladáscsökkentő hatása messze meghaladja a kockázat mértékét, új esélyt ad a betegeknek a teljes életre.

A háziorvosi gyakorlatban a biológiai terápiában részesülő gyermek ellátása során a legfontosabb feladat az infekciók megelőzése, illetve időben történő észlelése és megfelelő kezelésének haladéktalan megkezdése, a malignitásra utaló jelek és a romló klinikai állapot korai felismerése, a tápláltsági állapot és a pubertás alakulásának nyomon követése, valamint szükség esetén az adalimumab (Humira) szubkután beadása.

A biológiai terápia körébe sorolható készítmények száma egyre növekszik, fejlesztésük folyamatos. A generikumok, valamint a bioszimilerek jelenthetik a megoldást arra, hogy ezek a készítmények szélesebb körben és egyre olcsóbban elérhetőkké váljanak betegeink számára.

Kovács Ákos

Gratulálunk!

2018. április 1-i hatállyal Veres Gábor egyetemi tanárt, az MTA doktorát, a Magyar Gyermekgasztroenterológiai Társaság elnökét, az Európai Gyermek-gasztroenterológiai Társaság vezetőségi tagját, a SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinikájának eddigi igazgatóhelyettesét nevezték ki a debreceni Gyermekgyógyászati Intézet igazgatójává.

Oktatói és tudományszervezői munkájához jó egészséget, további sikereket kívánunk!

A HGYE vezetősége nevében

Dr. Póta György elnök

Megfelelő antibiotikum mellé megfelelő probiotikumot!

Miért hatékony a célzott probiotikum az antibiotikum-asszociált mellékhatások megelőzésében?

Dr. Karoliny Anna, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

A PRO JUNIOR VIZSGÁLAT HÁTTERE

Az antibiotikumok az egész világon a leggyakrabban felírt gyógyszerek közé tartoznak, a használatuk következtében kialakult mellékhatások szerepe azonban alábecsült. Az antibiotikum-asszociált hasmenés az antibiotikum-használat leggyakoribb gastrointestinalis mellékhatása, amely késlelteti az alapbetegség gyógyulását, veszélyezteti a terápiahűséget, növeli a mortalitást és az egészségügyi kiadásokat. A mellékhatások miatt megszakított kezelés hozzájárul az antibiotikum-rezisztencia terjedéséhez, amely egyre nagyobb problémát jelent világszerte. Az antibiotikum-asszociált mellékhatások közül az allergiás reakciók után a gastrointestinalis tünetek előfordulása a leggyakoribb: a hasmenés, hányás, székrekedés, haspuffadás közül valamely tünet az antibiotikum-használók 5–22%-ánál jelentkezik [1]. A fenti tünetek kialakulásáért az antibiotikum direkt toxikus hatásán kívül leginkább a dysbiosis felelős, amely a normál bélflóra károsodásának következtében alakulhat ki, ezzel téve lehetővé az antibiotikum-rezisztens patogén törzsek elszaporodását [2]. Az Európai Gyermekgasztroenterológiai Társaság (ESPGHAN) állásfoglalása alapján *egyes probiotikus törzsek használata bizonyítottan csökkenti a mellékhatások kialakulásának kockázatát* [3], azonban arra is figyelmeztet, hogy ez *a hatás törzsspecifikus,* tehát a készítmények hatékonyságát külön-külön kell vizsgálni.

A VIZSGÁLAT MÓDSZERTANA

Az MGYT Házi Gyermekorvosi Szekciója és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete PRO JUNIOR vizsgálata prospektív, multicentrikus, randomizált vizsgálat, amely 94 háziorvosi praxisban 1013 beteg bevonásával történt. A vizsgálatban olyan 3–14 éves gyermekek vettek részt, akik betegségük miatt antibiotikum-terápiában (amoxicillin+-klavulánsav, cefalosporinok) részesültek. Cluster-randomizációt követően az antibiotikummal kezelt betegek egyik csoportja L. reuteri Protectis-terápiában, másik csoportja egyéb, a mindennapi gyakorlatban használt szupportív kezelésben részesült. A vizsgálat célja az antibiotikum-asszociált mellékhatások prevalenciájának felmérése a hazai gyermekorvosi praxisokban, megismerni a mellékhatások mérséklésének jelenlegi rutinját, majd összehasonlítani a mellékhatások kialakulását a L. reuteri Protectis DSM 17938 probiotikumtörzs alkalmazásakor kialakuló eredményekkel. A vizsgálat során a szülő tüneti naplót vezetett, amelyben feljegyezte a mellékhatások típusát és azok súlyosságát.

EREDMÉNYEK

- A hazai szokásokat reprezentáló csoportban (511 fő) a gyermekek közel 1/3-a (151 fő) nem részesült probiotikus terápiában, 115 gyermek esetében a mellékhatások kialakulásának megelőzése érdekében semmilyen szupportációt nem alkalmaztak.
- Az intervenciós csoportban alkalmazott L. reuteri Protectis kezelés hatására közel egyharmadával csökkent a mellékhatások prevalenciája.
- A L. reuteri Protectis alkalmazásával a kialakult mellékhatások súlyossága mérséklődött, az össztüneti score szignifikánsan, 32%-kal csökkent a hagyományos szupportív kezelésekhez viszonyítva.

MAGYARÁZAT

Az antibiotikumok használatának következtében a gastrointestinalis traktusban élő jótékony baktériumok száma csökken, a patogének száma növekszik. A probiotikum a bélflóra egyensúlyának visszaállítását többféle hatásmechanizmussal segíti elő [4]: kompetíció alakul ki a nutriensekért és az élőhelyért, az adott törzsre jellemző anyagok termelése (pl. organikus savak, hidrogén-peroxid, reuterin) toxikus hatású a patogénekkel szemben. Ebben az indikációban kiemelten fontos szerep jut a probiotikus törzs antibiotikumrezisztencia-profiljának is: amennyiben az alkalmazott törzs az adott antibiotikumra rezisztens, hatásossága növekszik; hozzájárul a dysbiosis megelőzéséhez, ezzel csökkenti a kellemetlen mellékhatások előfordulását, javítja a compliance-t.

A PRO JUNIOR vizsgálat eredményei szerint a L. reuteri DSM 17938 hatékonysága kiemelkedő az antibiotikum-asszociált mellékhatások megelőzésében. Ezen jótékony hatásának hátterében több tényező is áll:

- Specifikus, *nem transzferálható antibiotikum-rezisztenciával* rendelkezik a gyermekkorban alkalmazott leggyakoribb antibiotikumokkal szemben. [5]
- A L. reuteri speciális *Reuterin*-termelődésének köszönhetően gátolja a környezetében lévő patogének szaporodását.
- A jótékony baktériumok csíraszámának növekedését az *extracellular polymeric substance* (EPS) termelésével segíti elő.
- Direkt jótékony hatással bír a *motilitásra*, emellett *fájdalomcsillapító* potenciállal is rendelkezik.

KÖVETKEZTETÉS

- Antibiotikum-terápia során a *gastrointestinalis mellékhatások prevalenciája probiotikum alkalmazásával csökkenthető.*
- Az egyedi sajátosságok alapján (pl. antibiotikum-rezisztencia) *célzottan választott probiotikum alkalmazásával* a mellékhatások prevalenciája és súlyossága szignifikánsan csökkenthető a hagyományos szupportív kezeléshez képest.
- Ahogyan a hatékony antibiotikum, úgy a *megfelelő probiotikum választása* is körültekintést igényel, *szakmai kézben tartása* javasolt.

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben

Láz és lázcsillapítás: jelentősen megváltozott ajánlások

Dr. Novák Hunor[1], Dr. Kovács Ákos[2]

„A láz gyermekeknél általában nem tart hosszú ideig, jóindulatú folyamat, amely védi a gyermeket. Sok orvos azt gondolja, hogy 40 Celsius-fok feletti láz veszélyes a gyermekekre, de ez nem bizonyított. Nincs tudományos evidencia, arra, hogy a magas láz gyermekeknél agykárosodást vagy bármilyen egyéb káros hatást okozhatna." – olvasható az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia lázcsillapításról szóló állásfoglalásában [1].

A gyermekkori lázas állapotok megítélése lényeges változáson ment keresztül az elmúlt évtizedekben. Ma már tudjuk, hogy a láz egy adaptív válaszreakció, amelynek kedvező hatása van az infekciók leküzdésében, nem ártalmas, ellenkezőleg, segíti a szervezetet a gyógyulási folyamatban, továbbá változása legtöbbször jelzi számunkra a betegség lefolyásának alakulását.

Az elmúlt időszakban, a szokások helyett a bizonyítékokon alapuló orvoslás előretörésével hazánkban is jelentősen megváltoztak a lázcsillapításról alkotott nézetek. 2011-ben a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium is kiadta új lázcsillapítási protokollját [2], amely már a korszerű nézeteket tartalmazza. Ezek az elvek a napi gyakorlatban azonban még mindig nem érvényesülnek megfelelő mértékben. A betegek orvosokba vetett bizalmának megőrzése céljából fontos, hogy mi, orvosok egy nyelvet beszéljünk, és ne téves, vagy egymásnak ellentmondó információkat adjunk át a szülőknek.

A LÁZ FOGALMA, OKAI

A testhőmérséklet normális napi ingadozását meghaladó megemelkedését láznak nevezzük. Létrejöttében a hypothalamus hőszabályzó központja által beállított egyensúlyi hőmérséklet, ún. termoregulációs „set point" átmeneti eltolódása játszik szerepet. Ezt leggyakrabban fertőzések, szövetkárosodások, malignus és más betegségek, védőoltások hatására a szervezetben felszabaduló gyulladásos mediátorok, citokinek, egyéb, ún. pirogén anyagok váltják ki.

Lázas állapotban a vírusok, baktériumok szaporodása csökken, és a szervezet számos immunológiai védekező mechanizmusának működése aktiválódik (pl. lymphocyta-transzformáció, T-sejt-proliferáció, interferon-termelés). Az immunválasz 38–39 Celsius-fokos hőmérsékleten működik optimálisan, az emelkedett testhőmérséklet tehát előnyös a szervezet számára a kórokozókkal történő küzdelem során.

Gyermekkorban a lázas állapot messze leggyakoribb oka valamilyen banális, általában vírusos eredetű felső légúti infekció, de gyakori az otitis, pneumonia, mononucleosis, gastroenteritis, húgyúti fertőzések okozta láz is. Ezeknél jóval ritkábban a lázas állapot hátterében más betegségek mint bőrgyulladások, tályogok, immunbetegségek, SLE, IBD, Kawasaki-betegség, szövetkárosodások, hemolízis, sebészeti beavatkozás, rhabdomyolysis, tumorok, leukémia, lymphomák, metabolikus betegségek, köszvény, porphyria is állhatnak.

TÉVHITEK

A lázzal kapcsolatban számos tévhit, félelem uralkodik a laikus, de a szakmai közvéleményben is. Ezek fennmaradásában vagy eloszlatásában a gyermekorvosoknak jelentős szerepe, felelőssége van. A leggyakoribb tévhitek közé tartozik például, hogy a fokozott anyagcserével, szaporább szívműködéssel, légzéssel járó keringési és légzési megterhelés egyébként egészséges gyermekre nézve is veszélyes, hogy a magas láz szöveti vagy agykárosodást okoz, hogy magas láznál kicsapódnak a fehérjék és ez akár halálhoz is vezethet. Gyakori tévhit, hogy a lázcsillapítók adása lerövidíti a lázas betegség időtartamát. Mindezeknek nincs semmilyen élettani, tudományosan igazolt alapja, egyszerűen tévhitek.

Több, részletes metaanalízis is egyértelműen cáfolta azt a gyakori téves nézetet, hogy a fogzás lázat okoz. A Pediatrics egy 2016-os írásában pl. 1179 ezzel kapcsolatos cikket azonosítottak, amelyből végül 16 tanulmányt vizsgáltak, ezek összesen 3506 gyermek adatait tartalmazták [5]. Az összefoglaló közlemény szerint a fogzás kapcsán 87%-ban volt azonosítható gingivalis irritáció, 68%-ban irritabilitás, 56%-ban pedig nyálzás. A testhőmérséklet vizsgálatakor azt találták, hogy lehetséges, hogy a fogzás minimálisan, néhány tized fokkal emelheti ugyan a testhőmérsékletet, de lázat elérő mértékű hőmérséklet-emelkedést biztosan nem okoz. Alaptalan és veszélyes tehát az ismeretlen eredetű lázas állapotot az éppen aktuális fogzással magyarázni.

HOL MÉRJÜK A LÁZAT?

A testhőmérséklet mérésének technikája, eszköze, módja, ideje jelentősen befolyásolhatja a kapott eredményt. Csecsemők, kisgyermekek esetében elfogadott a végbélben történő mérés, míg a nagyobbak jobban tolerálják, ha a hónaljban mérjük a lázukat. A szájban, fülben, végbélben mért „centrális" vagy maghőmérséklet átlagosan fél fokkal magasabb a hónaljban mértnél. A rectalis hőmérés a klinikai „gold standard", mert a legjobban mutatja a maghőmérsékletet. Hónaljban az izzadás, a külső levegő hőmérséklete és a bőr keringése egyaránt befolyásolja az értéket.

A magyar ajánlás szerint 1 éves kor alatt végbélben, 1 és 3 éves kor között végbélben vagy hónaljban, 3 év feletti gyereknél hónaljban javasolt lázat mérni, az angliai ajánlás szerint már újszülöttkortól mérhetjük hónaljban is a hőmérsékletet [4]. A higanyos hőmérők betiltását követően a digitális lázmérők vették át a vezető szerepet. A homlok-,

1 Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Székesfehérvár, Újszülött-, Csecsemő- és Gyermekosztály
2 Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Budapest, Újszülött Osztály

ill. halántékhőmérő használata megbízhatatlansága miatt nem javasolt.

A test hőmérséklete napszaki ingadozásokat mutat, a hajnali alacsonyabb, a délutáni magasabb. A csecsemőknek néhány tized fokkal magasabb lehet a testhőmérsékletük. A szakirodalom a rectalisan mért (nem levont!) 38,0 Celsius-foknál magasabb hőmérsékletet tartja láznak [4]. A „hőemelkedés" jellemzően magyar fogalom, az angol nyelvű szakirodalomban ezzel nem találkozunk, a német „Temperaturerhöhung" is csak a köznyelvben fordul elő. Egy ezzel foglalkozó tanulmányban 691 három hónapnál fiatalabb csecsemő testhőmérsékletét mérték rectalisan rendszeresen az orvosi vizitek alkalmával. Az átlag rectalis hőmérséklet 37,5 ± 0,3 Celsius-fok volt, az átlag felett 2SD-vel lévő érték pedig 38,1 Celsius-fok. [4]

MIKOR JAVASOLT A LÁZAT CSILLAPÍTANI?

A láz önmagában veszélytelen és lázcsillapítás nem segíti elő a betegség lezajlását. Az orvos fő feladata nem a láz csillapítása, hanem a mögötte rejlő okok felderítése!

A lázcsillapítás jelenlegi tudományos tényeken alapuló orvosi indikációja, célja egyedül a beteg gyermek közérzetének, általános állapotának, hangulatának javítása. A láz ugyanis gyakorta kellemetlen kísérő tünetekkel jár. Ezek közül az általános betegségérzet, gyengeség, csökkent éberség, gyengült koncentrálóképesség, étvágytalanság, a fokozott fájdalomérzékenység, gyakori hasfájás, fejfájás, végtagfájdalmak a legjellemzőbbek. A láz- és fájdalomcsillapító hatású gyógyszerek alkalmazása a lázas gyermek szenvedésének enyhítése érdekében javasolt.

Ugyancsak lázcsillapítás javasolt a szakmai irányelvek [3],[6] alapján a fokozott kockázatú, krónikus betegségben szenvedőknél (anyagcserezavar, idegrendszeri kórképek, súlyos tüdő-, szívvagy egyéb krónikus betegségben szenvedők, nagyfokú kiszáradás, súlyos folyadékhiány vagy elektroliteltérések).

Ennek értelmében nincs meghatározva egy küszöbhőmérséklet, ami felett a lázcsillapítást el kellene kezdeni, ezt egyénre szabottan, elsősorban a gyermek közérzetét figyelembe véve kell eldönteni. Azaz, ha egy gyermek magas lázzal sincs különösebben rosszul, pihen, mesét néz vagy játszik, nem indokolt a lázcsillapító adása, alvó gyermek felébresztése lázcsillapító adása vagy lázmérés céljából pedig nem szükséges. Védőoltások után profilaktikus céllal nem javasolt lázcsillapító adása.

MILYEN LÁZCSILLAPÍTÓ KÉSZÍTMÉNYEK JAVASOLTAK?

A nemzetközi szakirodalom a paracetamol (acetaminofen) (dózisa: 10–15 mg/kg 4–6 óránként) és az ibuprofen (dózisa: 10 mg/kg 6–8 óránként) hatóanyagot tartalmazó láz- és fájdalomcsillapítókat javasolja [3],[6]. Az ibuprofen lázés fájdalomcsillapító hatása a paracetamolénál erőteljesebb, hatása gyorsabban beáll, és tovább tart. Az egyéb készítményeket (pl. szalicilsav-származékok) kedvezőtlen mellékhatásprofiljuk miatt nem ajánlják.

Bár a nemzetközi ajánlásokban nem szerepelnek, hazánkban régóta népszerűek a pirazolonszármazékokat (amidazophen, noramidazophen, metamizone) tartalmazó különböző magisztrális és FoNo-készítmények. Ugyancsak forgalomban van egy népszerű, kombinált hatóanyag-tartalmú (aminofenazon + fenobarbital) lázcsillapító kúp, de a görcsoldó fenobarbital alkalmazása láz esetén nem tekinthető korszerűnek, ezért a gyakorlatban ennek a készítménynek teljes mellőzése javasolt. A fenobarbital ráadásul nyugtató, altató hatása miatt a gyermek általános állapotának megítélését jelentősen zavarja.

A gyógyszerek használata során a szájon át alkalmazható szirupok, tabletták részesítendők előnyben, a végbélkúpok széles körű használata egyrészt legtöbbször nem gyerekbarát, másrészt felszívódásuk is bizonytalanabb. Ismétlődő hányás esetén, vagy ha a gyermek a szájon át történő bevételt elutasítja és a kúpot jobban tolerálja, célszerű lehet ezek alkalmazása.

A rutinszerű lázcsillapítás nemcsak felesleges, de káros is lehet. Mellékhatások minden gyógyszeres kezelésnél előfordulnak. Ha mégis lázcsillapítót adunk, figyeljünk az adagolási előírás megválasztására, csak a megfelelő dózis alkalmazása biztosítja a kívánt kedvező hatást. A szülők által gyakran alkalmazott „mini" dózisok hatástalanok és károsak! Normál dózistartományban alkalmazva mind a paracetamolt, mind az ibuprofent több nagy vizsgálatban is biztonságosnak találták. Amennyiben azonban a szülő az adagolást nem tartja be, véletlen túladagolásuk következtében toxikus hatás alakulhat ki. Nemcsak az egyszeri dózisra, de két alkalmazott adag közti minimális szükséges időtartam betartására is fel kell hívni a figyelmet! Nagy a veszélye az otthon tárolt gyógyszerek ismételt alkalmazásának, az azonos hatóanyagú, de más-más fantázianevű készítmények kombinálásakor fellépő dózistévesztésnek, vagy akár szuicid kísérlet okozta mérgezésnek. A májátültetések világszerte gyakori oka a paracetamolmérgezés. Ismert az egyéni érzékenység alapján normál dózis mellett fellépő súlyos máj-, vesekárosodás is, ezt főleg tartósan éhező gyermekeknél írták le. Ezért csak akkor szabad lázcsillapítót adni, ha egyéni mérlegelés alapján a várt haszon nagyobb, mint az esetlegesen okozott kár.

Klinikai vizsgálatok nem igazoltak látványos pozitív hatást a lázcsillapító készítmények kombinált alkalmazásával, a téves adagolás és a toxicitás veszélye azonban ilyenkor nő! Többféle lázcsillapító egyidejű használata tehát rutinszerűen nem ajánlott, nem érdemes váltogatni, kevergetni a lázcsillapítókat, azt a készítményt javasolt használni, ami adott esetben a gyermeknél jobb hatást ér el.

MI A HELYZET A FIZIKÁLIS LÁZCSILLAPÍTÁSSAL?

A fizikális hűtés, a test köré csavart hűtő borogatás bár átmenetileg lehet eredményes, de mivel nem a hőközpontra hat, a pirogén folyamatok hatására a láz később ismét felszökhet, a didergés pedig rendkívül kellemetlen lehet a gyermeknek. A fizikális hűtés a hypothalamus magasra állított termosztátját nem befolyásolja, ugyanakkor hőt von el a szervezettől, ami válaszként fokozott hőtermelést indít el. Ez a testhőmérséklet ismételt, gyors emelkedését eredményezheti, megnövelve a beteg megterhelését. A felmérések alapján a gyermekek döntő többsége főként a hűtőborogatást, priznicet, de a hűtőfürdőt is szenvedésként éli meg, ezért rutinszerű használatuk nem javasolt [3],[6].

Abban az esetben, ha a gyermek maga kéri vagy élvezi a kíméletes hűtőfürdőt, ez megengedhető módszer, fontos azonban, hogy a víz induló hőmérséklete ne hideg legyen, hanem egyezzen meg a gyermek testhőmérsékletével, majd a víz fokozatosan, lassan hűthető. A gyermeket az esetleges lázgörcs veszélye miatt hűtőfürdő közben tilos magára hagyni! A kézre, lábra csavart hűtőborogatás a láz csillapítása tekintetében hatástalan és felesleges, de amennyiben a gyermeknek kellemes érzést jelent, közérzete javítása céljából egyénre szabottan ez a módszer is megengedhető.

LÁZCSILLAPÍTÓVAL NEM ELŐZHETŐ MEG A LÁZGÖRCS

Évtizedekkel ezelőtt máshogy gondoltuk, de ma már egyértelmű: lázcsillapítóval nem előzhető meg és nem szüntet-

hető meg a lázgörcs [2],[3],[6]. Számos nemzetközi összehasonlító vizsgálat többéves utánkövetéses adatait feldolgozó metaanalízis igazolja, hogy a profilaktikusan alkalmazott lázcsillapító a lázgörcs gyakoriságát nem befolyásolja. A European Journal of Paediatric Neurology folyóiratban 2013-ban publikált metaanalízis és review 540 gyermek adatait elemezte. Ezek közül 348 gyermek lázcsillapítót, 192 pedig placebót kapott az 1–2 éves nyomon követés során. Az eredmények azt igazolták, hogy a két csoport között a lázgörcs előfordulásának gyakoriságát illetően nem volt szignifikáns különbség [7]. A lázgörcs elnevezés eleve megtévesztő, jobb volna infekció provokálta görcsnek nevezni, amire a lázcsillapító semmilyen hatással nincs.

LEGFONTOSABB ÜZENETEK

- A láz egy adaptív szervezeti válaszreakció, amelynek kedvező hatása van az infekciók leküzdésében.
- A láz rutinszerű csillapítása indokolatlan, mivel a láz önmagában veszélytelen és a lázcsillapítás nem segíti elő a betegség lezajlását.
- A lázcsillapítók alkalmazásának célja a beteg gyermek közérzetének, általános állapotának javítása.
- Normál dózisban a paracetamolt és az ibuprofent több nagy vizsgálatban is hatékonynak és biztonságosnak találták.
- A fizikális hűtés hőt von el a szervezettől, ami fokozott hőtermelést indít el, a gyerekek többségének kellemetlen élmény, ezért rutinszerű alkalmazása nem javasolt.
- A lázgörcs lázcsillapítóval nem előzhető meg és nem szüntethető meg.

FORRÁSOK

[1] AAP Reports on the Use of Antipyretics – Pediatrics March 2011, Vol. 127 / Issue 3

[2] Lázas gyermekek ellátásáról A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja, Készítette: a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, 2011

[3] Feverish illness in children – The National Institute for Health and Care Excellence guideline, 2013

[4] What is fever? Normal temperature in infants less than 3 months old. Clin Pediatr (Phila). 1993 Mar;32(3):142-6.

[5] Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis – Pediatrics February 2016

[6] Fever in infants and children: Pathophysiology and management – Uptodate.com, 2018

[7] Do antipyretics prevent the recurrence of febrile seizures in children? A systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. – Eur J Paediatr Neurol. 2013 Nov

A varicella elleni védőoltás kapcsán

Elemzésre van szükség

Ferenci Tamás biostatisztikus, PhD
Óbudai Egyetem, Neumann János Informatikai Kar

A bárányhimő hazánkban a leggyakrabban előforduló bejelentendő fertőző betegség, jellemzően évi 35–40 ezer jelentett esettel [1],[2]. Mivel az epidemiológiai adatok szerint az emberek legkevesebb 90%-a felnőttkorára átesik e betegségen [3], így ez az esetszám a valósnak csak mintegy a fele. A bárányhimlő védőoltással megelőzhető; az első vakcinát az 1970-es években fejlesztették ki Japánban [4].

Jelen közlemény a felmerült kötelezővé tétel apropóján [5] a bárányhimlő elleni oltási program egyes megfontolásra érdemes népegészségügyi vonatkozásaira igyekszik felhívni a figyelmet.

Az egyik ilyen aspektus, hogy egy védőoltási program beindítása megemeli a megbetegedéskor várható életkort, feltolja a betegek koreloszlását. Ez modellezéssel is levezethető, de e nélkül is logikus: az oltási program hatására csökken a vírus cirkulációja, így várhatóan több idő telik el, amíg valaki először „belefut" a kórokozóba [6], [7], [8], [9], [10]. Ez a jelenség bizonyos esetekben irreleváns, máskor pedig kifejezetten hasznos. Ez utóbbira tipikus példa a szamárköhögés, hiszen ott a szövődmények kockázata az életkor növekedésével gyorsan csökken. De mi van akkor, ha egy betegségnél fordított a helyzet és a megbetegedés a későbbi életkorban kockázatosabb? A bárányhimlő éppen erre példa, hiszen minden szövődmény előfordulása gyakoribb felnőttkorban. (Példaként a legkeményebb végpontot, a halálozást kiragadva: nagyjából 5-szörös a kockázat a 20 év felettieknél, mint az 1 év alattiaknál.) [11].

Könnyen belátható, hogy amennyiben az oltóanyagunk hatásos, akkor a megbetegedések száma mindenképp csökken az oltási program beindításával, a szövődmények számát azonban a védőoltási program már nem biztos, hogy csökkenti! Előállhat olyan helyzet, hogy a megbetegedések száma kevesebbel csökken, mint amennyivel (a magasabb életkorban megbetegedők magasabb aránya miatt) a szövődmények aránya nő. Ezt szokás az oltási programok paradox hatásának nevezni, ami először a 80-as években, a rubeola elleni oltási programok kapcsán kapott nagy figyelmet a népegészségtanban [12], [13].

Az eredmények szerint a probléma közepes átoltottságnál jelentkezik: nincs baj, ha csak keveseket oltunk (például csak a kockázati csoportokat), mert ilyenkor nem tolódik fel túlságosan az életkor, és akkor sincs, ha sokakat, mert ilyenkor az esetszám csökkenése ezt kompenzálja. [14]

Szintén komoly probléma lehet akkor is, ha az átoltottság magas ugyan, de a vakcina adta védelem idővel gyengül, ez esetben ugyanis (egy átmeneti alacsony incidenciájú periódus után) a betegség vissza fog térni – csak épp immár a sokkal kockázatosabb életkortartományban! [15] A védőoltás adta védelem gyengülésére vonatkozó eddigi adatok nem perdöntőek, részint mert még nem telt el elég idő, részint mert e kutatások alanyai a vad VZV-nek is ki voltak téve, ami boosterelte az immunitásukat, amelytől a védőoltás adta védelem nem különíthető el.

Ez a problémakör az univerzális versus szelektív oltási stratégiák kérdéséhez vezet el. A szelektív (csak a kockázati csoportokat oltjuk) stratégia mellett részesülünk a fenntartott cirkuláció előnyeiben, amelyek közül tehát az egyik, hogy az életkor biztosan nem fog lényegesen feltolódni. Ezentúl az oltottak védelme is jobb lesz, hiszen a cirkuláló vírussal találkozás természetes booster hatást jelent, és a betegségen átesők bizto-

san élethosszig tartó védelmet nyernek. Emellett a maternális immunitás – és így a legkisebbek védelme – is jobb lesz, hiszen ez az anyai IgG-titerrel arányos [16], ami oltottaknál mindig alacsonyabb [17]. Csakhogy ott van egyetlen, de annál komolyabb hátrány: így soha nem lehet nulla szövődményszámot elérni. Bármennyire is jól igyekszünk a kockázati csoportokat meghatározni, mindig lesznek tökéletlenségek az elérésükben, és ami még fontosabb, ott vannak nem kockázati csoportba tartozó szövődményesek. A nulla szövődményszámot tehát csak az univerzális oltási stratégiával lehet elérni… amivel viszont a fent felsorolt előnyöket elveszítjük.

A bárányhimlő esetén van még egy tényező, ami tovább komplikálja a helyzetet: a Hope-Simpson-hipotézis. Edgar Hope-Simpson az övsömörről 1965-ben írt klasszikus cikkében [18] felvetett egy érdekes lehetőséget: azt, hogy a zoster elleni védelem egyik fontos eleme, hogy a VZV elleni sejtes immunitásunkat a VZV-vel való expozíció folyamatosan frissíti. Ez az expozíció elsősorban a (jórészt gyermekek körében fenntartott) VZV-cirkulációnak, a gyermekkori bárányhimlő megbetegedéseknek köszönhető [19], [20]. Hogy ez a hipotézis helytálló-e, az jelenleg is vita tárgya, sok ellentmondó eredmény van, de az utolsó nagy metaanalízis [21] egyértelműen amellett szól, hogy a hipotézis igaz (inkább csak a mértéke a kérdés). Márpedig, ha ez így van, akkor a bárányhimlő felszámolásával elősegítjük az övsömör előretörését! [22], [23], [24], [25] (Legalábbis egy ideig; hiszen, ha elérik az időskort az oltottak, akkor várhatóan megint csökkeni fog a zoster incidencia.)

Végezetül, ha csak kiegészítésként is, de meg kell említeni, hogy a kötelezővé – vagy akár csak térítésmentessé – tétel kapcsán még egy szempont felmerül: a költséghatékonyság kérdése. Abban a pillanatban, hogy közpénzt költünk az oltóanyagra, ezt is figyelembe kell venni. Így fel kell tenni a kérdést: az oltási kampányra szánt pénzt az egészségügy más területén elköltve nem tudnánk-e több egészségnyereséghez jutni? A varicella elleni oltás esetében a nemzetközi eredmények vegyesek, és nagyon függnek az alkalmazott feltevésektől, paraméterektől [26], [27], [28], [29]. A magyar viszonyokra vonatkozóan csak nagyon kevés elemzés készült, és azok is igen komoly módszertani kérdőjelekkel terheltek [30], [31].

A fenti problémákat tehát az oltási kampány beindítása előtt részletesen elemezni kell, mégpedig az adott konkrét ország demográfiai, morbiditási és mortalitási viszonyaira vonatkozóan. Fontos hangsúlyozni, hogy jelen sorok szerzője nincs ab ovo egy univerzális oltási program ellen, de ellene van annak, hogy arra a fentiek alapos, és ami még fontosabb: teljes mértékben nyilvános, transzparens elemzése nélkül kerüljön sor.

HIVATKOZÁSOK

[1] C. K. Fairley és E. Miller, „Varicella-zoster virus epidemiology--a changing scene?," The Journal of infectious diseases, %1. kötet174 Suppl 3, pp. S314--S319, 11 1996.

[2] Emberi Erőforrások Minisztériuma, Kórházhigiénés és Járványügyi Felügyeleti Főosztály, „Heti tájékoztató a hazai járványügyi helyzetről 2017. 52. hét," 2017.

[3] M. H. Wolff, S. Sch{\"u}nemann és A. Schmidt, Varicella-Zoster virus: molecular biology, pathogenesis, and clinical aspects, %1. kötet3, Karger Medical and Scientific Publishers, 1999.

[4] M. Takahashi, T. Otsuka, Y. Okuno, Y. Asano és T. Yazaki, „Live vaccine used to prevent the spread of varicella in children in hospital.," Lancet (London, England), %1. kötet2, %1. szám7892, pp. 1288-1290, 11 1974.

[5] HáziPatika.com, „Kötelező lesz a bárányhimlő elleni oltás," 20 12 2017. [Online]. Available: https://www.hazipatika.com/napi_egeszseg/fertozo_betegsegek/cikkek/ kotelezo_lesz_a_baranyhimlo_elleni_oltas/20171220150650.

[6] K. Dietz, „Transmission and control of arbovirus diseases," in Epidemiology, D. Ludwig és K. L. Cooke, szerk., SIAM, Philadelphia, 1975, pp. 104-121.

[7] P. E. Fine, „Herd immunity: history, theory, practice.," Epidemiologic reviews, %1. kötet15, %1. szám2, pp. 265-302, 1993.

[8] J. F. Seward, B. M. Watson, C. L. Peterson, L. Mascola, J. W. Pelosi, J. X. Zhang, T. J. Maupin, G. S. Goldman, L. J. Tabony, K. G. Brodovicz, A. O. Jumaan és M. Wharton, „Varicella disease after introduction of varicella vaccine in the United States, 1995-2000.," JAMA, %1. kötet287, %1. szám5, pp. 606-611, 2 2002.

[9] D. Guris, A. O. Jumaan, L. Mascola, B. M. Watson, J. X. Zhang, S. S. Chaves, P. Gargiullo, D. Perella, R. Civen és J. F. Seward, „Changing varicella epidemiology in active surveillance sites--United States, 1995-2005.," The Journal of infectious diseases, %1. kötet197 Suppl 2, pp. S71--S75, 3 2008.

[10] S. R. Bialek, D. Perella, J. Zhang, L. Mascola, K. Viner, C. Jackson, A. S. Lopez, B. Watson és R. Civen, „Impact of a routine two-dose varicella vaccination program on varicella epidemiology.," Pediatrics, %1. kötet132, %1. szám5, pp. e1134--e1140, 11 2013.

[11] P. A. Meyer, J. F. Seward, A. O. Jumaan és M. Wharton, „Varicella mortality: trends before vaccine licensure in the United States, 1970-1994.," The Journal of infectious diseases, %1. kötet182, %1. szám2, pp. 383-390, 8 2000.

[12] R. M. Anderson és R. M. May, „Vaccination against rubella and measles: quantitative investigations of different policies.," The Journal of hygiene, %1. kötet90, %1. szám2, pp. 259-325, 4 1983.

[13] R. M. Anderson és B. T. Grenfell, „Quantitative investigations of different vaccination policies for the control of congenital rubella syndrome (CRS) in the United Kingdom.," The Journal of hygiene, %1. kötet96, %1. szám2, pp. 305-333, 4 1986.

[14] World Health Organization, „Varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June 2014.," Weekly epidemiological record/Releve epidemiologique hebdomadaire, %1. kötet89, %1. szám25, pp. 265-287, 6 2014.

[15] W. J. Edmunds és M. Brisson, „The effect of vaccination on the epidemiology of varicella zoster virus.," The Journal of infection, %1. kötet44, %1. szám4, pp. 211-219, 5 2002.

[16] W. C. Der Zwet, C. M. J. E. Vandenbroucke-Grauls, R. M. Elburg, A. Cranendonk és H. L. Zaaijer, „Neonatal antibody titers against varicella-zoster virus in relation to gestational age, birth weight, and maternal titer.," Pediatrics, %1. kötet109, %1. szám1, pp. 79-85, 1 2002.

[17] J. R. Duncan, C. T. Witkop, B. J. Webber és A. A. Costello, „Varicella seroepidemiology in United States air force recruits: A retrospective cohort study comparing immunogenicity of varicella vaccination and natural infection.," Vaccine, %1. kötet35, %1. szám18, pp. 2351-2357, 4 2017.

[18] R. E. Hope-Simpson, „The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis," Proceedings of the Royal Society of Medicine, pp. 9-20, 1965.

[19] G. Guzzetta, P. Poletti, E. Del Fava, M. Ajelli, G. P. Scalia Tomba, S. Merler és P. Manfredi, „Hope-Simpson's progressive immunity hypothesis as a possible explanation for herpes zoster incidence data.," American journal of epidemiology, %1. kötet177, %1. szám10, pp. 1134-1142, 5 2013.

[20] M. N. Oxman, „Herpes zoster pathogenesis and cell-mediated immunity and immunosenescence.," The Journal of the American Osteopathic Association, %1. kötet109, %1. szám6 Suppl 2, pp. S13--S17, 6 2009.

[21] B. Ogunjimi, P. Van Damme és P. Beutels, „Herpes Zoster Risk Reduction through Exposure to Chickenpox Patients: A Systematic Multidisciplinary Review.," PloS one, %1. kötet8, %1. szám6, p. e66485, 2013.

[22] M. Brisson, N. J. Gay, W. J. Edmunds és N. J. Andrews, „Exposure to varicella boosts immunity to herpes-zoster: implications for mass vaccination against chickenpox.," Vaccine, %1. kötet20, %1. szám19-20, pp. 2500-2507, 6 2002.

[23] M. Brisson, G. Melkonyan, M. Drolet, G. De Serres, R. Thibeault és P. De Wals, „Modeling the impact of one- and two-dose varicella vaccination on the epidemiology of varicella and zoster.," Vaccine, %1. kötet28, %1. szám19, pp. 3385-3397, 4 2010.

[24] M. Karhunen, T. Leino, H. Salo, I. Davidkin, T. Kilpi és K. Auranen, „Modelling the impact of varicella vaccination on varicella and zoster.," Epidemiology and infection, %1. kötet138, %1. szám4, pp. 469-481, 4 2010.

[25] A. J. Hoek, A. Melegaro, E. Zagheni, W. J. Edmunds és N. Gay, „Modelling the impact of a combined varicella and zoster vaccination programme on the epidemiology of varicella zoster virus in England.," Vaccine, %1. kötet29, %1. szám13, pp. 2411-2420, 3 2011.

[26] O. Damm, B. Ultsch, J. Horn, R. T. Mikolajczyk, W. Greiner és O. Wichmann, „Systematic review of models assessing the economic value of routine varicella and herpes zoster vaccination in high-income countries.," BMC public health, %1. kötet15, p. 533, 6 2015.

[27] S. E. Talbird, J. A. Mauskopf és H. K. Yang, „Review of Cost-Effectiveness Analyses of Varicella Vaccination: Which Model Structure Assumptions and Input Parameters Matter," Value in Health, %1. kötet2, pp. 150-3, 2015.

[28] M. H. Rozenbaum, A. J. Hoek, S. Vegter és M. J. Postma, „Cost-effectiveness of varicella vaccination programs: an update of the literature.," Expert review of vaccines, %1. kötet7, %1. szám6, pp. 753-782, 8 2008.

[29] B. Unim, R. Saulle, S. Boccalini, C. Taddei, V. Ceccherini, A. Boccia, P. Bonanni és G. La Torre, „Economic evaluation of Varicella vaccination: results of a systematic review.," Human vaccines \& immunotherapeutics, %1. kötet9, %1. szám9, pp. 1932-1942, 9 2013.

[30] T. Ferenci, „A bárányhimlő gazdasági terhe Magyarországon - kritikus cikk-értékelés és egy apropó," 30 8 2017. [Online]. Available: http://vedooltas.blog.hu/2017/08/30/a_baranyhimlo_gazdasagi_terhe_ magyarorszagon_kritikus_cikk-ertekeles_es_egy_apropo.

[31] T. Ferenci, „Megjegyzések a bárányhimlő elleni oltás költséghatékonysága (és a népegészségügyi modellek transzparenciája, valamint a zombi statisztikák) kapcsán," 19 1 2017. [Online]. Available: http://vedooltas.blog.hu/2017/01/19/megjegyzesek_a_baranyhimlo_elleni_ oltas_koltseghatekonysaga_es_a_nepegeszsegugyi_modellek_transzpare.

Újdonságok a Medscape-ről

2017-BEN AZ ELŐZŐ ÉVHEZ KÉPEST MEGNÉGYSZEREZŐDÖTT A KANYARÓS MEGBETEGEDÉSEK SZÁMA EURÓPÁBAN

(Europe observes a 4-fold increase in measles cases in 2017 compared to previous year) {Press release WHO Regional Office for Europe}

2017-ben négyszer annyi kanyarós beteget diagnosztizáltak Európában, mint 2016-ban. Míg két évvel ezelőtt 5273 kanyarós megbetegedést jelentettek, 2017-ben ez a szám 21 315-re emelkedett és 35 beteg meg is halt. Kanyaró-járvány (100 feletti megbetegedés) minden negyedik európai országban tört ki. A megbetegedések legnagyobb számban Romániában (5562 eset), Olaszországban (5006 eset) és Ukrajnában (4767 eset) jelentkeztek. Ezekben az országokban a rutinszerűen immunizáltak száma csökkent, egyes marginalizált csoportok egyáltalán nem részesültek védőoltásban, időnként nehezen volt beszerezhető a szükséges vakcina és romlott az epidemiológiai felügyeleti rendszer ébersége is. Görögország 967, Németország 927, Szerbia 702, Tádzsikisztán 649, Franciaország 520, Oroszország 408, Belgium 369, az Egyesült Királyság 282, Bulgária 167, Spanyolország 152, Csehország 146 és Svájc 105 esetet jelentett, de ezekben az országokban a járvány 2017 végére lecsengett. A jövőbeli járványok megelőzésére több fronton is intézkedések szükségesek. A népesség figyelmét fel kell hívni a betegség veszélyeire, a fertőzésnek kitett felnőtteket újra kell oltani, különös tekintettel az egészségügyi személyzetre, javítani kell a vakcinák beszerzésének és szétosztásának lehetőségeit, hogy így megvalósuljon a WHO azon célja, hogy 2020-ra eliminálja a kanyarót Európából.

A GYERMEKKORI INFLUENZAHALÁLOZÁSRÓL

(Influenza Deaths in Children: Putting It Into Context)

Julia Sammons, a Children's Hospital of Philadelphia infektológusa, az USA-ban az influenzás halálozás iránt megnőtt sajtóérdeklődésre való tekintettel szólalt meg. A Centers for Disease Control and Prevention (CDC) minden évben szorosan követi az influenzás megbetegedések és halálozások alakulását. Az ez évi járvány súlyosabb, mint az előző éviek, és többen (de nem lényegesen többen) haltak meg a szokásosnál. A híradások vészjelzései nyomán egyre többen keresik fel már enyhe tünetekkel is a sürgősségi osztályokat, holott a legtöbb megbetegedés enyhe lefolyású. Fenyegető tünetek esetén (letargia, légzési elégtelenség, dehidráció) természetesen azonnal kórházi ellátás javasolt. Az idejekorán (48 órán belül) megkezdett Tamiflu-kezelés sok életet menthet meg. Bár megnőtt az influenzás tünetek miatti kórházi felvételek száma, de ezek többsége nem a gyermekek, hanem a 65 éven felüliek közül kerül ki, ami az előző influenzaszezonokra nem volt jellemző. Eddig (2018. február) az influenza és annak szövődményei következtében 63 gyermek hunyt el, amely szám ugyan fájdalmasan magas, de nem magasabb, mint az elmúlt években. A doktornő kiemeli, hogy az elhunyt gyermekek 80%-a nem volt oltva.

ÚJRA KITÖRT AZ INFLUENZA-JÁRVÁNY: 100 ÉVVEL A NAGY JÁRVÁNY UTÁN

(Influenza Strikes Again: 100 Years After Great Pandemic)

Az 1918–19-es nagy influenzajárvány során az áldozatok számát 20 és 100 millió közé teszik. Az akkori népesség mintegy egyharmada, 500 millió ember betegedett meg, és minden negyedik fertőzött meghalt. Összehasonlításképpen, valószínűleg többen vesztették életüket ekkor, mint pestisjárványok következtében az egész középkor alatt. A járvány kiindulása nem ismert, mert bár „spanyolnáthának" hívták, az első megbetegedések nagy valószínűséggel az Egyesült Államokban történtek. Azóta természetesen sokat javultak a prevenciós, terápiás és higiéniás feltételek, de az influenzamortalitás még mindig 0,1%. A 2017–2018-as influenzaszezon súlyosabb, mint 2009 óta bármikor. Az orvoslátogatások száma 7% felett van az USA-ban, a kórházi felvételek száma 51,4/100 000 lakos, és az influenzapneumonia mortalitása 9,7%. Az 1918–19-es influenzajárvány során a legtöbb haláleset a 20–40 éves korosztályban fordult elő. Magyarázatul manapság azt hozzák fel, hogy ez a korosztály nem érintkezett az előzőkben hasonló genetikai állományú influenzavírussal, és semmiféle immunitással nem rendelkezett, szemben az idősebbekkel. A jelenlegi járvány során viszont a 65 évesnél idősebbek, a terhes nők, a krónikus betegségben szenvedők halálozása a legmagasabb. Akkoriban nem ismerték az influenza kórokozóját, és a nagy járvány kitöréséig nem is tulajdonítottak különösebb jelentőséget a betegségnek. Ma már tudjuk, hogy az influenza vírusa álladóan jelen van a populációban, gyorsan mutálódik, nagyon fertőző és potenciálisan életveszélyes lehet. Hogy a betegség cseppfertőzéssel terjed, már abban az időben is ismert volt, de ma már azt is tudjuk, hogy a vírus a tünetek megjelenése előtti napon, és azok megszűnése után még napokkal is jelen van a betegben, és hozzájárul a terjedéshez. A kezelési lehetőségek tárháza 100 évvel ezelőtt ugyancsak limitált volt. A tünetek enyhítésére aszpirint, morphint és oxigénterápiát már használtak, de ezek nagyjából/egészében nem befolyásolták a betegség kimenetelét. Manapság a neuroaminidase-inhibitorok mint ozeltamivir és zanamivir már rendelkezésre állnak, de csak korán elkezdve hatásosak. A megelőzéshez a múlt század elején – a gyakori kézmosás kivételével – gyakorlatilag ugyanazokat a tanácsokat adták, mint manapság. A prevencióban hatalmas előrelépést jelentett az influenza elleni vakcina kifejlesztése, és a szofisztikált globális megfigyelési és előrejelzési rendszer. Bár vakcina kifejlesztésével már az 1918–19-es világjárvány idején is kísérleteztek, de akkor még bakteriálisnak vélték a fertőzést, ezért a védőoltások sem voltak hatékonyak. Az 1930-as években sikerült először izolálni az influenza A-vírust, és a második világháború végére már egy bivalens influenzavakcina is rendelkezésre állt, amelyet először az amerikai hadse-

regben alkalmaztak. Sajnos az is hamar kiderült, hogy a vírus rendkívül gyorsan mutálódik, ezért hiába változtatják évente a vakcinák összetételét, sokszor nem elég hatásosak. A végső megoldás az ún. univerzális vakcina lenne, amelynek előállítására biztató kísérletek folynak. A világ népessége annak idején csak lassan, fokozatosan, de aztán a pánikig fokozódóan ébredt rá arra, milyen veszélyes is az influenza. Manapság ezt a veszélyt ismét lebecsülik, jó példa erre az, hogy az intenzív felvilágosító kampányok ellenére az amerikai lakosság kevesebb mint fele oltatja be magát.

EGY ROSSZ INFLUENZÁS ÉV: MÉG A KEVÉSBÉ HATÁSOS VAKCINA IS ÉLETEKET MENT

(A Bad Flu Year: Lives Are Saved Even With a ‚Less Effective' Vaccine)

Paul Offit a Children's Hospital of Philadelphia infektológusa arról beszél, hogy miért kevésbé hatásosak egyes években az influenzavakcinák, de miért érdemes mégis oltatnunk magunkat. Az influenzavírus hemagglutinin összetevője az, amely gyorsan változik. Az influenzajárványok a déli féltekén kezdődnek, és az ott cirkuláló vírusok kerülnek be a vakcina előállítók protokolljába. Sajnos a detektálás és a védőoltás előállítása során eltelt időben is történnek mutációk, ezért egyik évben hatásosabb, másikban kevésbé hatásos a vakcina. A 2014–15-ös évben például csak 13%-ban adott védettséget, a következő évben előállított oltás azonban már 42%-ban. A kevéssé hatásos vakcina mégis megvédett egy csomó embert. Amerikai tudósok kiszámolták, hogy az utóbbi 10 évben ezekkel a „kevéssé hatásos" vakcinákkal kb. 40 000 ember életét lehetett megmenteni.

AZ OPIOID-HASZNÁLAT MIATT A GYERMEK-INTENZÍVOSZTÁLYI FELVÉTELEK SZÁMA 10 ÉV ALATT MAJDNEM MEGDUPLÁZÓDOTT

(Pediatric Opioid-Related ICU Admissions Nearly Doubled in 10 Years)

A Pediatrics 2018. márciusi számában megjelent cikk szerint az USA-ban járványszerűen terjed az opiátok használata, és ennek kezelése hatalmas költségekkel jár, az USA GDP-jének 2,8%-t teszi ki. A felnőttek fokozott kábítószerhasználata következtében egyre gyakoribb, hogy gyermekek is hozzáférnek a szerekhez. A legnagyobb veszélynek a 6 éven aluli gyermekek vannak kitéve, akik kíváncsiságból gyakran „megkóstolják" az otthon található szereket. A 2004 és 2015 közötti 10 éves periódusban 3674 gyermek került kórházba opioidok okozta mérgezéssel, és csaknem felüknél intenzív osztályos felvétel is szükséges volt. A felvettek harmada hat éven aluli volt, a halálozás szerencsére alacsony, 1,6%. A vizsgált tíz év alatt a kórházi felvételek és az intenzív osztályos ellátásra szorulók száma is csaknem megduplázódott.

LEGALIZÁLT MARIHUÁNA: KEVESEBB KOCKÁZAT, KEVESEBB ELŐNY

(Legalized Marijuana: Fewer Risks, Fewer Benefits)

Az Addiction c. folyóirat februári számában közölt ausztrál tanulmány szerint 1991 és 2014 között elvégzett 11 vizsgálat metaanalízise azt bizonyította, hogy az orvosi célra használt marihuána engedélyezése nem vezetett a szer gyakoribb használatához a kamaszok között. Ismert, hogy a fiatalkori excesszív marihuána használata idegrendszeri problémákhoz és fejlődésbeli elmaradáshoz, tanulási nehézségekhez vezet. A szerzők ugyanakkor felhívják a figyelmet arra, hogy a marihuánához való könnyebb hozzáférés nem akadályozta meg, hogy az opiátokat használók száma járványszerűen emelkedjen.

AZ ORVOSOK KEVESET TUDNAK A MARIHUÁNA OKOZTA ÁRTALMAKRÓL

(Physicians' Knowledge of Marijuana Risks Falls Short)

A Journal of the American Osteopathic Association 2018. februári számában jelent meg a következő cikk. A cannabis használata pszichózist, szociális és elhelyezkedési problémákat okozhat, és a felhasználó veszélyeztetheti a környezetében élőket. Az USA-ban orvosi célra 30 államban, rekreációs használatra nyolc államban engedélyezett a marihuána. A cannabis két farmakológiailag aktív összetevője a THC és CBD, amely közül az előző növeli a pszichózis kockázatát, az utóbbi viszont antipszichotikus és feszültségoldó hatású. Igazoltan hatásos a szer fájdalomcsillapításra krónikus neuralgiákban és tumorok esetén, sclerosis multiplexben pedig csökkenti a spasticitást. Vannak adatok arra is, hogy a kemoterápia okozta hányás, hányinger esetén is hatásos. A cannabis-készítmények erőssége az utóbbi fél évszázadban jelentősen nőtt, a THC-tartalom 1–5%-ról 15–25%, sőt 30% fölé emelkedett. A bevitel útjai is változtak. A hagyományos cigaretta szívása esetén már kb. 2 perc múlva érződik a hatás, és ez 2–4 órán keresztül tart. A hasis, amely a cannabis magját tartalmazza, sokkal nagyobb koncentrációban tartalmazza a hatóanyagot, és ezért gyakrabban okoz pszichózist. Egyre gyakrabban alkalmazzák a marihuánát szájon keresztül is, édesség, ital, sütemény stb. formájában. A hatás ilyen esetben kiszámíthatatlan, mert a felszívódás különböző. Ezekben a készítményekben a THC-tartalom magasabb, mint a cigarettákban, ezért a hatás kifejezettebb és tovább tart. Készítenek belőle olajokat, kencéket, tapaszokat is, a hatóanyag ilyen esetben nem okoz szisztémás tüneteket, de állítólag lokálisan fájdalomcsillapító és gyulladásgátló hatású. Ami a veszélyeket illeti, természetesen tilos fogyasztása esetén autót vezetni. Hozzászokás ritka, de előfordul. Bipoláris zavarban és pánikbetegségben szenvedőknek nem tanácsolják fogyasztását. Keveset tudni a cannabis és a különböző gyógyszerek közötti kölcsönhatásról, de miután a cannabis-receptorok sok szervben jelen vannak, valószínűleg vannak ilyen hatások.

Medscape

ELADÁS

Budapesttől 20 percre, az M5 autópálya mellett **Hernád és Újhartyán** települések házi gyermekorvosi praxisa eladó. Kártyaszám: 800, ill. 600, ügyelni nem kell. Tőkét nem igényel, hosszú távú, kamatmentes részletekben kifizethető. Ugyanitt átmenetileg tartós helyettest is keresek. Érdeklődés: Dr. Kovács Ákos +36 30 933 1978 akos.kovacs@gmail.com

Gyálon 1300 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Budapestről kijárással ellátható, ügyeleti kötelezettség nincs, helyettesítés viszonossági alapon történik. Kiváló asszisztens biztosított. Elérhetőség: +36 30 922 5839

Zalaegerszeg virágos belvárosában nyugdíjba vonulás miatt egy 700 főt ellátó gyermekorvosi praxis eladó. A rendelő jól felszerelt, teljesen felújított és klimatizált. A helyettesítés megoldott és a városban központi gyermekügyelet is van. A praxis megvételéhez a NEAK vissza nem térítendő támogatást nyújthat. Érdeklődni a +36 30 512 1200 telefonszámon lehet.

Veszprémben jó adottságú felújított rendelőben házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám:1020 fő. Központi ügyelet van, de nem kötelező a részvétel. Elérhetőség: +36 30 526 5121

Újfehértón eladó 1100 kártyás gyermekpraxis saját rendelővel. Ár megegyezés szerint. Elérhetőség: +36 30 857 6028

Eladó **Pilisborosjenőn** gyermekorvosi praxis. Óbuda határában, lakópark-létesítések, Budapestről való kiköltözések miatt folyamatosan bővülő település. Praxislétszám: 600 fő. Elérhetőség: +36 70 312 8587

Szombathelyen eladnám praxisomat, amelynek zömét csecsemők és óvodáskorúak alkotják. Jellemzője az „egy orvos, egy rendelő". Sok szempontból nagyon jó helyen van. Érdeklődni telefonon, főleg az esti órákban. Elérhetőség: +36 30 650 7310

Balatonfüreden házi gyermekorvosi praxis jól felszerelt rendelővel, nyugdíjba vonulási szándék miatt eladó. Szakképzett, precíz asszisztencia biztosított. Kedvező körülmények és feltételek. Praxislétszám: 650 fő. Elérhetőség: +36 30 219 7360

1200 fős gyermekorvosi praxis eladó **Tolna** járási székhelyen, Szekszárd és Paks között, M6 autópálya mellett. A városban katolikus általános iskola és gimnázium működik, Szekszárdon pedig főiskola található. Szép új rendelő, szakképzett asszisztens, váltótárs, helyettesítés a szomszédos rendelőben. Ügyelet igény szerint vállalható. Ár a praxispénzből kigazdálkodható, megbeszélés tárgyat képezi.
Elérhetőség: +36 30 570 3035

Édesapám sajnálatos módon megüresedett házi gyermekorvosi praxisának keressük jövendőbeli lelkes tulajdonosát!
- Praxis elhelyezkedése: **Budapest, II. kerület**, Pasaréti út
- Felújított rendelő
- Napi 2 óra betegrendelés és heti 2x2 óra tanácsadás.
- Szakképzett asszisztensnő
- Ár megegyezés szerint
- OEP-től 4 millió forint értékű támogatás pályázható a vásárláshoz

Elérhetőség: nelhubel_gyorgyi@yahoo.com, illetve +36 70 250 6367

Szegeden kb. 850 fős, 25 éve egy kézben lévő gyermekorvosi praxis saját rendelővel eladó. Jól képzett asszisztensnő. Érdeklődni 18 és 20 óra között a +36 30 218 1711 telefonon lehet.

Dömsödön, Budapestről 50 km-re délre, a Soroksári-Dunaág mellett, házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulási szándék miatt eladó. Praxislétszám 960 fő. 2017. évben felújított önkormányzati tulajdonú rendelő van, bérleti díjat nem kell fizetni. Központi ügyelet van, ügyeleti kötelezettség nincs. Tel.: +36 20 942 2698

Szentendrei gyermekorvosi praxisba tartós helyettesítésre, gyermekgyógyász szakorvost keresek. Érdeklődés esetén praxis eladása is szóba jön. Ügyelni nem kell. Bérezés megbeszélés szerint. Praxislétszám: 620 fő. Érdeklődni lehet: +36 20 970 3000.

Budapesten belvárosi gyermekorvosi praxis fizetési könnyítéssel eladó. Kártyaszám: 900 fő. Önkormányzati támogatás, illetve NEAK-pályázat praxisvásárlásra igénybe vehető.
Érdeklődni az ehenczer@gmail.com e-mail címen lehet.

Siófok szomszédságában, Balatonszabadiban 700 fős gyermekorvosi praxis ügyeleti kötelezettség nélkül nyugdíjba vonulás miatt eladó. Megvásárolható OEP általi, vissza nem térítendő támogatással, akár önerő nélkül is. Elérhetőség: +36 20 331 8392 (8 és 16 óra között).

Budapest középső-ferencvárosi részében 41 éve működtetett gyermekorvosi praxis eladó. Az önkormányzati rendelőben 5 gyermekorvos dolgozik, kártyaszám 897. A praxis két védőnővel működik, egyikük egyben az asszisztens is. Ügyelet nincs, helyettesítés egymás között, rezsiköltség alacsony. Ár megegyezés szerint.
Elérhetőség: drbuzasi@drbuzasi.hu

Budapest XIV. kerületében házi gyermekorvosi praxis eladó. Korszerű informatikai adatbázis, szakképzett asszisztens. Ügyeleti kötelezettség nélkül. Praxislétszám: 960 fő. Elérhetőség: +36 30 418 3989

Pesten, kertvárosi környezetben, 1140 kártyaszámmal rendelkező gyermekorvosi körzet nyugdíjba vonulás miatt eladó. A praxishoz ügyeleti és iskolai kötelezettség nem tartozik. A körzetnek két óvodája van. A helyettesítés megoldott. A praxisban tapasztalt, hozzáértő asszisztens dolgozik. A védőnőkkel jó az együttműködés. A korszerűen felszerelt rendelő központi fekvésű, jól megközelíthető.
Elérhetőség: +36 30 526 7138

Esztergom kertvárosi részén jó finanszírozású, magas létszámú gyermekorvosi praxis területi ellátási kötelezettséggel eladó. A rendelő szépen felújított, orvosi ügyelet van, az ügyeleti munka nem kötelező. A praxisjog megvételéhez állami támogatás igényelhető teljes összegben, önerő nélkül. Kérésre fényképet küldök a rendelőről és a városról is. Ugyanide keresek helyettest is. Amennyiben gyermekorvosként anyagi ráfordítás nélkül jól jövedelmező biztos megélhetést szeretne, keressen meg! Elérhetőség: +36 20 951 6215

Berettyóújfalun 1100 kártyás gyermekorvosi praxis eladó, vagy tartós helyettesítés is szóba jöhet. A városban három gyermekorvosi praxis működik. Ügyeletben nem kell részt venni. Biztos diagnosztikai rendszer segíti a gyógyítást. A közelmúltban felújított rendelők a védőnőkkel egy épületben találhatók, központi helyen. Elérhetőség: +36 30 903 5817

Dunaföldváron nyugdíjba vonulás miatt házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 750 fő. Az álláshoz a Dunaföldvári Önkormányzat a város központjában felszerelt rendelőt és családi házas szolgálati lakást biztosít. A városban két gyermekorvosi praxis van, a másik praxisban fiatal, kedves kolléganő dolgozik. A városban a háziorvosok és házi gyermekorvosok kapcsolata, együttműködése nagyon jó, az önkormányzat segítőkész. Központi ügyelet van Pakson, részvétel fakultatív.
Tel.: az esti órákban +36 20 446 3332

Miskolcon kertvárosi környezetben, óriási váróval, külön tanácsadóval, több helyiséggel, parkolóval, igényes körzet keresi új, akár kezdő orvosát. Keressen bármikor bizalommal. Facebook-oldalunkon (Hejőcsabai Gyermekorvosi Rendelőintézet), fotókat is találnak rólunk. Praxislétszám: 700 fő. Elérhetőség: +36 70 419 7219

Budapest vonzáskörzetében, **Halásztelken**, 1200 fős házi gyermekorvosi praxis szakképzett asszisztenciával nyugdíjba vonulás miatt eladó. Központi ügyelet, helyettesítés megoldott. Érdeklődni: +36 20 453 4127 számon.

Nyugdíjazás miatt 42 éve egy kézben lévő, **Zugló** központjában 990 kártyaszámú, új építésű rendelőtől 200 m-re levő gyermekorvosi praxis eladó. Zuglóra szóló parkolási engedély van, ügyelet nincs.
Elérhetőség: +36 70 538 9374.

Eladó **gyöngyösi** házi gyermekorvosi praxis. Praxislétszám: 960 fő.
Elérhetőség: +36 30 945 8733

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Nyíregyházától 12 km-re lévő kisvárosban, **Kemecsén**, nyugdíjazás miatt eladó gyermekorvosi praxis. Kártyaszám: 825 fő. A praxis megvásárlásához a NEAK-tól vissza nem térítendő támogatás igényelhető. Elérhetőség: +36 30 2296 499

HELYETTEST KERES

Gyermekvállalás miatt a Budapesttől 12 km-re lévő **dunavarsányi** gyermekorvosi praxisba keresek tartós helyettest előreláthatólag 2 évre. Rendelési idő: heti 14 óra betegrendelés és 4 óra tanácsadás. Tapasztalattal és helyismerettel rendelkező asszisztens segíti a munkát. A szomszéd városban lévő szakorvosi rendelőintézet biztosít diagnosztikai hátteret. Ügyeleti kötelezettség nincs.
Juttatás: nettó 400 e Ft/hó.
Elérhetőség: +36 20 248 9887; zsirosantoni@gmail.com

Pilisvörösváron szakrendelő-intézeti háttérrel rendelkező praxis helyettest keres. Kiváló asszisztensi segítség és védőnői szolgálat, központi ügyelet. A helyettesítés nem rendszeres lenne, megbeszélés szerint. Később a praxis átvétele is lehetséges. Praxislétszám: 1200 fő.
Elérhetőség: dr.kelemenilona@gmail.com, Tel.: +36 30 999 3189

Budapest, II. kerületi házi gyermekorvosi praxisba 2–3 évre tartós helyettest keresek kisbabám születése miatt. Feltételek: gyermekgyógyászati szakvizsga. Feladat: heti 40 óra munkavégzés, ügyelni nem kell, hétvégék szabadok, nyáron minimum 4 hét szabadság!
Juttatások: nettó 400 e Ft/hó, számlára utalva, okostelefon korlátlan telefon/mobilinternet-előfizetéssel.
Adottságok: Jól felszerelt rendelő (CRP/Hgb/vizelet/StrepA vizsgáló automata), amelyben kizárólag 1 orvos rendel, 2 intenzív terápiás szakasszisztens nővérrel.
Elérhetőség: manomed@gmail.com, Tel.: +36 30 361 2431

Gyermekorvosi praxisomba **Pilisen**, betegség miatt helyettes kollégát keresek. Dr. Nagy Ildikó, ildikonagy68@gmail.com, +36 20 462 6312

A praxishirdetés feladására a HGYE honlapján keresztül van lehetőség: www.hgye.hu
A hirdetés az éves tagdíjat fizetett HGYE-tag részére ingyenes, és 6 hónapig jelenik meg a honlapon.
Aki nem tagja egyesületünknek, annak ugyanez havonta 4 000 Ft + áfa, önkormányzatoknak 9 000 Ft + áfa költséget jelent.

A HGYE

Címe: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E
Telefonszáma: + 36 1 330 0900
E-mail-címe: hgye@mail2000.net

Bankszámlaszáma: 11713005-20419448

Honlap: www.hgye.hu

Ügyvezető: Dr. Erdélyi István
Titkár: Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:
Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.
1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.
Tel.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu
Várjuk megkeresésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.

HÍRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1800 példányban.
Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható.
Felelős kiadó: dr. Póta György Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály
ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**
A címlapon: Simon Lili Címlapfotó: Konkoly-Thege György