

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXVIII. évfolyam
2023/3. szám

Tartalom

SAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

„Jót s jól. Ebben áll a nagy titok” 4

INTERJÚ

A gyermekekben az a csodálatos,
hogyan jól gyógyulnak..... 6

SZPONZORÁLT TARTALOM

Aktualitások az influenzajárványról 9

EGYESÜLETI HÍREK

Dr. Havasi Katalin HGYE-elnök
MAVE tiszteletbeli tagja címben részesült 11

TELEMEDICINA

Digitális kelengye 11

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Funkcionális hasi fájdalommal járó kórképek
gyermek- és serdülőkorban 13

TÉNYLEG A LÉNYEG

Harag – vészjelzés a múltból 17

SZPONZORÁLT TARTALOM

Az orális mikrobiom és az obstruktív
légtúti betegségek 19

TÉNYLEG A LÉNYEG

Nem gyógyszeres terápiák 21

NAPRAKÉSZEN

Álarc mögött a „néma gyilkos” 27

ISMÉTLÉS A TUDÁS ANYJÁ

A gyermekkori radius torus törések kezelése
orthesisben 29

A VILÁG EGYETEM

Beszámoló a European Academy of Paediatrics
Master Course & Congress konferenciáról 31

PRAXISMENEDZSMENT

Oltáskommunikáció, oltásszervezés 33

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

Jogsegélyszolgálat

Dr. Rósa Ágnes

Gondozzuk kertjeinket!

Tényleg a lényeg

Házunk tája

Ismétlés a tudás anyja

Naprakészen

Dr. Pátri László

Praxismenedzsment

Dr. Fábíán Dóra

A világ egyetem

Dr. Kántor Irén

Telemedicina

Braun Helga

Egyesületi hírek

Kitekintő

Hírdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:

jogsegely@hgye.hu

HÍRVIVÓ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

A Hírívó 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 e-mail-címre: 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, Borkó 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

Dr. Kántor Irén | házi gyermekorvos, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének alelnöke, Nyíregyháza

Dr. Rósa Ágnes | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, megyei kollegiális szakmai vezető, Szeged

„Jót s jól. Ebben áll a nagy titok”

Orvosként naponta akár 50–100 esetben is, rutinszerűen döntünk, hogy belefér-e kompetenciánk körébe az adott betegség gyógyítása. Persze tudjuk, hogy a sérvet műtéttel kell gyógyítani, de senki sem kezd neki egy sérvműtétnek házi gyermekorvosi rendelőben, házi gyermekorvosi kompetenciával.

Ugyanígy van ez a szakmapolitikában. Ahogyan a rendelőnk nem műtő, egy civil szervezet sem minisztérium, nem írhatunk át jogszabályokat. Mi magunk sem vagyunk miniszterek, döntéseink legfeljebb javaslatok. A „jót”, azaz a legjobb ötletet sem valósíthatjuk meg utasítással, erőszakos fellépéssel. Az egyetlen célravezető stratégia, hogy „jól” és civil voltunkhoz mérten leginkább hatékonyan, kulturált párbeszéddel tudjuk képviselni a házi gyermekorvosok érdekeit az egészségügy átalakításának nagyon gyors változásaiban. Feladatunk a változtatás kockázatainak gyors felmérése, és a döntéshozók meggyőzése, megalapozott, racionális, meggyőző érvekkel.

Két célja van a HGYE jelenlegi vezetőségének, az hogy kollégáink ne legyenek vesztesei az egészségügy átalakításának, valamint a házi gyermekorvosi ellátás vonzó legyen a fiatal gyermekgyógyászok számára, azaz legyen utánpótlás.

A két kérdés összefügg, ezért tagságunk és a gyermekellátás érdekében jelen kell lennünk a szakmapolitikai tárgyalásoknál, ott kell lennünk az indikátorok átírásánál, a praxishatárok átszabásánál, hiszen ezek hosszú távra meghatározzák a gyermek-alapellátás megtartó erejét!

Az igazolásokat érintő jogszabályok társadalmi egyeztetésre megjelenésekor nem a javaslattétel volt a feladat, hanem a „kész” tervezet véleményezése, és ennek kapcsán a kárelhárítás. Javaslatunk pillanatában a kérdés az volt, hogy a társadalmi egyeztetésre közzétett formában megjelenik a rendelet, és rövidesen kötelező érvényű lesz ránk nézve, azaz mindenkinek mindenről igazolást kell írunk (még a szakellátás helyett is), vagy van egy kis mozgásterünk, és sikerül levenni a napi 50–100 igazolás megírásának terhet a kollégák válláról. A HGYE vezetősége egyhangúan úgy döntött, hogy minden eszközzel csökkenteni próbálja az igazolásírás ránk nehezedő terhet, ennek megfelelő javaslatot tett.

Néhány kolléga ennek ellenére, nagyon határozottan, és nyilvánosan kéri számon a vezetőségen, hogy nem tett csodát egy olyan kérdésben, amellyel senki más sem bírt.

Senkinek se legyen kétsége afelől, hogy senkinek – egyetlen miniszternek – sem jutott volna eszébe igazolásszigorító

jogszabályt hozni, ha a Belügyminisztériumba nem érkeztek volna szülői panaszok az igazolások megtagadása miatt.

Így, az igazolás megtagadására biztató harcosok eredménye:

- Mindenki (minden házi gyermekorvos és házi orvos) pórol jár a rendeletmódosítás, a szigorítás miatt.
- A legrosszabbul azok a kollégák jártak, akik hosszú évek meggyőző érvekkel és türelemmel folytatott tárgyalásai során elérték környezetükben az igazolások csökkentését.
- Különösen rosszul jártak azok a kollégák, akik közigazgatási eljárás lehetőségéről kaptak értesítést, vagy más konfliktusba kerültek.

Azok részéről, akik a jelen helyzetet előidéztek (még akkor is, ha ez szándékukkal éppen ellentétes eredmény), most az etikus és intelligens lépés a felelősségvállalás, a kárvallottaktól történő bocsánatkérés lenne, és nem a bünbakkeresés.

A HGYE a korábbi és a mostani vezetősége sem biztatta olyan lépésre a kollégákat, amelynek a várható következményeitől nem tudná megvédeni.

Utóbb igazolódott – amit bár nagyon sajnálunk, de jól mértük fel a helyzetet –, nem ez volt a megoldás eszköze. Továbbra is a kompromisszumkész tárgyalást szorgalmazzuk, mert tenni kell valamit a kollégák érdekében: most jobban mint bármikor. Ha kossuthi megoldás megbukott, csak a Deák-féle kiegyezés lehet a megoldás.

A vezetőség tagjai erőn felül küzdenek a praxisfinanszírozás, az indikátorok, a körzethatárok, a továbbképzések érdekében. Ebben a munkában kértük és vártuk okos és tehetséges kollégáink együttműködését, akik most ránk csapták az ajtót.

Amelyik szekeret többfelé húzzák, az szétszakad. Nem vagyunk annyian, hogy a széthúzás és annak következményei ne ártsanak a kollégáknak és a gyerekeknek.

A jó döntések meggyőző érvek, szorgalmas munka, bölcs tárgyalási stratégiák mentén születnek, és eredményeket nem kilépésekkel, vádaskodással, hanem összefogással és bölcs kompromisszumokkal lehet elérni.

Ebben várjuk mindenkinek az együttműködését, akinek fontosak a kollégák, akinek fontosak a gyerekek.

Iskolai hiányzások – 2020. február

ORSZÁG (válaszadók száma)	A szülő igazolhat-e betegséget? – Összefüggően hány napig?	Be kell jelenteni aznap a hiányzást?	A szülő összefüggően hány napot igazolhat?	A szülő 1 tanévben hány napot igazolhat?
Ausztria (2)	5 napig	igen – nem	nincs korlátozva	nincs korlátozva
Belgium (7)	3 napig	igen – nem	3	5–15
Egyesült Királyság (17)	3–5 napig	igen	3 – nincs korlátozva	5 – nincs korlátozva
Finnország (1)	nincs korlátozva	igen	nincs korlátozva	nincs korlátozva
Görögország (1)	5 napig	igen	nincs korlátozva	25
Hollandia (2)	5 napig	igen	nincs korlátozva	nincs korlátozva
Írország (2)	5 – nincs korlátozva	igen	5 – nincs korlátozva	nincs korlátozva
Németország (8)	3 – nincs korlátozva	igen	3 – nincs korlátozva	nincs korlátozva
Norvégia (1)	3 napig	igen	3	nincs korlátozva
Spanyolország (1)	5 napig	nem	nincs korlátozva	nem tudja
Szlovákia (1)	3 napig	igen	3	20
Ukrajna (1)	nem igazolhat	igen	2	5–10

Az Európai Alapellátó Gyermekorvosok Konföderációja (ECPCP) felmérése szerint Európában két kivétellel 3–5 napos iskolai hiányzásokat igazolhat a szülő, a legtöbb helyen többször is, egyébként orvosi igazolás szükséges. Ukrajnában egyáltalán nincs szülői igazolás, és egyedül Finnországban igazolhat minden iskolai hiányzást a szülő. Reálisan elérhető cél az európai modell átvétele lehet/lehetett volna. Látva a hitet, lendületet, befektetett erőforrásokat, szerettük volna elhinni, hogy kollégáink – szakmapolitikai értelemben – tényleg sebesztek, és nem csak a hit, az önbizalom erős bennük, de ténylegesen el tudják végezni a „műtétet”. Szomorú, de a kompromisszumos megoldást lehetetlenné tévő, éveken át „elhúzódo műtét” nem sikerült, a baj csak nőtt.

Most egy sokkal nehezebb helyzetből kell a kollégákat megmentenünk a mindennapi igazolásgyártástól. A HGYE vezetősége szeretné elérni, hogy ne kelljen minden nátháról igazolást írni.

A megjelenés előtt álló jogszabályt nincs lehetőségünk átírni. A két reális enyhítési lehetőség egyike, hogy az európai gyakorlatot tűzzük ki célul, azaz, hogy a COVID-időszakhoz hasonlóan, az egyhetes és rövidebb hiányzásokat igazolhassa a szülő. (Tartok tőle, hogy most már ez a vonat is elment.)

A másik lehetőség, hogy informatikai fejlesztéssel a medikai rendszerünkől, a B300-hoz hasonlóan, medikai rendszerünk automatikusan továbbítsa a szükséges (szigorúan csak a SZÜKSÉGES és indokolt) információkat az iskolák KRÉTA (e-kreta.hu) rendszerébe. Ez utóbbi megszüntetné az igazoláshegyeket, és elérhető célnak tűnik. Kérdés csak az: akarjuk-e a változást?

Kérjük, töltsék ki a rövidesen hírlevélben érkező kérdőívet, és ahogy eddig is, mi azt képviseljük, ami a többség döntése.

4/2000. (II. 25.) EüM-rendelet 4. §-a a következő (9) bekezdéssel egészül ki: (9) b) 14. életévét betöltött tanuló esetén a szülő vagy a tanuló kérésére a házi orvos vagy házi gyermekorvos igazolja, ha a gyermek vagy a tanuló e körülmények fennállásáról a kezelőorvosától igazolást nem kapott.

20/2012. (VIII. 31.) Emmi-rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról

51. § (1a) Ha a nevelési-oktatási intézmény kérésére a gyermek, tanuló betegség gyanúja miatt orvosi vizsgálaton vesz részt, a szülő vagy a tanuló kérésére ennek megtörténtét, valamint – ha a gyermek, tanuló esetében az (1) bekezdés szerinti nem állnak fent – azt, hogy a gyermek, tanuló a nevelési-oktatási intézményt látogathatja, az orvos igazolja.

(2a) Az ... a mulasztást a gyermek, illetve a tanuló kezelőorvosa, ennek hiányában a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM-rendelet 4. § (9) bekezdésében megjelölt orvos igazolja.

(2b) Ha jogszabály orvosi igazolását követeli meg arról, hogy a gyermek, illetve a tanuló betegségét követően ismét egészséges, és látogathatja a nevelési-oktatási intézményt, részt vehet a foglalkozásokon, az igazolást a gyermek, illetve a tanuló kezelőorvosa, ennek hiányában jogszabályban megjelölt orvos igazolja.

HGYE ajánlások, igazolások:



Koncsek Rita |

A gyermekekben az a csodálatos, hogy jól gyógyulnak

Két-három év alatt megduplázódott és 12 ezerre nőtt a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának sürgősségi osztályán a betegek száma – mondta a Hírvivőnek dr. Krivácsy Péter osztályvezető főorvos. Beszél arról is, hogy egy kórházi szolgálati lakásban nőtt fel, és amikor kilépett az ajtón, fehér ruhás emberek között, fertőtlenítőszagban ment az óvodába – részben ezért is lett orvos, de szóba került a Semmelweis Help applikáció is, amely hiánypótló, kimondhatatlanul nagy segítség a szülőknek.



Mióta vezeti a Semmelweis Egyetem (SE) Gyermekgyógyászati Klinika Sürgősségi Betegellátó Osztályát, vagyis az SBO-t?

2014-ben kért fel Szabó Attila, az akkori I. számú Gyermekgyógyászati Klinika igazgatója, hogy hozzunk létre egy gyermek-sürgősségi osztályt. Ez nagyon izgalmas feladat volt, mert a klinikán korábban nem volt ilyen, nem volt hagyománya, és nem voltak erre metódusok sem. Ki kellett találni, milyen műszerekre van szükségünk, hány orvos és hány ápoló kell a feladatellátáshoz. Protokollokat készítettünk, kihívásokkal teli munka volt az osztály létrehozása, amely most már hat éve működik.

Most milyennek látja az SBO működését?

Tavaly több mint tizenkétezer beteget láttunk el az osztályon, ami jelentős szám, hiszen két évvel korábban hatezer beteg került be hozzánk. Kiváló műszereink vannak: ágy melletti monitorok, laborkészülékek, defibrillátor, és sorolhatnám. A beosztásunk pedig jelenleg úgy néz ki, hogy legalább három orvos van egy műszakban, plusz egy műszakvezető szakorvos, és három ápolóval együtt látjuk el a hozzánk érkező betegeket. Az általános gyermekgyógyászati sürgősségi betegellátás területileg meghatározott ellátás alapján működik. Meghatározott, hogy melyik kerületben, településeken élő gyerekeket látjuk el, de vannak más ügyeleti sávok is, mi például egy héten egyszer sebészeti ügyeletet is adunk. De a helyzet még ennél is bonyolultabb, mert a Semmelweis számos gyermek gondozó helye, például a vesetranszplantációs vagy a cukorbetegké, akik nem csak a hozzánk tartozó területről jönnek, hanem az ország harmadából–feléből. Nagyjából ez a mi betegkörünk, a gyerekeket 18 éves korig látjuk el, utána átadjuk a felnőttellátásnak őket.

Milyen panaszokkal érkeznek most a nyári hónapokban a gyerekek?

Meglepő módon a köhögős betegségek elég gyakoriak, és a nyár ellenére nehézlégzéssel is több kisgyermek érkezik, és persze a nyári vírusok okozta hányós-hasmenős betegek száma is ilyenkor ugrik meg jobban. Vannak éves statisztikáink is, és például tavaly ősszel a betegszámokat a tridémia dobta meg, amikor RSV-járvány volt, együtt influenzával, sőt még a COVID-19 is jelen volt.

Milyen korú gyermekek fordulnak meg leggyakrabban az SBO-n?

A gyermek-sürgősségi betegellátásban általában a csecsemőkoriak fordulnak meg sűrűn, az élet első éve olyan időszak, amikor gyakrabban járnak orvoshoz a babákkal a szülők. A fejlődés is sokkal intenzívebb ilyenkor, az élet első pár évében, a másik leggyakrabban hozzánk érkező korosztály pedig kamaszoké.

Ha már említette a kamaszokat, több szerzőtársával együtt írtak egy könyvet, Kamaszkori vészhelyzetek címmel. Majd elindították a Léghajó programot, amely a szülőknek segít a gyermek-elsősegélynyújtásban.

2002-ben indult el a Léghajó program, 2006-ban pedig a Gyermekkori vészhelyzetek, S. O. S. megoldások című könyvet is megírtam. Már több mint tíz éve, hogy megjelent ennek folytatásaként a Kamaszkori vészhelyzetek. Nagyon szerettem ezeket a könyveket, sokat hivatkoztak is rájuk, de később nem sikerült az egyéb elfoglaltságaim miatt frissíteni őket, ugyanakkor a mai napig jól használhatók a bennük szereplő tanácsok. Voltak szülői kurzusok is, azoknak a pandémia vetett véget.

Mit tapasztalnak, hogy a gyerekek szülei, ha baj van, először az internetet hívják segítségül? Mennyire tudatosak a szülők, nagyszülők: időben viszik a gyermeket kórházba?

Ezt nagyon jó lenne kutatni, ha ismernénk az egzakt számokat, mi, orvosok is sokat tanulhatnánk belőle, így azonban csak a saját tapasztalataimat tudom megosztani. Mindenféle minta előfordul: van, aki éppen időben jön, van, aki később, és olyan is érkezik hozzánk, akinek nem feltétlenül kellene a gyereket az SBO-ra hoznia. A szülők részéről ez nem racionális döntés, hanem érzelemvezérelten döntenek. Amikor a könyveket írtam, akkor is az volt a célom, hogy ebben valamilyen racionális rendet tegyünk. Egy mentőtisztnek, aki nálam írta a szakdolgozatát, a kutatómunkája során kiderült, hogy a súlyos állapotú gyerekek 20–40 százaléka nem mentővel jön az SBO-kra. És persze az is előfordul, hogy sokszor mentőt hívnak olyan beteghez, akinek erre semmi szüksége. Ebben a tendenciában nagy a diszkrépancia: az egyik a rendszer túlhasználtságát eredményezi, a másik pedig a beteg életét veszélyezteti. Ez a túlélés láncának az első láncszeme, a laikus észlelése fontos; hogy amennyire lehet, a szülők helyesen észleljék a baj mértékét.

Amikor majd az ügyeleti ellátás Budapesten is átalakul, ön szerint ettől várható valamilyen változás?

Nagyon nehezet kérdez, a gyermekgyógyászat és a gyermekbetegségek általában félelmet generálnak a felnőttbeteg-ellátókban, ami érthető, hiszen nincs gyakorlatuk benne. Sok fog múlni azon, hogy az új ügyeleti rendszer mennyire lesz ebből a szempontból használható, és mennyire lesz precíz. Abban biztos vagyok, hogy lehet olyanná alakítani, ami javít a jelenlegi helyzeten. A nemzetközi példák azt mutatják, hogy mindig van kilengés. Ami természetes, mert minden egyes rendszernek van tehetetlensége. Pontosan tudom, hogy a házi gyermekorvos kollégák is ezt gondolják, hogy van, aki feleslegesen megy hozzájuk, van, aki későn viszi a gyermeket, és van, aki időben érkezik.

A házi gyermekorvosokkal milyen a kapcsolatuk? Mi a jellemzőbb, az alapellátók küldik be a beteg gyermeket? A szülő viszi be? Vagy mentőt hívnak?

Ez teljesen heterogén, vannak házi gyermekorvos kollégáim, akikkel rendszeresen konzultálok, és vannak olyanok is, akik csak egyszerűen írnak egy papírt, amin van valami – nem feltétlenül releváns vélemény –, amivel nehéz mit kezdeni. Nagyon sajnálom, hogy intézményesen nincs kapcsolat a gyermekklinika sürgősségi osztályai és a területen lévő házi orvosok között, de dolgozunk ezen: megpróbálunk kialakítani egy élő, működő, szakmai kapcsolatot velük, és pontosan tudom, hogy a Heim Pál Gyermekkórház is törekszik erre. Sokkal többet kellene beszélgetnünk a házi gyermekorvosokkal, és rendbe tenni azokat a protokollokat és betegutakat, amelyek most még akadoznak. Azt látom, hogy a házi gyermekorvosok egy része innovatív, fejlődik, változni akar, de azt nem mondhatom, hogy ez min-

denkire igaz. Lehet, hogy ez rosszúlesik nekik, de szükséges, hogy egységes protokollok szerint történjen a betegellátás. Azt is tudom – és tagja is vagyok ilyennek –, hogy például Facebook-csoportokba rendeződnek innovatív házi orvosok; nagyon sok kezdeményezésük van, ami csodálatos. Egyszerű dolgokra kell gondolni, mi például elmondjuk, hogy körülbelül mikor, milyen várakozási időre kell számítani a klinikán, és nekünk is fontos, hogy tájékoztassanak bennünket a gyerekek állapotáról.

Hogyan néz ki az SBO-n dolgozó orvosok korfája?

A gyermekgyógyászat mindig népszerű volt. Változott a képzési rend, és a sürgősségi gyakorlat is lényegesen hosszabb, mint korábban volt. A gyermek sürgősségi osztályokon sok a fiatal, nálunk is sok rezidens dolgozik az osztályon. Itt a gyakorlat nagyon hamar megszerezhető, ez főleg azoknak lehet hasznos, akik házi gyermekorvosnak készülnek. A szakorvosaink is a fiatalabb generációhoz tartoznak, lendületesek.

Lát-e valamilyen negatív tendenciát a gyermekbetegségeknél?

Egyre több a túlsúlyos, a diabéteszes gyerek, de ez nemcsak magyar statisztika, hanem nemzetközi is. Sokkal többet kellene ezzel foglalkozni, mondjuk, a felnőtteknek példát mutatni azzal, hogy sportolnak, hogy egészségesen étkeznek. Az allergiás betegek számának emelkedése is jelentős, de az is tény, hogy ezeket a betegségeket, már egyre jobban tudjuk kezelni is, tehát a másik oldalon is van egy fontos befolyásoló tényező. Nagyon fontos, és erről nem beszélünk eleget, hogy a COVID után a kiégettség nemcsak az orvosoknál az ápolóknál jelentkezett, hanem a társadalomban is. Az egészségügyi dolgozókat sokkal több inzultus éri, mint korábban. A szülők türelmetlenebbek, frusztráltabbak, ami nagyon megnehezíti a helyzetet, hiszen ez csapatmunka, és ha mindenki üt mindenkit, akkor nem jutunk előrébb. Az egyre nehezebb életkörülmények pedig rátesznek erre egy lapáttal.

Nyár óta használható a Semmelweis Help applikáció, mi a tapasztalat, hányan használják?

Élesben működik a rendszer, a szikár számok szerint több mint egy héten át a legtöbbet letöltött, ingyenes applikáció volt a Help. Többet töltötték le, mint a Revolute-ot vagy a Google Mapset vagy bármit. Ez meglepett minket, ahogy az is, hogy az első napon 14 ezer tünetellenőrzést futtattak le az appon és a weboldalon egyaránt. Tesztelték a rendszert, és jó hír, hogy a házi orvos kollégák is tettek konstruktív, javító észrevételeket a Helpkel kapcsolatban. A Semmelweis Help nem könyv, amelyben az elütéseket korrigáljuk, hanem egy folyamatosan változó tartalom, amiben mi azt vállaltuk, hogy egyre jobba tesszük, tökéletesítjük és bővítjük a rendszert. Akkor lesz jobb és jobb, ha ebben a felhasználók és a házi orvosok is részt vesznek. A Help rendszerében nem szerepel a betegútmenedzsment, de már dolgozunk rajta, hogy belekerüljön. Ebben a Országos Mentőszolgálat és az egyetem vezetése is motivált. Az applikáció létrehozása

közös munka volt, amelyben a kezdeményező, ötletgazda és projektvezető egyetemünk kommunikációs igazgatóhelyetese, Kovács Eszter, akinek munkáját még egy kommunikációs szakember is segítette, ugyanis végig az lebegett a szemünk előtt, hogy könnyen érthető és felhasználóbarát legyen az eredmény. Mi, gyermekgyógyászok pedig hárman dolgozunk a tartalomfejlesztésen közösen egy szoftverfejlesztő céggel.

A gyermek-SBO-k, hogyan néznek országosan?

Vidéken az adott területnek kisebb kórházai vannak, vagy a megyei kórház, és vannak a vidéki orvosegyetemek, ahol szintén létezik sürgősségi gyermekellátás. Budapesten a betegutak kuszák, és olykor bonyolultan működnek. A fővárosban a gyermekellátás jelenleg még nem ideális, egy-két nagy központot és az ott gyógyuló gyerekeket modernebb, 21. századi kubatúra (épület és háttér) illetne meg.

Vannak súlyos beteg gyermekek is, ön hogyan tudja feldolgozni, ha valakin nem tud segíteni?

A gyermeksürgősségin nagyon ritkán hálnak meg gyerekek, míg a felnőttbeteg-ellátásban többször előfordul halál az SBO-n. A közelmúltban egy palliatív szituációba kerültünk, ami nagyon nehéz volt, de sikerült a célokat úgy definiálni, hogy ne meggyógyítani akarjuk a gyermeket, hanem segíteni tudjunk, és emberek legyünk. Ehhez sok tapasztalat kell, és az, hogy legyen elegendő bölcsességünk azt is elfogadni, hogy vannak határaink. Amikor a sikertelenségről beszélünk, akkor nem szabad átcsúszni arroganciába, nagyon erősek a határaink, és ezeket nekünk is tiszteletben kell tartani, és elfogadni. Nevezhetjük ezt alázatnak is, bölcsességnek, ami kell ehhez a pályához, ha komolyan akarjuk venni. El kell fogadni, hogy nem vagyunk mindenhatók, mert aki ezt gondolja magáról, tévúton jár. Múlt évben mi szerveztük az éves gyermeksürgősségi kongresszust, ahol felkértük Bánki György pszichiátert, hogy beszéljen a nárcizmus és az orvoslás kapcsolatáról. Először ő is meglepődött, de nagyon érdekes prezentációt tartott, jó volt közösen gondolkodni.

Az orvosi pálya tág terepet ad a nárcisztikus viselkedésnek, amivel vigyázni kell.

Rendkívül felelősségteljes munka az öné, mivel tud töltődni?

Futok, biciklizem, és élem az értelmiségi életet: színházba járok, szeretem a kortárs művészetet, szívesen megyek moziba, de ezek általános dolgok. De ennyiből nem jön át, hogy mit jelent egy maratoni versenyre felkészülni vagy rácsodálkozni egy Bauhaus épületre. Nekem ezek az élmények is fontosak. És szeretem „etetni” is a családomat, barátaimat, ha tehetem, főzök nekik valami finomat. Az kicsit olyan, mint az orvoslás, gondoskodni az alapvető szükségletekről.

Miért lett orvos, és miért pont a gyermekgyógyászatot választotta?

Fiatal orvos barátaimnak azt szoktam mondani, hogy tízévente tegyék fel ezt a kérdést maguknak. Meg fognak lepődni, hogy mindig mást válaszolnak majd. Vannak klisé válaszaink, hogy szeretek segíteni másokon, hogy szeretek emberekkel foglalkozni. Ezek jó és igaz válaszok, de nem az összes. Bennem később az cizellálódott, hogy például családi hagyományaim vannak, édesapám szülész-nőgyógyász volt, egy kórházban nőttem fel, mert ott laktunk egy szolgálati lakásban. Amikor kiléptem onnan, fehér ruhás emberek között, fertőtlenítőszagban mentem oviba, délután pedig a laborban nézhettem a mikroszkópos képeket. Ezen túl kamaszkori halálfélelem gyötört, mint annyi mindenkit. Az orvosi egyetem jó alkalom volt arra, hogy intelligens választ kapjak a tinédzserkori félelmeimre. A gyermekgyógyászatban kapcsolatban pedig sokan azt mondják, hogy a gyerekek cukik meg aranyosak, de amikor igazán beteg egy gyerek, az nagyon szorongató érzés. Az a jó gyermekben, hogy jól gyógyulnak, és hosszú időre, ez sok sikerélményt hordoz. Bennem mindig is volt távolságtartás a mindenféle hierarchiától, így az orvosi hierarchiától is. A gyermekgyógyászat nagyobb teret biztosít, kevésbé konvencionális közeg.

Innovatív applikációt fejlesztett a Semmelweis - Ingyenes segítséget kapnak a szülők

A Semmelweis Help egy tünetellenőrző és döntéstámogató rendszer, ami az interneten és mobiltelefonon is hozzáférhető. Az applikáció kétéves fejlesztőmunka eredménye, amelyet a Richter Gedeon Nyrt. támogatott. „Az applikáció célja a lakosság egészségtudatosságának növelése” – mondta Merkely Béla, a Semmelweis Egyetem (SE) rektora. Az ingyenes program egy olyan lakoságnak szóló felület, amelyet az SE orvosai és kommunikációs szakemberei fejlesztettek ki, és több mint 220 gyermekbetegség és baleset tüneteit tartalmazza. Az applikáció nem helyettesíti az orvos-beteg találkozást, nem ad diagnózist, de támogatja a szülőket a döntés meghozatalában, hiszen biztosabb eredményt hoz, mint egy internetes keresés.



Aktualitások az influenzajárványról

Miért kiemelten fontos a gyermekek védelme?

A szezonális influenza elleni védőoltással megelőzhető betegség, amely évente Európa lakosságának körülbelül 10–30 százalékát fertőzi meg, és Európa-szerte több százezer kórházi kezelést okoz. Az idősebbek, a fiatalabb gyermekek és a krónikus betegségben szenvedők győtrődnek a legtöbbet, de mindenkinél fennáll a veszélye annak, hogy súlyos szövődmények alakulnak ki – beleértve a tüdőgyulladást, a myocarditist és az encephalitist –, amelyek akár végzetesek is lehetnek. [https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza?etrans=hu]

Influenzaszezon alakulása, tavalyi számok.

Eltolódott a járvány?

A 2022–2023-as influenzaszezont a járvány korábbi kezdete, elhúzódása, több csúcsa és korábbi csúcspontja jellemezte az előző négy szezonhoz képest.

Az első tetőzés 2022. december közepén volt, ahol az influenza A vírusok domináltak. Az influenza B vírusok cirkulációja 2023 februárjában erősödött. A második csúcs február végén–március elején ért Európába és hazánkba, elhúzódó magas esetszámmal, majd fokozatos csökkenéssel május végéig tartott. A járványküszöb alá is csak a 17. héten lépett, ami a szezonális influenzajárvány végét jelzi.

Összességében az influenza A (H3N2) vírusok domináltak az alapellátásból származó sentinel mintákban, azonban az A (H1N1) pdm09 (az 2022. 50. héttől) és a B típusú vírusok (a 2023. 2. héttől) nagyobb mértékű cirkulációja volt megfigyelhető. A kvadrivalens védőoltások tartalmazták mindhárom domináns törzset.

A hazai esetszámok is hétről hétre jelentősen meghaladják az előző évit, és jól látható a járvány elhúzódása is.

Fontos-e a gyermekek védelme influenza ellen?

Ma is nehéz áttörni azt a téves nézetet, hogy egészséges gyermeket nem kell oltani influenza ellen. Sokan alábecsülik ennek a jelentőségét.

Az ECDC adatai szerint egy-egy járványban a felnőttek 10 százaléka betegszik meg. Kevésbé ismert, hogy ugyanakkor az 1 éven aluliak, akár 30 százalékos arányban is megbetegedhetnek, és az 5 év alattiak között az influenza okozta mortalitás világszerte 1000 fős mintát tekintve 2,1–23,8 fő közötti, ami közelíti a 65–74 év közöttiek mortalitási rátáját. Ne veszítsünk el egyetlen gyermeket se megelőzhető betegségben!

Leggyakoribb gyermekkori szövődmény a középfülgyulladás és a tüdőgyulladás. Előbbi az influenzaszezonban felírt antibiotikumok 80 százalékért felelős, míg utóbbi az influenza miatti kórházi ellátások többségéért. A szövődmények kockázata 5 év alatt nagyobb, az idősebbek viszont önállóbbak, több kontaktjuk van, ők gyakrabban fertőzik meg családtagjait – ami különösen veszélyes idős, krónikus betegek esetén.

Az influenzás gyerekek indítják el a családi járványokat, melyek legnagyobb veszélyt az idős családtagokra jelentik. Ennek az egyik oka az, hogy a gyermekek hosszabb ideig ürítik az influenzavírust, mint a felnőttek, és így akár **10 napon túl** is fertőzhetnek. Kisgyermek pedig már a tünetek megjelenése előtti héten is fertőzhetnek.

A gyermekek oltásának pozitív hatásai

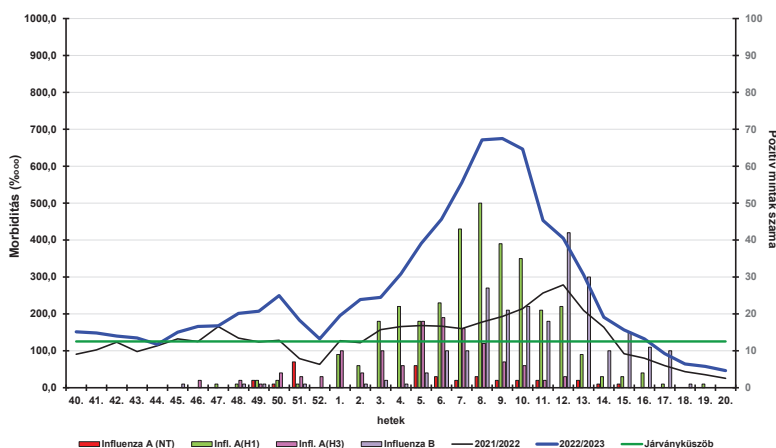
A gyermekek védettsége saját egészségük megőrzése mellett csökkenti a teljes lakosság és a kockázati csoport körében is mind a megbetegedések, mind a szövődmények, mind a hospitalizáció arányát az Egyesült Királyságban végzett gyermekkori influenzavakcinációs program tanulsága szerint. Legjobb eredményt és ezzel együtt a legnagyobb társadalmi elfogadottságot a két éves kor feletti, valamennyi közösségbe járó gyermeket bevonó programok mutattak.

Hogyan védhetjük meg nagyobb arányban gondozottainkat?

A gyermekek védelme mind az egyén, mind a közösség szempontjából kiemelt jelentőségű. Egy, az idejéhez hasonló, elhúzódó járvány során akár többször is megbetegedhet bármelyik

Influenzaszerű megbetegedések miatt orvoshoz fordulók száma 100 000 lakosra és a sentinel influenza pozitív minták száma Magyarországon 2022. 40. – 2023. 20. hét

Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Központ



óvodás vagy iskolás gyermek. Az egyes törzsek egymás után is fertőzhetnek, minden alkalommal magukkal hordozva a szövődmények, a bakteriális felülfertőződés veszélyét. Ezt láttuk oly sok esetben az idei szezonban is. Az influenzát, a szövődményeket, és az ezek miatti elkerülhető antibiotikumos vagy kórházi kezelést, valamint a családi járványokat is csökkenti a gyermekek influenza elleni immunizációja.

Bár a döntés a szülőé, de gyermekek esetén a gyermeket jól ismerő, és a családdal rendszeres kapcsolatban álló házi gyermekorvos, házi orvos, védőnő felvilágosító és felhívó szerepe túlbecsülhetetlen, de a krónikus betegeket gondozó, ellátó szakorvosok ajánlása is elengedhetetlen!

Félelem a „szuri”-tól

A gyermekek félelmét az immunizálástól jelentősen csökkentette, a brit programokban „szűrés” helyett „orpray” formátumú vakcinát alkalmaztak. Az intranazális vakcinával bizonyítottan növelni lehet a gyermekek oltási hajlandóságát.

Milyen védőoltások közül választhatunk?

Az influenza elleni védőoltások az influenzavírus három vagy négy törzse ellen nyújt védelmet. A háromkomponensű influenza elleni vakcinák két influenza A törzs (a H1N1 és a H3N2), valamint egy influenza B törzs ellen nyújtanak védelmet. A négykomponensű influenza elleni vakcinák az előzővel megegyező törzsek, valamint egy további influenza B törzs ellen nyújtanak védelmet.

A beadás módja szerint két csoportja van a vakcináknak:

INJEKTÁLHATÓ INFLUENZA ELLENI VAKCINÁK

Ezek inaktivált influenza elleni vakcinák (IIV) vagy rekombináns influenza elleni vakcinák. Az influenza elleni injekci-

ós készítmények nem tartalmaznak élő influenzavírusokat. Hazánkban két vakcina érhető el ebben a csoportban:

- Vaxigrip Tetra quadrivalens, (négy influenzatörzs ellen véd), ún. split (hasított vírusrészecskéket tartalmazó) vakcina, mely 6 hónapos kortól adható.
- 3Fluart inaktivált vírust tartalmazó oltóanyag trivalens, 3 éves kor fölött alkalmazható.

ORRSPRAY KISZERELÉSŰ INFLUENZA ELLENI VAKCINA

Néhány éve férhető hozzá Magyarországon a Fluenz Tetra élő, attenuált, quadrivalens influenza elleni vakcina, az egyetlen tű nélküli, intranazális influenza elleni vakcina 2 év fölötti gyermekek számára. A Fluenz beadása során képes utánozni a vírus természetes bejutási módját, és ezáltal egy háromirányú immunválaszt kiváltani (mukozális, szisztémás és sejtes). Már az orrban kifejti védőhatását, ahol a leggyakrabban hatol a szervezetbe az influenzavírus. A vakcinában legyengített vírusok vannak, és csak az ornyálkahártyán képesek szaporodni, a tüdőben már életképtelenek hőmérséklet-érzékenységük miatt, így nem okozhatnak megbetegedést.

Biztonságos-e az influenza elleni védőoltás, milyen mellékhatást várhatunk?

Valamennyi influenza elleni védőoltás biztonságos és hatékony. Tolerálhatóságuk a beadás módjától jelentősen függ. Imár az élővírus-vakcina mögött is 20 éves tapasztalat, 180 millió beadott dózis tapasztalata áll, a világ 34 országából. Oltási reakcióként az injekció helyén néhány napon belül múló bőrpír, érzékenység, néha hőemelkedés, láz és fejfájás fordulhat elő.

A cikk közlését az AstraZeneca támogatta.

A cikk száma: HU-7432 Lezárás dátuma: 2023. szeptember 5.

Az EGYETLEN TŰ NÉLKÜLI, intranazálisan alkalmazható influenza vakcina gyermekek részére^{1,2}

A Fluenz Tetra egy élő attenuált nazális influenza vakcina - alkalmazása során serkenti a mukozális immunitást, ami fontos tényező a korai immunválasz kialakulásában^{1,3}



Fluenz™ Tetra
szuszpenziós orrspray
influenza vakcina
(élő attenuált, nazális)

2023 október közepétől
elérhető a gyógyszertárakban!

FLUENZ TETRA adagolási útmutató

ÉLETKOR	RÉSZESÜLT MÁR KORÁBBAN INFLUENZA ELLENI OLTÁSBAN?	ADAGOLÁS
Gyermekek 2-18 év között	NEM	2 adag (legalább 4 hét eltelte után egy második adag adása szükséges)
	IGEN	1 adag (0,2 ml ^{1,2})

AstraZeneca

AstraZeneca Kft., 1177 Budapest, Aliz u. 4. B ép. 1 em.
Tel.: +36 1 893 6500, Fax: +36 1 893 3336, www.astrazeneca.hu
HU-6930, Lezárás dátuma: 2023.04.28.

¹A Magyarországon jelenleg forgalomban lévő influenza vakcinák közül

²Orvosi használatú 0,1 ml-es alkalmazásra

Hivatkozások: 1. Fluenz Tetra szuszpenziós orrspray alkalmazási útmutató 2022.07.27. 2. [https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradattar/Letlolas_datum:2022.08.22;3.Bekötés:FB;Gruber:VWC;Mendelman:PM;et.al.Consistenciesofimmuneprotectioninducedbylive,attenuated,cold-adapted,trivalent,intranasalinfluenzavirusvaccine.JInfectDis.2000;181\(3\):1133-1137](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradattar/Letlolas_datum:2022.08.22;3.Bekötés:FB;Gruber:VWC;Mendelman:PM;et.al.Consistenciesofimmuneprotectioninducedbylive,attenuated,cold-adapted,trivalent,intranasalinfluenzavirusvaccine.JInfectDis.2000;181(3):1133-1137)

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! OGYÉI honlapon keresztül történő elérési útvonal: www.ogyei.gov.hu, adatbázisok, nyilatkozatok; Gyógyszeradattár; Gyógyszer neve (gyógyszercsalád) keresés esetén: szabványos keresésben a termék „Brand név” megadásai, a „KERESÉS INDIRÁSA” Acura törlendő kattintás.

Ajánlott bruttó fogyasztói ár: 8231 Ft.

Forrás: MAVÉ - Védőnők lapja |

Dr. Havasi Katalin HGYE-elnök MAVÉ tiszteletbeli tagja címben részesült

Hagyományaihoz híven a Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE) tagjai javaslata alapján minden évben tiszteletbeli tagokat fogad soraiba. Tiszteletbeli tag címet olyan személy kaphat, aki munkássága során a szakmai és a társadalmi életben szerzett tapasztalatai alapján a védőnők önálló tevékenységét nagymértékben támogatta és szakmai fejlődésüket segítette, valamint a prevenció területén munkássága kiemelkedő.

2022-ben a MAVÉ tiszteletbeli tagjainak sorába választották Dr. Havasi Katalint a Házi Gyermekorvosok Egyesülete elnökét, aki az oklevelet nemrégiben vette át.

Gratulálunk az elismeréshez!



TELEMEDICINA | DR. KÁNTOR IRÉN ROVATA

Dr. Kántor Irén | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, HGYE EAP-delegált, Nyíregyháza

Digitális kelengye

Az egészségügy digitális transzformációja és az adatok egységesítése folyamatban lévő európai léptékű feladat, aminek Magyarország is a része. Emiatt a digitalizáció az egészségügy vonatkozásában is, mint érzékelitek, felgyorsul. Az EESZT-ben elérhetők az egészségügyi adatok, dokumentációk, valamint megjelent az Egészségablak applikáció, amely lehetővé teszi, hogy a páciens akár a mobiltelefon segítségével is megjeleníthesse az egészségügyi ellátás során keletkezett adatait.

Az applikáció használhatóságának növelése érdekében az előjegyzések elektronikus felszínre való irányítása a cél. Azaz: a páciensek (szülei) önállóan is foglalhassanak időpontot szakrendelésre, vagy azt módosíthatják – akár a mobilapplikáción keresztül, akár az EESZT weboldalán keresztül –, amennyiben van a gyermeküknek EESZT-elérése.

Sokat segíthetünk az érintetteknek – és magunknak is –, ha felhívjuk a figyelmüket azokra a lehetőségekre, amelyek

már most is hozzáférhetők számukra. Ehhez készítettünk egy összefoglalót, amely általános iránymutatásokat tartalmaz.

Használjátok részben vagy egészében, módosítva a rendelő és a rendelés adataira – természetesen a kontaktadatokra és a „reply idő”-adatokra –, a leterheltségeteknek megfelelően.

Különösen fontos a szülők figyelmét felhívni arra, a gyermeknek akár újszülöttkortól is lehet ügyfélkapuja.

Az alábbi linkről letölthető pdf file-ban összegyűjtöttük a legfontosabb linkeket.



Dr. Sutka Melinda | házi gyermekorvos, gyermek-gasztroenterológus, Debrecen

Funkcionális hasi fájdalommal járó kórképek gyermek- és serdülőkorban

Diagnózis, menedzsment és kommunikációs stratégiák

A funkcionális hasi fájdalommal járó kórképek (functional abdominal pain disorders – FAPD) tekinthetők a krónikus hasi fájdalom leggyakoribb okának gyermekek és serdülők esetében. Az általános iskolás gyerekek 25–54 százaléka számol be hasi fájdalomról heti gyakorisággal.^[1] E kórképek jelentőségét elsősorban az életminőségre gyakorolt negatív hatásuk és az iskolai hiányzások magas száma adja.

Az alapellátói munka során ez a betegcsoport több szempontból is kihívást jelent: magas vizitszám, időigényes konzultációk, elhúzódó kivizsgálás, nehezen befolyásolható panaszok, kevés terápiás lehetőség. Mind olyan tényező, amely növelheti a házi gyermekorvos és a család frusztrációját, ezáltal ronthatja az orvos-beteg kapcsolatot.

A cikk célja, hogy gyakorlati segítséget adjon a funkcionális hasi fájdalommal küzdő gyerekek kivizsgálásához és gondozásához, különös tekintettel a hatékony kommunikációra a beteg gyermekkel és szüleiével.

Bevezetés

A funkcionális hasi kórképeket krónikusan fennálló gyomor-bélrendszeri tünetek (epigasztriális diszkomfort, hasi fájdalom, megváltozott székelési habitus, puffadás stb.) jellemzik, anélkül hogy a hagyományos diagnosztikai módszerekkel szervi eltérés kimutatható lenne. Korábban a funkcionális bélbetegségeket olyan kóralapotként definiálták, amelynek hátterében organikus eltérés nem igazolható. A tudomány fejlődésével időközben világossá vált, hogy ezen problémák hátterében az agy és a belek között zajló kommunikáció zavara áll. A patofiziológia fokozatos megismerése hozzájárult ahhoz a szemléletváltáshoz, amelyet a legújabb, 2016-ban publikált Róma IV. kritériumrendszer képvisel.^[2] A gyermekekre, illetve serdülőkre vonatkozó fejezetben a „nincs bizonyíték szervi betegségre” kijelentés minden definícióból kikerült, és helyébe a „megfelelő orvosi értékelés után a tünetek nem tulajdoníthatók más egészségügyi kóralapotnak” fordulat került. Ez a mindennapi gyakorlat legkényesebb pontjára világít rá, a páciensek számára egy kizárásos

1. táblázat: funkcionális hasi fájdalommal járó kórképek gyermekkorban – Róma IV. kritériumok

(Forrás: Jeffrey S., et al.: Childhood Functional Gastrointestinal Disorders. Child/Adolescent, pp. 1456–1468)

	Főcsoport	Alcsoport	Jellegzetességek
H2a.	Funkcionális diszpepszia (FD)	Posztprandiális fájdalom szindróma Epigasztriális fájdalom szindróma	• Legalább 4 alkalommal jelentkezik egy hónapban • Minimum 2 hónapja fennállnak a panaszok
H2b.	Irritábilis bél szindróma (IBS)	IBS székrekedéssel IBS hasmenéssel IBS székrekedéssel és hasmenéssel IBS – máshogyan nem specifikált	• A tünetek nem tulajdoníthatók más egészségügyi kóralapotnak • Valamilyen mértékben korlátozza a napi aktivitást
H2c.	Abdominális migrén		• Társulhat más tünetekkel (pl. szédülés, fáradtság, végtagfájdalom)
H2d.	Funkcionális hasi fájdalom – máshogyan nem specifikálható (FAP-NOS)		• Nem ébreszti fel a gyermeket éjszaka • Stresszhelyzet (pl. iskolába indulás) rontja a tüneteket

(negatív) diagnózis helyett pozitív diagnózist ad: a „nem találják, hogy mi baja a gyermekemnek” kétsége helyett egyértelmű magyarázatot a panaszokra. Az elvégzendő vizsgálatok pedig azt a célt szolgálják, hogy negativitásukkal alátámasszák a funkcionális hasi kórkép fennállását, nem pedig azt, hogy kizárják az organikus okokat.^[5]

Ez első olvasatra talán lényegtelen különbségnek tűnhet, mégis olyan szemléletváltást jelent, amelynek kezdettől vezetnie kell a gondolkodásunkat és a beteg gyermekkel és családjával való kommunikációnkat. Orvosi tevékenységünk sikerességének kulcsa pedig éppen a helyes kommunikáció ezen kórképekben: a betegek (és szüleik) helyes „vezetése” a betegséggel való megküzdésben a bizalmi orvos-beteg kapcsolat kialakításának és a panaszok mérséklésének legfontosabb tényezője.^[6]

Funkcionális hasi fájdalommal járó kórképek és felosztásuk

Az FAP-kórképek az említett Róma IV. kritériumrendszer szerint vannak felosztva. A funkcionális hasi kórképek menedzselésének egyik nehézsége az, hogy nincsenek olyan biokémiai markerek vagy szervi eltérések, amelyekkel objektíven kimutatható lenne a probléma. Mivel a diagnózis elsősorban a tüneteken alapszik, kiemelkedő fontosságú, hogy ezek a diagnosztikai kritériumok pontosak, világosak és egyértelműek legyenek. A kritériumrendszer megismerése – akár a részletes kritériumrendszer mélyreható tanulmányozása nélkül is, csupán az elnevezésekre támaszkodva – vezetheti a gondolkodásunkat a diagnózis felállításakor, támaszkodhatunk rá a betegek kikérdezésekor, illetve a terápia megtervezése során. A funkcionális hasi fájdalmak felosztását az 1. táblázat tartalmazza.

1. Funkcionális diszpepszia (FD)

Az FD típusos tünetei a posztprandiális teltségérzés, a korai jóllakottság, az epigasztrikus fájdalom vagy diszkomfortérzés, amely székletürítéstől függetlenül jelentkezik. Két alcsoportot különítünk el: posztprandiális fájdalom szindróma, illetve epigasztriális fájdalom szindróma. FD esetén a legnagyobb nehézséget a gastroözofoágális refluxtól való elkülönítés jelenti.

2. Irritabilis bél szindróma (IBS)

Az IBS-ben jellemző a görcsös, változó intenzitású hasi fájdalom időszakos exacerbációkkal, amelyhez gyakran társul hasi puffadás, flatulencia, a székelési habitus megváltozása (hasmenés, székrekedés). A jellemző székelési habitus (Bristol-székletskála) alapján több alcsoport határozható meg: inkább székrekedéssel vagy inkább hasmenéssel járó forma, székrekedéssel és hasmenéssel is járó altípus, illetve nem specifikált IBS. Felmerül a funkcionális székrekedés és a székrekedéssel járó IBS elkülönítésének problematikája: ha egy gyermek székrekedésben szenved, és hasi fájdalom kapcsolódik a székletürítéshez vagy a székelési habitus megváltozásához, akkor először funkcionális székrekedésként kell kezelni. Amennyiben a székrekedés a terápia hatására szűnik, de a fájdalom

perzisztál, akkor a probléma az IBS székrekedéssel járó alcsoportjaként azonosítható.

3. Abdominális migrén

Jellemzője a rohamokban jelentkező mérsékelt vagy súlyos, középvonalban, köldök körül lokalizált vagy diffúz hasi fájdalom, amelyet más tünetek (fejfájás, hányinger, hányás vagy sápadtság) is kísérnek. Az epizódok fél éven belül legalább kétszer jelentkeznek, és a vezető tünet a fájdalom, ellentétben a ciklikus hányás szindrómával.

4. Funkcionális hasi fájdalom – máshogyan nem specifikálható (FAP-NOS)

FAP-NOS esetében a vezető tünet a visszatérő hasi fájdalom, azonban nem teljesülnek teljes mértékben az FD, IBS vagy AM kritériumai.

Kivizsgálás, diagnózis felállítása

A visszatérő hasi fájdalmat panaszoló gyermekek 90–94 százalékánál a legrészletesebb kivizsgálással (az endoszkópiát is beleértve) sem sikerült semmilyen szervi eltérést kimutatni.^[6] Ez az adat is rávilágít arra, hogy a diagnózisnak elsősorban a tüneteken kell alapulnia. A visszatérő hasi fájdalom miatt érkező gyermek vizsgálatokor elsődleges cél az organikus eredetre utaló anamnesztikus adatok és fizikális eltérések felismerése. Az alarmírózó jeleket a 2. táblázat tartalmazza, érdemes a Róma IV. kritériumok mellett ezekhez igazítanunk a beteg kikérdezését: a fájdalom jellemzői, úgymint lokalizáció, jelleg, erősség, időtartam, provokáló faktorok (különösképpen ételek vagy stresszhelyzetek), panaszok éjszakai jelentkezése, véres széklet, súlyvesztés. Az anamnéziszfelvétel fontos része a szociális és pszichés tényezők felmérése is. Tisztázzuk, hogy a tünetek jelentkezése kötődik-e stresszhelyzetekhez (pl. iskolakezdés). Az FAP-kórképekre jellemzőket az 1. táblázat tartalmazza.

Amennyiben az anamnesztikus adatok és a betegvizsgálat alapján funkcionális kórképet valószínűsítünk a háttérben, akkor a következő lépés a kivizsgálás megtervezése. A kritériumok teljesülése esetén a diagnózis pusztán tünetek alapján is felállítható. A szükséges és elégséges vizsgálatok körét minden beteg esetében egyedileg kell meghatározni. Bár a családok irányából gyakran nagy a nyomás a szervi okok utáni kutatásra, a gyermek érdekében törekednünk kell a vizsgálatok minimalizálására. A vizsgálatáradat követelésének elejét vehetjük, ha kezdettől megosztjuk kivizsgálási stratégiánkat a szülővel. Első pillanattól kommunikálnunk kell, hogy működésbeli problémát sejtünk a panaszok hátterében, és az általunk tervezett vizsgálatok célja az, hogy negativitásukkal ezt az elképzelésünket alátámasszunk, nem pedig az, hogy kizárjuk a szervi eltéréseket. Igyekezünk a kivizsgálást minél rövidebb idő alatt lebonyolítani.

Nincs pontosan meghatározva azoknak a vizsgálatoknak a köre, amelyeket mindenképpen el kell végezni, a vezető elv, hogy a leggyakoribb organikus problémákat kell ki-

zárunk. Laboratóriumi vérvizsgálatokkal elsősorban felszívódási zavar (vasháztartás – vérkép, ferritin), a szervezetben zajló gyulladásos (fehérvérsejt, CRP) és autoimmun folyamatok (cöliákiaszerológia, cöliákia-gyorsteszt, szérum-IgA-meghatározás) jelenlétét érdemes ellenőrizni.^[5] Cöliákia kizárását elsősorban az IBS hasmenéssel járó típusánál érdemes elvégezni. Laza székletek ürítése esetén széklettenyésztés, parazitavizsgálat is történjen lehetőség szerint.

2. táblázat: Alarmíró jelek (red flags) krónikus hasi fájdalom esetén

(Forrás: Andrews E., et al., Arch Dis Child. 2020 Oct;105(10):938-944)

GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG, CÖLIÁKIA VAGY PEPTIKUS FEKÉLY BETEGSÉG A CSALÁDI ANAMNÉZISBEN
Perisztáló jobb oldali felső vagy alsó kvadránsra lokalizálódó fájdalom
Diszfágia
Odinofágia
Éjszakai hasmenés
Ízületi gyulladás
Perirectalis betegség (tályog, fisztula)
Akaratlan súlyvesztés
A hosszúnövekedés lassulása
Megkésett pubertás
Ismeretlen eredetű láz

Székletkalprotektin-vizsgálat már számos helyen elérhető magánellátásban. Ennek markánsan emelkedett szintje – fertőzések vagy nem fertőzések eredetű – bélrendszeri gyulladást jelez.

Mivel egyre gyakoribb, hogy a szülők vizsgálatokhoz folyamodnak, próbáljuk őket segíteni abban, hogy szakmailag értelmezhető vizsgálatokat válasszanak: IgG-alapú intoleranciaszettek helyett specifikus, IgE-alapú ételallergia-panelt, EMA- és transzglutamináz-IgA-vizsgálatot.

Amennyiben epigasztriális panaszok esetén *Helicobacter pylori*-antigén kimutatását végezzük székletből, figyeljünk arra, hogy a pozitivitása nem indokolja eradikációs terápia indítását, csak akkor, ha a gasztroszkópia *H. pylori*-hoz köthető makroszkópos eltérést mutat.^[3]

A hasi ultrahang a legtöbb helyen könnyen hozzáférhető, a gyermek számára kevésbé megterhelő képalkotó vizsgálat, segítségével a belszervek strukturális rendellenessége zárható ki (pl. terminális ileum falvastagságának meghatározása).

Miután megbizonyosodtunk róla, hogy nincs szervi eltérésre utaló jel, a következő feladatunk a diagnózis megértése és elfogadtatása a családdal. A legtöbb szülő attól

fél, hogy gyermeke panaszainak hátterében valamilyen súlyos, akár tumoros betegség áll. Ezt a szorongást kell csökkentenünk azzal, hogy részletesen elmagyarázzuk a funkcionális kórképek természetét, illetve felhívjuk a figyelmet azokra a jelekre (pl. megfelelő súlygyarapodás, két epizód között megfelelő erőnlét, jó étvágy stb.), amelyek szervi betegség ellen szólnak. Erősítsük meg, hogy a fájdalomérzet valós, de a háttérben nem áll egészségromlással fenyegető kórállapot. Ismertessük a hasi fájdalom kialakulásának feltételezett mechanizmusát (viszcerális hiperszenzitivitás, csökkent fájdalomküszöb, a gyomor csökkent relaxációs képessége az étkezést követően, idegrendszeri túlérzékenység stb.), különös tekintettel a biopszichoszociális modell jelentőségére.^[4] Fontos, hogy ennek során olyan kifejezéseket használjunk, amelyek a gyermek és a szülő számára is szemléletesek és érthetőek (példákat a 3. táblázat tartalmaz).

Terápia és gondozás

Az FAP-kórképek heterogenitása miatt nehéz olyan terápiás algoritmust meghatározni, amely minden kórképre illik. Ismeretes, hogy a gyerekek 40 százaléka az alkalmazott terápia ellenére sem válik tünetmentessé,^[6] ezért tisztázni kell a családdal, hogy a kezelés célja nem a teljes fájdalommentesség elérése, hanem az életminőség javítása. A terápia megkezdése előtt fontos a reális, elérhető célok kitűzése. Ezeket a célokat egyénenként kell meghatározni: például iskolából való kevesebb hiányzás, visszatérés a sportoláshoz, részvétel baráti összejöveteleken.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni a jó orvos-beteg kapcsolat, az effektív kommunikáció és a betegdukáció jelentőségét a betegek menedzselésében. Az első vonalbeli kezelésnek minden esetben magában kell foglalnia a korábban már azonosított stressztényezők kiiktatását, mérséklését (életmódváltás, stresszkezelés), a szülői figyelemelterelést (megnyugtatót) és egyszerű, racionális étrendi változásokat (kiegyensúlyozott étrend, a tartósítószeres, zsíros ételek, szénsavas italok lehetőség szerinti kerülése), relaxációs technikák elsajátítását. Szükség esetén pszichoterápiás kezelés is bevethető a hasi panaszok csökkentésére.^[1]

Epigasztriális fájdalom szindróma esetén a protonpumpagátló (PPI) kezelés az esetek egy részében átmenetileg csökkentheti a tüneteket.^[5] Lényeges azonban, hogy a PPI-teszt négy hetének lejárta után, amennyiben a panaszok visszatérnek, vagy a terápia hatástalan, kerüljön sor gasztroenterológiai konzultációra.

Posztprandiális fájdalom szindróma esetén lassult gyomorürülés és csökkent gyomortágulékonyosság állhat a háttérben. Ilyenkor a ciproheptadin enyhítheti a panaszokat. Néhány vizsgálat hatékonynak találta az Iberogast® gyógynövénykészítményt és a ciproheptadin alkalmazását 12 éves kor felett.^[1]

3. táblázat: Hasznos metaforák a panaszok okának elmagyarázására funkcionális bélbetegség esetén

(Forrás: NHS Lothian, Apps)

• A probléma a szoftverben van, nem pedig a hardverben.
• Olyan, mint amikor a zongora nincs megfelelően behangolva.
• Mintha a tűzjelző akkor is riasztana, amikor nincsen tűz a helyiségben.
• Minden szervezet máshogyan érzékeli, éli meg a fájdalmat. Ha a bél túl érzékeny, akkor olyan érzeteket is fájdalomként él meg a személy, amely másnak nem okoz fájdalmat, például a bélfal feszülését, a puffadást. A fájdalomérzékelés túlműködik.
• A stressz – például dolgozatírás, a szülők veszekedése miatt – fokozhatja a tüneteket. Ez hasonló jelenség, mint amikor remeg a kezünk, ha izgulunk, elpirulunk, ha zavarba jövünk, hányingerünk lesz, ha valami gusztustalan dolgot látunk.

Ha a betegnek székrekedéssel járó IBS-e van, javasolhatunk oldódó rostokat (pl. psyllium) és/vagy székletlazítót, elsősorban makrogolt. Hatéves kor felett az IBS-hez csatlakozó hasmenés enyhíthető a loperamid segítségével.^[6]

A simaizomgörcsből származó fájdalom enyhítésében borsmentaolaj, drotaverin, illetve hioszcin-butilbromid adása segíthet. Amennyiben szükséges, a panaszok enyhítésére alkalomszerűen alkalmazhatók NSAID fájdalomcsillapítók vagy paracetamol.^[9]

Bár jelenleg evidencia nem támasztja alá egyik korlátozó diéta egyértelmű hatékonyságát sem FAPD esetén, a szülők a legtöbb esetben megpróbálkoznak valamiféle étrendi módosítással, leggyakrabban glutén-, laktóz-, illetve tejfehérje-mentes, továbbá alacsony FODMAP- (fermentábilis oligo-, di-, mono- és poliszacharid) tartalmú diétával. A FODMAP-diéta hatékonyságát hasmenéssel járó IBS-ben alátámasztja több vizsgálat is.^[6] A gyermek kezelőorvosaként felügyeljük ezeket a restriktív diétákat. Győződjünk meg a megfelelő tápanyagbevitelről, igyekezzünk megelőzni, korrigálni az esetleges hiányállapotokat (pl. tejmentes étrend esetén kalciumbevitellel, FODMAP-diétánál rostbevitellel), hosszan alkalmazott restriktív diéták esetén kérjük dietetikus segítségét. Hatástalan diéta 4–6 héten túli követése kerülendő. Hónapokig tartó gluténmentes étrend előtt mindenképpen ki kell zárni a cöliakiát.

Egy nemrégiben közzétett Cochrane-áttekintés értékelt a probiotikumok hatékonyságát és biztonságosságát FAPD-s gyermekeknél. A metaanalízisek alapján a *Lactobacillus rhamnosus* GG és a *Lactobacillus reuteri* DSM mutatkoztak hatékonyak az IBS és az FAP-NOS esetében.^[7]

Általános kommunikációs szempontok

Az FAPD-ben szenvedő gyerekek (és szüleik) a legidőigényesebb páciensek közé tartoznak. A nagy napi munkateher miatt az akut vagy szervi betegségben szenvedők gyakran prioritást élveznek. Ettől a funkcionális hasi fájdalomtól szenvedők úgy érezhetik, hogy az ő problémájuknak nem tulajdonítanak megfelelő figyelmet, ami frusztrálóan hathat rájuk, és ronthatja az orvos-beteg kapcsolatot. Lényeges, hogy az orvos-beteg találkozásokat tudatosan szervezzük. Lehetőleg nyugalmasabb időszakra időzítsük őket, inkább a prevenció, mint a kevésbé ütemezhető betegrendelésre. Iktassunk be rendszeres, 4–12 hetenkénti, meghatározott időtartamú viziteket. Ez a kezelőorvosnak is biztonságérzetet adhat, hiszen minden vizit lehetőséget kínál az újraértékelésre, így nem kell attól tartani, hogy nem ismer fel szervi betegséget. Ez segíthet az elvégzett vizsgálatok számának minimalizálásában, javítja az adherenciát a kezeléshez, és erősíti a családban azt az érzést, hogy nincsenek magukra hagyva a problémával.^[6] A kontrollvizsgálatok során ügyeljünk a betegközpontú kommunikációra, éreztessük a családdal, hogy komolyan vesszük a panaszokat, és partnerek vagyunk a probléma megoldásában. Kérdéseinket úgy válasszuk meg, hogy erősítsék a beteg szerepvállalását az állapotának alakulásában, például: „Hogyan küzdesz meg a fájdalommal?” A terápiás döntések, vállalások közös döntés eredményei legyenek.

Összegzés

Az utóbbi évtizedekben sokat bővültek a funkcionális gyomor-bélrendszeri kórképekkel kapcsolatos ismereteink. A patofiziológia fokozatos megismerése hozzájárult ahhoz a szemléletváltáshoz, amelyet a legújabb, 2016-ban publikált Róma IV. kritériumrendszer képvisel, ennek fontos eleme a pozitív diagnózis felállítása a kizárásos diagnózis helyett. A kivizsgálás során törekednünk el a vizsgálatok számának minimalizálására. A terápia lényegi része a diagnózis megértetése és elfogadtatása a családdal, amely betegedukáció nélkül elképzelhetetlen. A hatékony kommunikáció képezi az alapját a funkcionális hasi fájdalommal járó kórképek menedzselésének. A személyre szabott gyógyszeres és nem gyógyszeres terápia célja nem a teljes fájdalommentesség elérése, hanem az életminőség javítása.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Kovács Zsuzsanna | ny. házi gyermekorvos

Harag - vészjelzés a múltból

Referátum

Anger in Adults a Red Flag for Childhood Trauma (A felnőttek haragja a gyermekkori trauma vörös zászlója)

Liam Davenport beszámolója Nienke De Bles a European Psychiatric Association (EPA) 2023-as kongresszusán elhangzott előadásáról.

LINK: <https://www.medscape.com/viewarticle/990471>

Nienke De Bles, a Leideni Egyetemi Kórház (Leiden University Medical Center) pszichiátriai osztályának doktorandusza előadásában bemutatta azokat az eredményeket, amelyeket a gyermekkori trauma és a felnőttkori harag közötti kapcsolat vizsgálata során találtak. A depresszió és szorongás hollandiai vizsgálata című tanulmányban (NESDA) 2271 résztvevő adatait vették górcső alá. A traumát a gyermekkortrauma-interjú segítségével értékelték. Ezután négy éven keresztül követték nyomon őket, s mérték a haragot különböző kérdőíves felmérések segítségével (Spielberger-féle düh alszáka, személyiségzavar-kérdőív, dührohamok-kérdőív). Az eredmények azt mutatták, hogy a gyermekkori érzelmi elhanyagolás az esetek 40 százalékában szignifikánsan összefüggött a felnőttkori harag jellemzőivel, dührohamokkal, borderline és antiszociális személyiségjegyekkel. A gyermekkori pszichológiai bántalmazás az esetek 30 százalékában mutatott hasonló összefüggést. A fizikai bántalmazás körülbelül 40 százalékkal növelte a harag/dühroham felnőttkori előfordulását, a gyermekkori szexuális zaklatás és a felnőttkori harag között viszont nem találtak összefüggést.

Nienke De Bles kifejtette, hogy „nem állíthatjuk határozottan, hogy a trauma okozza a haragot, de a kapcsolat egyértelmű. A gyermekkori traumák sok negatív következménnyel járnak az élet későbbi szakaszában, gyakrabban fordul elő depresszió és szorongás. A depressziós vagy szorongó pácienseknél javasolt rutinszerű traumaszűrés végzése, mivel a múltbeli traumák pszichiátriai kezelése eltérhet a depresszió kezelésétől. A gyermekkori traumák összefüggésében több lehetséges mechanizmus létezik, az egyik kulcsmechanizmus valószínűleg az érzelmek szabályozása. A kutatók korábban azt találták, hogy a harag nagyon elterjedt az érzelmi zavarokkal küzdő betegek körében. A szorongásos vagy depressziós zavarban szenvedők 30 százalékában, a komorbid depresszióban és szorongásban szenvedők 40 százalé-

kában volt jelen, szemben az egészséges kontrollszemélyek 5 százalékával. A pszichiatereknek meg kell próbálniuk megérteni az okot [annak érdekében], hogy minden beteg megfelelő kezelést kapjon. Traumaalapú terápiák alkalmazása javasolt olyan betegeknek, akiknek kórtörténetében gyermekkori trauma és harag szerepel.”

De Bles szerint a klinikusok számára „a harag vészjelzés lehet, hogy pácienseik anamnézisében vizsgálódjanak esetleges gyermekkori traumák irányában is.” A harag normális emberi érzelem, de eddig nem tanulmányozták olyan széles körben, mint a szomorúságot és a szorongást.

Nur Hani Zainal (Harvard Medical School) az előadást kommentálva azt mondta, hogy az eredmények összhangban állnak a pszichiátria és a klinikai pszichológia jelenlegi biopszicho-szociális modelljeivel. Egy nemrégiben készült tanulmány társszerzőjeként megerősítette, hogy a harag közvetíti a kapcsolatot a gyermekkori trauma és a felnőtt-pszichopatológia között. Így a jelenlegi tanulmány is hozzájárul ehhez a megfigyeléshez.

Julian Beezhold (EPA-főtitkár, Norwich Medical School) megjegyezte, hogy a düh kissé elhanyagolt tünet. „Az eredmények összhangban állnak azzal, amit a napi klinikai gyakorlatban látunk, és remélhetőleg elősegítik a harag és a kapcsolódó gyermekkori trauma fontosságának tudatosítását.”



Az orális mikrobiom és az obstruktív légúti betegségek

A szervezet és egyénre jellemző mikrobiomja (baktériumokból, vírusokból, gombákból archeákból és eukarióta parazitákból álló ökoszisztéma) között állandó, szoros interakció van. Összetételét, amely testrészenként eltérő, számos tényező befolyásolja. Az egyensúly megbomlása az egészségi állapot romlásához vezet. A szájüregi diszbiózis okai a páciens alapbetegségében, annak terápiájában (antibiotikum, szteroid – szisztémásan vagy lokálisan –, helyi hatású fertőtlenítő szerek), táplálkozási faktorokban, vagy az immunműködést befolyásoló egyéb körülményekben keresendők.

Lehet-e összefüggés az orális mikrobióta és az asztma, illetve a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) között?

A szájüregi flóra és a légúti betegségek között sokrétű kapcsolat van, amit néhány példán keresztül szeretnék szemléltetni. Az asztma fenotípusai és a légúti mikrobiom összetétele között összefüggés mutatható ki. A kortikoszteroid rezisztens asztmában *Neisseria*-, *Haemophilus*- és *Tropherymadominancia* van, szteroidérzékeny asztmára *Pasteurella* és *Fusobacterium* a jellemző. Az asthma bronchiale gyulladáscsökkentő terápiája (ICS, OCS) képes megváltoztatni a légúti mikrobióták arányát.^[1] COPD-s betegek esetében a felső légutakból az alsó légutakba történő patogénkolonizáció a betegség kórfejlődésében szerepet játszik. A sputumokban a baktériumflóra összetétele és a tünetesség között összefüggést találtak. A rossz szájhygiéné a súlyos COPD rizikófaktora, az előbbi javítása csökkentheti az alsó légúti gyulladások gyakoriságát vagy súlyosságát.^[2, 3] A krónikus ínybetegség a rapid légzésfunkcióvesztés rizikófaktora.^[4] Parodontitisz és a COPD: rosszabb szájüregi státuszt találtak a COPD-s betegekben, és ezen belül a súlyosabb stádiumban.^[5] Kétéves utánkövetéssel a parodontitiszük miatt kezelt COPD-s betegeknek nemcsak az exacerbációk száma volt szignifikánsan alacsonyabb, hanem a légzésfunkciós értékeik is jobbák voltak, mint a kontrollcsoporté.^[6]

A szájüregi kandidiázis gyakori a légúti betegségben szenvedőknél

Az orális kandidiázis a szájnyálkahártya leggyakoribb oportunistá fertőzése, kialakulásában lokális tényezőként a dohányzás és az inhalációs szteroidok is szerepet játszhatnak. A szájüregi gombák patogénné válásának okai pontosan nem ismertek, de szinergista interakció van a *Candida* és

a *Streptococcus* között: a gomba a baktérium növekedését és biofilm képződését erősíti, míg a *Streptococcus* a *Candida* patogenitását fokozza.^[7] A kialakuló szájüregi kandidiázis nemcsak a beteg életminőségét rontja, hanem az inhalációs terápia folytatását is megakadályozhatja. Kezelése elsődrendű fontosságú.

L. reuteri orális probiotikum a szájüregi flóra egészségéért

Bizonyos probiotikumok alkalmazása javíthat a beteg orális diszbiózisán. A probiotikus készítmények különböző összetétel, indikáció és hatékonyság tekintetében. A *Limosilactobacillus reuteri* számos emlősfajt kolonizál, emberben megtalálható a GI és urináris traktusban, bőrön és az anyatejben. Szabadalmaztatott törzsei antimikrobiális molekulákat termelnek (szerves savak, etanol, reuterin), így gátolják a patogén kolonizációt. Immunmoduláns, csökkenti a kóros bélpermeabilitást. Biofilmet képez, valamint gátolja a TNF- α -képződést.

Az *L. reuteri* DSM 17938 és az *L. reuteri* ATCC PTA 5289 szabadalmaztatott kombinációja szopogatótablettában 90 százalékkal csökkenti a periodontális patogének számát a plakkokban 3 hét alatt, gombaölő hatása van a hat leggyakrabban előforduló *Candida* speciesből ötnél.^[8, 9] Csepp formában csökkenti a torokfájást, gyorsítja a felső légúti vírusbetegség gyógyulását.^[10] Nemcsak helyi, de szisztémás hatással is rendelkezik a bél-tüdő tengelyen keresztül. Mindezek alapján COPD-s, asztmás betegeknek kiegészítő kezelésében az *L. reuteri* orális probiotikumkombináció komoly segítséget jelenthet: adjuváns alkalmazása csökkentheti az antibiotikumok és a lokális antiszeptikumok túlzott használatát. A parodontitisz javulása csökkenti az exacerbációs kockázatot, a kandidiázis kezelése elősegíti az inhalációs terápia folytatását.

Irodalom:

1. Loverdos, K. et al. *J. Clin. Med.* 2019, 8, 1967.
2. Deo, V. et al. *Indian J Dent Res.* 2009 Oct-Dec;20(4):466–470.
3. Peter, K. P. et al. *J Periodontol.* 2013 Dec;84(12):1717–1723.
4. Takeuchi K., et al. *Sci Rep.* 2018 Sep 6;8(1):13354.
5. Scannapieco, F. A. et al. *J Periodontol.* 2001 Jan;72(1):50–56.
6. Zhou, X. et al. *J Clin Periodontol.* 2014 Jun;41(6):564–572.
7. Diaz et al., 2012; Xu et al., 2014
8. Jones, S. E., Versalovic, J. 2009 *BMC Microbiol*
9. Jørgensen, M. R. et al. *J Oral Microbiol.* 2017 Jan 18;9(1):1274582
10. Maya-Barrios, A. et al. *Beneficial Microbes.* 2021;12(2): 137–145

Nem gyógyszeres terápiák

A szerzők a fül-orr-gégészek nézőpontjából ismertetik a heveny felső légúti gyulladások kezelése során alkalmazott nem gyógyszeres terápiákat és a gyógynövény alapú gyógyszereket, az evidenciákon alapuló fül-orr-gégészeti nemzetközi ajánlások alapján.

Bevezetés

A meghűlés, nátha vírusos eredetű, felső légúti gyulladás: akut virális rinoszinusztisz (AVRS). Jellemzője a hirtelen kezdettel kialakuló torokfájás, torokkaparás, rekedtség, majd gyengeség, elesettség, fejfájás, hőemelkedés, esetleg láz. A diagnózis a tünetek lapján könnyen felállítható, egyéb diagnosztikus eszköz (például RTG) nem szükséges. A betegség általában **10 napon belül megszűnik**. Amennyiben mégsem, vagy öt nap után a beteg állapota romlik, már egy másik klinikai entitásról beszélünk: ez az akut posztvirális rinoszinusztisz (APVRS). Mindkét esetben a tüneteket a szervezet immunválasza okozza, tehát például az ornyálkahártya vazodilatáción alapuló duzzanata az orrdugulást, a fokozott váladéktermelés az orrfolyást, a nyálkahártya fokozott szenzitivitása a tüszögést, köhögést stb. A kezelés tüneti, tehát például az orrdugulást vazokonstriktor hatású dekongesztánsokkal, a lázat lázcsillapítókkal, a fejfájást fájdalomcsillapítókkal, a köhögést centrális vagy lokális hatású köhögéscsillapítókkal, nyákoldókkal kezeljük. Oki terápia az antivirális kezelés lenne, de – néhány fitoterápiás készítményt leszámítva^[1] – ilyennel nem rendelkezünk. Fontos, hogy az AVRS és az APVRS tünetei mögött más patomechanizmusok állnak, emiatt a kezelésük is eltér; erre a későbbiekben kitérünk. Az AVRS-re a láz, fejfájás, torokfájás, orrdugulás, orrfolyás, tüszögés jellemző, ezek a tünetek fokozatosan lecsengenek. A betegség elhúzódása (APVRS) esetén a láz, fejfájás már nem jellemző, de elhúzódhat az orrfolyás, orrdugulás, és leginkább a köhögés. Három hónapon túl idültnek tartjuk a légúti gyulladást (krónikus rinoszinusztisz, CRS – ezzel a kórképpel jelen dolgozatunkban nem foglalkozunk). Külön entitás az akut bakteriális rinoszinusztisz (ABRS), ez nagyon ritkán, az AVRS vagy az APVRS szövődeményeként alakul ki. Jellemző rá, hogy a betegség ilyenkor kétfázisúvá válik, masszív rosszabbodással. A következő tünetek közül három együttes fennállása esetén állítható fel a diagnózis: elszíneződött orrváladék, súlyos arcfájdalom (jellemzően féloldali), ismételt fellépő láz (> 38 °C), emelkedett C-reaktív proteinszint (CRP) és süllyedés.^[2]

A gyermekkori felső légúti gyulladások során alkalmazott nem gyógyszeres és fitoterápiás kezelések hazai, fül-orr-gégészeti vonatkozású szakirodalmi reprezentációja szűkös, megemlíjtük Katona közleményét a Gyermekorvos Továbbképzésben, amely Biebach és Kramer dolgozatát referálja.^[3,4]

A következőkben a fül-orr-gégészek számára kiadott, aktuális európai szakmai ajánlás (European Position Paper on Rhinosinusitis – EPOS)^[2] alapján mutatjuk be a kezelési lehetőségeket. A nem gyógyszeres kezelések és a növényi terápiák esetén azt is megemlíjtük, hogy az Európai Rinológiai Társaság (European Rhinological Society) szakmai ajánlást kiadó vezető testülete (EPOS Steering Committee) az adott kezelés hatásosságát vizsgáló randomizált kontrollált vizsgálatok, illetve az ezek eredményeit összesítő metaanalízisek alapján ajánlja-e az adott terápiás lehetőséget.

Terápiás lehetőségek AVRS esetén

Dekongesztánsok:

Vazokonstriktor szerek (orrceppek, orrspray-k), melyek az alsó orrkagyló szivacsos szövetének volumenét csökkentik. A gyulladással mediátorok vazodilatatív hatását kompenzálják. Ismertebb hatóanyagok: efedrin, xilometazolin, oximetazolin stb. A modernebb szerek hosszabb hatástartalommal rendelkeznek, azonban az elhúzódó vazokonstriktáció hosszabb távon nem előnyös, mert a rebound (a gyógyszerhatás megszűnése után fokozott formában visszatérő orrdugulás) miatt hozzá lehet szokni. Minél tartósabb a terápiás hatás, annál erősebben alakulhat ki hozzászokás, helytelen használat esetén. Fontos emiatt, hogy szigorúan be kell tartani az előírt használati időt (jellemzően maximum 5–10 nap), és semmiképpen sem szabad tartósan alkalmazni krónikus gyulladással formákban (például allergiás CRS). Gyermekgyógyászatban az orális dekongesztánsokat nem használjuk, serdülők kaphatják kombinációs készítményekben, gondosan ügyelve az adagolásra. Az EPOS az alkalmazási előírások és dózisos betartása mellett, tüneti szerként, alkalmazhatónak tartja dekongesztánsokat, súlyos mellékhatásokat nem írtak le. A betegség lefolyási idejét nem rövidítik le.

Antihisztaminok:

A betegség első 1-2 napján hatásosak lehetnek, később nem. Az első generációs antihisztaminok szedatív mellékhatása a gyermek elaltatásával akár még hasznos is le-

het. Elterjedt alkalmazásukat az is magyarázza, hogy néha nehéz elkülöníteni az allergiás rinitiszt a kezdődő virális rinitistól, és mivel sok országban az antihisztaminok recept nélkül is hozzáférhetőek, a betegek maguk kezdik el alkalmazni.

Paracetamol:

A nazális tünetekre hatékony, de az elesettségre, köhögésre, tüszögésre nem hat. Kombinált készítmények gyakori összetevője, emiatt adagolásakor ezek dózisát is bele kell számítani az összdózisba.

Kombinált készítmények:

Jellemzően egy antihisztamint, egy dekongesztánst és egy analgetikumot tartalmaznak. Bár felnőtteknél tünetileg jó hatásúak, kisgyermekeknek nem javasolja az EPOS. A betegség lefolyási idejét nem rövidítik le.

Egyéb nonszteroid gyulladásgátlók (NSAID):

A NSAID-ok a fájdalomra, lázra jól, diszkomfortra, illetve egyéb tünetekre alig hatnak.

Sóoldatos orrspray-k:

Izotóniás és hipertóniás oldatok, esetenként tengervízből előállítva. Lemossa a nyálkahártyát, hígítja az orrváladékot. Tartósítószer-mentes, természetes. Mellékhatással nem kell számolni, ezért gyermekeknél kifejezetten ajánlott. Kombinálhatják gyulladáscsökkentő növényi anyagokkal (például aloe vera).

Sóoldatos orröblítések:

CRS esetén a kezelési arany standard, de az RS-ek bármelyik formájában alkalmazva eredményes lehet. Biztosan nincs mellékhatása, olcsó.

Gőzölés:

Ellentmondó vizsgálati eredmények, egyes megfigyelések szerint fokozza az orrdugulást. Inkább mély légúti gyulladásban jön szóba, az EPOS nem tartja bizonyítottnak a hatásosságát.

Probiotikumok:

A már fennálló RS-ben nem, inkább a megelőzésben tűnnek hatásosnak, az ide vonatkozó vizsgálatok alacsony evidenciaszintűek.

Védőoltások:

Mivel túl sokféle kórokozó állhat az AVRS mögött, amelyek közül alig néhány ellen létezik védőoltás, gyakorlatilag ezt a kezelési lehetőség kiterjedten nem tudjuk alkalmazni. A korona- és az influenzavírusok elleni felhasználásban viszont meggyőző bizonyítékokkal rendelkezünk, de ezek nem szorosán vett felső légúti kórokozók. Fontos megjegyezni, hogy a Pneumococcus-ellenes vakcináció nem nyújt védelmet az ABRS ellen.

Fizikai edzettség:

Prevenációs hatékonysága egyértelmű, bizonyított.

Homeopátia:

AVRS-ben, nyolc randomizált, kontrollált vizsgálat kielemezése alapján, gyermekeken hatástalan. Felnőtteken nem történt objektív vizsgálat. APVRS-ben egy tanulmány számol be radiológiai és tüneti javulásról, az EPOS nem ad ezek alapján egyértelmű ajánlást; a homeopátia alkalmazását a Magyar Tudományos Akadémia (MTA) nem javasolja.

Cink:

A lefolyás időtartamát csökkenti, tüneteit nem. Fontos, hogy már a betegség első napján el kell kezdeni. Lehetséges mellékhatások: hányinger, rossz szájíz. Adagolása: csecsemőknek 0–6 hónapos korig napi 4 mg, 7–12 hónapos korban napi 5 mg, 1–3 éveseknek napi 7 mg, 4–8 éves korban 12 mg, 9–13 éveseknek napi 23 mg, 14–18 éves korban napi 34 mg az ajánlott napi egyszeri dózis.

C-vitamin:

Csak valódi vitaminhiány esetén hatékony, szokványos viszonyok között hatástalan.

Antibiotikumok:

AVRS-ben, APVRS-ben nem hatásosak. Nem előzik meg a szövődményeket, a betegség lefolyását nem befolyásolják. Az EPOS véleménye szerint rutinszerű használatuk ellenjavallt.

Antileukotriének:

CRS válogatott eseteiben hatékonyak (II-es típusú gyulladás esetén), de sem AVRS, sem ABRS, sem APVRS esetén az EPOS nem javasolja a használatukat.

Mukolitikumok:

Mély légúti hatásosságuk ellenére a randomizált, kontrollált vizsgálatok rinoszinuszitiszben nem észleltek állapotjavulást használatuk mellett.

Terápiás lehetőségek APVRS esetén

Dekongesztánsok:

Használatukat elhúzódó betegség esetén lehetőleg kerülni kell a rhinitis medicamentosa kialakulásának veszélye miatt (gyógyszerabúzus, lásd korábban). Alkalmazásuk csökkenthető sóoldatos orrspray-k, intranazális kortikoszteroid spray-k használatával.

Sóoldatos orrspray-k:

APVRS-ben különösen hatékonyak, csökkenti a dekongesztánsigényt. Allergiás rinitisz esetén is jó választás.

Baktériumlizátumok:

Annak ellenére, hogy a legelterjedtebb készítmény randomizált vizsgálat alapján APVRS-ben rövidíti a lefolyást, az EPOS nem ad egyértelmű ajánlást.

Intranazális kortikoszteroid-spray-k:

Használatuk CRS-ben, allergiás rinitiszben a gold standard. APVRS-ben kis fokban képesek javítani a tüneteket (symptom score) és az életminőséget. Több országban már nem receptkötelesek. Egyéni mérlegelés alapján, felnőtteknél javasolja használatukat az EPOS, gyermekkori használatukról nem nyilatkozik.

Terápiás lehetőségek ABRS esetén

Antibiotikumok:

Az RS-ek egyetlen formája, amikor célzott alkalmazásuk szóba jön. Némileg ellentmondások a tudományos eredmények, döntően negatívak, tehát inkább az antibiotikumok használata ellen szólnak. Felnőtteknél a béta-laktámokat hatékonyabbnak találták, mint a fluorokinolonokat, a hazánkban népszerű makrolidokat az EPOS nem is említi. Gyermeknél nem voltak az antibiotikumok hatásosak a randomizált, kontrollált vizsgálatok átfogó elemzése alapján.^[2]

Gyógynövények a felső légúti gyulladások kezelésében (az alkalmazási forma megemlítése nélkül)

Echinacea (kasvirág):

Elterjedt használata ellenére a hatása nem bizonyítható, illetve nem szignifikáns.^[2]

Cyclamen europaeum (ciklámen):

APVRS-ben, cseppek formájában, egy randomizált vizsgálat alacsony szignifikanciájú ($p=0,03-0,045$), tüneti, radiológiai és endoszkópos javulást észlelt. Magas a kellemetlen mellékhatások aránya (69%).^[2]

Cineole:

Több gyógynövényben (eukaliptusz, zsálya, rozmaring) is megtalálható illóolajok keveréke. AVRS-ben több vizsgálat alapján is bizonyítható a tüneti, radiológiai és endoszkópos javulás.

Andrographis paniculata (chiretta):

Régóta ismert és használt, ájurvédikus gyógynövény. AVRS-ben több vizsgálat alapján is bizonyítható a tüneti, radiológiai és endoszkópos javulás.

Artemisia (üröm):

AVRS-ben, APVRS-ben is használatos, de alkalmazásakor figyelembe kell venni, hogy allergénként viselkedhet.

Pelargonium sidoides (geránium):

Csak 10 nap után, tehát APVRS-ben alkalmazható. Akut bronchitisben csak folyékony formátumban hatásos. Szinusztiszta kezelésében, alacsony evidenciaszint mellett, egy 103 résztvevőt bevonó vizsgálatban szignifikáns terápiás hatásosságot tapasztaltak.^[2]

Kombinált készítmények:

A legelterjedtebb gyógynövénykeverék öt összetevőt tartalmaz: bodzavirág, kankalinvirág, sóska, vasfű, tárnicsgyökér. Fő hatása a nyálkahártya-duzzanat csökkentése. Randomizált, kontrollált vizsgálat során a szubjektív tüneti score javulása $p=0,0002$, a radiológiai javulás $p=0,002$ szignifikanciaindexszel igazolódott. Gyerekeken kifejezetten célravezetően alkalmazható. APVRS esetén hatásossága a flutikazon-furoáttal összemérhető.^[2]

A köhögés kezelésére alkalmazott természetes terápiás lehetőségek

A köhögés fontos védekező reflex a légutak tisztítására. Szemben a mukociliáris működéssel, amely lassú, és a nyálkahártya működésének sajátja, a köhögés a mellkasi izomzatot felhasználva, nagy sebességű légáramlással tisztítja a mély légutakat a váladéktól, irritáló anyagoktól, idegen részecskéktől és mikroorganizmusoktól. Hirtelen és gyakran ismétlődően jelentkezik, kialakításában reflexes mechanizmusok is szerepet játszanak.

A köhögés az egyik leggyakoribb panasz, amellyel a háziorvosok találkoznak. A gyermekek körében is gyakori és összetett etiopatológiai háttere van. Gyakorisága függ az életkortól, földrajzi, környezeti, időjárási és járványtani körülményektől. A köhögés a gyermekpopulációban eltérő, életkortól függő.^[5] A gyermekek immunrendszere éretlen, ezért fokozottan fogékonyak számos, krónikus köhögéssel járó fertőzésre. Ismeretes, hogy a gyermekek krónikus köhögése különbözik a felnőttekétől. A fejlődés során a légutak és az idegrendszer egy sor olyan anatómiai és fiziológiai érési folyamaton megy keresztül, amelyek befolyásolják a köhögési reflexet. A gyermekkori krónikus köhögéssel kapcsolatos átfogó klinikai adatok hiánya miatt kezdetben a probléma felnőttekre kidolgozott megközelítést követelték meg. Az elmúlt években azonban a kutatások a gyermekkori krónikus köhögés etiológiájának újragondolásához vezettek. A figyelem a krónikus bakteriális bronchitisre irányult, amely az óvodáskorú gyermekek krónikus köhögésének egyik fő oka, és akár a bronchiectasia előfutára lehet.^[6]

A köhögés a gyermekgyógyászatban az utóbbi időben egyre nagyobb figyelmet kap, mert kezelésének megértése létfontosságú a jövőbeli légzőszervi egészségállapot szempontjából. A gyermekek köhögésének kezelésére használt számos gyógyszer (például dextrometorfán) az álmoság, fáradtság veszélyét hordozza magában.^[7]

A köhögés oka sokféle légúti betegség lehet: megfázás, akut hörghurut, tüdőgyulladás, pertussis, influenza, dohányzás okozta gyulladás, továbbá asztma, tuberkulózis és akár tüdőrák is. Csillapítására számos hagyományos, népi gyógymód, ezen belül gyógynövényes kezelés ismert. Ilyen például a fahéj, a gyömbér, a szegfűszeg, a kardamom, a méz, a citrom, a fokhagyma, a hagyma, a kurkuma és az édesgyökér. Egy részüket a gyógyszeripar is felhasználja, kivonatok formájában. Ezek közül mutatunk be néhányat.

Méz:

A mézet az idők során mindig is használták gyógyszerként, és nemrégiben újra bekerült a modern orvosi gyakorlatba. Az eddigi kutatások nagy része a méz antibakteriális tulajdonságaival és a sebgyógyulásra gyakorolt hatásával foglalkozott. Laboratóriumi vizsgálatok és klinikai kísérletek kimutatták, hogy a méz hatékony, széles spektrumú antibakteriális szer. Antimikrobiális hatása megmagyarázza a méz külső és belső felhasználását. Felnőtt és újszülöttkori műtét utáni fertőzések, égési sérülések, nekrotizáló faszcitisz, fertőzött és nem gyógyuló sebek és fekélyek, kelések, pilonidális ciszta, vénás fekélyek és diabéteszes lábfekélyek kezelésére használják. Ezeket a hatásokat a méz antibakteriális hatásának tulajdonítják, amely a savasságnak, a hidrogén-peroxid-tartalomnak, az ozmotikus hatásnak, a tápanyag- és antioxidáns-tartalomnak, az immunitás serkentésének és az azonosíthatatlan vegyületeknek köszönhető.

A méz lenyelve elősegíti a gyógyulást is, és antibakteriális hatást mutat azáltal, hogy csökkenti a prosztaglandinszintet, emeli a nitrogén-oxid szintjét, és prebiotikus hatást fejt ki. Ezek a tényezők jelentős szerepet játszanak a gyulladáshoz szabályozásában, valamint a mikrobiális kontroll és a gyógyulási folyamatok elősegítésében.^[8]

Savas vegyhatása révén csökkenti a kapillárisokból az oxigén diffúzióját, és a szabad gyökök képződését. Antioxidáns hatását a proteázaktivitás növelésével is elősegíti. Gátolja továbbá a prosztaglandin-szintézist, csökkentve ezzel az ödémát és az antitesttermelést. Magas ozmolaritású, ezzel szintén csökkenti az ödémát, vala-

mint javítja a mikrocirkulációt. Hidrogén-peroxid-tartalma révén antibakteriális, antivirális hatással bír. Végül kiemelendő, hogy nedves sebkörnyezetet biztosítva serkenti az angiogenezist, a granulációt és az epithelizációt, gyorsítva ez által a gyógyulást.^[9]

Paul és munkatársai (2007) a vizsgálatában a szülők a mézet értékelték a legkedvezőbbnek gyermekük éjszakai köhögésének és felső légúti fertőzés okozta alvászavarainak tüneti enyhítésére. Véleményük szerint a méz a gyermekori felső légúti fertőzéssel összefüggő köhögés és alvászavarok előnyös kezelése lehet.^[7] Meo és munkatársai (2017) áttekintették a szakirodalmat, és megállapították, hogy a méznek kiváló a biztonsági profilja és jótékony hatású a köhögés megelőzésére.^[10] Cohen és munkatársai (2012) háromszáz 1–5 éves korú gyermekben végeztek vizsgálatot éjszakai köhögéssel járó felső légúti fertőzés során. A szerzők háromféle méz (eukaliptuszmez, citrommez és árvacsalánmez) köhögésre kifejtett hatását hasonlították össze a placebóval (szilán, datolyakivonatot). Mindhárom mézkészítménycsoportban szignifikánsan javulást tapasztaltak a placebócsoporthoz képest. A szülők a mézes termékeket jobbnak ítélték, mint a szilánt, és arról számoltak be, hogy a méz eredményes a gyermekori felső légúti fertőzéssel összefüggő éjszakai köhögés és alvászavarok tüneti enyhítésére.^[11]

Plantago lanceolata (lándzsás útifű):

Több száz éve ismerik a Plantago lanceolata gyógyhatását. 1946-ban a Wiener Medizinische Wochenschriftben előnyös hatásáról számoltak be a felső légutak fertőzéseinek kezelése során. Már akkor kísérletes kutatások igazolták a



gyulladáscsökkentő, görcsoldó és immunstimuláló hatásait. Ajánlották enyhe, krónikus, irritatív köhögésre, különösen gyermekek esetében.^[12] Tudományos vizsgálatok is bizonyították a köhögésre kifejtett hatását. Lándzsásútífkivonat alkalmazásával tengerimalacoknál a köhögés jelentős csökkenését észlelték a sóoldattal kezelt kontrollcsoporthoz képest ($p < 0,001$). A magasabb koncentrációjú kivonatok jelenlétében megfigyelt csökkenés nem különbözött érdemben az alacsonyabb koncentrációjúakétól. A hatás a kodeinéhez volt mérhető.^[13]

A *Plantago lanceolata* világszerte elterjedt, különösen a mérsékelt égövben. A lándzsás útífkivonat számos hatékony kémiai összetevő, mint például polifenolok, tanninok, flavonoidok, alkaloidok, terpenoidok, iridoid glikozidok, zsírsavak és poliszacharidok találhatóak, amelyek hozzájárulnak terápiás hatásához. Különböző biológiai aktivitásokkal rendelkezik, így antioxidáns, antibakteriális, sebgyógyulást segítő, gyulladáscsökkentő, citotoxikus és antiulcerogén. Bőr, légzőszervi, emésztőszervi, szaporodással kapcsolatos hatásai is vannak, de keringési, rosszindulatú, fertőzőes eredetű betegedésekben is használják. Fájdalomcsillapításban is hatékonyak bizonyul.^[14]

Althea officinalis (orvosi ziliz, hibiszkusz):

Az *Althaea officinalis* 11% pektint, 25–35% keményítőt, 10% mono- és diszacharidot, 10% szacharózt tartalmaz, 5% mucilágót, flavonoidokat (hipolaetin-8-glükózid, izoquercitrin, kempferol, koffein, p-koumársav), kumarinokat, szkopoletint, fitoszterolokat, tanninokat, aszparagint és számos aminosavat. Vizsgálatok kimutatták, hogy az *Althaea officinalis* antimikrobiális, gyulladáscsökkentő, immunmoduláló, nyugtató, köhögéscsillapító és sok más farmakológiai hatása van.^[15]

Az *Althaea officinalis* hagyományosan köhögés és más légzőszervi problémák kezelésére használják. Az orvosi hibiszkusz együttes alkalmazása *Zataria multiflora* (shirazi kakukkfű), *Zingiber officinalis* (gyömbér) vagy *Helix hederata* (borostyán) gyógynövényekkel növeli az *A. officinalis* hatékonyságát, és javítja a köhögés minden fajtáját. Köptető és köhögéscsillapító hatásában különböző mechanizmusok játszanak szerepet, ezért különböző gyógyszerformákban jó választás lehet köhögés, torokfájás és más légúti betegségek esetén.^[16]

Egyéb eredetű, például ACE-gátló által kiváltott köhögésre is pozitív eredményt mutat, ennek hátterében feltehetően tracheobronchialis hiperszenzitivitás áll.^[17]

Agrimonia eupatoria (apróbojtorján-gyökér, tüdőfű):

Erdély tanyáinak lakói értékes archaikus gyógynövényismerettel rendelkeznek, elszigeteltségük és a hivatásos orvosi ellátás elégtelensége miatt. Számos bizonyíték van az *Agrimonia* nemzetséghez tartozó növények jótékony hatásaira. Az *Agrimonia eupatoria* kivonatát Európában hagyományosan asztrigens, epehajtó, vizelethajtó és cukorbetegség elleni szerként használják. Az *Agrimonia*-fajok

antivirális és antimikrobiális hatását is megfigyelték a hepatitis B vírus, a herpes simplex vírus és a légúti sinciciális vírus (RSV) esetében. Az *A. eupatoria* továbbá gátló hatást mutat a *Bacillus cereus* és a *Bacillus subtilis* esetében.^[18]

Gvajfenezin:

Védőréteget képez a nyálkahártyán, ezáltal csökken az irritáció. Lazítja a nyakat. Dextrometorfánnal (centrális köhögéscsillapító) kombinációban is alkalmazzák.

Kombinált készítmények:

Méz, orvosi ziliz (fehértályva), párlófű és lándzsás útífkivonatok keveréke torokfájás, produktív és improduktív köhögés csillapítására is alkalmas; gyulladásgátló, antibakteriális, nyálkahártyabevonó tulajdonsága miatt.

Konklúzió

A betegségek kezelése általánosságban az orvosok, esetünkben a családorvosok, családi gyermekorvosok feladata, mindig a tudomány aktuális fejlettségi szintjén. Azonban az akut felső légúti gyulladások gyógykezelése, jellegük-nél fogva, sok esetben a család, illetve más egészségügyi ellátók (például gyógyszerészek) által történik. Ezért fontos, hogy tapasztalatokon, hagyományokon alapuló, természetes és egyéb nem gyógyszeres kezelési módok tudományos igényű megközelítését, értékelését ismerjük. A gyógynövények használata évszázadokra, sőt évezredekre tekint vissza. Felsorolni is nehéz a számtalan növényi eredetű kivonatot, melyeket a légúti betegségek, ezen belül az akut rinoszinuszitiszek és a köhögés csillapítására használnak. Dolgozatunkban a modern kezelési elveket szem előtt tartva próbáltunk rávilágítani a gyógyszeres, nem gyógyszeres, illetve természetes, növényi terápiák alkalmazási lehetőségeire, a nemzetközi ajánlások alapján, a bizonyítékokon alapuló orvoslásra támaszkodva.

A fentiek alapján megállapítható, hogy a heveny, fertőzőes eredetű felső légúti gyulladások túlnyomó többsége vírusos eredetű, ennek alapján a modern terápiás ajánlások jelentősen korlátozzák az antibiotikumok használatát ezekben a betegségekben. A heveny rinoszinuszitiszek kezelése döntően tüneti, mivel antivirális készítményekkel nagyon korlátozottan rendelkezünk. A növényi eredetű hatóanyagok számos előnyös: gyulladáscsökkentő, köhögéscsillapító, sőt – egyes esetekben – antivirális hatásokkal is rendelkeznek.

Számos kutatás folyik a hatóanyagok azonosítása, hatásmechanizmusuk leírása, és kíméletes kinyerésük technológiai fejlesztése céljából. A modern gyógyszergyártás folyamatos erőfeszítéseket tesz a hatóanyagok tisztaságának, a felhasznált anyagok dózisének pontos meghatározása érdekében. A modern, mesterséges gyógyszerek korában sem szabad lebecsülni a fitoterápia nyújtotta, szinte korlátlan lehetőségeket.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Havasi Katalin PhD | házi gyermekorvos, HGYE-elnök, Hódmezővásárhely

Álarc mögött a „néma gyilkos”

A hipertónia betegség legtöbbször sokáig tünetmentes, ezzel érdemelte ki a „néma gyilkos” elnevezést. Előfordulása gyermek- és serdülőkorban 1–3%. A fehérköpeny-hipertónia (WHT) jól ismert jelenség, gyermekeknél, serdülőknél egyaránt előfordul. Kevésbé ismert, de egyre többet tudunk a „maszkírozott” vagy „maszkolt” hipertóniáról (MHT).

Így valóban maszk, azaz álarc mögött bújk meg a cardiovascularis szövődmények (CVD) okozója, a „néma gyilkos”, a hipertónia.

Míg a fehérköpeny-jelenség a rendelőben mért magasabb értékek ellenére sem jelent hipertónia betegséget, és többnyire ártalmatlan, bár egyeseknél, idővel, tartós hipertóniává alakul át.

A maszkolt hipertóniás gyermeknek az orvosi rendelőben mért normál tartományban lévő vérnyomása ellenére a napi tevékenysége során az magas, így számolnunk kell annak valamennyi kockázatával és lehetséges szövődményével.

A gyermekkori emelkedett vérnyomásértékeknek jelentőséget ad a „tracking effektus”, vagyis az, amikor a felnőttkori vérnyomás gyakorta követi a fiatalkori trendet. A magasabb gyermekkori értékek előrevetítik a magasabb felnőttkori értékek kockázatát. Fontos, hogy értékeléskor nemre, életkorra, illetve testmagasságra vonatkozó normálértékekhez viszonyítsunk.

Egy 2005-ös tanulmány szerint a magasnak mért vérnyomás miatt vizsgált gyermekek között a fehérköpeny-hipertónia gyakorisága közel egyezik a hipertónia gyakoriságával (10–15%), míg a maszkolt hipertónia előfordulása előbbiekénél gyakoribb. Az MHT célszervkárosító hatása és prognózisa közelebb áll a tartós hipertóniához, míg a fehérköpeny-hipertónia többnyire nem okoz célszervkárosodást.

A „maszkolt” jelenség – amely lehet maszkolt hipertónia (MHT) vagy a maszkolt nem kontrollált hipertónia – jól meghatározott klinikai entitás. Azonban számos aspektusa továbbra is tisztázatlan. Diagnosztikai nehézséget éppen az okozza, hogy a rutin, rendelői vérnyomásmérések során normotenziót mérünk.

Mikor gondoljunk rá, hogyan ismerhetjük fel?

A közelmúltban publikáltak egy elemzést, amely a 2000. és 2018. közötti szakirodalom adatait vizsgálja, és amely számos, a napi gyakorlatban is számottevő eredményt hozott.



A prevalencia, a klinikai jelentőség mellett a diagnosztikai módszerek megbízhatóságát is elemezték.

Milyen gyakran fordul elő az MHT?

A maszkolt jelenség súlyozott átlagprevalenciája 11%. Figelemre méltó, hogy a kezelt hipertóniás betegek között az MHT aránya a közlemények alapján 43%.

Ambuláns vérnyomás-monitorozással (ABPM) vagy otthoni vérnyomásmérésekkel (HBP) juthatunk pontosabb diagnózishoz?

Melyik módszerrel ismerhető fel nagyobb biztonsággal a rejtett, maszkolt hipertónia akár normotenziós gondolt, akár gyógyszeresen normotenziós értékekre beállított fiatalok között. A kutatók azt találták, hogy mindkét módszerrel hasonló arányban találkozni maszkolt jelenséggel. Úgy tűnt azonban, hogy amikor mindkét módszert ugyanazon betegcsoportra alkalmazták, az ABPM nagyobb érzékenységűnek bizonyult. Azaz az ABPM-vizsgálatok során nagyobb arányú volt az MHT-vel diagnosztizált betegek száma, mint a HBP-s mérés során.

Gyakorlati szempontból fontos tudni, hogy az ABPM és a HBP közötti diagnosztikai egyezés csak szerény volt – bár a százalékos egyezés 83%-osnak mutatkozott.

Mindez összecseng az 50 000 mérésen alapuló saját kutatásunk azon eredményével, miszerint az iskoláskorú populációban hasonló arányban mértünk emelkedett vérnyomásértékeket az iskolában, mint a sportpályán – azonban a két csoport csak részlegesen fedte egymást.

A fentiek miatt gyermekeknél és serdülőknél, akárcsak a felnőtteknél, a vérnyomásstátusz, a normotenzio, illetve a hipertonia megerősítéséhez szükséges vérnyomást mérni a rendelőben és azon kívül is: ambuláns vagy otthoni monitorozással.

Van-e jelentősége a maszkolt hipertóniának? Mi befolyásolja?

Az MHT prevalenciáját befolyásolja az etnikai hovatartozás és a társbetegségek, valamint vérnyomáscsökkentő kezelés. Felnőtt populációban a szív- és érrendszeri események fokozott kockázatával jár együtt, és ez a kockázat hasonló a tartós magas vérnyomáshoz.

Gyermekek esetében MHT mellett a kamrai hipertrófia az első, szervkárosodásra utaló jel, amit a WHT nem okoz.

Az MHT megnövekedett kockázattal jár, függetlenül az alkalmazott diagnosztikus vérnyomásmérés módszerétől. A relatív kockázat nagyobb azoknál, akiknél ABPM-mel diagnosztizálták a maszkolt hipertóniáját, mint azoknál, akiknél HBP-vel.

A kutatások azt sugallják, hogy – ellentétben a fehérköpeny-hipertóniával, amely nem jár együtt célszervi károsodással – a maszkolt hipertonia gyermekeknél is fokozott bal kamrai izomtömeg-növekedést eredményez. A maszkolt hipertóniában szenvedő gyermekeket nyomon kell követni, és esetleg magas vérnyomás miatt kezelni kell.

A gyermekeknél hosszú ideig fennálló fehér köpenyes vagy maszkolt hipertonia esetén a célszervi károsodás echokardiográfiás (STE) vizsgálata szükséges a szív- és érrendszeri kockázat értékeléséhez.

Fontos megjegyezni

A maszkolt hipertonia gyakori vérnyomás fenotípus, amelynek kockázati profilja hasonló a tartós hipertóniáéhoz. Ezért a nagy kockázatú betegek vérnyomását, a diagnózis megerősítése és a kezelés megfontolása érdekében, a rendelőn kívüli is mérni kell, valószínűleg otthoni és ABPM segítségével egyaránt.

HÍRVIVŐ szakmai válogatás 2020-2022

Értéket őrizni és értéket teremteni – a HGYE megalakulása óta ez a két cél a vezetőség munkájának vezérfonala. A legfontosabb célkitűzés a házi gyermekorvosi ellátás megmaradása, megőrzése. Eközben azonban valódi értékkeremtő munka indult el, melyet leginkább a napjainkra hagyománnyá vált Kávészünet konferencia, az Őszi konferencia és a Hírívő fémjelez. Az alapító atyák magasra tették a léceket! Nem kis feladatra vállalkoztunk, amikor a stafétabotot átvettük, mégpedig az elődök által teremtett értékek magas szintű megőrzésére. Emellett új utakat is kipróbálunk.

Az elmúlt évek váratlan eseményei sok tekintetben új kihívások elé állítottak bennünket. A HGYE-nek is alkalmazkodnia kellett az új körülményekhez, az új kihívásokhoz. Mindannyian közelebb kerültünk a digitális világhoz, és talán éppen ez hozta magával Pátri László korábbi HGYE-alelnök ötletét, hogy a mindenki által ismert, kézzel fogható Hírívő 2020–2022-ben megjelent szakmai cikkeit egy teljesen új formában is eljuttassuk tagjainkhoz.

Jó olvasást kívánunk!

A HGYE vezetősége



A Hírívő szakmai válogatás 2020-2022 című kiadvány már elérhető a www.hgye.hu weboldalon, illetve a QR-kód beolvasásával is hozzáférhető.



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

A gyermekkori radius torus törések kezelése orthesishen

A gyermekek felső végtagjai sérülnek legtöbbször. A kéz ujjai után a leggyakrabban sérülő testtájék a csukló. A csuklótájéki törések között legtöbbször a radius distalis metaphysis törései és a radius distalis epiphysis sérülései (epiphyseolysis) fordulnak elő. Külön említést érdemel a radius torus törése: ez egy stabil, elmozdulásra nem hajlamos metaphysis corticalis gyűrődés. A röntgen és az ultrahang képe is típusos (1., 2. ábra).

Az orthesisek (merevítők) évtizedek óta használatosak, egyre olcsóbbá és tökéletesebbé váltak. Az egyszerű orthesisek (brace-ek) valamilyen textil jellegű anyagból állnak, merevítést általában egy elbújtatott fémsín biztosítja. Fűzők, tépőzárak segítségével lehet a megfelelő módon rögzíteni a sérült végtagon.

Torus törések kezelési módszere az orthesisek bevezetése előtt

A sérült gyermek fizikális vizsgálata után kétirányú csukló-röntgenfelvételt készítettünk, és torus törés esetén rövid,

dorsalis gipszsínt helyeztünk fel. A böhleri elveknek megfelelően másnap keringés-ellenőrzés, gipszátpólyázás és -igazítás történt. Egy héttel később a gipszet levettük, majd rövid körkörös alkari gipszet helyeztünk fel. Ezt – a gyermek életkorától függően – 2–3 hét múlva távolítottuk el, egy kontroll-röntgenvizsgálat mellett. Ahogy egyszerűsödött az ellátás, eleinte a körkörös gipsztől tekintettünk el, végig gipszszínből kezelve a gyermekeket (azaz eggyel kevesebb kontroll történt, illetve a gipszcseré maradt el). Később a gipszsínt rugalmas pólyával rögzítettük, amelyet otthon alkalmanként (fürdés) levettek a szülők, majd visszahelyezték, és átponyázták. Mivel a törés stabil, így a záró röntgenfelvételt is elhagytuk.

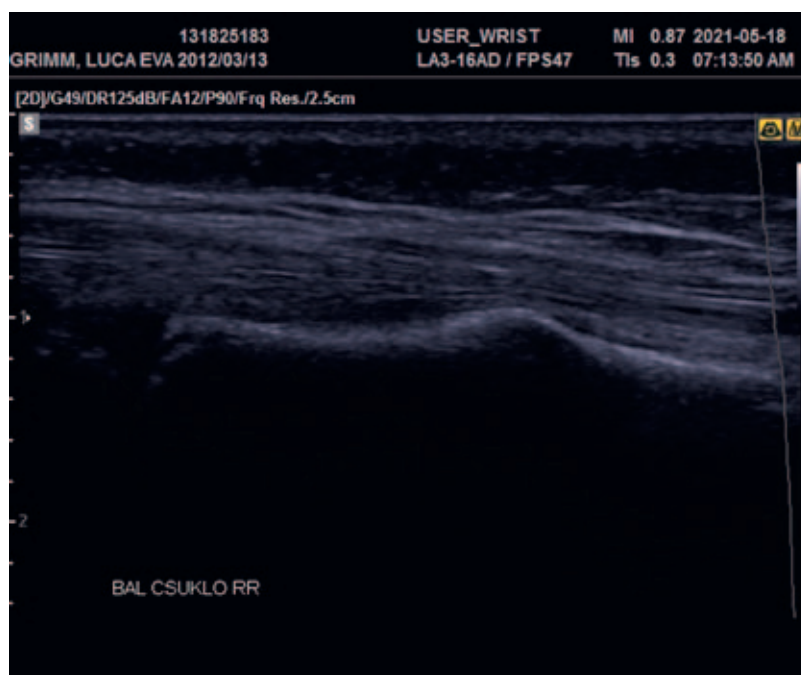
Radius torus törések kezelése orthesishen

Bár az orthesisektől független tényező, de ma a fizikális vizsgálat során sokan végzünk ágy melletti, célzott végtagi ultrahangvizsgálatot (Pocus – point of care ultrasound). A standard hat síkban történt csukloultrahang során kiválóan látható a torus törés (2. ábra). Természetesen – mivel

1. ábra: Radius torus törés röntgenképe
(A: AP, B: oldalfelvétel)



2. ábra: Radius torus törés ultrahangképe



ma még nem tekinthetünk el tőle – kétirányú csukló-röntgenfelvételt is készítünk (1. ábra). Amennyiben munkaidőben látjuk el a beteget, rögtön ellátjuk orthesisra szóló recepttel, amelyet a szülő kivált és felhelyez a páciensre (3. ábra). Ügyeleti időben – amikor a gyógyászatisegészközpontok zárva vannak –, hagyományos, rövid dorsalis alkari gipszsínt helyezünk fel, de recepttel is ellátjuk a szülőt. Így a másnapi keringésellenőrzés során a gipszet eltávolítjuk, majd felhelyezzük a kiváltott orthesist. A gyermek életkorától függően 3–4 heti rögzítést javasolunk. A tervezett rögzítési idő után – amennyiben panaszmentes a gyermek – nem indokolt kontrollvizsgálat. Azaz szerencsés esetben akár egy orvosi találkozó elégséges lehet!



3. ábra: Egyszerű orthesis – stabil radius törést rögzítve

Tanácsok a merevítő helyes viseléséhez

Fontos, hogy ne feledjük, töréssel állunk szemben: fájdalom, duzzanat jelentkezhet. A szülőt fel kell világosítani, ne húzza szorosra a tépőzárakat, illetve időről időre ellenőrizze a végtag duzzanatát, keringését. A merevítő (brace) alapvetően az immobilizáció miatt fájdalomcsillapító hatású, de – főleg az első napokban – kiegészítő fájdalomcsillapító szer alkalmazása hasznos lehet. Helyileg alkalmazható pl. feketenadálytő-krém vagy diclofenactartalmú gél. Az orthesist – hisz a törés stabil – le lehet venni fürdésnél, kézmosásnál. Gyerekek esetében külön előnyös, hogy a sínt eltávolítva a legtöbb brace mosható.

A radius torus törések utókezelése

Mint korábban említettük, e törések stabilak, így különösebb utókezelést nem igényelnek. A gyermektraumatológiai gyakorlatban általános szabály, hogy egy konzervatíván kezelt törés esetén a rögzítési idő kétszeresében határozzuk meg a sportmentességet (azaz pl. 4 hét rögzítést még 4 hét sportmentesség követ).

Eredményeink a radius torus törések orthesises kezelésében

2017 végén vezettük be az orthesisek alkalmazását a napi gyakorlatban. 2018-ban csuklótáji törés kapcsán brace-ben kezelt gyermekeket vizsgáltunk: csaknem 100 beteget kérdeztünk meg arról, hogy elégedett volt-e a könnyített rögzítési móddal. Minden beteget – a radiustörésük miatt – az első héten gipszben rögzítettünk, és a további rögzítés orthesisban történt. A páciensek többsége fürdésnél levet-

te a rögzítést, kényelmesnek találta, és hasonló esetben ismét ezt a rögzítési módot választaná. Egy gyermek esetén volt szükség a brace helyett ismét gipszrögzítésre váltani a fájdalom miatt.

Összegzés

A gyermekek radius torus törése kezelhető orthesisban, gipsz helyett. Kevesebb orvos-beteg találkozóra van szükség, és lehetőség van a sérült terület megtisztítására (mosdatásra) is. Fontos, hogy ezt a rögzítést megfelelő indikációval alkalmazzuk, ugyanis instabil törések rögzítésére nem alkalmas. Számtalan egyéb testtájról elfogadható áron szerelhető be brace, így a napi gyakorlatunkban a csukló-kéz sérülések mellett a hosszú ujjak rögzítésére, bokatájéki sérülésekre is igen gyakran alkalmazzuk.

Irodalom:

1. Fadgyas Balázs, dr., Garai Gábor, dr.: Újdonságok a gyermekek elmozdulás nélküli radius distalis vég zöldgally/torus törések ellátásában, Gyermektraumatológiai Vándorgyűlés, Tata, 2018.
2. Kuba, M. H. M., Izuka B. H.: One Brace: One Visit: Treatment of Pediatric Distal Radius Buckle Fractures With a Removable Wrist Brace and No Follow-up Visit. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*, 2018. Jul;38(6):338–342.

Dr. Kántor Irén | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, HGYE EAP-delegált, Nyíregyháza

Beszámoló a European Academy of Paediatrics Master Course & Congress konferenciáról



European Academy of Paediatrics
Paediatric Section of UEMS

Az EAP (European Academy of Paediatrics, Európai Gyermekgyógyászati Akadémia) a gyermekek és fiatalok egészségének előmozdítására jött létre Európában. Célja a képzés, a szolgáltatás és a kutatás színvonalának javítása, valamint a gyermekorvosok szakmai érde-

keinek képviselete az EU-ban. Magába foglalja az Európai Orvosszakértők Uniójának gyermekgyógyászati szekcióját, és ezért politikai befolyással rendelkezik a gyermekek és fiatalok, valamint a szakma érdekeinek képviseletében. Gyakorlati tevékenységei közül kiemelkedik az európai egységes gyermekgyógyászati vizsga kialakítása – ez utóbbira és a felkészítő oktató kurzusokra már most is lehet jelentkezni.

Az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia másik jelentős tevékenysége oktató tanfolyamok (master course) és konferenciák szervezése – alapellátási témakörben. A 2023. május 18-a és 21-e között megrendezett padovai eseménysorozat két részből állt: kétnapos továbbképző tanfolyamból, valamint háromnapos konferenciából.

A tanfolyam felépítése és témaválasztásai az általános diagnosztikai gondolkodásmód felől haladt a tünetorientált differenciáldiagnosztikáig. A bevezető előadás a diagnózisfelállítás logikai gondolkodásmódjára világított rá, informatikai megközelítéssel: a gyors és lassú gondolkodás közötti különbség bemutatásával. Ennek során érdekes volt egy másik szemszögből is elemezni a napi munkánkat jellemző kiindulási diagnózisfelvetés–megerősítés–alátámasztás vizsgálatokkal–döntés–kezelés folyamatát, amelyet az alábbiak szerint módosítva építettek fel: diagnózisfelállítás – teammunka – hatékony kommunikáció – időmenedzsment – biztonsági háló (red flag vagy elérhetőség) – az elfogultság kerülése. Ezt a betegellátási folyamatot az angolszász orvosi kultúrában SBAR assessmentnek nevezik.

Mind a kurzus, mind a konferencia során rengeteg mozaikszót, akronimot használtak – amely megkönnyíti a különböző medicinális tevékenység(ek) vagy sorrendjének vagy jelentőségének a megjegyzését. Ez a metodika számomra kissé szokatlan volt.

Az ezt követő gyakorlati szemináriumok az alapellátásban leggyakrabban előforduló esetekre koncentráltak. Az asztma gyermekkori kezelésének az új irányelvét 2022-ben publikálták. Az erről szóló ismertetésen az előadó annak a reményének adott hangot, hogy a 6–12 évesek kezelésében is hozzáférhető legyen a MART-terápia (inhalációs szteroidok és hosszú hatású bronchodilatátor egyidejű adása). Továbbá kiemelte a D-vitamin, valamint a korai életszakaszban a „koszos” környezet által kialakított megfelelő mikrobiom jelentőségét is. A minor fejsérülések alapellátási teendőinek, statisztikájának prezentálása során leginkább a különböző kalkulátorok használhatóságát hasonlított össze: a PECARN a CATCH és a CHALICE kalkulátorokat aszerint, melyik helyezi előtérbe az observációt és melyik inkább a képalkotást (CT).

A tanfolyami etap következő részében a leggyakrabban előforduló tünetekre kaptunk példákat, azaz hogy a nehézlégzés, a láz, a fájdalom háttérben milyen érdekes vagy ritka esetek is állhatnak. Például egy nehézlégzés háttérben lehet egy krónikus asztma akut exacerbációja, de akár Kussmaul-légzés is lehet, induló diabétesz miatt – emellett a kettő együtt is előfordulhat. A láz megítélésénél felhívták a figyelmet arra, hogy az emberi tényező is fontos szempont: mekkora a szülő rizikótűrő képessége, amelyet tudatosan számításba kell venni a betegellátás menedzselésénél. A fájdalom háttérben álló ritka onkológiai, a ke-



vésbé ritka reumatológiai okokról, valamint a viszonylag nehezen megfogható pszichoszomatikus fájdalokról is szó volt.

A meningitisz prevenciójának jelentősége egy következő előadásban ismét fő téma volt. Továbbá arra is kitértek, hogy fontos szerepe van az egészségügy frontvonalában dolgozóknak az antibiotikum-rezisztencia kialakulásának megelőzésében. Ezt illusztrálандó egy olasz csapatot mutattak be, amelynek feladata az antibiotikum-indikáció, a szer felírásának irányelveinek oktatása – miután felkereste a legtöbb antibiotikumot felíró szakterület orvosait. A csoport tapasztalatai alapján a tevékenységük akkor mutat pozitív eredményt, ha a témában megszerzett tudás felidézése periodikusan ismétlődik.

A gyermekkori abúzus felismerésében jól használható angol akronimokat ismertettek, emellett a közönség véleményét kérték a különböző sérülések megítéléséről. Az előzőleg bemutatott, jól megjegyezhető betűszavak segítettek a különböző testi sérülések abúzusból származó azonosításában.

A kurzus előadásai mindvégig interaktívak voltak, valamint nagy számban használtak különböző kalkulátorokat. Ilyen kalkulátorszoftver letölthető a <https://www.medcalc.org> weblapról, valamint tematikusan kereshető is (angol nyelven) a <https://www.mdcalc.com/> webcímen. Működési elve keresőszó-alapú: csak be kell írni felülre, például, hogy pediatric, és tobzódhatunk a gyermekek állapotának megítélését vagy a betegség-előrehaladást jellemző különböző score-ok között. A programnak mobiltelefonra letölthető applikációja is létezik MDCalc néven.

A konferencia előadásai már rövidebbek és kevésbé interaktívak voltak. Egyidejűleg három szekció ment, nehéz volt választani közülük. Neonatológia, fertőző betegségek, alapellátás, sürgősségi ellátás, neurológia, endokrinológia, allergológia, hematológia – minden egyes szakterület kapott egy-egy szekciót, ahol az alapellátást érintő leggyako-

ribb betegségekben való újabb gyakorlati vagy elméleti tudnivalókat ismerhettük meg.

A plenáris előadások közül fontos témákat feszegetett és kiemelkedő volt A gyermekgyógyászok megkérdőjelezhetetlen szerepe az életmód és a helyes életstílus kialakításában című, valamint az egyre nagyobb arányban előforduló pszichoszomatikus megbetegedések szűrésével, felismerésével és alapellátási menedzselésével foglalkozó.

A közös európai alapellátási gyermekgyógyászati konferencián egyértelművé vált, hogy nem vagyunk különleges helyzetben az orvoslásban. Ugyanazok a gondok figyelhetők meg más országokban is: kis létszámú és előregedő a gyermekgyógyász-közösség; a pénzügyi megkorlátások hatásával vannak a gyermekgyógyászatra, ugyanis a gyermekek ellátásába való befektetés nem gyorsan térül meg; továbbá egyes országokban jellemző az a mentalitás, hogy a háziorvos, a nővérek, a védőnők ugyanolyan ellátást nyújtanak, mint a gyermekorvos, az „egyedül dolgozás” érzése, a szakmai karrier lehetősége kisebb, mint a kórházi orvosoké. Mivel e problémák közősek, szükség van egy európai szintű szervezetre, amely – amellett, hogy szakmai oktatást szervez – próbálja a gyermekgyógyászok érdekeit európai szinten is érvényesíteni.

A konferencia Padovában volt, a belváros kellemes hangulatú, az óvárosi rész számos kulturális örökséget és látványt tartogat. Itt található Európa első anatómiai bemutatóterme, amelyet Padovai Egyetemen hoztak létre 1595-ben. Évszázadokig ez szolgáltatta a mintát az anatómiai oktatótermekhez.

Dr. Bogdányi Katalin | házi gyermekorvos, Budapest

Oltáskommunikáció, oltásszervezés

Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok munkájának jelentős része a védőoltásokhoz köthető. Idetartoznak a különböző kötelezettségeink a hatóságok felé (oltóanyag-rendelés, oltóanyag-elszámolás), a védőoltással megelőzhető betegségekről szóló szülői tájékoztatás, illetve magának a prevenciók rendelésnek a megszervezése. A munkánkat jelentősen megkönnyíti, ha mindezt hatékonyan, jól szervezeten tudjuk végezni.

A helyes és sikeres védőoltás-kommunikációs technikákról sok előadást hallhatunk a különböző továbbképzéseken szakértőktől, emiatt a következőkben a saját praxisomban bevált gyakorlati megvalósításáról számolok be.

A rendelőkben a szülőkkel való kapcsolattartás alapvetően a következők szerint strukturáljuk: a statikus információk megtalálhatók a honlapunkon, az aktualitások kikerülnek a rendelő Facebook-oldalára, a tájékoztatókról, tervezett kampányokról hírlevelet küldünk, míg a napi egyeztetések e-mailben történnek.

A szülőkkel folytatott kommunikáció során számos szempontot kell figyelembe vennünk: az adott szülőnek a védőoltásokhoz való személyes hozzáállását, a feltételezhető egészségügyi alapismereteit, a témára fordítható időnket, a védőnők, asszisztensek szerepvállalását stb.

A szülők hozzáállását az egyszerűség kedvéért három csoportra érdemes osztani: aki minden oltást kér, aki minden oltást elutasít, és a harmadik csoport, aki bizonytalan. Ez utóbbinak a háttérben lehet aggodalom vagy kételkedés, esetleg mindkettő. A napi munkánk során kétség sem fér hozzá, hogy a harmadik csoporttal van a legtöbb munkánk.

Néhány praxisban a prevenciót önállóan végzik az orvosok asszisztens segítségével, míg máshol a védőnőkkel közös tanácsadást tartanak. Az előbbi esetben az orvosra hárul a védőoltások előnyeivel, kockázatával kapcsolatos minden tájékoztatás; míg, ha a védőnők is jelen vannak, érdemes őket ebbe bevonni.

A magyar kötelező oltási rendszer miatt a kötelező oltásokról való tájékoztatást – legyünk őszinték – általában elnagyoljuk, mivel a cél nem a meggyőzés, hanem egy pro forma tájékoztatás. Kevés szülő tesz fel érdemi kérdést, mivel a döntés joga és felelőssége nem őt terheli, hanem a jogalkotót.

Az ajánlott oltásokra vonatkozó tájékoztatás már sokkal több erőt, időt igényel, ha szeretnénk elnyerni a szülő partnerségét, beleegyezését. Nem elsősorban a betegségek ismertetése, hanem sokkal inkább az aktuális epidemiológiai adatok, összefüggések naprakész ismeretéhez szükséges rendszeres tájékozódás, utánanézés. Az érvek között elsősorban természetesen a betegség veszélyeit állítjuk szembe a védőoltás veszélyeivel,

emellett fel kell hívni olyan szempontokra is a figyelmet, hogy egy betegség megelőzésénél – mind a beteg, mind pedig az egészségügyi ellátó személyzet számára – fontos érv, ha ezzel csökkenteni lehet az orvoshoz fordulás arányát (például influenza) vagy a kórházi kezelések arányát (például a rotavírusnál).

Manapság a védőoltás-kommunikáció során nemcsak a hagyományokon alapuló, kőkeményen berögzült tévhitekkel, hanem a szociális média ellenszelével is szembe kell néznünk. Ezt a csatát csak akkor tudjuk megnyerni, ha egyrészt tájékozódunk a másik fél érveiről (legyen az jogos vagy félrevezető), másrészt kellőképpen széles eszköztárral rendelkezünk a magunk oldalán is, amelyből a megfelelő pillanatban elő tudjuk rántani az ütős fegyvert. Ez nem egy egyszerű feladat, de nem lehetetlen.

A védőoltásokról való tájékoztatásban ki kell térni az oltóanyag beadásának körülményeire, az izomba vagy bőr alá adandó oltásoknál alkalmazható fájdalomcsillapító technikákra, fel kell hívni a figyelmet, hogy van szájon át vagy orrspray formájában adható védőoltás is, tehát hangsúlyozni kell, hogy az orvos elsődleges célja is az, hogy a gyermek a legkisebb trauma árán érje el az adott fertőző betegséggel szembeni védettséget.

Az érvelés során szerencsére sok forráshoz nyúlhatunk, ami segíti a munkánkat. Természetesen fontos, hogy kritikusan válasszuk meg a forrást, így elsősorban publikált tudományos cikkekre, hatósági honlapokra vagy egészségügyi intézmények honlapjaira hivatkozhatunk. A külföldi tájékoztatóknál figyelembe kell venni, hogy az egyes oltóanyagok adagolási sémája eltérő lehet a nálunk alkalmazottól.

A következőkben néhány a kommunikáció során hasznos honlapot ajánlok, amelyet a praxisomban is alkalmazok:

Általános tájékoztatók:

- <https://www.emro.who.int/world-immunization-week/2022/index.html>
- <https://www.immunize.org/catg.d/p4069.pdf>
- <https://www.aap.org/en/patient-care/immunizations/communicating-with-families-and-promoting-vaccine-confidence/>

Infografikák:

- https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/524020/Infographic_Mening_square_v5_Final.pdf

Statisztikák:

- <https://www.ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectious-diseases;>
- <https://www.who.int/tools/flunet/flunet-summary>

Hatósági oldalak:

- https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/Meningococcus

Fertőző betegségekre fókuszáló honlapok:

- **amerikai:** <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/diseases/mening-basics-color.pdf>
- **európai:** <https://www.ecdc.europa.eu/en/meningococcal-disease>

Különböző országok oltási rendjének összehasonlítása:

- <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>

Ezek az anyagok segítségünkre lehetnek abban, hogy röviden kiemeljük egy betegség lényegét, grafikusán szemléltessük az epidemiológiai helyzetet, bemutassuk a védőoltás előny-kockázat profilját stb. Ezeket az evidenciákat tudjuk kiegészíteni a saját személyes tapasztalatunkkal – ami legalább annyira, ha nem még inkább meggyőző erővel tud bírni a szülők felé.

A védőoltásokról tartott tájékoztatás során el kell mondani, hogy vannak egy- és többkomponensű oltóanyagok, illetve bizonyos oltóanyagokat a Védőoltási Módszertani Levél (https://www.antsz.hu/data/cms107585/VML_2023_NNK.pdf) előírásainak betartása mellett egy időben is beadhatunk. Fel kell hívni a szülő figyelmét, hogy az oltások időzítésénél és az oltás körülményeinek megteremtésénél a csecsemő vagy a gyermeke érdekét kell elsődlegesen szem előtt tartanunk, amibe beletartozik az is, hogy az egy időben esedékes és együtt adható oltásokat csoportosítva kell beadni, hogy ezzel is csökkentsük az orvosi vízzel járó stresszt a gyermek számára. Emellett fel kell kínálni a különböző fájdalomcsillapítási lehetőségeket is.

Ehhez a témához is találunk számos segítséget a megfelelő szakmai online felületeken:

- <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/reducing-pain-at-time-of-vaccination>
- <https://www.aap.org/en/patient-care/immunizations/implementing-immunization-administration-in-your-practice/vaccine-administration/>

A folyamatos oltási rendszerben adott védőoltások napi feladatot adnak nekünk, míg a szezonális oltásoknál fel kell hívni a szülők figyelmét az oltás esedékességére. A saját gyakorlatunk az, hogy erre, a mindenkit érintő témáról (mint például a szezonális influenza) hírlevelet, míg a speciális csoportoknak, (például bizonyos életkorú gyermekek szüleit érintő ügyekről) e-mailt írunk.

A hírlevelekre a Mailchimp szolgáltatását használjuk, amely bizonyos korlátok között ingyenes, könnyen szerkeszthető, testre szabható. Hírlevelet sok témában szoktunk készíteni. Ha csak a fertőző betegségekkel kapcsolatos témákat nézzük, akkor ide tartozik az utazási medicina, a hepatitis A, a kötelező és az ajánlott védőoltások (skarlát, szezonális influenza stb.). Nemcsak a betegséggel vagy az oltással kapcsolatos információt adjuk át, hanem szervezési kérdésekre is kitérünk.

A hírlevél tartalmának összeállításában is fordulhatunk segítségért a különböző hazai vagy külföldi oltási kampányok honlapjaihoz:

- <https://protectedtogether.org>
- <https://www.cdc.gov/vaccines/news/newsletters/index.html>
- <https://www.aap.org/en/news-room/campaigns-and-toolkits/immunizations/>

A hírlevélben a betegségek, a kezelési és megelőzési lehetőségek ismertetése mellett természetesen mindig felkínáljuk az egyéni konzultációs lehetőséget, ha valaki úgy gondolja, hogy az ő helyzete speciális, vagy a levél tartalma ellenére is felmerülnek benne kérdések.

A védőoltásokat tekintve utolsó, de nem kevésbé fontos szempont az oltások beadásának hatékony, jó szervezése, különösen a nagy beteglétszámú praxisokban. Az alapellátásban a védőoltásokat jelenleg a tanácsadási idő terhére végezzük, amit – a szűrővizsgálatok mellett – ügyesen, jól kell kihasználni ahhoz, hogy egy átlagos korfájú ezres létszámú praxisban az évi, nagyságrendileg kétezer oltást be tudjuk adni. Ennek megtervezésénél figyelembe kell venni a védőnők szempontjait, a rendelő fizikai korlátait (oltóhelyiségek száma, tanácsadás ideje, hűtőszekrény-kapacitás stb.), és nem utolsósorban a saját kereteinket.

Az időszakosan esedékes tömeges oltások beadására – mint amilyen a COVID-19-oltás volt, vagy amilyen évente az influenza –, mi a rendelőben dedikált oltónapot tartunk. Ilyenkor párhuzamosan két teremben, 5 perces időszavokban egész nap csak oltást adunk, aminek eredményeként 120 gyermeket tudunk egy nap alatt vakcinálni. A szülők előre a Reservio (<https://www.reservio.com/hu>) rendszerén keresztül tudnak időpontot foglalni a gyerekeknek. A két orvos munkáját 1-1 asszisztens és még két önkéntes segítő támogatja, így gördülékenyen lebonyolítható az egész munkanap. Az oltónapról kiküldött hírlevélben felhívjuk a szülők figyelmét, hogy aznap csak védőoltást adunk, így minden tervezhető problémájukkal előtte vagy utána jelentkezzenek, egyben tájékoztatjuk őket, hogy az akutan jelentkező, telemedicina útján nem ellátható esetekhez a háttérrel a szokásos, területileg illetékes kórház gyermekambulanciája biztosítja – amellyel szerencsére nagyon jó kapcsolatot ápolunk –, és készséggel rendelkezésünkre állnak ilyen rendkívüli alkalmakkor.

A védőoltás az elmúlt évszázadok egyik legnagyobb fejleménye a medicinában. Mindent meg kell tennünk érte, hogy minél több gyermek számára hozzáférhető legyen. Ehhez nagyban hozzájárulunk, ha a szülők számára sikerül jól érthetően, egyértelműen megfogalmazni az előnyeit, és ha számukra is érezhető módon biztonságos, jól szervezett körülmények között, nyugodt légkörben, a gyerekekre megfelelőképp odafigyelve tudjuk végezni a munkánkat.