HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

XXVIII. évfolyam
2023/1. szám

Tartalom

SZAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

Jönnek az indikátorok. Jönnek az indikátorok?! Jönnek az indikátorok! 4

INTERJÚ

Nem félek, hogy használnunk kell a vészféket..... 6

NAPRAKÉSZEN

Mérföldkövek a szoptatásban..... 9

TÉNYLEG A LÉNYEG

Primer immunhiány – nem csak infekció 12

Laparoszkópia a gyermek-sebészetben: hol tartunk most? 15

ISMÉTLÉS A TUDÁS ANYJA

Acut scrotum gyermekkorban 18

A csecsemőkori kólika háttere és kezelése új megvilágításban (X) 20

TELEMEDICINA

Applikációk a gyermekek gondozásához 23

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Az orális immunterápia helye az ételallergiák kezelésében 24

Felső légúti fertőzések kezelése orálbiotikummal (X) 29

PRAXISMENEDZSMENT

GDPR és telemedicina a gyermekorvosi alapellátásban 30

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT

Olvasói levél 34

Médiatámogató: OBSERVER

Impresszum

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

Cím: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E
Telefonszám: 1 3300 900
Emailcím: hgye@hgye.hu
Bankszámlaszám: 11713005-20419448
Honlap: www.hgye.hu

A magazin szerkesztőbizottságának tagjai:

Dr. Havasi Katalin
Szakmapolitika és érdekvédelem; Interjú

Dr. Győri Blanka
Gondozzuk kertjeinket!; Tényleg a lényeg; Házunk tája; Ismétlés a tudás anyja; Naprakészen

Dr. Losonczi László
Jogsegélyszolgálat

Dr. Pátri László
Praxismenedzsment

Dr. Fábián Dóra
A világ egyetem

Dr. Kántor Irén
Telemedicina

Braun Helga
Egyesületi hírek; Kitekintő; Hirdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:
jogsegely@hgye.hu

HÍRVIVŐ
A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

A Hírvivő magazin 1800 példányban jelenik meg, kereskedelmi forgalomban nem kapható. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében.

Amennyiben a magazinnal kapcsolatosan kérdése, észrevétele van, írja meg az alábbi emailcímre: **hgye@hgye.hu**

Kiadó: Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete
Felelős kiadó: Dr. Havasi Katalin, elnök
Lapigazgató: Braun Helga
ISSN szám: 1417-0795
Dizájn, nyomdai munkák: PRESENT Kft.
1222 Budapest, Borkő u. 4-6.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2023-ban:

BioGaia NUTRICIA LIFE-TRANSFORMING NUTRITION Nestlé Nutrition Pfizer

Dr. Havasi Katalin PhD | **házi gyermekorvos, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének elnöke,** Hódmezővásárhely

Jönnek az indikátorok. Jönnek az indikátorok?! Jönnek az indikátorok!

Az utóbbi években a szakmapolitika fókuszában vitathatatlanul az egészségügy reformja, az ellátási formák működési szabályainak átszervezése állt. És mert minden szentnek maga felé hajlik a keze – még akkor is, ha nem szent –, számunkra minden kétséget kizáróan az a legfontosabb kérdés, hogy házi gyermekorvosként hogyan fognak érinteni bennünket ezek a változások.

Egészségügyi reform az alapellátásban, 2020–2022 – mérföldkövek

Ha visszatekintünk, ma már szinte történelemnek tűnik, pedig alig néhány éve történt az első jelentős lépés, a kollegiális vezetői rendszer elindítása. Bár még nem épült ki teljesen, és működése is nagyon személyfüggő, láthatóan fontos információs csatorna, ahol önálló ellátórendszerként jelenünk meg a háziorvosok rendszere mellett. Ez az első sikere a házi gyermekorvosok csapatának.

Mindeközben helytálltunk a betegellátás és a prevenció mellett a COVID-ellátásban és az oltások területén is, beletanultunk a telemedicinális ellátásba.

A következő, súlyos aggodalmakkal terhelt időszak volt, amikor az Eszjtv. szerinti díjtábla nyilvánosságra került: „biztos késni fog a bérrendezés az alapellátásban"; „felháborító, és minden alapellátó el fog menni a kórházakba dolgozni". Megnyugtatóan, azonos időponttól nőttek a bérek. A kilencvenes évek eleje óta először mondhatjuk el, hogy működik a szerződés, miszerint mi gyógyítjuk a hozzánk forduló betegeket, az állam pedig a megélhetésünkhöz elegendő díjazást nyújt ezért.

Ezt követte a praxisközösségek megalakulása. Még most sem látjuk pontosan, hogy a későbbiekben milyen szerepük lesz, azonban azt tudjuk, hogy a gyermekek ellátási szükséglete mind a gyógyításban, mind a prevencióban jelentősen különbözik a felnőttekétől. A hazánkban élő gyermek- és fiatalkorúak 80 százalékát ma is gyermekgyógyász szakorvos látja el már az alapellátásban. Hogy az átalakulóban lévő alapellátásban továbbra is hangsúlyosak maradjanak a gyermekek szempontjai, hogy a korai diagnózis és a felnőttkori betegségek prevenciója mind hatékonyabb legyen, hogy a gyermekorvosok az alapellátásban is egyre magasabb szintű munkát végezhessenek, ennek a lehetőségét jelentik a homogén gyermekorvosi praxisközösségek.

A következő legfontosabb eredmény a gyermek-alapellátás szempontjából, ami hosszú távon nem túlértékelhető, hogy szinte minden megyében megalakultak ezek a szakmai műhelyek.

Alapellátási reform, 2023 – indikátorok

A fentiek szervezeti, mondhatni klasszikus szakmapolitikai kérdések voltak, amelyekben a gyermek-alapellátók közössége és a szakmai döntéshozás megtalálta a közös pontokat. Most érkeztünk el ahhoz az izgalmas ponthoz, amikor a szakmapolitika és a szakma még szorosabban fonódik össze. Miközben mindannyian érezzük, hogy igazságos a több és jobb munka jutalmazása, szembesülünk azzal a ténnyel, hogy mennyire nehéz megfogni a mi nagyon szép hivatásunk sarokköveit, mennyire nehéz megmérni a minőségét. Bármely mérhető és ellenőrizhető pont csak apró szegletét jelenti a teljes egésznek, és alig van nem kijátszható indikátor. Épp a legértékesebbre pedig, az emberi hozzáadott értékre, az empátiára, az odafigyelésre, valamint a naprakész szakmai felkészültségre nincs mérőszám. A prevenció hosszú távú, akár évtizedek múltán mérhető hatása sem bírálható el ebben a formában.

Eddig sok kolléga egyáltalán nem figyelt indikátoraira, részben mert nem tekintette őket valós teljesítményt mérő mutatóknak, részben mert a finanszírozási hatásuk jelentéktelen volt. Most, amikor már a finanszírozásban is jól érezhető lesz ezek teljesítése vagy hiánya, keményen keressük a legjobb megoldásokat.

Az események ütőerén tartjuk a kezünket, javaslatainkat, szakmai érveinket megfogalmaztuk, eljuttattuk az illetékesekhez és hírlevélben minden kollégához. Tudjuk, hogy valamennyi indikátor a későbbiekben is folyamatos kontrollt igényel, követjük a nemzetközi szakirodalmat, és a tudomány változásával a korábbi indikátorokra is új javaslatokat teszünk.

Néhány indikátor körül szakmán belül is jelentős vita alakult ki. Az események felgyorsulása, a szakmapolitika és a szakma összefonódása miatt fontosnak tartom, hogy a vita-

tott indikátorokról a Hírvivőben is szó essen. Véleményeket a **hgye@hgye.hu** címen várjuk.

Talán a legtöbb ellenérzést kiváltó indikátor a D-vitamin-kiváltás ellenőrzése. Vitathatatlan a rendszeres D-vitamin-adás népegészségügyi jelentősége, ez mellette szól. Ellene szól azonban, hogy az újszülött hazaérkezésekor felírt D-vitamin nem kerül gyógyszertári forgalomból az EESZT-be az ideiglenes taj szám miatt, így akár egy évig is elesik a doktor a pozitív értékeléstől annak ellenére, hogy kiválóan dolgozott. Másik, valóban nyomós ellenérv, hogy számos, a szülők és a kollégák által is kedvelt készítmény recept nélkül kapható, azaz szintén kívül esik az indikátor figyelésén, így a gyermek megfelelő D-vitamin-ellátottsága ellenére finanszírozási hátrányt jelent. A rendelet tartalmazza a D-vitamin-ellátottságot az értékelendő indikátorok között. **A fentiek miatt javaslatot tettünk az indikátorok közül való törlésre. Megmaradása esetén megoldási javaslatunk arra, hogy a házi gyermekorvosok önhibájukon kívül ne essenek el az őket megillető finanszírozástól, hogy ne a gyógyszertári kiváltást, hanem az orvosi javaslatot vagy receptírást vegye a finanszírozó az indikátor alapjául.**

Emellett ismét kezdeményeztük az ideiglenes taj számmal rögzített, az élet első hetei – és a legfontosabbak közé tartozó – eseményeinek megjelenítését az EESZT-ben. Korábban kezdeményeztük, hogy a közigazgatási rendszeren belüli folyamat során az EESZT automatikusan írja át az ideiglenes taj számot a véglegesre, amint az újszülött megkapja a végleges biztosítási számát, utóbb ígéretet kaptunk, hogy a taj számot az újszülöttek – akár elektronikus formában – 24 órán belül meg fogják kapn

Az indikátorok kérdéskörét a következő számban folytatjuk.

Ismét kevesebben, kevesebbek lettünk!

Jó barátunk, kiváló kollégánk,
dr. Marosi Csaba György
1953. április 24-én született,
és 2022. július 19-én hunyt el.

Nemcsak számszerűleg – hisz az pótolható talán –, de kevesebbek lettünk egy baráttal, ötletekben gazdag gyermekgyógyásszal, egy társsal, akire számítani lehet, aki kezet nyújt, okos tanácsokkal segít, tiszta, egyenes látásmóddal szakmailag, emberileg melletted áll. Igen, ez az a veszteség, amit nem lehet pótolni.

Jó barátunk, kiváló kollégánk, dr. Marosi Csaba György 1953. április 24-én született, és 2022. július 19-én hunyt el.

Gazdag, tartalmas életút áll mögötte.

Az érettségit Gyöngyösön teljesítette, 1979-ben végzett a Szegedi Orvostudományi Egyetemen, 1979-től 1984-ig Kazincbarcikán, a gyermekosztályon dolgozott. Szakvizsgáját 1983-ban a SZOTE-n abszolválta. 1984-ben került Hajdúnánásra, ahol 2017-ig házi gyermekorvosként dolgozott. Munkássága során arra törekedett, hogy jobbá tegye a gyermekek egészségügyi ellátását alapellátási szinten is. Kiváló emberi, gyermekorvosi tevékenységének, kreativitásának eredményeként felkérték szakfelügyelő főorvosi, majd felülvizsgáló főorvosi feladatok ellátására. Szakmai felkészültségét a Debreceni Orvostudományi Egyetem Családorvosi Tanszékének mentoraként, majd tutoraként is kamatoztatva segítette területén az alapellátás magasabb színvonalra emelését. Felfigyelt munkásságára a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete, és 2001-től két cikluson át dolgozhattunk együtt a vezetőségben. Higgadt, okos gondolataival támogatta a vezetőség munkáját. A Magyar Orvosi Kamara Országos Etikai Bizottságának szintén két cikluson keresztül volt aktív tagja. Nagy öröm volt számára, amikor 2013-ban elnyerte a jelölést Az Év Orvosa díjra, valamint az Astellas 2015-ös gyermekrajzpályázatán a gyerekek a világ legkedvesebb gyermekorvosának jelölték. Rendelőjében a gyerekek által készített rajzokat gyűjtötte, rendszerezte.

Szeretett városában, Hajdúnánáson 33 éven keresztül óvta, gyógyította pácienseit. Közéleti tevékenységének elismeréseként a város a Kabay János közegészségügyi díjat adományozta megbecsült gyermekorvosának, képviselőjének, külső bizottsági tagjának.

Mindebben a széles körű tevékenységben szerető családja, gyógyszerész felesége és lányai biztosították a hátteret. A praxis feladására csak a betegsége miatt kényszerült, de szakmai munkáját folytatta a betegség jobb fázisaiban is.

Kedves Csaba! Emberileg és szakmailag a legtöbbre, a maximumra törekedtél, hiányodat mindig érezni fogjuk.

Nyugodj békében! Emléked megőrizzük!
Barátod, Józsa Lajos dr.

Koncsek Rita |

Nem félek, hogy használnunk kell a vészféket

*Az egészségügy finanszírozásában most elindult folyamat léptéke ahhoz hasonlítható, mint amikor bevezették Magyarországon a társadalombiztosítást, mondta a Hírvivőnek adott interjújában **Takács Péter, a Belügyminisztérium egészségügyért felelős államtitkára**. Kiemelte: áprilisban lesz az első hónap, amikor már az új indikátorrendszer alapján kapják meg a praxisok a finanszírozást. A szakállamtitkár szerint a házi gyermekorvoslás érték, s nem szabad megszüntetni.*

Körülbelül 160 gyermekorvosi praxis most is üres. Ez is indokolta a változtatásokat az alapellátásban?

Az alapellátást a rendszerváltás óta nem kezelte kellő súllyal az egészségpolitika. Nem definiáltuk, hogy mit várunk el a házi gyermekorvostól vagy a háziorvostól mennyiségben és minőségben. Állandó feszültséget okoz, hogy nem tisztáztuk a keretrendszereket, én most erre teszek kísérletet. Hadd említsek pár példát. A mennyiségi oldalon mindig megkapjuk, hogy hány praxis betöltetlen. Ám ha van egy 300 fős kis falu, amely önálló praxist alapított a kilencvenes években, amikor még több mint 600-an laktak ott, de azóta a lakosság nagy része beköltözött a közeli városba, és a szomszéd falu orvosa helyettesítéssel ellátja a körzetet, akkor kell-e egy ilyen kis falunak saját háziorvos? Az olyan jellegű kérdésekben, mint hogy mekkora legyen a minimális praxisméret, nem jó egy személyben döntést hozni, meg kell kérdezni a szakmai szervezeteket. Többek között a Magyar Orvosi Kamarát is, amely bátrabb volt, mint én, azt mondta: 800-nál húzzunk egy határt, én 600 főt mondtam. Az átlagos méret a felnőttpraxisoknál 1600 fő, a gyermekorvosoknál 900 fő – ez az a nagyság, mellyel egy orvos és egy asszisztens felállással jól működtethető a praxis. Persze lehet e fölé is menni, ha van elég jól képzett szakdolgozó, és erre látok is esélyt. Az egyetemeken jó pár éve elkezdődött az emelt szintű szakdolgozói képzés, és most csak annyi a dolgunk, hogy a megfelelő kompetenciákat legálissá tegyük, vagyis átadunk bizonyos feladatokat, amiket a szakápolók is el tudnak látni. Gyakorlatilag a most az egészségügyi rendszer finanszírozásában elindított folyamatok léptéke ahhoz hasonlítható, mint amikor bevezettük a társadalombiztosítást.

A hazai alapellátásban szükség van gyermekorvosokra? Számol-e velünk hosszú távon a kormány?

Már hogyne lenne rájuk szükség! Szerintem a házi gyermekorvoslás érték, nem szabad megszüntetni. Csak a praxisközösségek esetében támogatom, hogy akár egy felnőtt háziorvosi és egy gyermekorvosi praxis közösséget alkothasson.

A gyermekorvosokra is vonatkozik, hogy ügyeletet kell adniuk. Milyen gyakran és hány órát kell majd átlagosan ügyelniük a házi gyermekorvosoknak?

Az ügyeletet megyei szinten kell majd megoldani, ezt nem lehet pontos óraszámmal meghatározni, attól is függ, hogy megyei szinten hány gyermekorvos van. Az Országos Mentőszolgálat és a megyei kórházigazgatók osztják majd be ügyeletbe a gyermekorvosokat. Az a tapasztalat, hogy a felnőtt háziorvosok „félnek a gyerekektől, mint a tűztől". Az viszont fontos, hogy csak olyan helyettesítő kollégát állíthat maga helyett ügyeletbe a gyermekorvos, aki egyébként is helyettesíti őt a praxisban. Most azt látjuk a Hajdú-Bihar megyei ügyeleti rendszer kialakításakor, hogy ha elérhetővé tesszük a gyermekorvosi konzultációt, akkor magabiztosabban mozognak a perifférián a felnőttellátók, azok a kollegák pedig szívesen vállalták a támogatást, akik bent voltak a gyermekközponti ügyeletben, hogy konzultáljanak a felnőtt-orvosokkal.

Itt adódik a kérdés, kell-e a gyermekorvosnak majd felnőtt betegek számára ügyeletet adnia.

Fő szabály szerint nem, miért kéne? Én maximum azt tartom jó megoldásnak, hogy havi kétszer telefonos háttér-konzultációt vállaljanak.

Mikor lép életbe az új ügyeleti rendszer?

Minden megyében máskor. Terveink szerint márciusban jön Szabolcs-Szatmár-Bereg és Győr-Moson-Sopron megye. El-

indulunk az ország két perifériájáról a közepe felé, év végére érünk Pest megyébe. A jövő év elején kerül csak sor Budapestre. A nyári hónapokban lesznek szünetek, hiszen akkor mindenki elmegy szabadságra, nem kapkodunk.

Sok előkészítő munka előzte meg a változtatásokat, a bizonytalanság, ami a változással jár, a gyermekorvosok egy részében aggodalmat váltott ki. Mivel tudja őket megnyugtatni? Mennyiben fog változni a praxisok működése a következő években?

Annyiban fog változni az ő életük, hogy a finanszírozási rendszert úgy alakítjuk át, hogy senki nem lesz érdekelt abban, hogy ezeket a kis, 300 fős praxisokat fenntartsa és helyettesítéssel lássa el. Sokszor volt finanszírozási gátja is a rendszernek, a degressziós sávok nagyon alacsonyan voltak meghúzva, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő már ezen is dolgozik. Fontos, hogy ne járjon rosszul az a kolléga, akinek van egy 600 fős praxisa és mellette egy 300 fős gyermekpraxisa is, ami már ugye 900 főt jelent – ez egy jól mérhető praxis –, és azért nem olvasztják össze a körzetet, mert a degresszió sújtaná, most ezt kivesszük a rendszerből.

És jön a teljesítményértékelés is. Mik lesznek azok a szempontok, amelyekre oda kell majd figyelniük a gyermekorvosoknak?

Szerintem az a jó rendszer, amelyben aki sokat és jó minőségben dolgozik, az szép bevételre tesz szert. A mostani alapellátási finanszírozás nem így működött. Akárhogy nézzük, a praxisfinanszírozás 95 százaléka akkor is beérkezett, ha a kolléga gyakorlatilag semmilyen ellátási eseményt nem realizált. A kollégák túlnyomó többsége tette tisztességesen a dolgát. Én abba az irányba szeretnék elmenni, ökölszabály szerint, hogy a praxisok finanszírozásának 30-40 százalékát vagy indikátorhoz, vagy teljesítményhez kössük. A kollégáknak jelentési kötelezettségük lesz a NEAK felé, direkt esetfinanszírozást kapnak, Nyugat-Európában is hasonló modellek vannak. De ezt még csak most alakítjuk át, az indikátorrendszert 2018-ban indítottuk el, és most a szakmai kollegiális vezetőkkel leporoltuk. Elkezdjük mérni az alapellátó orvosokat, és ez alapján alakítjuk majd ki a keretszabályokat. Például a receptköteles D-vitamint mint indikátort kivettük, mert a szülők már nem vényköteles terméket vásárolnak.

Előfordulhat olyan, hogy valaki minden indikátor szerint jól teljesít, mégis csökken a praxisának a finanszírozása?

Nem. Ráadásul az indikátorrendszer olyan, hogy egy-egy területen lévő orvosok teljesítményét hasonlítja össze. Ott nagy kiugrások nincsenek. Nem az van, hogy Győr-belváros háziorvosát hasonlítjuk össze Borsod zsákfalujának háziorvosával, hanem a Győr környékieket a Győr környékiekkel. Folyamatosan monitorozzuk az adatokat, elég jó szakembergárda van a NEAK-ban, a háziorvosi vezetésben és a minisztériumban is, nem most kezdték a szakmát. Mégis előfordulhat, hogy valamire nem gondolunk, ezért kérte az országos kollegiális vezető, hogy legyen tesztidőszak. Olyan értelemben ez meg is valósul, hogy áprilisban lesz az első finanszírozás, amikor már az új indikátorrendszer alapján kapják meg a praxisok a finanszírozást. Ha ne adj' Isten annyira megborul a rendszer, hogy tömegével lehetetlenülnek el a praxisok, van a kezünkben egy vészfék. De én nem félek tőle, hogy használnunk kell.

Mekkora mozgástér van a rendszerben? Mikor lehet alacsonyabb a finanszírozása egy praxisnak?

Most még nem. Jelenleg az indikátorok plusz-mínusz 3 százalékot jelentenek a praxisok finanszírozásában. Ezt szeretnénk most kitolni 15-20 százalékig, és még egy ugyanekkora részt hozzátenni, hogy további 15-20 százalékot tegyen ki a praxisok teljesítményalapú finanszírozása. Döntő többségben lesznek azok a praxisok, amelyeknek plusz-mínusz 100 ezer forinttal változik majd a finanszírozásuk. A nagyon jól teljesítőknél és a nagyon nem teljesítőknél lehetnek kiugrások, ez a praxisoknak körülbelül 5-5 százalékát teszi ki.

Ez veszélyezteti majd a praxisok működőképességét?

Igen, ott, ahol nem dolgozik az orvos. Van nagyjából 20 százalék, aki látványosan bújik ki a feladatok alól, és az el nem végzett feladatai ráhárulnak a tisztességesen dolgozókra.

Bejelentette, hogy két részletben érkezik a szakdolgozói béremelés. Kapnak ehhez támogatást a praxisok?

Igen, mindig is kaptak bértámogatást, most is fognak.

Nagyon klinikaközpontú a gyermekorvosképzés, tervezik, hogy változtatnak a rendszerén?

Igen, jelenleg az orvosegyetemek rektoraival és a Kulturális és Innovációs Minisztériummal vagyok aktív tárgyalásban. Közmegegyezés van arról, hogy a fejnehéz képzést tereportentálttá kell tenni. És itt konkrétan a házi gyermekorvosi képzéssel kapcsolatban arról egyeztetünk, hogy akár az egyetem is lehessen szolgáltató, és akkor az egyetemek létrehozhatnak olyan mintapraxisokat, ahova a háziorvos-rezidenst vagy a házigyermekorvos-rezidenst ki lehet rendelni.

Ez akkor azt jelenti, hogy a kampuszon lesznek praxisok?

Én azt kértem a rektoroktól, hogy ne csak ott legyenek. Vállalja fel az orvosegyetem, hogy egy kistelepülésen hoz létre egy-egy mintapraxist, a Semmelweis Egyetem és a Debreceni Egyetem nyitottan áll az ötlethez. De szerintem a többi orvosegyetem is támogatni fogja.

Lesznek-e források új eszközök beszerzésére?

Most nyílt meg egy 25 milliárdos forrás a háziorvosoknak, ebből sajnos a központi régió kimarad, de a Helyreállítási és Ellenálló Képességi Eszközben lesznek ilyen források, ehhez nem nyúlt hozzá az Európai Unió.

Dolgozhatnak-e a jövőben is a házi gyermekorvosok a magánellátásban?

Igen, ugyanúgy, ahogy eddig is, de azt ki kell emelnem: a következő fél év egyik legfontosabb feladata a magán- és a közellátás területének tisztázása és szabályozása lesz. Volt

egy éles cezúra az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvény bevezetésekor, most már tisztán látunk, hogy meddig tart a magán- és meddig a közellátás kompetenciája, vannak még szürke zónák, mert ezeket nem szabályoztuk rendesen, és azon fogunk dolgozni a következő fél évben, hogy itt is lefektessük a kritériumokat.

A rezsi emelkedése miatt sokan aggódnak, különösen azok, akik nem tudják igénybe venni a kisvállalkozói kedvezményt, mert az önkormányzatokon keresztül fizetik a rezsit. Van-e esély arra, hogy társasházakhoz hasonlóan a háziorvosok is kedvezményes díjat fizessenek az energiáért?

A rezsiválság miatt megemelkedő költségeket nem az E-alapból finanszírozzuk. Az önkormányzatok kaptak támogatást településméretettől függően. A kollégáknak azt tudom javasolni, hogy az önkormányzatokkal próbáljanak megegyezni ebben a kérdésben.

Tervezik-e, hogy hozzányúlnak a gyermekkórházi ellátáshoz? A fővárosban a budai oldalon nincs gyermekkórház.

A gyermekkórházi ellátást az Egészséges Budapest programból alakítottuk volna át, de a háborús helyzet miatt a beruházásokat leállítottuk két évre. Igaz, most sem állt le teljesen a munka, a szakmai koncepció újragondolása zajlik. Ez nem kis lélegzetvételű átalakítás lesz, akkor lehet oda kapacitást rendelni, ha a program keretében egy nagyobb centrumkórházi beruházás megvalósul a budai oldalon.

Néhány személyesebb kérdés a beszélgetés végén. Mi kapcsolja ki?

Négy gyermekem van, szeretek velük lenni. Mindannyian általános iskolások, a lányom a legnagyobb, három öccse van. Fontos számomra a vízpart is, egy Veszprém megyei kis faluból, Vaszarból származom, a családi nyaraló pedig Csopakon van, én félig-meddig balatoni gyerek vagyok. Ha a feleségem látja rajtam, hogy nem lehet hozzám szólni, akkor elküld egy kicsit horgászni.

Volt valami nagyobb fogása mostanában?

Igen, aznap, amikor a kormány elé vittük az egészségügyi törvényt – ez valamikor november legeleje lehetett –, voltam a Ráckevei-Dunán, és fogtam egy 8,5 kilogrammos pontyot. Mindenki azt kérdezte, hogy nem izgulok-e, hogy bent van a kormány előtt az anyag. Én meg csak nyugtattam őket, a munkát elvégeztem becsülettel, most pedig várom a fejleményeket.

2023. évi HGYE-tagdíj

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

A gyermekekért, a gyermekorvosokért!

Kedves Kolléga, kedves HGYE-tagtársunk!

Az elmúlt évek tagdíjbefizetéseit ezúton is köszönjük, amely összeggel hozzájárult az egyesület fenntartásához, magas színvonalú tevékenység végzéséhez. A hírlevelek, a negyedévente megjelenő Hírvivő, jogsegélyszolgálat, konferenciák, webinárok szervezése, szakmapolitikai háttéranyagok, szakmai anyagok készítése folyamatos működési költségekkel járnak, amelynek hátterét igyekszünk támogatásokból és pályázati forrásokból megteremteni, de a biztonságos működésünket nagyban segíti a tagság által befizetett tagdíjak összege is.

Kérjük, ha még nem tette meg, de megteheti, utalja át a **15 000 Ft** összegű 2023. évi tagdíjat a **11713005-20419448** OTP-számlaszámunkra, hogy az 1200 fős tagságunkért folytatott szakmai és érdekvédő munkánk folyamatos lehessen.

Kérjük, hogy az átutalás során a közlemény rovatban tüntesse fel a (cég)nevet, a pecsétszámot. A befizetett összegről számlát állítunk ki, amelyet postai úton megküldünk.

Előre is köszönjük befizetését!

HGYE

www.hgye.hu

Dr. Sinkó Melinda | iskolaorvos, laktációs szaktanácsadó, pszichoterapeuta, Kiskunfélegyháza

Mérföldkövek a szoptatásban

A szoptatás fontosságáról szerencsére senkit nem kell meggyőznöm a házi gyermekorvosok körében, mégis szükségét érzem, hogy beszéljünk róla. A szoptatástámogatásban lezajlott paradigmaváltás már nemcsak elméletben, de szerencsére a gyakorlatban is kezd gyökeret ereszteni. Az igény szerinti szoptatás és a kötődő nevelés támogatása már az egészségügyi dolgozók körében is elfogadott fogalmak. Sokat segít az anyukáknak, ha az őket körülvevő szakemberek hasonló szemléletet képviselnek.

Saját tapasztalataim

Első gyermekem születése előtt ismerkedtem meg a szoptatási tanácsadói szemlélettel, ami sokat segített gyermekeim sikeres szoptatásában. A Szent István Kórházban dr. Sarlai Katalin neonatológus főorvostól volt lehetőségem tanulni a szoptatástámogatás gyakorlatát, aki elsőként lett Magyarországon szoptatási tanácsadó. Az OGYÉI szervezésében a Bababarát Kórház-felmérésben vettem részt még zöldfülűként a szakma nagyjai mellett. Laktációs szaktanácsadói képzésen a Semmelweis Egyetemen végeztem 2011-ben, azóta önkéntes munkában támogatom a fiatal anyákat, négy évig baba-mama csoportot is vezettem. Pszichoterapeutaként is foglalkozom a szülés utáni lelki nehézségekkel.

Egy kis történelem

Orvosként én is ahhoz voltam szokva, hogy a helyzeteket a legsúlyosabb probléma kizárása felől biztonságos szemlélni. A szoptatási tanácsadás szemlélete a természetes működés felől közelít. A két szemlélet között feszülő ellentét a múltban keresendő. A huszadik század elején a csecsemőhalandóság csökkentésére bevezetett óvintézkedések hatékonynak bizonyultak a csecsemők életfeltételeinek javítása szempontjából, viszont a szoptatás érzékeny folyamatát megzavarta az anya és a csecsemő elkülönítése és a szigorú időbeosztás. Erre válaszul a huszadik század közepén az USA-ban az anyák a természetes folyamatok irányába nyúltak vissza, és felélesztették a szoptatás ősi művészetét. Ebből született 1956-ban a La Leche Liga civil kezdeményezésként. A két szemlélet metszéspontjában a Babarát Kórház-kezdeményezés 1991-ben fogalmazódott meg. Magyarország élen járt a bababarát szemlélet átvételében, 1992-ben a debreceni Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Európában elsőként kapta meg a bababarát címet.

Az első fél év otthon

A kórházból hazaérkező új család az első fél évben szoros kapcsolatban áll a házi gyermekorvosával. Bizalom, kötődés alakul ki az orvos iránt, hiteles szakemberként tekintenek rá, ezért érdemes a technikai részletekben is elmélyedni.

Szoptatási tanácsadóként egy esetre általában egy órát szánunk, ezer kérdést teszünk fel. A házi gyermekorvosi munkában nincs ennyi idő az apró részletek megtárgyalására, de igyekeztem olyan helyzeteket kiemelni – a teljesség igénye nélkül –, amelyek gyakoriak és könnyen észrevehetők, ezáltal hatékonyan lehet segíteni a szoptatás fennmaradását.

Súlygyarapodás elmaradása

Egészséges, érett újszülött esetében igény szerinti szoptatás mellett várható, hogy a baba megfelelő súlygyarapodást mutasson. Ha mégsem ezt tapasztaljuk, akkor három irányban tapogatózhatunk.

Az első irány a baba hatékony szívóereje. Ez leggyakrabban aluszékony, sárga babák esetében csökken, ami szerencsére a legtöbb esetben csak napokig tart. Ilyenkor fejéssel, ébresztgetéssel tudunk segíteni az átmeneti időben. Ebben az esetben nem bízzuk a babára az evés idejét, hanem a szoptatás elejétől számítva három órán belül megetetjük. Érdemes ilyenkor felhívni a szülők figyelmét, hogy ez csak átmeneti időszak, először az a prioritás, hogy a baba egyen, akár tápszeres pótlást is, aztán a gyakori fejéssel fokozatosan áttérhetünk az anyatejes pótlásra, és ha elmúlt a sárgaság, akkor az igény szerinti szoptatásra.

A baba szívóerejét befolyásolja még az izomtónus csökkenése, amit az egész testen vagy csak a száj környékén is észlelhetünk. Fény derülhet ilyenkor a csecsemő esetleges betegségére is.

Akkor hatékony a szoptatás, ha az anyuka kezdetben érzi a méhösszehúzódásokat, a mellben a tejleadó reflexet is sokan megérzik, a másik mellből is megindul a tej, halljuk a baba nyelését, a mell megkönnyebbül, felpuhul szoptatás után, látjuk a tejcseppeket a baba szájzugában.

A második irány az anya hormonális problémája lehet. Érdemes rákérdezni a pajzsmirigybetegségre, inzulinnal kezelt cukorbetegségre, bent maradt méhlepény is okozhatja a tejtermelés elmaradását. Csökkent tejmennyiséggel járhat még a PCOS is. Minél hamarabb megfelelő kezelést kap

az anya, annál nagyobb esélye lesz a megfelelő tejmennyiség biztosítására. Ritka, de előfordul a tejmirigyek részleges vagy teljes hiánya, ami jellegzetes, hosszúkás mellformával jár. Ilyenkor az anya nem számol be tejbelövellésről, várandósság alatt nem nő a mellmérete.

A harmadik irány a szoptatás gyakorlata. Az igény szerinti szoptatás gyakori szoptatást jelent az első hetekben. Akkor várható megfelelő mennyiségű tej, ha legalább nyolcszor-tizenkétszer hatékonyan szopik a baba. A kezdeti időkben a szopás szakaszos, nem várhatjuk, hogy folyamatosan szívás-nyelés történjen, megpihenhet a gyermek evés közben. Addig érdemes a babát mellen tartani, amíg elalszik, és kicsúszik a szájából a bimbó. Ennek idejét nem kell korlátozni. A kezdeti időben a baba nagyon sok testközelséget igényel. Érdemes ilyenkor megnyugtatni az anyukákat, hogy ez csak az első hetekben ilyen intenzív, később ez az idő lerövidül, tervezhetőbbé válik. A testközelségigényt is ki lehet elégíteni hordozással, nem szükséges csak komfortszopással biztosítani. Ebben az apuka, a nagyszülő is részt vehet.

Fájdalmas szoptatás, sebes mellbimbó

Normál esetben a baba vályút képez a nyelvével, amiben a bimbó hosszan behúzódik. Ilyenkor azt látjuk, hogy szoptatás után a bimbó hengeres, bármeddig szopik a baba, nem fog fájni. Ha mégis panaszos a szoptatás, akkor legtöbbször a technikával van baj.

Az első héten egyszerű túltelítődés is okozhatja, hogy a feszes mell kicsúszik a baba szájából, nem bírja megtartani a nyelvével, ezért felnyomja a szájpadlására, ami már sebesedést okozhat. Ilyenkor a bimbó szoptatás után szilvamagszerűen össze van lapulva. Ezen a hámosító krémek nem segítenek, inkább a szoptatás előtti kíméletes kézi fejéssel érdemes a mellet felpuhítani. Ez pár nap alatt megoldódik, ahogy a túltelítődés csökken.

A sebesedés másik gyakori oka, ha a csecsemő nem kapja be elég mélyen a bimbót és a bimbóudvart, ilyenkor is hasonló a bimbó kinézete, de nem oldódik meg olyan gyorsan a probléma. Ebben az esetben biztassuk az édesanyát, hogy a szoptatás megkezdése előtt tegyen az ölébe valamilyen alátámasztást – párnát, takarót –, egészen mellmagasságban legyen a baba, és húzza egészen közel magához a picit, az orra legyen a bimbó magasságában. A bimbóval érintse meg az orrát, a felső ajkát, amitől nagyra nyitja a száját, és akkor húzza közel a babát, így egész mélyen be tudja kapni a bimbóudvart is. Akkor van elég magasan a baba, ha nem kell az anyukának hajolnia, kényelmesen, egyenes derékkal tud ülni. (Így a háta sem fájdul meg.)

A harmadik, szintén nem ritka probléma, ami a mellbimbó sebesedésével jár, a lenőtt nyelvfék. Ilyenkor a szoptatás hatékonysága is kisebb lehet. A baba szájába tekintve gyakran maga a nyelvfék is rögtön látszik, de lehet, csak azt látjuk, hogy a nyelv közepe szív alakban behúzódik, vagy a csecsemő nem tudja kinyújtani a nyelvét, esetleg sírásnál a nyelve nem emelkedik fel. Ilyenkor indokolt a fül-orr-gégészeti konzílium kérése minél hamarabb.

Az anyuka bizonytalansága

Atomizált világunkban sok anyuka felkészületlenül érkezik meg az anyaságba. Hiába magabiztos az élet más területén, ha nincs semmilyen tapasztalata a babákkal kapcsolatban. Sokszor a támogató női közösség is hiányzik az anyák körül. A pandémiás időszak is érezhetően rontott a helyzeten. Egészségügyi dolgozóként sokat tehetünk az anyai kompetenciaérzés erősítéséért ilyen esetekben. A saját testében bizonytalan anyára jó hatással van, ha látja a termelődő tejet. Ilyenkor taníthatjuk kézi fejésre, a bimbóudvar határán két ujjal a mellkas felé közelítve, majd az ujjakat egymás felé nyomva máris megjelenik a tej a bimbóudvaron, akár spriccel is (diszkréten lépjünk hátra ilyenkor).

Érdemes keresni valamit, amit megdicsérhetünk, és azt bátran mondjuk meg. Lényegre törő, egyszerű információkkal edukáljunk, kerülve a minősítést és a kioktatást. Érdemes pozitívan fogalmazni, például mondhatjuk azt, hogy „ha gyakrabban mellre teszi, megindul a súlya", ahelyett hogy „persze hogy nem nő a súlya, ha hagyja egész nap aludni". Fogalmazhatunk úgy, hogy „ha tesz ide még egy párnát, akkor köny-

nyebb lesz a babának bekapni a bimbót", ahelyett hogy „ha így lóg a baba, persze, hogy fáj". E mondatok között nem sok különbség van, mégis a pozitív megfogalmazással könnyebb megnyerni az anya együttműködését.

Egészségügyi dolgozóként fokozottan érezzük a felelősségünket, ha az anyát nem látjuk elég magabiztosnak. Ilyenkor nagyobb a késztetés is bennünk, hogy autoriterebb hozzáállást tanúsítsunk. Ez viszont még inkább csökkenti az anya kompetenciaérzését, még jobban rászorul a tanácsainkra. Jobb taktika ilyenkor az információátadás és a biztatás kombinációja. Jogos aggodalmainkat pedig érdemes „énüzenetekben" kommunikálni, például: „aggódom a baba súlya miatt", „attól tartok, hogy fokozódni fog a sárgaság", így az anya nem érzi magát megtámadva, mégis képes átérezni a helyzet súlyát.

Egy vagy két cici?

A tejtermelés során először vizes-cukros első tej termelődik, aztán jön a zsírosabb, táplálóbb hátsó tej. Ha a tej mennyiségének a szaporítása a cél, akkor biztassuk az anyát, hogy ha az egyik melléből már nagyrészt kiszívta a baba a tejet, és elégedetlen a mellen, akkor tegye át a másik mellre is. Ha viszont azt tapasztaljuk, hogy bőven van teje az anyának, és a baba mindkét mellen rövid időt töltve csak a cukros első tejhez jut hozzá, s a széklete is habos, zöld, gázosan ürül, akkor azt javasoljuk, hogy egyszerre egy mellből szoptasson, és inkább azt ürítse ki.

Ha van elég tej, és a baba nem hasfájós, akkor rábízhatjuk az anyára, hogy egy vagy két mellből szoptat, ez inkább alkati kérdés, nincs rá egyértelmű válasz.

Növekedési ugrások

Három- és hathetesen, illetve három hónaposan következnek be a növekedési ugrások. Ezt a gyakorlatban az anyuka úgy éli meg, mintha hirtelen elfogyott volna a teje. A baba ilyenkor egész nap éhes. A tej szerencsére nem fogy el, csak a gyermek igénye nő meg hirtelen. Ha ilyenkor engedünk a babának, és egy-két napig sűrűbben mellre tesszük, akkor a tejmennyiség hozzáigazodik az étvágyához, és újra békésebb napok következnek. Érdemes ezekre a napokra előre felhívni a család figyelmét, hogy ne aznapra tervezzék például látogatók fogadását. Hathetesen időszerű a nőgyógyászati kontroll is, ezt szintén érdemes pár napos csúszással időzíteni.

Ömlő tej

Nem ritka, főleg többedik gyereknél, hogy erős a tejleadó reflex, és sok sugárban ömlik a tej a baba szájába. Az anyuka gyakori félrenyelést tapasztal, a baba orra is tele lehet beszáradt tejjel. Ilyenkor jellegzetes sípoló hangot adhat, gyakran elengedi a cicit, nyugtalan a mellen. Szoptatás előtt kis fejéssel tudunk segíteni, érdemesebb szoptatásnál még magasabbra tenni a gyermeket, vagy egész tenyérrel tompa nyomást gyakorolni a mellre. Vannak babák, akik a bimbó elszorításával védekeznek a sok tej ellen, ilyenkor a sebes mellbimbónál leírt képet láthatjuk. Fontos, hogy ilyen esetben ne biztassuk az anyát fokozott fejésre, mert az súlyosbíthatja a problémát. Idővel a kereslet-kínálat elve szerint beáll a babának megfelelő mennyiség. Ha hat hét után is fennáll a helyzet, akkor az anya hormonális problémája is felmerül. Leggyakrabban hipertireózis, esetleg hiperprolaktinémia is előfordulhat.

Hathetes kor után

Elhagyva a hat hetet sok változás történik. Ilyenkor már nem igényel annyi testkontaktust a baba, éberebb lesz, hatékonyabban szopik, tervezhetőbb lesz az élet. Az igény szerinti szoptatás mellett is kialakul egy rugalmasabb napi ritmus. A mell nem telítődik szoptatás előtt, mert a tej nagy része már szoptatás közben termelődik. Ettől sok anyuka megijed, azt gondolja, hogy elfogyott a teje, pedig ez normális jelenség. A baba emésztése is hatékonyabbá válik, anyatejes gyermekeknél már nem várunk mindennap három székletet, ilyenkor napok is eltelhetnek kaki nélkül.

Kinyílik a világ

Három hónapos kor körül a csecsemő érdeklődése a külvilág színes ingerei felé fordul. Ilyenkor a szoptatási idő lerövidül. Már fizikailag is képes a szükséges mennyiséget gyorsan elfogyasztani. Az anyukák a lerövidült evésidőt is sokszor a tejmennyiség csökkenéseként értelmezik. Ebben az időszakban előfordul, hogy a kezdetben gyorsan gyarapodó baba már megduplázta születési súlyát, és ezután a súlygörbéje laposodni kezd, ami normális folyamat. Lassabban gyarapodó babáknál nem ilyen látványos a lassulás.

Fogzás

A fogzás nyűgös időszaka többféleképpen befolyásolhatja a szoptatást. Vannak csecsemők, akik ilyenkor még többet szopnak, főleg éjszaka, mások inkább „sztrájkba" kezdenek, vagy csak annyit esznek, amennyi feltétlenül szükséges. A nehezen etethető babát félálomban érdemes próbálni mellre tenni, ilyenkor mutat a legnagyobb hajlandóságot. A tejtermelést fejéssel szükséges fenntartani az átmeneti időben, és itatópohárral, kanállal lehet a pótlást adni.

A fogzás keltette gyulladási faktorok a mellbimbón is okozhatnak gyulladásos elváltozást. Lanolinos krémek tudnak ezen segíteni.

Házi gyermekorvosként nem feladat a szoptatástámogatás minden aspektusában részt venni. Érdemes keresni a kapcsolatot a környezetünkben olyan civil segítőkkel vagy lelkes védőnőkkel, akik támogató közösséget szerveznek az anyukák köré, az egyszerűbb esetekben biztatást, támogatást nyújtanak, így marad energiánk a szakértelmet igénylő feladatokra.

A **Szoptatásért Magyar Egyesület** és az **Életkezdet Szakmai Egyesület** képzéseit ajánlom a témában fejlődni vágyóknak, ahol egészségügyi szakemberektől lehet tanulni a szoptatásról.

Dr. Onozó Beáta | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Miskolc

Primer immunhiány - nem csak infekció

Az Immunológiai Társaságok Nemzetközi Egyesülete (International Union of Immunological Societies – IUIS) legújabb, 2022 októberében publikált klasszifikációja alapján a diagnosztizált és kategorizált primer immunhiányok (PID) száma fokozatosan emelkedik. Jelenleg közel 500 veleszületett immunhiány háttere ismeretes, s a betegségcsoport arculata már rendkívül heterogén. Az infekcióra való fokozott hajlam mellett az immunrendszer kóros reakciója, diszregulációja, az autoimmun és autoinflammatorikus megjelenési formák egyre gyakoribbá váltak, ezért ma már sokszor találkozhatunk a primer immunhiány kifejezés helyett az immunrendszer veleszületett hibái (inborn errors of immunity – IEI) kifejezéssel.[1]

Ne feledjük, hogy a PID ma már nem kizárólag a gyermekek betegsége, az esetek több mint 60 százalékát 15 éves életkor felett észlelik.

A mindennapi gyakorlatban jól használható a Jeffrey Modell Alapítvány táblázata a PID-re utaló gyanújelek felismerése terén, amelynek gyermekkori változatát egy felnőttpopulációra adaptált változattal is kiegészítették.[2]

Jelen összefoglaló célja felhívni a figyelmet azokra a megjelenési formákra, amelyekben nem a fokozott fertőzési hajlam a domináns vagy kizárólagos manifesztáció.

Amikor alapellátóként úgy döntünk, hogy egy gyermeknél immunológiai kivizsgálást javaslunk, az alábbi kérdéseket tegyük fel magunknak:

- Milyen az infekciók gyakorisága? (Egy átlagos kisded számára az évenkénti 6-8 fertőzés elfogadható, s ez a szám emelkedhet azok esetében, akik már csecsemő-, kisdedkorban közösségben – bölcsődében, családi napköziben – töltik napjuk egy részét. A megfigyelések alapján a helyiségek mérete, zsúfoltsága, a személyzet, a gondozónők higiéniás felkészültsége jelentős mértékben befolyásolja a fertőzések előfordulását, az ott töltött idő viszont lényegében nem jelent fokozott rizikófaktort.)
- Milyen élethelyzetben van a gyermek? Közösséget kezd, van-e 5 év alatti testvére, szociálisan deprimált dohányos környezetben él-e, a szülők között vérrokonság fennáll-e?
- Felmerül-e más etiológiájú megbetegedés a háttérben: atópiás alkat, allergia, cisztás fibrózis?
- Milyen típusú infekciók jellemzők? (A szokatlan lokalizációjú vagy súlyos formában jelentkező, illetve ritka patogén által okozott fertőzések, valamint a szokványos kezelésre nem vagy csak részlegesen gyógyuló gyermekek esetében gondoljunk immunhiányra. Sok antitesthiányos gyermek a fül-orr-gégészeti kezelések útvesztőjében bolyong, mire diagnózisra kerül.)
- Más kísérő tünet, egyéb társuló betegség ismeretes-e?

  Az **autoimmunitás** nagyon gyakori és nemritkán első manifesztációja a PID-nek. Elsősorban az endokrinopátiák, hematológiai autoimmunitás (AIHA, ITP), SLE, gyulladásos bélbetegségek társulása jellemző.

  Keressünk **szindrómára** utaló minor és major anomáliákat: arcdiszmorfia (hiper-IgE, DiGeorge-szindróma), jellegzetes hajszerkezet (retikuláris diszgenezis, porc-haj hipoplázia), kongenitális vitium (CHARGE szindróma), csontrendszeri malformációk is felhívhatják a figyelmet.

  Atópiás bőr: a súlyos, kezelésre nem reagáló atópiás dermatitisz a kombinált immunhiányok egyik tünete lehet, de az enyhe, csecsemőkori atópia például a Wiskott–Aldrich-szindróma egy korai manifesztációja lehet.

  A késői köldökleválás önmagában nem indokolja a PID-irányú kivizsgálást. Amióta a száraz köldökkezelés elterjedt, gyakran látunk 6-7 hetes korban még álló köldököt. Vélhetően az antiszeptikus spray túlzott használata következtében elpusztulnak azok a bőrbaktériumok, amelyek elősegítik a köldök leszáradását. Egy jól fejlődő, egészséges csecsemő esetében kizárólagosan emiatt nem indokolt kiterjesztett vérvizsgálatok elvégzése.

  Malignitás: gyermekkorban szerencsére ritka, különösen mint első manifesztáció, azonban az infekciókat követően a malignitás a második leggyakoribb halálok a PID-betegek körében. A leggyakoribb PID-hez társuló malignitások a Hodgkin- és non-Hodgkin-limfómák.

  Gasztrointesztinális manifesztációk: krónikus hasmenés, fejlődésbeli elmaradás, kandidiázis, cöliákia, IBD, ételallergia.
- Hogyan reagál a beteg a védőoltásokra? Élő attenuált oltások kapcsán – itt elsősorban a BCG-oltás jön szóba – kombinált immunhiányban generalizált oltási betegség alakulhat ki, amely fatális is lehet. A BCG-limfadenitisz önmagában ritkán jelent immunhiányt, de más tünetekkel társulva figyelemfelhívó jel lehet. A BCG-hegnegativitás elsősorban technikai következmény: subcutisba adják az oltást. Védőoltás ellenére jelentkező infekció esetén át kell gondolnunk, hogy

Immunglobulin-referenciatartományok: IgG, IgA, IgM

Életkor	IgG (g/l)		IgA (g/l)		IgM, férfiak (g/l)		IgM, nők (g/l)	
Újszülött	6,6	17,5	0,01	0,06	0,06	0,21	0,06	0,21
1 hó	3,9	10,5						
2 hó	2,5	6,8						
3 hó	2	5,5	0,05	0,34	0,17	0,66	0,17	0,66
4 hó	2	5,4						
5 hó	2,2	6						
6 hó	2,6	6,9	0,08	0,57	0,26	1	0,26	1
7 hó	2,9	7,7						
8 hó	3,2	8,4						
9 hó	3,3	8,8	0,11	0,76	0,33	1,25	0,33	1,25
10 hó	3,5	9,1						
11 hó	3,5	9,3						
12 hó	3,6	9,5	0,14	0,91	0,37	1,43	0,4	1,5
2 év	4,7	12,3	0,21	1,45	0,41	1,56	0,47	1,75
4 év	5,4	13,4	0,3	1,88	0,43	1,63	0,52	1,93
6 év	5,9	14,3	0,38	2,22	0,45	1,69	0,56	2,08
8 év	6,3	15	0,46	2,51	0,47	1,75	0,6	2,2
10 év	6,7	15,3	0,52	2,74	0,48	1,79	0,62	2,31
12 év	7	15,5	0,58	2,91	0,49	1,83	0,65	2,4
14 év	7,1	15,6	0,63	3,04	0,5	1,87	0,66	2,48
16 év	7,2	15,6	0,67	3,14	0,5	1,91	0,68	2,55
18 év	7,3	15,5	0,7	3,21	0,51	1,94	0,68	2,61
Felnőtt	7	16	0,7	5	0,4	2,3	0,4	2,8

áttöréses infekció, a védőoltásban nem található szerotípus (pneumococcus), szerocsoport (meningococcus) okozta az infekciót, vagy valóban a primer immunhiány miatt volt hatástalan a vakcina.

- Családi anamnézis: a családban előforduló ismert immunhiány, illetve kisgyermekkori, csecsemőkori ismeretlen okú halálozás mellett fontos információ az autoimmun betegségek, szeronegatív spondylarthritis, IDDM, autoimmun pajzsmirigybetegségek, lisztérzékenység , gyulladásos bélbetegség előfordulása.

Alapellátásban elvégezhető vizsgálatok a teljesség igénye nélkül:

- Vérkép és kvalitatív vérkép:
  - Limfocitopénia: nincs egyértelmű konszenzus arról, hogy mi minősül limfocitopéniának, de újszülöttkortól 8 hónapos életkorig 4500/µl alatti abszolút limfocitaszámot (ALC), ez életkor felett 1500/µl alatti ALC-t tartunk kórosnak. Újszülött- és csecsemőkorban egyéb okkal nem magyarázható 3000/µl alatti ALC sürgős hematológiai, immunológiai vizsgálatot indikál.
  - A neutropéniát szintén már egyszerű vérképvizsgálattal tudjuk igazolni, itt a járulékos jelek, tünetek alapján dönthetünk arról, hogy mennyire sürgős a beutalás indoka. Sok esetben a neutropéniát véletlenszerűen észlelik, 8 héten túli fennállás esetén leginkább krónikus benignus neutropénia lehet, amely 3 éves korra legkésőbb megoldódik. Havonta jelentkező lázas állapot kapcsán ciklikus neutropénia is lehet a háttérben, ezért javasolt laborvizsgálat a láz alatt és lázmentes időszakban is. Ilyenkor CRP mérése is szükséges a periodikus lázzal járó szindrómák kizárása céljából.
  - Csecsemőkori trombocitopénia: a 20 és 50 000 µl közötti érték, különösen alacsony (5 fl alatti MPV) trombocitatérfogattal Wiskott–Aldrich-szindróma gyanúját veti fel.
- Immunglobulin-izotípusok kvantitatív meghatározása: Az IgG, IgA, IgM szintjének meghatározása alapellátásból is kérhető vizsgálat (neak.gov.hu), ellentétben az össz-IgE-vel, ami csak szakambulanciáról kérhető. Az immunglobulinszintek életkori referenciaértékeitől (l. táblázat) való eltérés nem feltétlenül indokol orvosi beavatkozást. Figyelembe kell venni az anyai immunglobulinszint csökkenését 3-6 hónapos életkorban és az IgG-szint fokozatos emelkedését. Hasonlóképpen, az IgA-szint 6-7 éves életkorra éri el a felnőttkori normálértéket, de ebben nagy variációk lehetnek. Ezért a szelektív IgA-hiány diagnózisa 4 éves életkor felett mondható ki biztonsággal.
- Gyulladásos paraméterek vizsgálata (CRP, vasstátusz, ferritin)
- Mikrobiológiai vizsgálatok: széklettenyésztések, Giardia Ag vizsgálata
- Mellkasröntgen: timuszhiány, timuszhiperplázia

Az immunhiányos betegek diagnózisa és gondozása egy egész életre szóló teammunka. Azonban a kivizsgálás kezdeti lépései lerövidíthetők a gondos alapellátói hozzáállással, részletes, alapos kórtörténeti összefoglalóval.

10 figyelmeztető jel gyermekkorban, amely primer immunhiányra utalhat (Jeffrey Model alapitvány ajànlása):

- Négy vagy több újonnan kialakuló fülgyulladás évente
- Két vagy több súlyos homloküreg-fertőzés egy éven belül
- Két vagy több mély szöveti fertőzés, szepszis
- Makacs szájpenész vagy gombás bőrfertőzés
- Intravénás antibiotikum szükségessége a fertőzések leküzdéséhez
- Legalább két tüdőgyulladás egy éven belül
- Visszatérő mély tályogok a bőrben vagy egyéb szervben
- Visszamaradt csecsemőkori súlygyarapodás vagy növekedés
- Két vagy több hónapos hatástalan antibiotikumkezelés
- A családban előforduló primer immunhiány

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Fadgyas Balázs | gyermeksebész szakorvos, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sebészeti és Traumatológiai Osztály, Budapest

Laparoszkópia a gyermek-sebészetben: hol tartunk most?

Bevezetés

A sebészetben az első minimálisan invazív próbálkozás 1901-ben történt: Georg Kelling a hasüreg vizsgálatát cölioszkópiával végezte (francia nyelvterületen a laparoscopie helyett ma is a cœlioscopie a divatos kifejezés). Ez még csak egy kezdetleges explorációs lehetőség volt, terápiás lehetőséget nem rejtett magában. Fontos megemlékeznünk a minimálisan invazív sebészetben fontos magyar vonatkozásról: a Veress-tűt, melyet világszerte használ(t)unk, egy hazai tüdőgyógyász alkalmazta először, bár mellkaspunkció céljára. Az 1930-as években kisebb cölioszkópiás beavatkozásokkal, például adhéziók oldásával történtek próbálkozások. Az 1960–70-es években a nőgyógyászati laparoszkópia indult gyors fejlődésnek. Az igazi áttörést 1986-ban a mikrocsip és ezáltal a digitális képalkotás megjelenése jelentette. Az első laparoszkópos kolecisztektómiát 1987-ben végezte Phillipe Mouret. A gyermeksebészeti ellátásban az eszközök mérete miatt később jelent meg a laparoszkópia: szükséges volt az eszközök miniatürizálása. Ma már 3 milliméteres optika és eszköz is a mindennapi ellátás része. 1992-ben írták le az első laparoszkópos appendektómiát, melyet gyermekben végeztek. Innentől indult el a hatalmas fejlődés, egyre többféle műtétet egyre kisebb gyermekekben kezdtek el végezni. Ma már az újszülöttsebészeti beavatkozásokat is rutinszerűen végzik endoszkópos úton. Nagy kérdés, mit hoz a jövő. Mennyire fog a robotsebészet (Da Vinci) elterjedni hazánkban, illetve a gyermeksebészetben? Ma még nagyon drága, hosszú a dokkolási idő, nagyok az eszközök, így még mindig korlátozó tényező a beteg mérete.

A következő néhány bekezdésben az újszülöttsebészeti műtéteket nem említjük.

Alapvető technikai tudnivalók

Két elterjedt megoldás van az első lépéshez: a Veress-tűs és a nyílt behatolásból történő inszufflláció. Az előbbi esetében „vakon" megszúrjuk a hasfalat, és behatolunk a hasüregbe, majd ezen a tűn keresztül fújjuk fel szén-dioxiddal a hasüreget. Saját gyakorlatunkban évek óta az egyszerűsített, Hasson-féle nyílt behatolást alkalmazzuk. Ilyenkor a köldökön át – sokszor a meglévő kis köldöksérvet feltágítva – egy tompa nyárssal vezetünk be portot, majd optikával ellenőrizzük, hogy a hasüregbe jutottunk. Ezután történik az inszufflláció. Az elmélet az volt, hogy ezzel a megoldással kevesebb melléksérülést (vérzés, bélperforáció) okozunk, mint a Veress-tűs megoldással. A 2009 és 2018 között végzett saját laparoszkópos műtéteinknél (n = 742) pont ugyanannyi szövődmény volt a két technikánál: egy sem. Így mindkét megoldás biztonságosnak tekinthető, jelenleg a napi gyakorlatunkban a nyílt portolást alkalmazzuk.

Mi is a port? Egy fém- vagy műanyag hüvely, amit a hasfalon át a hasüregbe vezetünk. Szeleppel van ellátva, így a hasüregi gáz nem tud ürülni, a nyomás konstans. Ebbe a hüvelybe vezetjük az eszközöket és a kamerát is.

Fontos kérdés, hogy milyen hasüregi nyomáson dolgozunk: ezt a beteg általános állapota, életkora, testméretei befolyásolják. Nincs általános szabály, a lényeg, hogy a lehető legkisebb nyomáson, a lehető legrövidebb ideig dolgozzunk. Saját gyakorlatunkban egy egyszerű laparoszkópos sérvműtétnél előfordult, hogy a gázpalack nem lett kinyitva, és lényegében inszufflláció nélkül végeztük el a műtétet, gond nélkül. Fontos, hogy ha magas nyomáson dolgozunk, felnyomjuk a rekeszt az altatóorvosokkal, és az altatógéppel kezdünk egymás ellen dolgozni. Ha mi növeljük a nyomást, akkor az anesztes is… Korábban egyeduralkodó volt, hogy intubációs narkózis és pozitív nyomású lélegeztetés kell laparoszkópia esetén. Ma már egy gyors, alacsony nyomáson végezhető műtétnél (pl. varicocele, lágyéksérv) a laringeális maszkos altatás is elfogadottnak számít.

Alapvető laparoszkópos műtétek a gyermeksebészetben

A gyermeksebészek legtöbbet végzett elektív műtétei a lágyéktáji beavatkozások (sérv, hereleszállási zavarok), a leggyakrabban végzett akut beavatkozásuk pedig az appendektómia. Nem véletlen, hogy ezek lettek a „tanuló" laparoszkópos beavatkozásaink.

Laparoszkópos hernioplasztika

A kozmetikailag kedvezőbb eredmény mellett előnye a metakrón (ellenoldali, addig tünetet nem mutató) sérv felismerésének és ellátásának lehetősége. A laparoszkópos herniorrhaphiának számos lehetősége ismeretes. Kezdetben háromportos technikával a belső sérvkaput Z öltéssel zárták. Dariusz Patkowski PIRS technikája (percutan internal ring suturing) során a köldökbe helyezett optikus port segítségével, vizuális ellenőrzés mellett perkután módszerrel infraperitoneális monofilfonal-hurkot lehet vezetni a tömlő köré, majd ezt meghúzva zárható a sérvkapu (a töm-

1. ábra: Nyitott jobb oldali lágyékgyűrű, lágyéksérv kislány betegben

lőn ennél a technikánál nem végzünk rezekciót). Speciális, előre gyártott tűvel végzik az LPEC műtétet (laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure), mely során két oldalról, extraperitoneálisan bevezetett fonalhurokkal varrják körbe a tömlő száját. A TUES (transumbilical endoscopic surgery) eljárás során a köldökben nyílt behatolás után egymás mellé két 4-5 milliméteres portot helyeznek. Az optikus port mellett a munkaportba tűfogót vezetnek, majd így az inguinális gyűrűt két irányból tovafutó varrattal zárják. Lányok esetében alkalmazható a burnia eljárás: ekkor az optikus port mellett szükséges egy munkaport, ahova egy disszektort vezetnek, mellyel megragadják a tömlőt, befordítják, torquálják, majd magát a tömlőt egyszerűen koagulálják (megégetik). A módszer fiúknál a ductus deferens és az érképletek termikus sérülésének veszélye miatt nem alkalmazható. Saját gyakorlatunkban a PIRS eljárást alkalmazzuk (1. és 2. ábra).

Laparoszkópos appendektómia

A klasszikus McBurney-műtétet végezzük laparoszkópos úton. Ugyanúgy a mesoappendix szkeletizálása, majd az appendektómia történik meg (3. és 4. ábra). Az appendixet el lehet látni fém- vagy műanyag klippel, intra- vagy extrakorporális varrattal (pl. Röder-hurok), endolooppal. Közös, hogy a klasszikus csonkbuktatástól eltekintünk laparoszkópos appendektómia során. A nyílt műtéttel összehasonlítva számtalan előny észlelhető. Saját anyagunkban összehasonlítottuk

2. ábra: A PIRS műtétnél alkalmazott minimális eszközpark

a nyílt és a laparoszkópos appendektómiák eredményét 2011 és 2020 között. Ebben az időszakban 1444 appendektómiát végeztünk. Adataink alapján nem volt különbség a szövődmények tekintetében, de a kórházi tartózkodás csökkent a laparoszkópos eljárás esetében. Ez az adat a perforált esetek-nél fontos, mivel esetükben több nappal csökkent a kórházi bent fekvés ideje (lásd táblázat).

Laparoszkópos kolecisztektómia

A felnőttsebészeti műtéttel megegyező technikával operálunk. Az utóbbi időben többen inkább a köldökporton át távolítjuk el a hólyagot, így esztétikusabb műtéti hegek maradnak vissza. Az epekövesség kezelésében jelenleg vita zajlik a gyermekgasztroenterológusok és -sebészek között: mit tegyünk néma epehólyagkövesség esetén? Azaz mikor operáljunk meg egy panaszt nem okozó epekövet? Az Uptodate.com-on az ajánlás szerint néma epekövet 30 éves korban javasolt operálni. Na de nem mindegy, mióta van meg a kő: 1 vagy 29 éves kortól.

Appendicitisz	Appendektómia	Szövődmény	P (Khi^2-teszt)	Kórházi tartózkodás (medián, nap)	p (Mann–Whitney-U-teszt)
Összes	Nyílt	9,86% (842)	0,1163	4 (3; 5)	< 0,0001
	Laparoszkópos	7,48% (45/602)		3 (2; 3)	
Nem perforált	Nyílt	6,62% (47/710)	0,2586	3 (3; 5)	< 0,0001
	Laparoszkópos	5,10% (28/5549)		3 (2; 3)	
Perforált	Nyílt	27,07% (36/133)	0,4946	8 (7; 10)	< 0,0202
	Laparoszkópos	32,08% (17/53)		8 (6; 10)	

Haladó(bb) laparoszkópos műtétek

A következő részben inkább felsorolni szeretném, hogy mi mindent lehet laparoszkópia útján operálni gyermekkorban. Előnyösnek látszik a veleszületett hipertrófiás pylorus stenosis esetén a pyloromyotomia műtétje minimálisan invazív módon. A csecsemők mérete miatt jó tanulóműtét lehet azok számára, akik később újszülöttkori laparoszkópiában szeretnének jártasságot szerezni. Mind gasztrosztómia, mind jejunostomia elvégezhető ilyen módon, ha valamilyen okból a perkután ellátás nem valósítható meg. Meckel-diverticulum, IBD (Crohn-betegség, colitis ulcerosa) esetén különböző bélrezekciók (total colectomia, hemicolectomia stb.) végezhetők tisztán laparoszkópos úton, de ahol kevesebb ilyen műtét zajlik, jó megoldás a laparoszkóposan asszisztált műtét. Ilyenkor laparoszkópos exploráció, bizonyos esetekben adhaesiolysis, majd az eltávolítani kívánt bélszakasz szkeletizálása történik meg. Egy minilaparotómia során – mely legtöbbször az egyik port helyén zajlik – előemeljük a kívánt bélszakaszt, majd a hason kívül történik meg a rezekció és az anasztomózis elkészítése is. Különféle tumorbiopsziák is kiválóan végezhetők minimálisan invazív műtét keretében. Különböző lépműtétek (splenectomia, lépciszta-rezekció) is végezhetők így. A legtöbb ováriumműtét (ovarium torsio, ciszták) is alapvetően laparoszkópos úton történik. Tumor esetében egyrészt a méret – 5 centimétert meghaladó méret esetén nem javasolt a laparoszkópia, hisz mindenképp szükséges feltárás a tumor eltávolítása miatt –, másrészt onkológiai megfontolások befolyásolják a választandó technikát. Hasüregi here kutatása és egy- vagy kétlépcsős műtétje esetében is alapvető a hasüregi tükrözés (lásd korábbi cikkünk a Hírvivőben).

Preoperatív kivizsgálás

Korábban alapos laboratóriumi vizsgálatokat kértünk laparoszkópia előtt: vérkép, alvadás- és vércsoportvizsgálat nélkül nem történt ilyen műtét. A 2009 és 2018 között végzett laparoszkópos műtéteink retrospektív feldolgozása során nem találtunk műtéti behatolással összefüggésbe hozható szövődményt (pl. vérzés, bélsérülés). A posztoperatív szövődmény is ritka volt, és szintén nem a laparoszkópiához volt köthető: egy laparoszkópos kolecisztektómia után kialakult vérzés miatt kényszerültünk reoperációra (laparotómia). A saját és a nemzetközi irodalomban fellelhető adatok alapján született meg az új kivizsgálási sémánk. Így ma már egy tervezett kisebb laparoszkópos műtét esetén (pl. lágyéksérv) ha a beteg 6 hónapon felüli, ASA 1-es páciens, akkor nincs szükség megelőző laboratóriumi vizsgálatra.

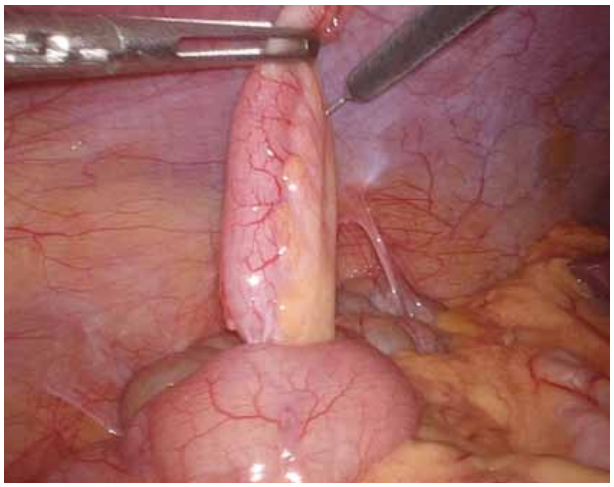
Hol tartunk most?

2019-ben megkerestük Magyarország tíz nagyobb gyermeksebészetének vezetőjét, hogy felmérjük, hogyan végzik a laparoszkóppal is végezhető alapműtéteket: hagyományos vagy minimálisan invazív úton. A négy egyetemi klinikát és a budapesti osztályokat tudtuk elérni. Akkor az appendektómiákat a megkeresett osztályok 90 százaléka már laparoszkóppal operálta, a lágyéksérvet viszont csak a fele. Pylorus stenosist az osztályok 70 százaléka, kolecisztektómiát, varicocelét 100 százalék végezte minimálisan invazív módon. Kérdés, hogy cél-e mindent kulcslyukon át operálni. Biztos, hogy nem! Minden egyes műtét esetében mérlegelni kell, hogy az adott beteg milyen beavatkozással járhat a legjobban. Alapvető, hogy laparoszkópos úton olyan sebész operáljon, aki jártas ebben, és megvannak a technikai feltételek. Abban egyetértés van, hogy appendektómia, kolecisztektómia és varicocele műtétjét így célszerű végezni. Ma is vita van viszont a lágyéksérvek esetében. A nemzetközi adatok alapján objektív előnye a laparoszkópos sérvműtéteknek egyedül a metakrón sérvek felismerésében, illetve kétoldali műtétek esetében a műtét gyorsaságában van.

Még a laparoszkópiával kapcsolatban is vannak kérdéseink, a robotsebészet már sok helyen a mindennapok része. Mi a határ, melyik műtétnek hol lesz a helye a közeli jövőben?

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

3. ábra: Egy enyhén gyulladt appendix látványa műtét közben



4. ábra: Az operáló csapat elhelyezkedése laparoszkópos appendektómia esetén

Dr. Fadgyas Balázs | **gyermeksebész szakorvos**, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sebészeti és Traumatológiai Osztály, Budapest

Acut scrotum gyermekkorban

Az acut scrotum az összefoglaló megnevezése az akutan kialakuló, fájdalommal, duzzanattal, bőrpírral jelentkező herezacskó-eltérésnek. Fontos a gyermek életkora, az, hogy egy- vagy kétoldali az eltérés, és hogy milyen gyorsan alakult ki. Minden hasi panaszos fiúgyermek esetében kötelező és indokolt a herék, a herezacskó vizsgálata, ugyanis acut scrotum jelentkezhet hasfájás képében is.

Etiológia

Számtalan kórkép okozhatja az acut scrotum klinikai képét: herekocsány-csavarodás, mellékhere-gyulladás, rovarcsípés, a herefüggöly (Morgagni-test) csavarodása, herediter angioneurotikus ödéma, kontakt- vagy pelenkadermatitisz. A hydrocele is lehet becsapós: hirtelen jelentkezhet, főleg vírusinfekció kísérőjeként. A különböző kórképeknek életkori gyakorisági csúcsuk is van, így már a beteg korából és egyéb körülményekből is lehet rájuk következtetni.

- Herecsavarodás: a tunica vaginalison belüli torsio főleg újszülött-, csecsemőkorban jellemző, az extravaginalis torsio kamaszokban jellemzőbb (1–3. ábra).
- Herefüggöly-csavarodás: óvodáskorra jellemző (4. ábra).
- Hydrocele: hirtelen kialakulása általában infekcióhoz társul, főleg kisebb gyermekekben.
- Dermatitisz: pelenkás korban gyakoribb, fontos a környező bőr érintettségét is figyelni!

Diagnosztikai lehetőségek

Anamnézis

Nem véletlenül él ma is a mondás: jó anamnézis fél diagnózis. Fontos kikérdezni a beteget vagy kísérőjét, hogy mióta tartanak a panaszok (herecsavarodás esetén határás időablakunk van operálni!), érte-e sérülés az érintett területet, csecsemők esetében történt-e pelenka-márkaváltás, kísérte-e hányás, hányinger, collaptiform rosszullét a tünetet. Kamasz fiúk esetében különösen nehéz lehet pontos információkat nyernünk a tünetekről és panaszokról, hát még megvizsgálni őket! Olyan intézetben, ahol gyermeksebészeti, urológiai háttér nincs, se radiológiai háttér, érdemes a TWIST score-t alkalmazni (lásd a keretben).

1. ábra: Újszülöttkori herecsavarodás klinikai képe

2. ábra: Csecsemőkori herecsavarodás klinikai képe

3. ábra: Kamaszkori herecsavarodás intraoperatív képe

4. ábra: Herefüggöly-csavarodás klinikai képe

Fizikális vizsgálat

Az érintett oldali herezacskó ödémás, hiperémiás és érzékeny lehet. A Morgagni-test csavarodása esetén általában a here felső pólusa az érzékeny, észlelhetjük a blue dot signt is. A herecsavarodás igen tünetszegény is lehet: magasabban áll, közepesen érzékeny a here, vagy harántállásban van. Saját praxisomban olyan csecsemővel is találkoztam, akinek inguinálisan volt tapintható a heréje a többszörös torsio miatt, retentio testis képét utánozva.

Képalkotó vizsgálat

Alapvető az ultrahang szerepe. Lényeges, hogy Doppler-ultrahang is készüljön! Kisgyermekek, csecsemők esetében fontos, hogy gyakorlott radiológus végezze a vizsgálatot. Nagy kihívásokkal teli feladat lehet egy babszemnyi here Doppler-vizsgálata egy síró, mocorgó kisded esetében. A herecsavarodás egyik fajtája, amikor torsio-detorsio testist észlelünk: ilyenkor csalóka lehet az ultrahang, főleg detorsiós fázisban. Emiatt lényeges, hogy ne csak az ultrahangleletet, hanem a klinikumot is vegyük figyelembe!

Mit tegyünk alapellátó orvosként?

Fontos, hogy ha heretájéki panasszal érkezik valaki a rendelésre, vegyük előre, vizsgáljuk meg mielőbb. A TWIST score alkalmazása egyszerű, gyors, és a megfelelő betegútra terelheti a pácienst. Ha felmerül herekocsány-csavarodás lehetősége, akkor a legközelebbi ügyeletes gyermeksebészetre kell küldeni a beteget. Amennyiben nehézkes saját erőből odajutniuk, ne féljünk mentőszállítást kérni! A fogadó intézetet is célszerű telefonon értesíteni, mert azonnali műtét lehet indokolt. Az olyan nagy forgalmú osztályokon, mint a miénk, nagy szervezést igényel az akut műtétek megfelelő triázsolása. Küldjük a beteget éhgyomorra, jegyezzük fel az utolsó étkezés idejét. Amennyiben nem merül fel első körben sebészeti ellátás igénye, a legközelebbi radiológiai háttérrel rendelkező sürgősségi ellátóhelyre célszerű irányítani a beteget.

Mikor operál a gyermeksebész?

A sebész akkor műt, ha bizonyosságot nyert a herekocsány-csavarodás vagy ha acut scrotum esetén nem lehet teljes bizonyossággal kizárni.

Twist score

Tünetek:	
Scrotalis oedema	2 pont
Tömött tapintatú here	2 pont
Magasan álló vagy fekvő here	1 pont
hányinger/hányás	1 pont
nincs cremaster reflex	1 pont
> 4 pont magas rizikó: **azonnali műtét** **3–4 pont** közepes rizikó: **ultrahang** **< 3 pont** alacsony rizikó: **gyermeksebészeti konzultáció**	

Dr. Cseh Áron | Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika Bókay utcai részleg, Budapest

A csecsemőkori kólika háttere és kezelése új megvilágításban

A csecsemők visszatérő hasfájása fizikailag és lelkileg is megterhelő a szülőknek, és negatívan hat a családok életminőségére. A kólika sok gondot okoz a gyermekorvosnak is, hiszen fennáll a diagnosztikus bizonytalanság érzése, az anya tehetetlensége pedig az inkompetencia érzetét kelti. A csecsemőkori kólikával kapcsolatos legújabb ismeretekről és a terápiás lehetőségekről dr. Cseh Áron gyermek-gasztroenterológust, a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika Bókay utcai részlegének adjunktusát kérdeztük.

Mi is az a kólika, és mit tudunk eddig róla?

A kólika a Róma IV. szerint funkcionális gasztrointesztinális kórkép, amely visszatérő és elhúzódó sírásos epizódokkal és irritabilitással jár, és a fiatal csecsemők akár 25-50%-át is érintheti. A csecsemőkori kólika a csecsemőkori krónikus hasfájás egyik szinonimája, tulajdonképpen egy tünet, és nem kezeljük önálló betegségként. Az állapotot akkor szoktuk kimondani, ha teljesül a Morris Wessel által megfogalmazott hármas kritérium, amely szerint: a csecsemő három hónaposnál, illetve az újabb meghatározás szerint öt hónaposnál fiatalabb; a csecsemő egyébként egészséges, más panasza nincs; a hét három vagy több napján naponta három vagy több órát sírással tölt.

A kólikáról eddig azt gondolták, hogy szokásos állapot a fiatal csecsemőknél, és magától elmúlik majd három hónapos korban. Milyen újdonságok jelentek meg az utóbbi években a szakirodalomban a kólikával kapcsolatban?

A kólika sok első gyermekes, kisgyermekes szülő életét keseríti meg. A kólikát nem tartjuk súlyos betegségnek, látható oka nincs, de eddig is feltételeztük, hogy valamilyen elváltozás azért található a hátterében. Egyes jellegzetességek alapján erről a funkcionális gasztrointesztinális betegségről azt gondoljuk, hogy a hátterében esetleg az anya-csecsemő, illetve az apa-csecsemő együttesének diszfunkcionalitása áll, tehát egy bizonyos pszichoszomatikus tényező is szerepet játszhat benne. Újabb adatok alapján azonban feltételezzük, hogy a bélmotilitás zavara, az érrendszernek, a viszcerális rendszernek a hiperszenzitivitása, enyhe bélgyulladás vagy akár a mikrobiom, a bélflóra változása is állhat a tünetek hátterében.

Hogyan vizsgálták a csecsemőknél ezeket a jelenségeket, többek között a bélgyulladást?

Bethany Henrick és munkatársai a Pediatric Researchben 2019-ben közölt vizsgálata szerint a 16s RNS módszerrel határozták meg a csecsemők székletmikrobiom-összetételét. Eszerint összefüggést találtak a Bifidobacteriumok csökkent szintje és a Clostridioides- és Enterobacteriaceae-törzsek túlsúlya között. ELISA módszerrel a székletkalprotektint, a bélgyulladás noninvazív megítélésére alkalmas molekulát és a proinflammatorikus citokinek (IL-1β, IL-2, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, IL-22, IFNγ és TNFα) szintjét vizsgálták, mely emelkedett értéket mutatott kólikában.

Mit kell tudnunk a kalprotektinről?

A kalprotektin a székletben található fehérje, gyakorlatilag a bélgyulladás markere, mely szenzitív, de nem specifikus, és szerepe lehet a bélgyulladás kimutatásában. Újabban a vizsgálatoknál azt találták, hogy a kalprotektinszint – függetlenül attól, hogy anyatejjel vagy tápszerrel voltak táplálva – magasabb lehet olyan csecsemőkben, akiknél kólika áll fenn, mint azoknál a csecsemőknél, akik nem szenvednek kólikában. A kalprotektin tehát egy nem invazív markere a bélgyulladásnak, számos betegség – például autoimmun gyulladásos bélbetegség, Crohn-betegség, colitis ulcerosa – követésére használjuk, s újabban fölmerült, hogy a csecsemőkori kólikában feltételezett minimális gyulladás is kimutatható lehet kalprotektinnel.

Hallottuk, hogy a bélgyulladás hátterében diszbakteriózis, diszbiózis állhat. Mi okozhatja ezt csecsemőknél?

Ismeretes, hogy a szoptatott csecsemők esetében alacsonyabb a széklet pH-értéke, de az utóbbi évtizedekben folyamatos emelkedést mutatott: 1926-ban a szoptatott csecsemők átlagos széklet-pH-ja 4,66 volt, a nem szoptatottaké 6,0, 1955-ben már 5,3 és 5,5 között volt a szoptatott csecsemőkél, a 2000-es évekre pedig már a táplálás módjától gyakorlatilag függetlenül 6,5-re nőtt. Ez a változás elsősorban a fejlett országokban figyelhető meg, a kevésbé fejlett országokban, ahol a szoptatás még nagyobb arányú, és ritkább a bélflórát kedvezőtlenül befolyásoló orvosi tevékenység (például a császármetszés, a csecsemőkori antibiotikum-használat) aránya, ott a széklet-pH kevésbé emelkedett. A fejlődő országokban élő csecsemők székletében a Bifidobacteriumok, különösen a Bifidobacterium longum subsp. infantis (B. infantis) dominál, az iparosodott régiókban ez jellemzően alulreprezentált faj. A tejsavbaktériumok

(Bifidobacteriumok és Lactobacillusok) olyan metabolitokat (ecetsav és tejsav) termelnek, amelyek megakadályozzák az opportunista patogén baktériumok szaporodását. A legtöbb opportunista patogén baktérium ugyanis inkább a semlegeshez közelítő 6,0–7,0-es pH-érték mellett szaporodik jól, és savas körülmények között, azaz legfeljebb 5,5-es pH-érték mellett kevésbé. A kólikás mintákban kisebb volt az Acinetobacterek, Bifidobacteriumok, a butirátot előállító törzsek, valamint a Lactobacillusok előfordulása, de megnőtt bizonyos rosszindulatú, gázképző baktériumoknak a száma. Tehát amennyiben bizonyos tejsavtermelő baktériumok aránya lecsökken, és csak később kezdik el benépesíteni a csecsemő béltraktusát, akkor nagyobb eséllyel alakul ki gyulladás, és nagyobb eséllyel alakul ki a kólika.

A Lactobacillus-törzsek, elsősorban a Lactobacillus reuteri szerepéről már hallhattunk. Mi a Bifidobacterium-törzsek, ezen belül a Bifidobacterium infantis szerepe a csecsemők bélrendszerében?

A Bifidobacterium-törzseknek nagyon nagy jelentőségük van a bélflóra modulálásában és a széklet pH-értékének csökkentésében, ezáltal a béltraktus patogénekkel szembeni védelmében. Akár a széklet gyakoriságának változtatásával egyértelmű tüneti javulás érhető el. Fontos azt látni, hogy szükség lehet e Lactobacillusok és a Bifidobacteriumok pótlására. A Bifidobacterium infantis jelentősége abban áll, hogy genomja a humántejben levő valamennyi HMO-molekula metabolizmusára alkalmas proteint tartalmazza, így egyedülállóan képes az összes HMO-struktúrát hasznosítani – hiányában a HMO-k teljesen kiürülnek. A Bifidobacterium infantis egyedülálló oligoszacharid-bontó képessége hozzájárulhat ahhoz, hogy – ezeket a rövid szénláncú zsírsavakat létrehozva – kialakítsa a bélflóra egyensúlyát és így a kólikás tüneteket csökkentse.

Mindezek ismeretében milyen tanácsot tudunk adni a csecsemőkori kólikák kezeléséhez?

Összefoglalásként elmondható, hogy a csecsemőkori kólikát gyakori, de nem organikus tünetnek tartottuk eddig. Orvosként, szülőként mégis azt látjuk, hogy igenis van vele teendő, mert az állapot megkeserítheti az egyébként örömteli csecsemőkor első pár hónapját. A funkcionális pszichoszomatikus megközelítés mellett újabban felmerült, hogy bélgyulladás áll a panaszok hátterében, melyet esetleg a kalprotektinszint emelkedésével mérni is lehet. Javasolható, hogy ha ez a gyulladás fennáll, akkor kezeljük. Mivel a gyulladás hátterében gyakran diszbiózis, a bélflóra eltolódása áll, ennek kezelésével csökkenteni tudjuk a bélgyulladást. A Lactobacillus-törzsek mellett a Bifidobacteriumok, különös tekintettel az egyedülálló HMO-bontó képességgel rendelkező Bifidobacterium infantis pótlására is szükség lehet.

A közlemény megjelenését a BIORAY magyarországi képviselete támogatta.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Szemlézte: Dr. Kántor Irén | házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag, Nyíregyháza

Applikációk a gyermekek gondozásához

Mask-Air

Légúti allergiás megbetegedések (rinitisz, bronchitisz, asztma) és a gyógyszerelés napi követésére alkalmas, a beteg által vezetendő alkalmazás

Nemzetközi fejlesztés

Emlékeztetőt küld mindennap, amelyben kéri a tünetek súlyosságának, a gyógyszerigénynek a beírását

Letölthető: a Google Play és az Apple Store webáruházból

EASI-SCORAD

Atópiás dermatitisz SCORAD-, illetve EASI-stádiumának megállapítására alkalmas, orvos által vezethető applikáció

Sanofi-fejlesztés

A beteget kontrollra behívva ellenőrizni tudjuk a kezelés eredményességét, a tünetek alakulását

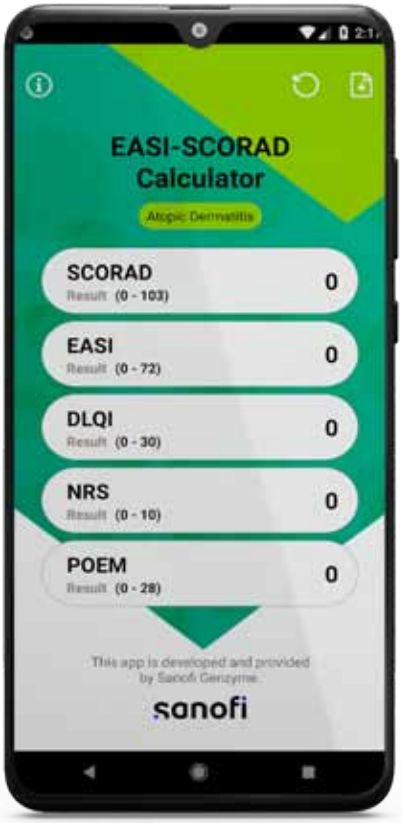
Letölthető: a Google Play és az Apple Store webáruházból

TájékozottBeteg

Felnőtt betegek életkorhoz kötött szűrővizsgálatait javasolja, a betegútmenedzsmentben ad segítséget, betegségek leírását tartalmazza, védőoltással megelőzhető betegségekről ad leírást

Az Innovativ Gyógyszergyártók Egyesületének fejlesztése

Letölthető: a Google Play és az Apple Store webáruházból



Dr. Kovács Fruzsina | **házi gyermekorvos**, Budapest

Az orális immunterápia helye az ételallergiák kezelésében

Az ételallergiák hagyományos terápiája az allergén anyagok szigorú kerüléséből és az esetleges véletlen expozícióból származó allergiás reakciók gyógyszeres ellátásából áll. A pollenallergiák kezelésében már régebb óta megkísérelt gyakorlat az orális immunterápia (OIT) alkalmazása, néhány éve táplálékallergiák esetében is alkalmazzák.

Házi gyermekorvosi praxisomban egy 15 éves mogyoróallergiás páciensem kapcsán találkoztam az orális immunterápiával, ez adta az ötletet a cikk megírására.

Páciensemnek 2,5 évesen földimogyoró fogyasztását követően fél éven belül két alkalommal volt igen heves szájduzzanattal járó allergiás reakciója, azóta allergológiai szakrendelésen gondozzák. Táplálékallergián kívül pollenallergiája és asthma bronchiale betegsége ismeretes. 3 éves kora óta földimogyoróra, törökmogyoróra, dióra, kesudióra és pisztáciára szigorú diétát tart, azóta véletlen fogyasztás nem fordult elő, epinefrin-autoinjektorral ellátták. 2017-ben a Prick-bőrteszt földimogyoróra 15, törökmogyoróra 10, dióra, mandulára, kesudióra 3 milliméteres reakciót mutatott. Ugyanebben az évben molekuláris allergiavizsgálata során két anafilaktogén földimogyoró-magproteinre, az ARA H2 komponensre 2. osztályú (mérsékelt), az ARA H6-ra 4. osztályú (nagyon magas) IgE-pozitivitás mutatkozott, ami anafilaxiaveszéllyel járó allergiát igazolt.

2022 novemberében kezdte meg az orális immunterápiát földimogyoróra. Ennek során először kórházi körülmények között, szoros obszerváció mellett kapja szájon át a fokozatosan emelkedő dózisú földimogyoró-granulátumot úgy, hogy a kórházban egyórás megfigyeléssel történik az aktuális dózisemelés, majd a megemelt dózist két hétig, azaz a következő dózisemelésig mindennap otthonában kell adagolnia. 2 milligrammról kezdve a cikk megírásakor 100 milligramm földimogyorót tolerál, nyomokban földimogyorót tartalmazó ételt 2023 januártól már fogyaszthat, egyebekben a diétát természetesen továbbra is tarja. Eddig a dózisemelésnél és otthonában is szájviszketés jelentkezett több alkalommal közvetlenül a földimogyoró-granulátum elfogyasztása után, de ez néhány perc alatt magától szűnt, gyógyszert nem igényelt. Antihisztaminnal, szteroiddal és epinefrinnel ellátták, illetve felhívták a figyelmét, hogy milyen tüneteknél mi a teendő. Ezekre eddig nem volt szükség. Az OIT-t jól tolerálja, lelkes, sok év után először ehetett például túrórudit, aminek nagyon örült. Elmondása szerint izgult a véletlen eseményektől, és a terápia mellett nyugodtabb. A kezelés folytatódik, háromhetes időközönként emelve tovább a dózist, cél a minél nagyobb mennyiség tolerálása.

Amikor a táplálék a szervezetünkbe kerül, az ételfehérjék nagy része lebomlik a gyomorsav és az emésztőenzimek hatására a gyomorban és a vékonybélben. Ezt követően a megmaradt fehérjék, peptidek a lumenből a mucosába vándorolnak az epiteliális sejteken keresztül, speciális epiteliális sejtek által (M-sejtek a Peyer-plakkokban), és makrofágokkal, dendritikus sejtekkel, veleszületett limfoid sejtekkel (ILC), T- és B-limfocitákkal interakcióba lépve különböző immunfolyamatokat indítanak el.

Az orális tolerancia a szervezet élettani reakciója a szájon át elfogyasztott antigénekre, egy olyan aktív immunválasz, amely következtében nem váltódik ki allergiás reakció velük szemben. Az utóbbi két évtizedben azonban jelentős zavar észlelhető ebben a folyamatban, amit az ételallergénekre adott növekvő szenzitizáció, ezáltal a táplálékallergia fokozott incidenciája jelez. Az allergia elleni küzdelem részeként az utóbbi időben az alapkutatások jelentősen fokozódtak a szenzitizációhoz vezető folyamatok alaposabb megismerése irányában, segítve ezzel a deszenzitizáció, a rövid és hosszú távú tolerancia kialakulásának jobb megértését is.[3]

Állatkísérletekkel is alátámasztották, hogy a szájon át adott fehérjék az élőlényekben normális esetben toleranciát idéznek elő, de szenzitizációhoz és allergiás betegséghez is vezethetnek. A szöveti és immunológiai válaszreakciót rengeteg tényező befolyásolja: az ételben sok faktor károsíthatja az epiteliális barriert (alkohol, toxinok, ismeretlen összetevők, detergensek), az allergén típusa és az expozíció ideje is számít, csakúgy mint az adjuváns szerek, mikroorganizmusokkal való kontamináció, illetve a főzési hőmérséklet. Ezenkívül egyéni tényezők is szerepet játszhatnak – kor, immunstátusz, mikrobiom, bizonyos gyógyszerek, antacidák fogyasztása, krónikus betegségek, mint az immunhiány, az atópia –, illetve az ételallergének a beleken kívül más módon bejutva a szervezetbe (pl. sérült bőrbarrier) szintén szenzitizációhoz vezethetnek.

A szenzitizáció, majd ennek tünetekben, betegségben megnyilvánuló formája, az allergia az immunválaszt a T_H2-limfocita aktivációja irányába tolja el. A T_H2-sejtek és a társuló citokinek fokozzák a B-sejtek proliferációját, immunglobulinizotípusváltást és IgE-antitest-termelő plazmasejtekké differenciá-

lódást idéznek elő bennük. A fokozott IgE-termelés hatására bazofilaktiváció, masztocitadegranuláció következik be, a szenzitizációt követően az allergénnel való későbbi találkozáskor ez indítja el azt a nem kívánatos immunválasz, ami akár az életet is veszélyeztetheti.

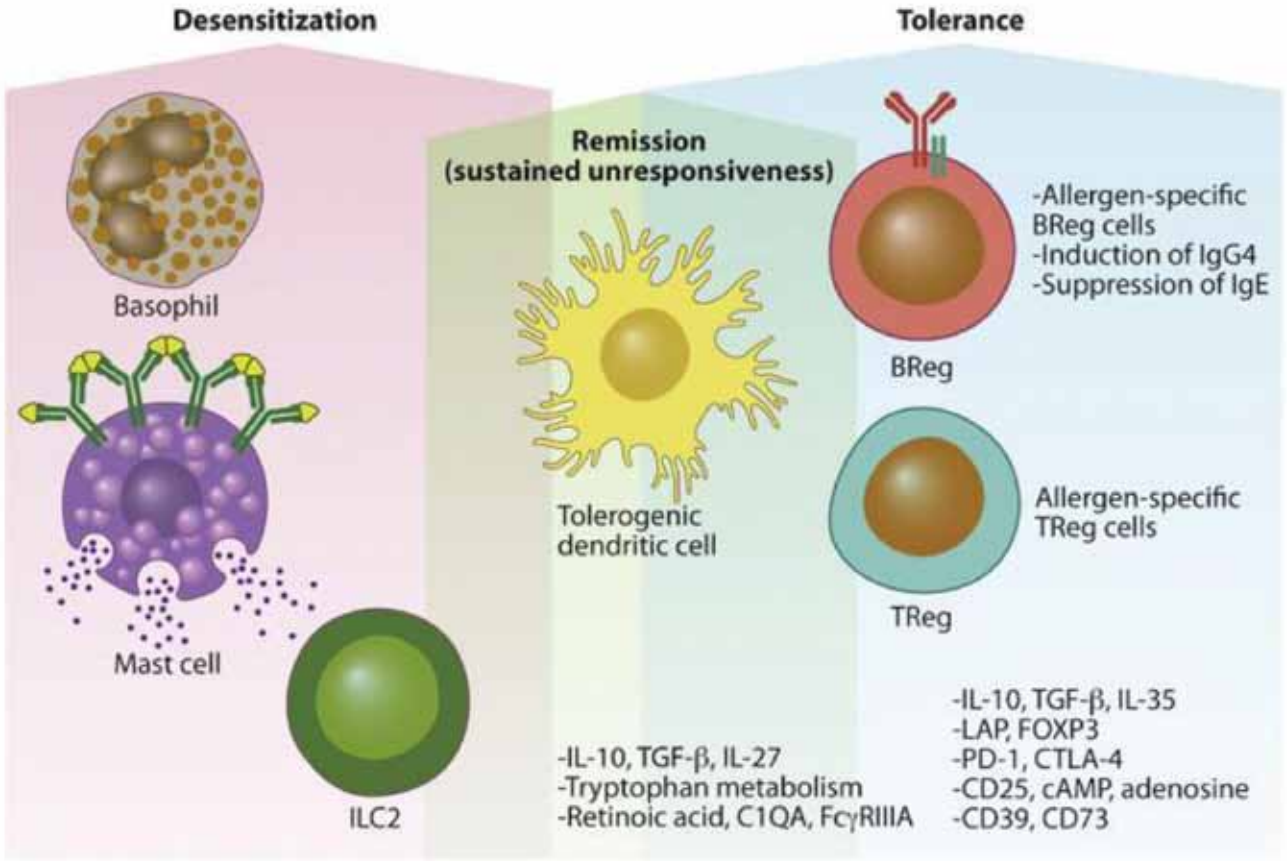
Az orális tolerancia kialakulása során egy másik T-limfocitatípusnak, a regulatorikus T-sejteknek (T_{reg}) van elsődleges szerepük, amelyek termékeikkel korlátozzák az agresszív immunválaszt. Hozzájuk hasonlóan a B-sejteknek, sőt a veleszületett limfoid sejteknek is van regulatorikus csoportjuk, ezek szintén képesek befolyásolni, csillapítani a gyulladásos immunválaszt. A tolerancia magába foglalja a T_H2-sejtek szupresszióját és a T_{reg}-sejtek fokozott képzését, a B-sejtek IgE-termelésének csökkenését és az IgA- és IgG4-termelés fokozását, az effektor T-sejtek szövetekbe áramlásának gátlását, az IL-10-et termelő dendritikus sejtek indukcióját és a bazofil-, eozinofil- és hízósejt-aktiváció elnyomását. Ez feltehetően a többi szövetben (bőr, légutak) is hasonló mechanizmus szerint történik.

Az allergénspecifikus immunterápiák az allergiát okozó antigén ellen ezt az elvesztett toleranciát próbálják visszaállítani. Az orális immunterápia egyike azon terápiáknak, amelyek a táplálékallergia kezelésében is biztató lehetőségekkel kecsegtetnek, azonban jelenleg a klinikai gyakorlatban még igen erős korlátai vannak.

Az OIT a többi immunterápiához hasonlóan napi szinten alkalmazva deszenzitizációt idéz elő egy adott allergénnel szemben, így azt egyre nagyobb mennyiségben képes a szervezet tolerálni, a reakcióküszöb folyamatosan emelkedik. A terápia felfüggesztését követően sok esetben bizonyos ideig tovább észlelhető, hogy fennmarad ez az allergénnel szembeni érzéketlenség, amit az angol irodalom sustained unresponsivenessnek (SU), azaz tartós válasznélküliségnek hív. Utóbbi mechanizmusa még nem ismeretes, valamint az sem, hogy különböző folyamatok hozzák-e létre, mint a deszenzitizációt, vagy ezek egymást követő lépései a valódi immunológiai tolerancia felé vezető útnak.

A végső céljuk ezeknek az immunterápiáknak az lenne, hogy tartós, valódi toleranciát érjenek el úgy, hogy a hosszabb absztinencia utáni ismételt allergénexpozíció se váltson ki allergiás reakciót. Sajnos a már elérhető, illetve III. fázisban lévő kísérleti terápiák egyike sem eredményezett eddig jelentős számú embernél tartós hatást, a terápia felfüggesztése után 6–24 héttel a szenzitizáció rendszerint visszatér. Ezért a mostani szakirodalomban a sustained unresponsiveness helyett inkább a remisszió kifejezést javasolják, azt sugallva, hogy valódi tolerancia kialakulása nem várható.

Az OIT-nél észlelt immunológiai változások hasonlók az orális toleranciánál megfigyeltekhez, a humorális immunválasznál a



A deszenzitizációban, a remisszióban és a toleranciában részt vevő sejtek[1]

Átfedések vannak a deszenzitizáció és a remisszió (tartós válasznélküliség) között, és nincs olyan biomarker, amivel megkülönböztethető, melyik folyamat mikor kezdődik. A deszenzitizációban a vezető szerepet a hízósejtek (mast cell) és a bazofilsejtek játsszák. Hasonlóan a tolerancia és a remisszió között is átfedés tapasztalható, ami biomarkerekkel szintén nem elkülöníthető. Tolerogén dendritikus sejtek, T_{reg}-sejtek, B_{reg}-sejtek és effektor sejtek jelen vannak a remisszió és a hosszú távú tolerancia esetében is. Nem ismeretesek olyan különálló mechanizmusok, amelyek felelősek az immunválasz remissziós állapotából a hosszú távú toleranciába való átváltásáért

cAMP: ciklikus AMP; CTLA-4: citotoxikus T-limfocitához kapcsolódó fehérje, 4; LAP: latenciaasszociált peptid; PD-1: programozott sejthalál

specifikus IgG4, IgA, IgA2 szérumszintjének fokozatos növekedése észlelhető, ezenkívül a specifikus IgE antitestek szérumszintje az első 12 hónapban észlelt kezdeti emelkedést követően csökkenni kezd. A bazofilreaktivitás, a Prick-teszt válaszkészsége és a T helper 2-es típusú (T_h2) citokinek szérumszintje fokozatosan csökken. A specifikus regulatorikus T-sejtek száma növekszik, körülbelül 12 hónap után éri el csúcsot. Az OIT fő mechanizmusát ez utóbbiban, azaz a T_{reg}-sejtek indukciójában és az azt követő IL-10-, TGF-β-növekedésben látják. A specifikus T_{reg}-altípus, amely a sikeres immunterápiáért felelős, még nem ismeretes, de érdekes, hogy azoknál, akiknél terápia befejeztével a tartós válasznélküliség fellelhető, az indukált T_{reg}-sejtek FOXP3 génjének hipometilációja észlelhető, ami azt sugallja hogy a deszenzitizáció és tolerancia kialakulásához epigenetikai változások szükségesek.

AZ OIT általános protokollja megfelel a betegemnél leírt terápiának. Általában az adott étel igen kis mennyiségével, 2-6 milligrammal kezdik a terápiát, amit rendszeres időközönként, legtöbbször kéthetente emelnek meg hónapok alatt a fenntartódózis eléréséig. A fenntartódózis meghatározása az ételtől és a kitűzött céltól is függ, általában 300 milligramm és 2 gramm között van. A kezdeti dózisbeadás és a dózisemelések orvosi felügyelet alatt történnek, a bevételt 60 perces obszerváció követi. A köztes napokon a beteg otthonában önmagának adagolja az ételt, javasolt ugyanabban napszakban (este), étkezés után bevenni. A szigorú diétát az OIT alatt is maradéktalanul be kell tartani. Minden OIT-ben részt vevőt ellátnak epinefrin-autoinjektorral, megtanítják a használatára, illetve mindenre kiterjedő sürgősségi tervvel látják el, mit kell tenni, ha allergiás reakció lép fel.

Számos általános és speciális intézkedés javasolt az OIT adagolásával kapcsolatos szisztémás reakciók kockázatának minimalizálására. Az allergiás reakció kockázatát növelő faktorok közé tartozik a testmozgás és a forró fürdő (hipermetabolikus állapot emelkedett testhőmérséklet mellett), a közbeeső betegségek (pl. vírusfertőzés), az éhezés vagy az éhgyomorra adagolás, a menstruáció, az alváshiány és a nem szteroidos gyulladásgátló szerek (NSAID) használata. Ezek egy része az adagolás megfelelő időzítésével elkerülhető, például ne vegyen a beteg forró fürdőt közvetlenül az adag bevétele előtt vagy az azt követő három órán belül, és a fizikai aktivitást az adagolás után egy-két óráig korlátozni kell. Ha e tényezők bármelyikének elkerülése nem lehetséges – például aktív betegség esetén –, az adagot átmenetileg csökkenthetik vagy fel is függeszthetik.

A kezelést abba kell hagyni, ha 3 milligrammnál kisebb adagot sem visel el a beteg, ha a napi adagolás betartása nem megbízható, eozinofil nyelőcsőgyulladás gyanújakor, a társuló asztma gyakoribb fellángolása vagy az asztmakontroll tartós elvesztése esetén. Krónikus vagy visszatérő allergiás gyomor-bélrendszeri tüneteknél vagy fellépő anafilaxiánál módosítani kell az adagolást, vagy meg kell szakítani a kezelést.

Ha az adagolást átmenetileg felfüggesztik, egy vagy több adagot kihagynak, a kihagyott adagok számától függően az adagolást ugyanazzal a dózissal folytathatják otthon vagy orvosi felügyelet mellett, vagy csökkenthetik az adagot, és fokozatosan emelik vissza a betegség előtti szintre.

A földimogyoró rendkívül erős élelmiszer-allergén, súlyos tüneteket okozhat alacsony koncentrációban is. A gyerekek 1-2 százaléka allergiás a földimogyoróra, szenzitizációt mutatva a specifikus, klinikailag releváns allergén komponensekre. Ez a leggyakoribb étel, ami anafilaxiához és halálhoz vezethet, emiatt kiemelt helye van a kutatásokban és az orális immunterápiában is, erről rendelkezünk a legtöbb tapasztalattal. Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatósága (FDA) 2020 januárjában jóváhagyta az első készítményt (Palforzia) a földimogyoró OIT-kezelésére 4–17 éves gyermekeknél „az allergiás reakciók enyhítésére, beleértve az anafilaxiát is, amely földimogyoróval való véletlen érintkezés esetén fordulhat elő". Ez egy a fő földimogyoró-proteineket meghatározott koncentrációban tartalmazó por. Sajnos a vele végzett immunterápia is tovább erősítette a kétségeket, hogy az OIT e formában a standard allergiaellenes terápia részévé válhat.

Az eddigi kutatási eredmények és a különböző ételekkel végzett OIT kapcsán rendelkezésre álló adatok egyike sem bizonyította, hogy az OIT képes a kiszemelt allergénnel szemben valódi tolerancia kialakítására, és a legtöbb allergén esetében úgy tűnik, a terápia felfüggesztése után a kezelt gyermekek csak kisebb része éri el a tartós válasznélküliséget, annak ellenére hogy a kezelés alatt legalább részleges deszenzitizáció a legtöbb egyénnél megvalósul. Ezek alapján a terápia hosszabb felfüggesztése, a folyamatosan adandó fenntartódózis hosszú távú elhagyása jelenleg nem lehetséges.

Az orális immunterápia alatt a deszenzitizáció a táplálékallergénre adott átmeneti csökkent válaszkészséget jelent. Így az OIT alatt a tünet nélkül elfogyasztható allergénmennyiség küszöbértéke jelentősen megemelkedik. Ugyan a deszenzitizáció során a küszöbérték megemelése az ellenkezőjét sugallná – elméletileg a deszenzitizációnak meg kell gátolnia a kontrolláltan adott, már tolerált dózishoz hasonló vagy kisebb mennyiségű élelmiszer véletlen lenyelésével kapcsolatos allergiás reakciókat –, a vizsgálatok azt igazolják, hogy az OIT során fellépő allergiás reakciók nagyobb arányban fordulnak elő a terápiában részesülő betegeknél még fenntartó adagolás esetén is, mint azoknál, akik csak a szigorú eliminációs diétát tartják. Az anafilaxiás reakciók és az epinefrinhasználat magasabb aránya szintén megfigyelhető az orális immunterápiával kezelt csoportokban. E nem kívánt reakció felléphet a terápiás készítmény adása, illetve véletlen táplálkozási baleset kapcsán. Ezenkívül gyakoriak az egyéb típusú allergiás reakciók is (pl. gyomor-bélrendszeri tünetek, angioödéma, zihálás és eozinofil özofagitisz), és jellemzően szintén magasabbak az OIT-vel kezelt betegeknél.

Az eredmények ellenére feltételezhető, hogy az OIT bizonyos mértékben valóban védelmet nyújt a véletlen lenyelésből eredő allergiás reakciók ellen, de ronthatják a hatékonyságát azok a faktorok, amelyek átmenetileg alacsonyabb reakcióküszöböt eredményeznek (pl. betegség, testmozgás), illetve

az egyén a terápia alatt óvatlanabbá válik, kevésbé körültekintő a diéta betartását illetően az OIT-nek tulajdonított védőhatás biztonsága által. Ezen túlmenően a korlátozott hosszú távú követési adatok arra is utalnak, hogy egyes betegeknél a deszenzitizáció még napi expozíció mellett sem mindig tartható fenn, egy idő után hatása csökkenhet.

A tartós tolerancia hiánya, a terápia hosszabb felfüggesztésének lehetetlensége, a gyakori allergiás mellékhatások miatt az OIT rutinszerű alkalmazását a klinikumban a jelenlegi nemzetközi guideline-ok nem javasolják a bizonytalan haszon-kockázat miatt. Sok a megválaszolatlan kérdés, az allergiát és a toleranciát előidéző mechanizmusok jó része még részleteiben nem ismeretes, további kutatásokra és hosszú távú utánkövetési adatokra van szükség annak meghatározásához, hogy mely betegeknél haladják meg a terápiával járó előnyök a kockázatokat, illetve kényelmetlenségeket. Megfelelő beteganyagon már most is van létjogosultsága a terápiának. Azoknak a betegeknek, akik kellően motiváltak a deszenzitizáció elérésére, fel vannak készítve, és elfogadják az esetenként akár súlyos mellékhatások lehetőségét, érdemes felajánlani az orális immunterápiát.

Személyes tapasztalatként visszautalnék páciensemre, aki lassan három hónappal az immunterápia megkezdése után továbbra is lelkes, örül az apró eredményeknek, a nyomokban földimogyorót tartalmazható ételek fogyasztásának. A dózisemeléssel és a napi gyógyszeradagolással járó kényelmetlenséget elfogadhatónak tartja, a terápiától és annak mellékhatásaitól kevésbé szorong, mint eddig az esetleges táplálkozási balesettől. Kezelőorvosa megbízható hátteret nyújt, családja támogatja, Excel-táblázatban vezeti a dózisemeléseket és az esetlegesen jelentkező tüneteket.

A számos elkeserítő adat mellett sok reménykeltő is akad a kutatásokban, amelyek a jövőben egy tartósabb, biztonságosabb terápia lehetőségével kecsegtetnek. Ilyen például az immunterápia és az életkor összefüggése. Kisdedek orális immunterápiás kezelése során (szintén földimogyoró – Palforzia) a vizsgálati és megfigyelési adatok arra utalnak, hogy az OIT jobban tolerálható és talán hatékonyabb is a kisgyermekeknél, mint az idősebb gyermekeknél, felnőtteknél. A kezelés mellékhatásprofilja sokkal szelídebb, és tartós válasznélküliség is sokkal több esetben alakul ki.

Talán még érdekesebb a bélmikrobiom szerepének ismerete és az abban rejlő terápiás lehetőségek. A bélben az immunrendszer válaszreakciójánál a tolerancia és a gyulladás vagy allergia egyensúlyát a veleszületett és adaptív immunrendszer, valamint a mikrobiom párbeszéde szabályozza úgy, hogy a bélmikrobiom metabolitjai segítségével több ponton támogatja a tolerancia kialakulását (erősíti a nyálkahártyabarriert, regulatorikus T-, B-sejtek képzését indukálja). Sok tanulmány most már egyértelmű és erős összefüggést talált a bélmikrobiom összetétele és metabolikus aktivitása, valamint az allergiás betegség kialakulása és védő tolerogén immunmechanizmusok között. Például földimogyoró- vagy dióallergiában szenvedő betegek mikrobiomjában csökkent mikrobiális változatosságot és megnövekedett számú Bacteroides-fajt figyeltek meg a nem allergiás kontrollcsoporttal összehasonlítva, tejfehérje-allergiát kinövő gyermekeknél túlsúlyban voltak a Clostridium-fajok a bélben. Specifikus baktériumtörzsek beadása egereknél, például Bifidobacterium- vagy Clostridium-fajok a mucosán belüli T_{reg}-sejtek indukciójával védő hatásúnak bizonyult az élelmiszerallergén-szenzibilizáció ellen, ráadásul a Clostridiumok segítettek megerősíteni az epiteliális gátat és csökkenteni a bél permeabilitását. Embereknél a Bifidobacterium longum adásánál kimutatták, hogy növeli $FOXP3^+$ T_{reg}-sejtek számát a perifériás vérben, a földimogyoró orális immunterápiája Lactobacillus rhamnosus adásával kombinálva pedig tizennyolc hónapon át magasabb arányú deszenzitizációt váltott ki a placebokezeléshez képest. Természetesen a probiotikumok jótékony hatásának bizonyításához és terápiás használatához szintén további vizsgálatok szükségesek.

A cikkben egy allergénspecifikus terápiáról szóltam, de érdemes megemlíteni a nem allergénspecifikus terápiák közül a monoklonális anti-IgE (omalizumab, talizumab) alkalmazásának lehetőségét. Mechanizmusa, hogy megköti a keringő IgE ellenanyagot, megakadályozza az IgE kötődését a hízósejtekhez, és blokkolja a degranulációt, ezáltal az allergiás választ. Javítja az asztma és az allergiás rinitisz tüneteit, védelmet nyújt a földimogyoró-anafilaxia ellen a kezelt betegek 75 százalékánál. Szubkután injekció formájában adják be havi rendszerességgel. Monoterápiában nem használják ételallergiára, de az orális immunterápia előkezeléseként és alatta alkalmazva csökkentheti a nem kívánatos allergiás reakciókat az adagolás során. Hátránya, hogy az IgE-elimináció hosszú távú következményei ismeretlenek.

A táplálékallergia elleni specifikus immunterápiák végső célja, hogy tartós tolerancia alakuljon ki az allergénnel szemben. Ez lehetővé tenné az allergén fogyasztásának időszakos felfüggesztését úgy, hogy azt követően az ismételt találkozáskor sem térne vissza az ellene fellépő reaktivitás, valamint azt is, hogy mindenfajta korlát nélkül fogyaszthassa a páciens a korábban allergizáló ételt. Ennek elérésre még messze van, a közelebbi cél, hogy minél nagyobb mennyiségeket legyen képes az allergiás egyén elfogyasztani az adott ételből anélkül, hogy tüneteket tapasztalna. Ha megemeljük az allergiát okozó küszöböt, jobban elkerülhetők a véletlen expozícióból származó balesetek, az allergiás egyén kiegyensúlyozottabbá válhat. Jelenleg ez csak folyamatos allergénadagolás mellett kivitelezhető, és az eredmény így is bizonytalan, a terápia kockázata jelentős, ami nagy terhet és felelőséget ró a betegre, családjára és az egészségügyi személyzetre egyaránt. Emiatt egy ételallergiás páciensnél az orális immunterápia jelenleg csak szoros orvos-beteg-család együttműködéssel, megfelelő, részletes felvilágosítást követően, közös döntés eredményeként kezdhető meg, úgy, hogy a betegnek tisztában lennie azzal, hogy a tartós eredmény kérdéses.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Balog Judit | **csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, alapellátó gyermekorvos,** Pannonhalma, Écs, Ravazd

Felső légúti fertőzések kezelése orálbiotikummal

Alapellátó gyerekorvosokként azt tapasztaljuk, hogy a járvány utáni feloldások óta valahogy megváltoztak a betegségek, másképp – nem a tankönyvet követve – zajlanak a fertőzések, sokszor nehezebben, hosszabban vagy több szövődménnyel gyógyulnak kis betegeink. Az RSV-fertőzést a virulensebb variáns okozza, a kéz-láb-száj betegség egyes családokban egy idényen belül másodszorra, sőt harmadszorra is lezajlik, egyre többször látni az 5 év alatti korosztályban is bakteriális eredetű tonsillitist, a célzottan kezelt tonsillitis follicularis 1-2 hónap múlva kiújul, és még sorolhatnánk. Úgymond ellustult, vagy nehezebben reagál az immunrendszerünk?

Naponta többször kérdezik tőlünk a szülők, mi a javaslatunk, hogy gyermekeik immunrendszere megerősödjön. Sokszor az életmódi tanácsaink nem bizonyulnak elegendőnek. Igen, rendkívül fontos a sok mozgás, az egészséges táplálkozás, a nyugodt környezet, a nyugodt éjszakák, a megfelelő hosszúságú alvás. Mindennek ellenére hányszor merül fel a szülő részéről az a gondolat, hogy: „Ha mindez biztosítva van, akkor miért beteg mégis annyit a gyerekem?"

Gyakran nagyon nehéz a szülőkkel elfogadtatni, hogy az óvodás korú gyermekek évente átlagosan 6-8 alkalommal betegednek meg, egy kisgyerek évente akár 8-12 alkalommal is lehet beteg minden immunhiány nélkül. Teljesen természetes, hogy a közösségbe járó gyerekek visszatérően betegek. A családon belüli továbbfertőzés pedig a közösségbe járó gyermekek esetében a leggyakoribb. Látjuk, hogy a gyermek betegségeiért felelős kórokozók a családtagokat is ledöntik a lábukról, és azt is látjuk, hogy a szülő betegebb lesz, mint a gyermeke.

Számos tanulmány kiemeli: az egészséges légúti és bélrendszeri flóra nagy szerepet játszik a fertőzések legyőzésében. Nemcsak azért, mert ez a két leggyakoribb útja a kórokozók bejutásának: a légúti és a bélflóra tagjai a vér- és a nyirokkeringési rendszer közvetítésével, a tüdő-bél tengelyen keresztül fehérjékkel és rövid szénláncú zsírsavmolekulákkal kommunikálnak, így az egészséges bélflóra hozzájárul a légúti fertőzések kivédéséhez. A légúti flóra összetételét a szájüreg flórája alapvetően befolyásolja, és a szájüregi flóra egyensúlyának felbomlása nemcsak lokális betegségeket okozhat, hanem kihathat a szervezet más pontjaira is. Az orrüregben a mikrobiom összetétele a bőrflóráéhoz hasonló, ez a szájgaratban kiegészül egyéb törzsekkel. A légutak kolonizációjában a szájüregi flóra is meghatározó.

Saját praxisomban 2022 októbere óta alkalmazom a *L. reuteri* orálbiotikumot különböző indikációkban. A *L. reuteri* DSM 17938 és ATCC PTA 5289 probiotikus törzskombináció egy számos kutatással megalapozott orálbiotikum, mindkét törzs humáneredetű, anyatejből, illetve szájüregből izolálták. Kiemelt tulajdonságaik mind a szájüregi, mind a bélrendszeri kórokozók pusztítása, az immunrendszer támogatása és a gyulladáscsökkentés a gyulladásos citokin (TNF-α) termelésének gátlása révén.

Felső légúti fertőzések esetén a 2021-es publikációban közöltekhez hasonló eredményeket tapasztalok: a betegek hamarabb meggyógyulnak, a láz és a torokfájás gyorsabban megszűnik. A gyakorlat azt mutatja, hogy ha rögtön a tünetek megjelenésekor alkalmazzuk a készítményt, akkor virális felső légúti hurutok kezelésében akár monoterápiaként is megállja helyét. Így mindenképp javaslom, hogy a házipatika része legyen.

Pácienseim közreműködésével még a következő esetekben próbáltuk ki: antibiotikum-kezelés után, felső légúti hurutos megbetegedések megelőzésében, recidiváló Str. pyogenes-fertőzésben, az inhalációs szteroidkezelés kiegészítéseként – hiszen gyerekeknél gyakori probléma, hogy a szájöblítés ineffektív, így megváltozik a szájüregi mikrobiom összetétele –, a soor oris és a stomatitis aphthosa terápiájában, illetve fogszuvasodás megelőzésében is, hiszen a normál szájflóra fenntartása itt is kulcsfontosságú lehet.

Útravaló

A mikrobákra hajlamosak vagyunk kórokozóként gondolni, pedig csupán 1 százalékuk sorolható ebbe a csoportba. Fontos, hogy a probiotikumok széles kínálatából olyan természetes, humáneredetű törzseket válasszunk, melyek hatását klinikai tanulmányok igazolták. Vírusos felső légúti fertőzések esetén a L. reuteri Pharax orálbiotikum igazolt hatékonyságú. Rendkívül fontos az orr-száj-bél-bőr mikrobiom egyensúlyának megőrzése, illetve sérülése esetén a visszaállítása. Manapság már nemcsak a per os adagolásra van lehetőség: elérhetők intranazálisan, lokálisan (kozmetikumokban) alkalmazható probiotikumok, illetve újabban felmerül az inhalációs bejuttatás lehetősége is. Ha probiotikumokat alkalmazunk, jusson eszünkbe, hogy a megtapadásukhoz fontos a megfelelő közeg jelenléte is, vagyis gondoskodjunk elegendő rost beviteléről vagy prebiotikumot tartalmazó étrend-kiegészítők fogyasztásáról is.

A közlemény megjelenését a BioGaia® magyarországi képviselete támogatta.

Dr. Kántor Irén | **házi gyermekorvos, HGYE-vezetőségi tag,** Nyíregyháza

GDPR és telemedicina a gyermekorvosi alapellátásban

A telemedicina tág fogalom, olyan egészségügyi szolgáltatás nyújtását foglalja magában, amely során információs és kommunikációs technológiát használunk, mivel a beteg és az egészségügyi szakemberek különálló helyeken tartózkodnak. Általában a telefonon vagy videókapcsolaton keresztül nyújtott betegkonzultációs szolgáltatásokra utal. Gyakorlati alkalmazásában a COVID19-világjárvány során jelentős növekedés volt tapasztalható.

Bár a telemedicina alkalmazását a világjárvány jelentősen megnövelte, ez egy régóta várt trend érkezését jelzi az alapellátási és a klinikai gyakorlatban. Az e-egészségügyi megoldások fejlődése – beleértve az elektronikus egészségügyi nyilvántartást, a betegadatok gyűjtését a viselhető és IoT-csatlakoztatott orvosi eszközökről –, valamint a határokon átnyúló szolgáltatások nyújtásának növekvő igénye arra utal, hogy a telemedicina jelentősége a világjárvány idején betöltött kritikus szerepe mellett tovább nőhet.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az információs és kommunikációs technológiákat használó eszközökre, módszerekre való áttérése adatvédelmi aggályokat vet fel. Az ezekre való felkészülés lehetővé teszi az egészségügyi szakembereknek, hogy továbbra is létfontosságú ellátási és kezelési szolgáltatásokat nyújtsanak a távolból, és megnyugtatja a betegeket, hogy személyes adataikat biztonságos és bizalmas módon kezelik. Az egészségügyi adatok számottevő felértékelődésével szembesülhetünk a jövőben, és a modern technológiák világában a személyes egészségügyi adatok védelmére fokozottan oda kell majd figyelni.

Összefoglalónkban a telemedicinával kapcsolatos konkrét adatvédelmi és magánélet-védelmi kérdéseket, a betegellátás napi folyamatában a munkaszervezést, gördülékeny betegellátást lehetővé tevő szempontokat szeretnénk kiemelni. A kockázatok és azok mérséklése szempontjából szem előtt kell tartani az egészségügyi szakembereknek az adatvédelmi jogszabályi keretek (általános adatvédelmi rendelet, 2018. évi adatvédelmi törvény) szerinti általános felelősségét.

Alapfogalmak

személyes adat: az érintettre vonatkozó bármely információ

különleges adat: a személyes adatok különleges kategóriáiba tartozó minden adat, azaz a faji vagy etnikai származásra, politikai véleményre, vallási vagy világnézeti meggyőződésre, szakszervezeti tagságra utaló személyes adatok, valamint a genetikai adatok, a természetes személyek egyedi azonosítását célzó biometrikus adatok, az egészségügyi adatok és a természetes személyek szexuális életére vagy szexuális irányultságára vonatkozó személyes adatok

genetikai adat: egy természetes személy örökölt vagy szerzett genetikai jellemzőire vonatkozó minden olyan személyes adat, amely az adott személy fiziológiájára vagy egészségi állapotára vonatkozó egyedi információt hordoz, és amely elsősorban az adott természetes személyből vett biológiai minta elemzéséből ered

egészségügyi adat: egy természetes személy testi vagy szellemi egészségi állapotára vonatkozó személyes adat, ideértve a természetes személy számára nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó olyan adatot is, amely információt hordoz az ő egészségi állapotáról

adatkezelő: az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely törvényben vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott keretek között önállóan vagy másokkal együtt az adat kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja, vagy az adatfeldolgozóval végrehajtatja

adattovábbítás: az adat meghatározott harmadik személy számára hozzáférhetővé tétele

adatfeldolgozó: az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely törvényben vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusában meghatározott keretek között és feltételekkel az adatkezelő megbízásából vagy rendelkezése alapján személyes adatokat kezel

A GDPR alapelvei

- jogszerűség, tisztességes eljárás és átláthatóság elve: a személyes adatok kezelését jogszerűen és tisztességesen, valamint az érintett számára átlátható módon kell végezni
- célhoz kötöttség elve: a személyes adatok gyűjtése csak meghatározott, egyértelmű és jogszerű célból történhet, és nem kezelhetők ezekkel a célokkal össze nem egyeztethető módon
- adattakarékosság elve: a személyes adatok az adatkezelés céljai szempontjából megfelelők és relevánsak kell hogy legyenek és a szükségesre kell korlátozódniuk
- pontosság elve: a személyes adatoknak pontosnak és szükség esetén naprakésznek kell lenniük, és minden észszerű intézkedést meg kell tenni annak érdekében, hogy az adatkezelés céljai szempontjából pontatlan személyes adatok haladéktalanul törölve vagy helyesbítve legyenek
- korlátozott tárolhatóság elve: a személyes adatokat olyan formában kell tárolni, amely az érintettek azonosítását csak a személyes adatok kezelése céljainak eléréséhez szükséges ideig teszi lehetővé
- integritás és bizalmas jelleg elve: a személyes adatok kezelését oly módon kell végezni, hogy megfelelő technikai vagy szervezési intézkedések alkalmazásával biztosítva legyen a személyes adatok megfelelő biztonsága, az adatok jogosulatlan vagy jogellenes kezelésével, véletlen elvesztésével, megsemmisítésével vagy károsodásával szembeni védelmet is ideértve
- elszámoltathatóság: az adatkezelő felel a fenti elveknek való megfelelésért, továbbá képesnek kell lennie az ennek való megfelelés igazolására

2018. május 25-én életbe lépett az európai Általános adatvédelmi rendelet, amelynek értelmében a házi gyermekorvosoknak is el kell készíteniük saját telemedicinális szabályzatukat, és a rendelőben, vagy ha van, akkor honlapjukon elérhetővé tenni. [60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet, 3. § (1): „Az egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell g) telemedicina útján nyújtott egészségügyi szolgáltatás esetén a szolgáltatás nyújtásához a szolgáltató részéről szükséges infokommunikációs eszközt, illetve az adott ellátáshoz szükséges orvostechnikai eszközöket, telemedicina ellátásra vonatkozó eljárásrendet és betegtájékoztatót.”] Az eljárásrendben lehet rögzíteni és tájékoztatást adni a betegeknek az orvos által választott kommunikációs csatornákról és a megfordulási időről. Mivel az ezt szabályozó jogi vagy szakmai irányelv egyelőre nincs kialakítva, az orvos a rendelői munka leterheltségétől függően választhatja meg az egyes telemedicinális megkeresésekre adott életszerű válaszadási időt (pl. e-mail: 4 nap, sms: 1 nap, visszahívás telefonon foglaltság esetén: 4 óra.). A beteg első bejelentkezése során érdemes az erről szóló tájékoztatót átadni.

Amikor a betegadatokat az orvosi ellátás során kezelik, rögzítik, az egészségügyi szakember a GDPR alkalmazásában adatkezelőként jár el. A GDPR 24. cikke meghatározza az adatkezelő általános kötelezettségét, miszerint „megfelelő technikai és szervezési intézkedéseket kell végrehajtania annak biztosítása érdekében, és képesnek kell lennie annak bizonyítására, hogy az adatkezelés e rendelettel összhangban történik”. Ez a bizonyítható megfelelésre vonatkozó követelmény a hagyományos egészségügyi ellátás során a betegadatok feldolgozására vonatkozik, mint a betegnyilvántartások kezelése stb. A telemedicinális megoldások bevezetése, alkalmazása során az adatvédelmet szem előtt tartva olyan kommunikációs csatornát kell választani, mely megfelel az egészségügyi és személyes adatokhoz való hozzáférés védelmére vonatkozó technológiai követelményeknek. Ennek megfelelően a közösségi média, az internetalapú telefonos és videókommunikáció, a fényképküldési funkciók használata során olyan csatornát kell választani, mely megfelel a végpontok közötti titkosítás feltételeinek. A csatorna kiválasztása az adatkezelő felelőssége. Amennyiben a beteg nem ilyen csatornán keresi meg az egészségügyi szolgáltatót, érdemes őt biztonságos csatornára irányítani. Jelenleg nincs szabályozás arra nézve, hogy megtagadható-e ebben az esetben a távoli betegellátás. A legtöbb alapellátásban használt medikai szoftver rendelkezik olyan funkcióval, amely az írásos megkeresést biztonságos csatornán keresztül kezeli. A szoftverfejlesztők azonban nem adatkezelők, így továbbra is az orvos mint adatkezelő felelőssége, hogy ezek biztonságos kommunikációs csatornák legyenek.

Mivel az EESZT-ben szereplő egészségügyi adatok megtekintése az orvos és a beteg számára egyaránt elérhető, személyes és egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentumok e-mailben való továbbítására legtöbbször nincs szükség. Amennyiben a beteg mégis ezt választja, akkor a levélben az egészségügyi és/vagy személyes adatot is tartalmazó fájlt csatolva, jelszóval védve kell továbbítani. A jelszót egy külön e-mailben kell elküldeni. A levél törzsszövegében nem szerepelhetnek személyes, egészségügyi adatok. Az EESZT funkciófejlesztése eredményeként a kép- és adattovábbítás biztonságosságának megfelelő orvos-orvos közötti kommunikációra alkalmas felület az EESZT Drive funkciója. Meg kell jegyezni, hogy a GDPR által biztosított adatvédelmi jogok a gyermekekre ugyanúgy vonatkoznak, mint a felnőttekre.

Általában véve kerülni javasolt a magánalkalmazások fiókjainak használatát a személyes eszközökön egészségügyi adat továbbítására, mivel ezek a betegadatokat az orvosi rendelő vagy az EESZT által ellenőrzött informatikai rend-

szereken kívülre viszik, leginkább metaadatok képzéséhez. Tanácsos olyan célzott, erre a funkcióra felépített szolgáltatásokat igénybe venni, amelyek megfelelő biztosítékokkal rendelkeznek.

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet, 3. § (2b)*: „Ha az (1) bekezdés g) pontja szerinti szolgáltatás internetkapcsolat keretében valósul meg, biztosítani kell a szélessávú internetkapcsolatot, a megfelelő, stabil adatátvitelt és adatbiztonságot, vírusvédelmet. Ha jogszabály az adott egészségügyi eljáráshoz videókapcsolat alkalmazását írja elő, akkor az infokommunikációs eszköz alatt ezen eszközöket is érteni kell. A beteg egyértelmű azonosításáról a szolgáltató gondoskodik." A beteggel végzett telemedicinális vizsgálat, tanácsadás során a betegazonosítás megtörténtét dokumentálni érdemes, például: „Telefonos szakmai konzultáció, melyet a beteg által megadott telefonszámon (x) folytattunk. A beteg azonosítása személyes adatainak (taj szám, születési idő, hely, anyja neve, lakcím) megadását követően megtörtént." Amennyiben a MiniHis telemedicinális rendszerén keresztül történik a kapcsolatfelvétel, az lehetőséget ad az arcképes azonosításra is (amennyiben az ügyfélkapus kormányzati funkcióban ezt megengedte a beteg).

A COVID19-járvány idején megnövekedett a telemedicinális ellátás igénye, s az e formát megfelelőnek találó betegek továbbra is szeretnék igénybe venni ezt az ellátási lehetőséget. Szakmai irányelvek kidolgozása szükséges, hogy akut esetben, krónikus beteg gondozása során, beteg által viselt vagy alkalmazott egészségügyi eszközök adataival alátámasztott távvizit esetén milyen szabadságot, illetve korlátot jelent a telemedicinális ellátás.

Általánosságban elmondható, hogy a távoli ellátás megfelelő, ha

- a beteg kérése, ellátási igénye egyértelmű,
- hozzá tudunk jutni a beteg korábbi egészségügyi adataihoz,
- nem szükséges megvizsgálni a beteget,
- meg tudjuk adni a betegnek egyértelműen az ellátásához szükséges információt,
- megbízható a rendszer, amelyben távoli receptfelírást tudunk alkalmazni,
- a betegnek megvan a képessége, hogy értelmezze az általunk adott információt.

Személyes megjelenés és betegvizsgálat szükséges, ha

- a beteg állapota, panasza komplex, vagy magas rizikójú kezelést igényel,
- nincs lehetőség a korábbi egészségügyi adatok megtekintésére,
- szükséges a beteg fizikális vizsgálata,
- nem saját betegről van szó, és nincs meghatalmazás a korábbi egészségügyi adatok megtekintéséhez, különösen, ha utánkövetést igénylő kezelésről van szó,
- ha a betegnek különböző terápiás lehetőségekről kell döntenie, és nem tudható, hogy milyen az edukáltsági szintje, milyen eszközei vannak,
- nem vagyunk abban a helyzetben, hogy megítéljük, a beteg képes volt-e megérteni a terápiát.

A napi munka gördülékennyé tételéhez szükséges, hogy a telemedicinális ellátás során tisztázva legyenek a pontos feladatkörök: kinek a feladata a beteg azonosítása, a tájékoztatás, miszerint a távoli betegellátás korlátozott értékű betegellátás, az anamnézisfelvétel és a triázsolás, a tanácsadás, a receptírás, a kontroll időpontjának egyeztetése, a dokumentálás. Javasolt, hogy az alkalmazottak is megfelelő adatvédelmi képzésben részesüljenek, hogy képesek legyenek megérteni és alkalmazni az adatvédelmi elveket munkájuk során.

A jelenlegi szabályozás lehetővé teszi, hogy a telemedicinális ellátás a jelenlegi technológiai eszközökkel és az EESZT-vel együttesen alkalmazva biztonságos legyen szakmai és adatvédelmi szempontból. Szükséges, hogy az egészségügyi ellátószemélyzet ezeknek a technológiáknak a lehetőségeit kihasználva betegbiztonsági és adatbiztonsági szempontból is magasabb fokú tudást és gyakorlatot szerezzen.

Az állam feladata többek között az, hogy az egészségügy működéséhez a megfelelő jogi kereteket kialakítsa, és a változó körülményekhez igazítsa. A veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről szóló 157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet hatályon kívül került. E rendelet pontosan felsorolta, mely orvosi tevékenységek értelmezhetők telemedicinális szolgáltatásnak, ellátásnak. Jogi és orvosi szakmai konszenzus kialakítása szükséges, hogy a gyorsan változó orvosszakmai tudástárhoz és a még ennél is gyorsabban változó információs technológiai környezethez igazítsuk, pontosítsuk a szabályozást.

Olvasói levél

Egyesületünk 73 éves alapellátó gyermekorvos tagja levélben kereste meg jogsegélyszolgálatunkat. Kolléganőnk 47 év munkaviszonyt követően vonult nyugdíjba, majd praxisát eladta, de betéti társaságát nem számolta fel. Levelében leírta, hogy önszántából és kollégák kérésére továbbra is szeretne helyettesítéseket vállalni. Ennek kapcsán az alábbi kérdések megválaszolásában kérte segítségünket:

Részt kell-e vennie az ötévenkénti kötelező továbbképzésen?

Továbbra is gyűjtenie kell-e a továbbképzési pontokat?

Szükséges-e szakmai felelősségbiztosítással rendelkeznie?

Szükség van-e orvosi alkalmassági vizsgálatra, amennyiben helyettesítést vállal?

Fizetnie kell-e az iparkamarai hozzájárulást?

Fizetnie kell-e a Magyar Orvosi Kamara tagsági díját?

Fizetnie kell-e Házi Gyermekorvosok Egyesülete tagdíját?

1. Kell-e továbbképzési pontokat gyűjteni?

Az orvosok folyamatos továbbképzésének részleteit szabályozó vonatkozó jogszabály a továbbképzési pontok gyűjtésének vonatkozásában az életkor alapján nem ad felmentést.[1]

2. Kell-e szakmai felelősségbiztosítást kötni?

Az egészségügyi törvény vonatkozó része erről így nyilatkozik:

„(1) Egészségügyi szolgáltatás – a 108/A. §-ban foglalt kivétellel – kizárólag az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható.

(2) A működési engedély csak abban az esetben adható ki, ha a kérelmezőnek az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére van felelősségbiztosítása."[2]

Kivétel:

„Az e § alapján működő egészségügyi szolgáltató a 108. § (2) bekezdésében foglaltaktól eltérően – amennyiben a közreműködőt igénybe vevő egészségügyi szolgáltató nem követeli meg – a tevékenységével esetlegesen okozott károk megtérítését biztosító kötelező felelősségbiztosítási szerződés megkötése nélkül, a működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató felelősségére is működhet."[3]

3. Kell-e orvosi alkalmassági vizsgálat a helyettesítéshez?

Az egészségügyi alkalmasságra vonatkozó jogszabályok minden egészségügyben dolgozóra vonatkozóan egységesen szabályozzák az egészségügyi alkalmasság feltételeit, függetlenül a munkaviszony formájától, így a kolléganőnek helyettesítés esetén is rendelkeznie kell érvényes egészségügyi alkalmassági vizsgálattal.[4, 5]

4. Kell-e iparkamarai díjat fizetni?

A Budapesti Kereskedelmi és Iparkamara honlapján felsorolják, hogy mely esetek képeznek kivételt. A betéti társaság nem tartozik ezek hatálya alá, vagyis amíg a kolléganő fenntartja cégét, továbbra is évente regisztrálnia kell a kamaránál, és be kell fizetnie a hozzájárulást.[6]

5. Kell-e MOK-tagsági díjat fizetni?

A Magyar Orvosi Kamara éves tagdíja 2023-tól 49 200 forint. A 2023. január 1. napjától érvényes tagdíjtáblázat alapján orvosi tevékenység végzése esetén 80 éves korig tagsági díjat kell fizetni. Tagdíjfizetési kedvezményre a 65. életévüket betöltött tagok akkor jogosultak, ha semmilyen jövedelemszerző tevékenységet nem végeznek. Tekintettel arra, hogy a kolléganő jövedelemszerző egészségügyi tevékenységet végez, tagdíjat kell fizetnie. Amennyiben a kollégák a tagdíjat magánszemélyként szeretnék befizetni, az éves személyijövedelemadó-bevallásukban az adóalapot a tárgyévben megfizetett kamarai tagdíj összegével csökkenthetik.[7]

6. Kell-e HGYE-tagdíjat fizetni?

A Házi Gyermekorvosok Országos Érdekvédelmi és Szakmai Egyesülete éves tagdíja 15 000 forint. Tagdíjfizetési mentességet élveznek azok a nyugdíjas kollégák, akik nem látnak el háziorvosi praxist.[8] Ez alapján a kolléganőnek, mivel csak helyettesítést végez, nem kell tagdíjat fizetnie.

Források:

1. 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről
2. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 108. § (1)
3. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 108/A § (4)
4. 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről
5. 40/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet az egészségügyi tevékenység végzéséhez szükséges egészségi alkalmasság vizsgálatáról és minősítéséről
6. bkik.hu/hu/ugyintezes/gazdalkodo-szervezetek-kotelezo-kamarai-regisztracioja/gyakori-kerdesek-a-regisztracioval-kapcsolatban
7. mok.hu/public/media/source/tagdij/Tagd%C3%ADjszab%C3%A1lyzat%202023%20janu%C3%A1r%201t%C5%91l%20hat%C3%A1lyos.pdf
8. hgye.hu/index.php?id=14