

TARTALOM

- Szakmánk vonzereje az Y generációhoz tartozó kollégák szemszögéből 2–5
- Van-e kötelező otthoni vizsgálat? 5
- Gondolatok a hálapénzmentességről 6–7
- A HGYE felhívása 7
- Lyme-kor – eltelt 40 év 9–11
- A gastroenteritis kezelése 12
- Probiotikumok az antibiotikumrezisztencia-krisis küszöbén 13
- Szemelvények a Kávészünetről 14–18
- Gyermekorvosi klinikai vizsgálóhálózat 19
- Meningococcus Európában 20–21
- Európai indikátorok 21–22
- Terápiás indikátorok 22
- Homoszexuális gyermekek a praxisban 24–27
- Szülés utáni hangulatzavarok 29
- In memoriam dr. Nelhübel Ágoston 31
- Praxishirdetések 31–32

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2017-ben:



BioGaia



NUTRICIA
Early Life Nutrition



A HGYE

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

Bankszámlaszáma: 11713005-20419448

Honlap: www.hgye.hu

Ügyvezető: Dr. Erdélyi István
Titkár: Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

Tel.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu

Várjuk megkeresésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.



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



Szakmánk vonzereje – a jövőnk záloga

A gyermekorvosi alapellátás, mint életpálya – az Y generációhoz tartozó kollégák szemszögéből



A magyarországi házi gyermekorvosok, a hazai gyermek-alapellátás fennmaradásáért dolgozók, vagy a gyermekegészségügy iránt kicsit is érdeklődők számára lassan alapvetésnek számít, hogy a magyarországi házi gyermekorvoslás – legalábbis jelenlegi formájában – lassú haláltusáját vívja.

Egyetértés van abban is, hogy a gyermek-alapellátás reformjának vagy újrászervezésének sikere a ráfordított rengeteg energia és pénz ellenére sem lehet eredményes, ha a rendszerbe nem lépnek be – nagy számban(!) – azok a 30–40 éves, pályájuk elején járó fiatalok, akikkel a kialakítandó új szervezetben megoldhatóvá válik a magyarországi gyermekek – térben és időben is – átfogó egészségügyi ellátása. Sajnos a helyzet 2017-ben kiábrándító. A legutolsó ismert adatok alapján a 40 évnél fiatalabban praktizálók aránya Magyarországon az 5%-ot(!) sem éri el az összes házi gyermekorvos között.

Ez az írás a generáció-elmélet ismereteit felhasználva próbálja meg újratárgyalni azokat a körül-

ményeket, amelyeket Kádár Ferenc „Miért nem vonzó a pálya?” című, öt éve megjelent cikkében (Hírvivő XVII. évf. 3. szám) már összefoglalt. Ezek azok a gondok, amelyek szerepet játszhatnak abban, hogy a házi gyermekorvoslás nem vonzó a fiatal orvosok számára, és amelyek megváltoztatásáért történő határozott(abb) egyéni és egyesületi kiállás szakmánk megfiatalodásának és jövőjének záloga.

GENERÁCIÓ-ELMÉLET

Generáción alatt az ugyanakkor születettek korcsoportját, az egy korban élő, nagyjából azonos korú emberek összességét értjük. Egy-egy ilyen emberi korcsoport (nemzedék) felnövekedése, kifejlődése korábban 25–30 évig is tartott, azonban ez az idő felgyorsuló világunkkal együtt csökkenni látszik.

A generációk XX. századi „újra felfedezése” az Egyesült Államokból indult ki (Yankelovich-riport, 1971). A különböző korcsoportok eltérő magatartásáról szerzett tapasztalatokat elsőként a marketingszakemberek alkalmazták a gyakorlatban azzal a céllal, hogy az embereket még több termék fogyasztására, vásárlására ösztönözzék. Ez olyannyira jól sikerült, hogy az „X, Y, Z generáció” kifejezések mára szinte közhellyé váltak. A generációs marketing alapfoglata az, hogy a generációs szintű, közös élmények (ún. kohorsz-élmények) – a fiatalkori alapélmények, majd a szocializáció során megtapasztalt nagyobb és meghatározó történések – az ún. „korszellem” elkíséri az embereket életük végéig és hatással van választásaikra. Ezek a választások nemcsak vásárlási szokásaikat befolyásolják, hanem párkapcsolataikat, vagy munkahelyi döntéseiket is meghatározhatják.

Az elmúlt évszázad egymást követő generációi

- az 1940–50-es években született baby boom generáció,

- az 1960–70-es éves X generációja, valamint
- az 1980–90-es években született Y nemzedék.

NEMZEDÉKEK A MAGYARORSZÁGI HÁZI GYERMEKORVOSLÁSBAN

A ma Magyarországon praktizáló házi gyermekorvosoknak még mindig több mint a felét a baby boom nemzedék 1960 előtt született tagjai alkotják. Ők azok, akik idejekorán megtanulták, hogyan kell takarékosan gazdálkodni az erőforrásokkal, szorosan kötődnek munkahelyükhöz, munkafegyelmük és lojalitásuk eredménye, hogy a házi gyermekorvosi ellátás még egyáltalán létezik. Az őket létszámukban és életkorukban is követő X generáció tagjai pályájuk során már sokkal korábban találkoztak a munkahelyi stressz jelenlétével, amely köreikben egyre gyakoribb munkahelyváltást, -elhagyást és korai egészségi problémákat eredményezett. Valószínűleg olyan létszámban és időtartamban nem lesznek jelen az alapellátásban, mint a „baby-boomerek”. A gyermekorvosi alapellátás biztos és tartós működtetése tehát a fiatal Y generáció tagjaira vár(na), akik ugyanakkor – legalábbis eddig – sok vonzót nem találtak szakmánk kihívásaiban és létszámukban is töredékét alkotják az előző nemzedékeknek.

Y GENERÁCIÓ: JELLEMZŐK, ÉRTÉKEK

Általában az 1970-es évek vége és az ezredforduló között születetteket sorolják ide, vagyis életkoruk alapján ide tartoznak a már szakvizsgával rendelkező 30–40 éves gyermekorvosok. Természetesen a határokat nem lehet merev évszámokhoz kötni, sokkal fontosabbak az olyan közös élmények, mint pl. egy meghatározó irodalmi mű (Harry Potter),

vagy filmalkotás (Pulp Fiction), jelentős politikai-történelmi esemény (89'). Ennek a generációnak a kialakulásában az informatika száguldó fejlődése már fontos szerepet játszott, így nem csoda, ha tagjai magabiztosan kezelik a modern technikákat és legtöbbször többet tudnak a digitális világról, mint idősebb munkatársaik. Fejlődésükre nagyban hatott, hogy a megfelelő szellemi és testi fejlődéshez szükséges otthoni és iskolai körülményeik megteremtették annak a lehetőségét, hogy könnyen tájékozódjanak a világban, sokszor több idegen nyelvet is jól beszélnek. Szüleik – a korábbi szülőgenerációkkal ellentétben – őket már a szabad véleménynyilvánításra, önállóságra nevelték, ezért felnőttként is nagyra értékeli a demokratikus, formalitásoktól mentes munkakörülményeket, szabályokat. Már nem „engedelmes munkaerők”, munkahelyeiken nagy önbizalommal és szabadon élnek az életüket és mondják el a véleményüket, oldják meg feladataikat, így formálják végső soron munkahelyüket a saját képükre. Míg az Y generáció szülei kemény munka árán küzdöttek fel magukat oda, ahol tartanak, gyermekeik már nem hajlandók őket követve „robotolni”, számukra magától értetődő, hogy karriert érnek el és jól keresnek. A fiatalok látták, hogy szüleiknek sok kompromisszumot kellett kötniük, amelyért időnként nagy árat fizettek: magánéletük tönkrement, egészségük romlott, a munkaerőpiacon kiszolgáltatottakká váltak. Miután szüleik hibáit nem akarják újra elkövetni sokkal kevésbé „megalkuvók”, a lojalitást alig ismerik, viselkedésükben mintha keveredne a „rabszolgalét” fogalma a munka, hivatás iránti alázattal, mely utóbbi a korábbi nemzedékekénél – főleg a „baby boomerek”-nél – annyira természetes, hogy fel sem tűnik a napi rutin során. Azzal, hogy nem félnek a változástól és saját személyes érdekeiket a munkahelyi érdekek elé helyezik, olykor negatív érzelmeket váltanak ki idősebb munkatársaikból.

AZ Y GENERÁCIÓ ELVÁRÁSAI A HÁZI GYERMEKORVOSLÁSSAL SZEMBEN

Ideális munkakörnyezet, modern eszközök

A szüleik által gyermek- és fiatalkorukban biztosított jó körülményeket munkahelyüktől is elvárják, azzal szemben

magas – olykor túlzó – elvárásaik vannak. Nem csoda, ha a legjobb munkahelyek éves listájára egyre gyakrabban kerülnek fel az olyan trendinek számító fiatalos cégek, mint a Google, vagy a Prezi, ahol a tágas, napsütötte irodában a – jellemzően 40 év alatti – dolgozóknak a „szokásos” kávézó és dohányzó-sarok kombinációja mellett már olyan eszközök is megjelennek a munkavégzés közbeni rekreációhoz, mint a csocsóasztal, a függőágy, vagy akár egy boxszék. Ha a mi málló vakolattal, csöpögő radiátorokkal, szűkös rendelőhelyiségekkel jellemzett valóságunkat veti össze egy fiatal orvos az imént vázolt futurisztikus képpel, vagy akár csak a magyarországi kórházak örvendően megújulásnak induló infrastruktúrájával, akkor abból az előbbi minden kétség nélkül vesztesként kerül ki. Egyértelmű feladatunk a házi gyermekorvosi rendelő „újragondolása”, mely a modern házi gyermekorvoslásban nem korlátozódhat csak és kizárólag a rendelő helyiségeire, hanem annak szerves részét kell hogy képezze a személyzeti rész pihenőszobával, a kulturált betegfogadásra alkalmas recepció, pelenkázó/szoptatószoba, konzultációs helyiség stb. Ennek létrehozása önmagában is feltételeznél a központi – térségi, városi – rendelőintézetek létrehozását, amit a humán erőforrás helyzete is egyre jobban sürget. Az ehhez szükséges anyagi források biztosítása természetesen központi feladat – egy második stadionépítési program – volna.

Az Y generáció tagjai már a számítógépekkel együtt nőttek fel, ők jelentik az ún. digitális nemzedékek első hullámát. Érthetően munkájuk során is a legmodernebb eszközöket szeretnék használni. Számukra legalább akkora érték az informatikai jártasság és a legújabb innovációk ismerete, mint a leghalkabb szívzörejt is meghalló fül, vagy a finom tompulatot kikopogtató ujj. Elemi szükségletük a megújuló, naprakész hardver (fizikai eszköz) és szoftver (funkcionális rész), amelyek beszerzéséhez nélkülözhetetlenek a központi eszközbeszerzési pályázatok, működtetésükhöz pedig a hozzájuk rendelt kiegészítő finanszírozás. Ezek meglétéért és folyamatosságáért a HGYE-nek a többi orvosi érdekvéviseléssel együtt közösen kell küzdenie. Azért, hogy a fiatalok ne essenek a „modern kütyük” által nyújtott előnyök egyoldalú értékelésének csapdájába (hiszen rajonganak értük) a szakmai szer-

vezetek feladata az is, hogy a rendelői napi gyakorlat számára objektív módon meghatározza ezen eszközök – POCT, ultrahang, mobilapplikációk stb. – alkalmazhatóságát.

Az „ezredváltó” nemzedék a multimédiás tartalmakat magától értetődően fogyasztja, és azok előállításában is sokkal aktívabban vesz részt, mint elődei. Gondoljunk csak az online időpontkérési/konzultációs lehetőségekre, az egyre szaporodó gyermekorvosi honlapokra, várótermi monitorokon elhelyezett információkra. De ami akár a hozzájuk legközelebb álló X generációtól is igazán megkülönbözteti őket, az a közösségi média – pl. facebook – spontán, ösztönös használata. Ennek megnyilvánulása, hogy egyre gyakrabban találkozhatunk fiatal kollégák praxisának önálló facebook-oldalaival, posztjaik pedig vírusként terjednek az ilyen típusú kommunikációra láthatóan „vevő” szülői megosztások által, ami sokszor szinte irritálja a szakmát vagy az idősebb kollégákat.

Mi tehát a teendő? Van-e teendőnk? Feladatunk lehet szakmai, vagy akár anyagi támogatás biztosítása a rendelők (rendelőintézetek) honlapjainak létrehozásában. Még inkább feladatunk, hogy a HGYE formailag és tartalmilag is modern, „iránymutató” honlapot működtessen, és az azon megjelenő, naprakész, szakmailag ellenőrzött tartalmakat a fiatal kollégák oldalairól könnyen elérhetővé tegye. Ennek a létrehozása egyébként nehezen képzelhető el az Y generáció tagjainak aktív részvétele nélkül.

Nemzetközi példák mutatják, hogy a szakmai szervezetek azzal is segíthetik a fiatalok online jelenlétét, ha a hatályos jogi és etikai szabályoknak megfelelő, közös ajánlást (ún. facebook-etikai kódex) dolgoznak ki, amivel segíthetik fiatal tagjaikat abban, hogy az online teret saját igényeiknek megfelelően, a szakma többi résztvevőjének is elfogadható módon, biztonságos mértékig tágíthassák.

Biztos anyagi háttér

Az Y generáció számára a kiszámítható és a társadalmi szerepnek megfelelő jövedelem „magától értetődő”. Magától értetődő, mivel legtöbbször gyermekkorából hiányzott a nélkülözés (ellentétben az idősebb nemzedékekkel) és magától értetődő, mivel anyagi megbecsülésük értékelésekor ők már nem csak a Kárpát-medencén belüli, hanem európai összehasonlítást tesznek (hi-

szen megtehetik). Ezért (is) volna fontos a korán megismerhető és biztos házi gyermekorvosi életpálya. Az elmúlt évek praxisfinanszírozásának emelkedése iránymutató és örvendetes, de a megállapodások ellenére is szükséges, vég nélküli konzultációk a szakmai szervezetek és a döntéshozók között, azok kommunikációja, a politikai bejelentések ad hoc jellege továbbra is a bizonytalanság érzését táplálja a fiatal orvosokban (is), akik így érthető módon inkább kívánnak, mielőtt döntő elhatározást hoznának karrierjükkel kapcsolatban. Erre a hiányosságra – bizalmi válságra – fel kell hívnunk az egészségpolitikusok figyelmét, különben a várt pozitív változások elmaradását esetleg újbóli forráscsökkenés követheti.

Miután ennek a nemzedéknek a gondolkodását meghatározza az, hogy nekik a társadalmi szerepüknek megfelelő – magas – jövedelem „jár”, ezért nem érzik úgy, hogy annak kiegészítésül bármikor is szükségük volna fekete jövedelmekre, vagyis a hálapénzre. Nem meglepő, ha minden felmérésben, szakmától függetlenül a fiatalok utasítják el legnagyobb mértékben a hálapénz rendszerét. Számukra a – korábbi praxishirdetésekből oly gyakran olvasható – „jó beteganyagot” már nem a gyógyulás érdekében anyagi áldozatot is vállaló (hálapénzt fizető) családok jelentik. Bevételeiket legalizálni akarják, hiszen az munkájuk értékének elismerése. Mindez együtt azt eredményezi, hogy egyesületi és egyéni szinten is meg kell tennünk mindent a hálapénzmentes házi gyermekorvoslásért, ha a fiatal utánpótlás bizalmát meg akarjuk szerezni.

Szüleik és idősebb munkatársaik példájából okulva – a megfelelő anyagi háttér biztonságában – az Y generáció tagjai már nem akarnak „robotolni”, számukra a praxis / házhoz járás / magánrendelés / ügyelet mókuskereke már „nem pálya”. Fontos ennek a felismerése, hiszen a rendszerszintű önkiszármányolás a fiatal orvosokkal még a praxisfinanszírozás és az ügyeleti óradíjak emelésével sem lesz működtethető. Vagyis még a több pénz megjelenésével is keletkezhetnek paradox módon ellátási hiányok. Elengedhetetlen tehát a hagyományos struktúrák – iskolaorvoslás, házi gyermekorvosi ügyeletek stb. – újragondolása, szükség esetén a párhuzamosságok leépítésével, hiszen a leendő fiatal házi gyer-

mekorvosok várhatóan egyetlen munkahelyen, a másod- és harmadállás kényszere nélkül kívánnak majd megfelelő jövedelemhez jutni.

Nemzetközileg is elismert szakmai munka

Ahogy azt tapasztaljuk, ezek a fiatalok jól beszélnek idegen nyelveket és ennek (is) köszönhetően könnyedén, magabiztosan tájékozódnak a világban. Egy-egy szakmai kérdés felmerülésekor magától értetődő természetességgel fordulnak az olyan, főként angol nyelvű oldalakhoz, mint amilyenek az UpToDate vagy a NICE guideline. Míg elődeik számára egy-egy elismert szaktekintély által írt könyv, tudományos cikk, vagy személyes tanítás volt az útmutató, ők sokkal inkább hisznek a csoportos teljesítményben, főként, ha az nemzetközi, és az internetnek köszönhetően határon átvélve valósul meg. Saját munkájuk mércéjének sokkal inkább a nemzetközi összehasonlítást tekintik, semmint a helyi (olykor elavult) szokásokat, ami úgy tűnhet fel, mintha kevésbé lojálisak lennének a magyar orvoslás hagyományaival szemben (és talán így is van).

Részben ennek a teljesen újszerű „kultúrának” az igénye fogalmazódhatott meg azon fiatal gyermekorvosokban, akik a közelmúltban véleményükkel a nyilvánosság elé lépve a hazai gyermekorvoslást képviselő idősebb kollégáik, tanáraik rosszállását váltották ki.

Megoldás lehet erre a helyzetre egy olyan konzultatív környezet létrehozása, amely feudalisztikus attitűdök nélkül adna lehetőséget a nemzetközi, ún. evidence based szakirodalom és a magyar gyógyítás hagyományain alapuló házi gyermekorvosi protokollok kidolgozására. Ezen konzultatív légkört kialakíthatják egymás között kisebb szakmai munkaközösségek (pl. egy városban dolgozó házi gyermekorvosok) is, bevonva a munkába a fiatal kollégáikat. De még fontosabb volna, hogy a házi gyermekorvoslás protokolljainak – szakmai létünk egyik alapjának – összeállítása a HGYE vezetésével és természetesen a szakmai kollégiumok felügyelete mellett, minél több fiatal bevonásával elkezdődjön. Ez azon fiatal gyermekorvosoknak jelentene vonzerőt, akik nem félnek a szakmai kihívásoktól, elkötelezettek a szakmai színvonal emelése mellett és jó értelemben vett „versenytársai” lehetnének a klinikákon maradó kortársaikkal.

Kiszolgáltatottságmentes környezet

Ezt a nemzedéket talán az önbizalom tekintetében választja el a legnagyobb szakadék az előző generációktól. Elődeik számára érthetetlen magabiztossággal és szabadsággal éltek az életüket és mondják el a véleményüket. Nem fogadják el az egzisztenciális kiszolgáltatottságot, amelyet az idősebb háziorvosok akár évtizedeken keresztül is megtapasztaltak egy-egy kevésbé együttműködő önkormányzat által elnyomva. Miután a fiatalok érzik, hogy a jogszabályok nem biztosítanak számukra megfelelő védelmet a kiszolgáltatott helyzetből, ezért inkább nem is tévednek az alapellátás ingoványos területére. Ezért is volt nagy előrelépés a 2015-ös alapellátási törvény elfogadása, de sajnálatos, hogy annak tényleges megvalósulására még 2 év elteltével is várunk kell. Még mindig általános, hogy a feladatellátási és ügyeleti szerződések megkötésekor az orvosok tetemes hátrányból indulva, még jogi tanácsadó igénybevételekor is csak részben tudják érvényesíteni álláspontjukat. Kérdéses, hogy az országosan egységes feladatellátási szerződések mennyiben oldanák meg ezt a problémát.

A fiatal házi gyermekorvosok a szülőkkel szembeni kiszolgáltatottságot is szeretnék elkerülni. Jól példázza mindezt, hogy az ő praxisaikban a legkevésbé jellemző a házánál történő betegellátás, a szolgálati telefon hétvégi, és éjjel is készenléti üzemmódja, a rendelési idő elhúzódása. Amennyiben eladandó praxisunkat vonzóvá szeretnénk tenni egy fiatal gyermekorvos számára, érdemes már időben elkezdni a családok „nevelését”. Betegelőjegyzési rendszer működtetésével, a nem közfinanszírozott szolgáltatások egyértelmű kommunikációjával, az ún. kényelmi szolgáltatások fogalmának megismertetésével és elfogadtatásával a szülők felé sokat tehetünk azért, hogy átadandó praxisunkban egy fiatal ne kiszolgáltatva érezze magát (a „jó beteganyag” új meghatározása).

Végül a közvetlen munkatársakkal való érintkezésben sem tisztelik a tekintélyt vagy a kor („bezzeg az én időmben”) előjogát. Álláspontjukat ugyanolyan értékűnek tartják, mint tapasztaltabb kollégáikét. Ha azt várjuk, hogy új, fiatal munkatárs lépjen be egy házi gyermekorvosi munkaközösségbe, nagyon sokat segíthet, ha a közös ügyeleti megbeszélések légköréről és a szabadságos

helyettesítési rendről mindenki tudja, hogy az demokratikus, és az újonnan érkezőnek sem kell hátrányos megkülönböztetést elszenvednie.

Változatos, új kihívásokkal teli munka

Az Y nemzedék tagjai a maguk képességének, egyéniségének megfelelően kívánják alakítani a munkájukat és ha az ambíciójukat nem elégíti ki a feladat, és azon változtatni sem tudnak, könnyen váltanak. Jobban mondván a házi gyermekorvoslás esetében csak váltanak (!), hiszen általánosan elfogadott vélekedés, hogy erről a pályáról már nincsen hová menni.

Az Y generáció számára a röghöz kötöttségtől való félelem az a „mumus”, amelynek megléte önmagában – a korábban felsorolt szempontok nélkül – is elegendő ahhoz, hogy a praxisletelepedési pályázatok igen jelentős és növekvő anyagi forrásainak ellenére is csak néhány fiatal lát perspektívát a házi gyermekorvoslásban. A házi gyermekorvosi praxisok szakmai kompetenciájának bővítése, az ellátás színvonalának emelése, a nem orvosi feladatok leválasztása,

a feladatvégzéshez rendelt, kiszámítható finanszírozás együttesen eredményezhetné azt, hogy a házi gyermekorvosi munka vonzereje, így a praxisjog forgalomképessége javuljon. A szakmai kompetenciák kibővítésével (második szakvizsga alkalmazhatósága az alapellátásban, licenszvizsgák) bizonyos készségek a házi orvosi munka során sem vesznek el, ami javítaná (vagy megteremtené) az alapellátásból a kórházi/szakorvosi munka felé történő átjárhatóságot azok számára, akikben ilyen igény felmerülne. A gyermekorvosi praxisok piacképességének javulásával egy ilyen, jelenleg szinte kivitelezhetetlen váltás is könnyen létrejöhetne, amivel megszűnne a házi gyermekorvoslás „zsákutca” jellege.

Így válna vonzóbbá pályánk az Y generáció tagjai számára.

VÉGÜL

Életünk nagy döntéseit egyénként hozzuk meg, de kortársaink életsorsát és megannyi választását mégis összefűzi

egy laza szálú, de meghatározó háló a közös értékek mentén, amely lehetőséget teremt arra, hogy ezeket a döntéseket összekapcsoljuk. A fiatal orvosnemzedék közös gondolkodásának befolyásolására – mint láthattuk – többféle lehetőségünk van. Szerepe lehet ebben az egészségpolitikai döntéshozóknak, az országos szakmai és érdekképviselői szervezeteknek, helyi munkacsoportoknak, de nekünk, egyéneknek egyaránt. Arra, hogy az összes szereplő egyszerre (és gyorsan) felismerje ezt a szerepét, sajnos kicsi az esély. De ha csak annyit elérünk, hogy a házi gyermekorvoslásban jelen lévő generációk jellemzőinek és igényeinek megismerésével a nemzedékek közötti párbeszédet folyamatosabbá tesszük, már jó úton indulunk el.

PÓLOSKEY PÉTER

A munkához Tari Annamária:
Y generáció c. könyvét,
Törőcsik Mária: Generációs marketing
c. írását és a wikipédiát használtam
forrásmunkának.

Kötelesek vagyunk-e kimenni a gyerekhez?

A HGYE jogsegélyszolgálatának válasza:

A 4/2000. (II. 25.) EüM-rendelet szerint a házi orvos, házi gyermekorvos a NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) által finanszírozott egészségügyi tevékenység keretében feladatait a rendelőjében, indokolt esetben a beteg otthonában látja el.

A házi gyermekorvosnak kizárólag intézeten kívüli születés esetén kötelező (4-7 napon belül) az újszülött otthoni ellátása.

Magyar Nemzet:

„Erdélyi István, a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének ügyvezetője, jogi szakértője elmondta, a rendelet szerint a házi gyermekorvos a gyermeket vagy a rendelőben, vagy a saját környezetében, azaz otthonában láthatja el. Az otthoni ellátásra indokolt esetben kerülhet sor. Azt a házi orvosnak kell eldöntenie, mit tekint indokolt esetnek. (Sürgős esetben, amikor azonnali beavatkozásra van szükség, az Országos Mentőszolgálathoz kell fordulni.) Ha a gyermek nincs annyira rosszul, hogy ne lehetne elvinni a rendelőbe, de a szülő – például mert influenzás időszakban nem akarja az egyébként is beteg gyereket felülfertőződésnek kiténni – arra kéri az orvost, hogy otthonában lássa el a beteget, akkor az orvos maga dönthet arról, hogy a kényelmi szolgáltatásért felszámol-e díjat vagy sem, és ha igen, mennyit. A kapott pénzről számlát vagy nyugtát kell adnia.”

NO PARA! – Gondolatok a hálapénzmentes gyermekellátásról

A HGYE küldötteinek tavaszi értekezletén elhangzott, hogy bár a tradicionális értelemben vett hálapénz bennünket, házi gyermekorvosokat gyakorlatilag nem érint, minden nyugta vagy számla nélkül kapott pénz paraszolvenciának minősül. Kérhetünk-e pénzt úgynevezett kényelmi szolgáltatásokért, mennyit, és adjunk-e róla számlát? Hallgassunk a témáról és menjen minden tovább ahogy eddig volt, vagy próbáljuk meg tisztába tenni a kérdéseket? Győri József kollégánkat, küldöttértekezletünk előadóját kértük fel a probléma kifejtésére.

Kihívásnak, ugyanakkor nagy felelősségnek is érzem a paraszolvencia/hálapénz problematikájával való foglalkozást. Évtizedek óta izgat, hogy miként változhatna a helyzet, ha...

Nem vállalkozom pontos, átfogó elemzések ismertetésére, mindenki számára megnyugtató definíciók, szabályozások részletes bemutatására, vagy éppen az egyetlen, igazi, „tuti” megoldás kinyilatkoztatására. Nem vállalkozom, mert egyrészt ebben a terjedelemben ez lehetetlen volna, másrészt sajnos nem is vagyok képzett szakembere a témának, és hát a bölcsek köve sincs a birtokomban...

Egy olyan gyermekorvos gondolatait olvashatja a tisztelt olvasó, aki a szakmai ismeretek, irányelvek (EBM – tényeken alapuló orvoslás) és a törvényi/rendeleti szabályozás szerinti működésre törekszik; holisztikus szemléletű, azaz a páciensek és családjaik fizikális, pszichés, szociális és spirituális jólléte a célja; 2004 óta deklaráltan hálapénzmentes praxist vezet úgy, hogy közben igyekszik magának és családjának normális, egészséges, anyagilag is stabil életet biztosítani.

Miért gondolom aktuálisnak azt, hogy foglalkozunk a kérdéssel? Mert „helyzet van”! Most is helyzet van. A téma mind gyakrabban válik forróvá. Olvashattuk azokat az átfogó cikkeket, felméréseket, tanulmányokat, elemzéseket, amelyek az elmúlt egy év során megjelentek (pl. 2016 áprilisában az „orvos-

bárók” bemutatása, 2017 elején pedig a ReSzaSz és Szinapszis Kft. által végzett hálapénzkutatás). Botrányos esetekről szólnak a híradások: gondoljunk a veszprémi onkológus idén nyilvánosságra került esetére, a Semmelweis Egyetem nőgyógyászára vagy éppen a munkahelyükön felmondó sebész-rezidensekre. Új csoportok, érdekképviseletek alakulnak, amelyek kiemelt témának tekintik a paraszolvencia elleni küzdelmet (pl. Rezidensek és Szakorvosok Szakszervezete, 1001 orvos hálapénz nélkül elnevezésű Facebook-csoport).

Hallani vélem néhány kolléga finom ellenvetését: „Nemáhog ez legyen a legfontosabb!”, sok más dolgunk is van, amiért küzdeni kellene... Igaz. De ez is égető kérdés.

Sokan sokféleképpen igyekeztek meghatározni, hogy mit is kell értenünk a hálapénzen, paraszolvencián? Arról is sok-sok elemzés olvasható, hogy bonyolult és szövevényes egészségügyi rendszerünkől miért is kiirthatatlan ez a „valami”. Álljon itt néhány jellemvonás, meghatározás-töredék. „Ágazati elnevezése a borraivalónak, ajándéknak, korrupciós pénznek, fekete pénznek, illegális jövedelemnek.” Van olyan, aki szerint „köttöanyag”, azaz ez tartja össze jelenleg a hazai egészségügyet, mások szerint „méreg” vagy „polip”. Ez utóbbi kép igen jól kifejezi azt a helyzetet, amit magam is sokszor megfogalmaztam az elmúlt évtizedek során, hogy tudniillik a hálapénzrendszer a mai egészségügy minden anomáliájával (bizalmatlanság, szakmai színvonal egyenetlensége, feudális hierarchia, fiatal és kevésbé fiatal orvosok elvándorlása stb.) valamilyen módon kapcsolatban van.

Mintha itt újabb ellenvéleményeket hallanék: „De hát egy gyermekorvosi praxisban nincs is hálapénz!” Részben egyetértek: egy gyermekorvosi praxis valóban számtalan vonatkozásban különbözik az egészségügy más területeitől. Más, mint egy kórházi osztály, vagy mint egy műtési szakma. Az is igaz, hogy közöttünk nincsenek „orvosbárók”. Tény, hogy a praxisban nem jellemző a várólista, valamint egyszerűen szabá-

lyozott a szabad orvosválasztás, ezek tehát nem gerjesztenek illegális pénzmozgást.

Mindezzel együtt a gyermekorvosi praxisban is hálapénzről van szó, amikor olyan jövedelemhez jutunk, amely átláthatatlan, nem legális, azaz számla-, ill. nyugtaadás-nélküli. A mi szakmánkban ilyen bevétel jellemzően az otthoni vizitek során „keletkezik”, ezért tartom kiemelt jelentőségűnek az otthoni vizitek kérdését. A tevékenységünket szabályozó 4/2000. (II. 25.) EüM-rendeletből a jelen téma kontextusában csak egy mondatot emelek ki: „Feladatait a házi orvos a rendelőjében, indokolt esetben a beteg otthonában látja el.” A jogszabály a rendelőben történő és az otthoni ellátást egyaránt a finanszírozott körbe vonja, de alapvető különbség, hogy az otthoni ellátás esetében külön indok szükséges. Annak megítélése, hogy mi az indokolt eset, a gyermekorvos feladata. Amennyiben az orvos megítélése szerint nem indokolt az otthoni ellátás, a szülő kérésére viszont mégis házhoz megy, az nem tartozik a finanszírozott ellátás körébe, célszerű tehát „kényelmi szolgáltatásnak” neveznünk. A kényelmi szolgáltatásnak pedig anyagi vonzata kell hogy legyen, a gyermekorvosi praxisban is. Az ilyen szolgáltatásnak térítési díja van.

Ezt az összeget vagy az orvos határozza meg, vagy a szülő állapítja meg, ha az orvos egy teljesen patológiás, társasjátékszerű felállásban rábízta, hogy találja ki azt az összeget, amire ő gondol. De hát mi ebben a rossz? Hiszen időtlen idők óta így működik a rendszer, miért kellene bármit is változtatni rajta?

Anélkül sorolok fel néhány megfontolásra érdemes szempontot, hogy részletesen kifejteném.

Ez a rendszer rombolja a bizalmi kapcsolatot, ami orvos és páciens/szülő között alapvető fontosságú. Ez a rendszer gyakran megalázó helyzeteket terem. Sok esetben szakmailag alacsony színvonalú munkára kényszeríti az orvost, aránytalanul nagy időráfordítással. Mindezek együtt kimerültséget eredményeznek, a kiégés felé viszik a gyermekorvost. Ha pedig az ebből összejevő egyhavi

pluszbevételt számszerűsítjük, ritka kivételtől eltekintve, relatíve kis összegeket kapunk. Tényleg, tudja valaki, hogy a mi köreinkben mennyi is az annyi?

Meggyőződésem, hogy tiszta vizet kell öntenünk a pohárba. Hogy szakmánk jövője kizárólag a hálapénzrendszer nélkül képzelhető el. A Kórházszövetség 2016-ban többek között ezt írta: „a paraszolvencia kivezetése évtizedes tisztázó, odafigyelő, tervszerű cselekvéssel érhető csak el.” Szép-szép, de többségünknek már nem telik ilyen hosszú várakozásra. Nekünk rövid időn belül van szükségünk arra, hogy a szakmai megújulás, fejlődés mellett, a hálapénzzel kapcsolatos mentalitásváltás, paradigmaváltás is bekövetkezzék.

Mi a helyzet a térítési díjakkal? A 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet szerint:

A térítési díj ellenében igénybevehető szolgáltatások térítési díját az orvos a betegek számára hozzáférhető módon hozza nyilvánosságra.

A szolgáltatás teljesítése előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről.

Az egészségügyi szolgáltató a térítési díjról számlát/nyugtát ad.

Tehát legális bevételről, árlistáról, nyugta- és számlaadásról van szó. Ha ez így lenne, az otthoni vizit során keletkezett jövedelemnek nem volna köze a hálapénzrendszerhez, minden a hatályos törvényeknek, jogszabályoknak megfelelően, transzparens módon működne.

Meggyőződésem, hogy mi, praxisban dolgozó gyermekorvosok kizárólag nyertesei lehetnénk, ha a HGYE a megtisztulási folyamat élére áll. Veszte-

nivalónk egyáltalán nincs, nyerhetünk viszont erkölcsi, társadalmi elismerést, bizalmat a családokkal való kapcsolatban, időt, amit hatékonyabban tudunk felhasználni, a szakmai színvonal emelkedését.

És még egy: talán még pluszfinanszírozást is nyerhetnénk. Ha ugyanis milliárdokkal jutalmazza majd a kormány azokat a kórházakat, (Bethesda, Budai Irgalmasrendi) ahol deklarálják, hogy nem fogadnak el hálapénzt, miért ne kaphatna a házi gyermekorvosi hálózat is milliárdokat, ha mi is megszüntetjük köreinkben az illegális pénzmozgásokat?

Kedves Kolléga! Ön hogyan látja ezt a kérdést? Válaszát a következő e-mail címre várjuk:

DR. GYÖRI JÓZSEF:
JOEGYORI@HDSNET.HU

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK FELHÍVÁSA

Az ENSZ Gyermekjogi Egyezménye kimondja, hogy a gyerekeknek joguk van a lehető legjobb egészségi állapothoz, ennek érdekében az államnak gondoskodnia kell arról, hogy megfelelő orvosi ellátásban és gyógyító nevelésben részesüljenek. Meggyőződésünk, hogy gyermekeink optimális testi és lelki fejlődése, személyiségük teljes kibontakozása a társadalom számára hasznos, aktív, egészséges és boldog felnőtté válásuk meghatározó feltétele. Ez az optimális fejlődés kizárólag magas szakmai színvonalú, országos lefedettséget biztosító, a gyermeki lét speciális jellemzőit és igényeit messzemenően szem előtt tartó gyermekorvosi alapellátás mellett biztosítható.

Ennek letéteményese Magyarországon a megfelelő képzettséggel, elméleti tudással és biztos betegellátó készséggel rendelkező csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosokból álló házi gyermekorvosi hálózat, amelynek hosszú távú fennmaradását jelenleg számos tényező fenyegeti. A házi gyermekorvoslás életben maradásának, további fejlődésének alapvető feltétele a jelenleginél lényegesen kedvezőbb szakmai és finanszírozási környezet kialakulása. Ennek megvalósítása érdekében halaszthatatlan szakmapolitikai beavatkozásra van szükség. A házi gyermekorvoslás hazai rendszerének megreformálására tett intézkedések további késlekedése nemcsak hivatásunk fennmaradását, de a felnövekvő generáció, a jövő felnőtteinek egészségét is fenyegeti.

- Első és legsürgetőbb lépés a házi gyermekorvoslás, mint önálló ellátási forma jövőjébe vetett bizalom visszaállítása! Az egészségpolitika, mint alapvető célt nyilvánítsa ki, hogy a beteg gyermekek ellátása a kórházon kívül, a területen is a gyermekgyógyász szakorvosok feladata.
- A házi gyermekorvosi praxis vegyes háziorvosi praxissá való átalakítása elfogadhatatlan gyakorlat! A házi gyermekorvosi praxisok és a hozzájuk rendelt központi finanszírozás integritásának megtartása csak a gyermekpraxisok megszüntetésének tilalmával érhető el.

- Olyan ösztönzőrendszert kell kialakítani, amely szakmailag és egzisztenciálisan egyaránt vonzóvá teszi a házi gyermekorvosi hivatást az utánpótlást biztosító fiatal gyermekgyógyászok számára.
- Az ellátottak életkora szerinti prioritásnak a finanszírozásban is érvényesülnie kell! A gyermekek ellátásáért járó emelt pontérték alkalmazását gyermekgyógyász szakvizsgálathoz kell kötni!
- A jelenleg eladhatatlan, főként kisebb méretű praxisoknak a rendszerből – önkéntes alapon, egy bizonyos életkor után – történő kivezetését, ezzel az idős kollégák tisztességes, társadalmi megbecsülést tükröző nyugdíjkományba vonulásának lehetőségét meg kell teremteni.
- Ésszerűen és rugalmasan szervezett mikrotérési gyermekellátó központok kiépítésével el kell érni a jelenleg gyermekorvos nélküli, ellátatlan területek fokozatos felszámolását! A megürült praxisok betöltését finanszírozási, letelepedési támogatással, adókedvezménnyel, járulékenyhítéssel is kiegészítve kell ösztönözni. Egy gyermekorvos több praxis jogát is megszerezhesse, teljes finanszírozással, korlátozások, elvonások, degreszió stb. nélkül. Legyen lehetőség szakorvosjelöltek bevonására is az ellátásba!
- Hosszú távon biztosítani kell a házi orvosi rendszerrel azonos képzési és intézményi háttér kialakítását a házi gyermekorvosi hálózat számára is.

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete fellépésre, összehangolt cselekvési program kialakítására szólítja fel az egészségpolitikai döntéshozókat és minden érdekeltet, akinek fontos a magas színvonalú gyermekorvosi alapellátás biztosítása hazánkban.

A felhívást a májusi Kávészünet-konferencia résztvevői közül 513-an írták alá. A Balog Zoltán miniszternek és Ónodi Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkárnak eljuttatott felhívásunkra több mint hat hete nem érkezett válasz.



Enyhítő hatású köhögés elleni szirup

BabyPront SZIRUP

Glicerín tartalmú,
nyálkahártya bevonó
hatású szirup
skálabeosztással
ellátott adagoló
fecskendővel



- Csillapítja az improduktív köhögést kiváltó irritációt
...mivel nyugtató-nedvesítő hatású védő
bevonatot képez.
- Enyhítheti a külső irritáló hatásokat (füst,
levegőszennyezés...)
...mivel védőbevonatot képez a nyálkahártyán.
- Biztonságos készítmény
...nincs farmakológiai hatása – kizárólag mechanikai aktivitást fejt ki.



BABY PRONT szirup. A garatnyálkahártyán bevonatot képez, hidratáló hatása révén csillapítja az improduktív köhögés által kiváltott irritációt. ÖSSZETEVŐK: Glicerín, folyékony maltit (E965), hidroxietil-cellulóz, nátrium-benzoát, citromsav-monohidrát, nátrium-citrát, eper aroma, tisztított víz. ORVOSTECHNIKAI ESZKÖZ BESOROLÁSA/KIJELÖLT SZERVEZET: I. kategória (szirup); Category Im/Apave Italia CMP (fecskendő). GYÁRTÓ: Pierre Fabre Medical Devices, 29 avenue du Sidobre, 81106 Castres cedex, Franciaország (szirup); Rovipharm, Franciaország (fecskendő).

Lyme-kór – eltelt 40 év

Bár voltak európai előzményei, a Lyme-kórt teljes komplexitásában az Egyesült Államokban írták le 1975-ben. A világ azonban csak akkor figyelte fel a felfedezésre, amikor Burgdorfer 1982-ben felismerte a később róla elnevezett kórokozót. Az első hazai betegeket 1984-ben diagnosztizáltam. Úgy alakult, hogy 1986-ban – klinikusként – magam fogtam hozzá a diagnosztikus (szerológiai) vizsgálatoknak. Szerencsétlenségemre az első vizsgálatok hibátlanul sikerültek, hogy aztán számtalan kudarc legyen a vakmerőségem büntetése. A sok kudarc sok tudományos igényű vizsgálatra kényszerített. Az így gyűjtött tapasztalataimból nyújtok át egy csokorra valót.

Azoknál a betegségeknel, ahol a kórokozót nem tudjuk (vagy csak nehezen és költségesen) tenyészteni, szerológiai eljárásokkal – a vérben megjelenő, a kérdéses kórokozóhoz kötődő ellenanyagok vizsgálatával – próbáljuk alátámasztani a diagnózist. Elsősorban a vírusbetegségek tartoznak ebbe a körbe. Mivel a Lyme-baktérium (*Borrelia burgdorferi*) nehezen, és csak invazív eszközökkel tenyészthető, kézenfekvő volt a szerológia alkalmazása. Minthogy a vírusok csak néhány fehérjét tartalmaznak, és az egyes vírusok jelentősen eltérő fehérjékkel rendelkeznek, a szerológia többnyire hibátlanul működik. A bakteriális szerológia azonban maga a sorscsapás.

1. Részben azért, mert rengeteg a keresztreakció, pl. a 41 kilodaltonos csilló-antigén minden csillós baktériumban azonos. Így a csillókkal beborított borreliához kötődő antitest egyáltalán nem biztos, hogy a borreliával szemben termelődött. Megfigyeltük, ahogy elválasztják az anyatejről a csecsemőt, megjelenik ez az antitest, hiszen a *Lactobacillus*-oknak (anyatejes bélflóra) nincs, de a *Colin*-nak („felöltött” bélflóra) van csillója. Olyan fehérjéi is vannak a Lyme-baktériumnak, amelyek az egész élővilágban előfordulnak, így az emberben is megtalálhatók. Vagyis a „pozitív” szerológiai reakció önmagában még távolról sem diagnosztikus erejű. Emiatt azok az

eljárások, amelyek nem választják szét a *Borrelia* fehérjét, tehát a csak a borreliákban előforduló fehérjéket a máshol, pl. más baktériumokban is megtalálhatóktól, vagyis valamennyi borreliához kötődő (de nem okvetlenül azzal szemben termelődött) antitestet összegezve mérik, csak nagyon korlátozottan alkalmasak a diagnózis alátámasztására. Ezek az eljárások (ELISA és módosulatai) olcsók, csak előzetes vizsgálatra alkalmasak, ami immunoblottal megerősítést igényel. (Az immunoblot lényege, hogy a szétválasztott borreliafehérjék mindegyikével külön-külön látjuk az immunválaszt, tehát tudjuk, hogy az ellenanyag pl. csak a csillófehérjéhez kötődik-e, aminek, mint láttuk, nincs diagnosztikus értéke.)

2. A lezajlott és gyógyult (vagyis az átvészelt) fertőzés is pozitív eredménnyel jár. Amíg a vírusfertőzésekben elég szabályos az ellenanyagok alakulása (először az IgM osztályú ellenanyag jelenik meg, majd ennek eltűnésével detektálható az IgG), addig a Lyme-kórban még a friss fertőzésekben sem tudjuk mindig detektálni a korai (IgM típusú) immunválaszt. Hogy még bonyolultabb legyen, a fertőzés gyógyulása után az IgM is perzisztálhat éveken át.

3. Minden szerológia alapvető kérdése, hol húzzuk meg a határértéket. Mi számít pozitívnak, mi negatívnak? Mivel nincs fekete-fehér válasz, a határértéket (cut-off) sokféleképpen lehet beállítani. Leggyakrabban a nagy, világlapokban megjelent tanulmányok útmutatóira hagyatkoznak a szerológiai tesztek gyártói. Pl. az USA-ban 10 fontos *Borrelia*-antigénből, ha 5-höz kötődik antitest, akkor az eredményt pozitívnak adják ki. De mi van, ha csak 4 fehérjével szemben mutatható ki, de nagyon erőteljes a reakció? Mi van akkor, ha 6 fehérjével szemben van immunválasz, de mindegyikkel szemben csak halvány reakciót mérünk? Ezek a kérdések nem jelennek meg az amerikai útmutatókban. Mi 300, klinikailag biztosan felismerhető Lyme-kóros (erythema migrans, Bannwarth-szindróma, Lyme arthritis és egyéb krónikus forma – pl. acrodermatitis chronica atrophicans) beteg savójában található ellenanyagválaszt hasonlítot-



tunk össze különféle kontrollcsoportokkal (csecsemők, vradók, autoimmun betegek). Azokat az antitestválaszokat és olyan intenzitásban tekintjük csak diagnosztikusnak, amelyek a legnagyobb mértékben különítik el a Lyme-csoportot a kontrolloktól. Hasonló méretű és hasonlóan kivitelezett vizsgálatot csak évtizedekkel később végeztek az USA-ban. Mire a szerológiai teszt ipari előállítására sor kerül, már a teszt egyes komponensei gyökeresen eltérnek azoktól, amelyeket a közleményt jegyző szerzők eredetileg alkalmaztak. Ezen a téren számos további bonyodalom is van, ezek közül csak egyet emelek ki. A gyárak megvásárolnak olyan klinikusokat, akikről azt gondolják, hogy járatosak a Lyme-betegségben. Azonban a klinikai diagnózisban nagyon gyakori a tévedés, ezen felül a klinikust a beküldött minták száma alapján fizetik. Vagyis ahhoz fűződik a klinikus érdeke, hogy minél több mintát küldjön Lyme-diagnózissal a gyártóhoz. Az eredményt nem nehéz elképzelni...

Nem térek ki a szerológia végtelen számú buktatójára, csak egyet emelek ki: a rövid ideje tartó fertőzések esetén igen nagy a bizonytalanság. Egy pár napja megjelent erythema migrans szinte sohasem jár szeropozitivitással. A kullancs-

csípés után pár nappal végzett borrelia-szerológia teljesen értelmetlen, a tévedés valószínűsége óriási. Az idült fertőzés azonban mindig extrém fokú IgG-pozitivitással jár. Az egyes klinikai kórformákhoz jellegzetes immunológiai reakció tartozik, ha a reakció eltér az elvárhatótól, nagy valószínűséggel téves volt a diagnózisunk.

Néhány kiegészítés

A láb- vagy kezujjak tövében történt kullancscsípés után igen lassan növekszik az erythema migrans, ilyenkor a kisebb méretű erythema is diagnosztikus. A diagnózishoz szakértelem szükséges. A multiplex erythema migrans esetén előfordul néha, hogy csak 3-5 cm-es foltokat látunk, azonban ilyen esetben

vagyunk biztosak a Lyme-betegség diagnózisában, nem szabad antibiotikum-kezelést javasolni. b/ A szerológia – ahogy azt ma általában használják – nem alkalmas annak eldöntésére, hogy egy korai klinikai tünet Lyme-kór-e vagy sem. Az erythema migrans kezelésére még akkor is szoktak szteroidkezelést javasolni, amikor a diagnózist helyesen

1. táblázat

Az erythema migrans diagnosztikája

Felismert kullancscsípés esetén								
A kullancscsípés helyén	ÉS	Legalább 24 óra lappangási idő után	ÉS	legalább 3 napja fokozatosan növekvő,	ÉS	legalább 5 cm átmérőjű,	ÉS	ovális erythema.
Felismert kullancscsípés hiányában, vagy a felismert csípéstől távol keletkező								
Legalább 5 napja fokozatosan növekvő				ÉS	legalább 8 cm-es ovális erythema.			

Klinikailag felismerhető kórformák

1. A Lyme-kór leggyakoribb formája az esetek 90%-ában észlelhető **erythema migrans**. Lappangási ideje 1 nap–3 hónap, átlagosan 2 hét. Diagnózisa a klinikai kép alapján történik. Magyarországon vélhetően leggyakrabban a bőrgyógyászok látják el. A legfontosabb szabály, hogy a borreliafertőzés rendszerint több hónap után okoz komolyabb tüneteket, tehát van időnk a biztos diagnózis kimondására. Egyetlen kivétel az arcon megjelenő erythema migrans, mert itt pár napos lappangási idő után már kialakulhat arcidegbénulás, ami már liquorvizsgálatot, és intravénás antibiotikum-kezelést igényel. Az arcon (a fül körül) megjelenő erythema migrans azonban szerencsére olyan jellegzetes, hogy diagnosztikus problémát ritkán okoz.

Fontos lenne, hogy a kollégák csak akkor rendeljenek antibiotikumot, ha az 1. táblázat szerinti kritériumok teljesülnek.

mindig igen intenzív IgM-pozitív szerológiai reakciót látunk. A kullancscsípés után és annak helyén gyorsan növekvő, máról holnapra 1-ről 10 centiméteresre növekvő erythema allergiás reakció. Ritkán előfordul, hogy a Lyme-folt az első megjelenésekor rögtön 10 cm-es, ilyenkor is érdemes várni, szinte sohasem fordul elő, hogy 3 napon belül eltűnik, de a növekedés egyértelművé teszi a diagnózist. A lassú növekedés (0,5–2 cm/nap) a Lyme-betegség mellett szól. Ennél gyorsabb terjedésre a borreliák nem képesek. (A szteroidkezelés azért ezen is módosíthat...)

A bőrgyógyászok körében elterjedt gyakorlat, hogy bármilyen folt esetén felírnak egy kis dózisú antibakteriális szert, majd hetekkel később elvégeztetik a szerológiát, és ha az pozitív, akkor rendelnek nagyobb adagban antibiotikumot. Ezt a gyakorlatot olyan gyakran látjuk, hogy szinte biztosan van egy ajánlás, ami ezt javasolja, de én nem találtam rá. Igen nagy butaságról van szó: a/ ha nem

állították fel. Vajon mi járhat ilyenkor a kollégák fejében?! Bármilyen helyi kezelés módosíthatja a bőrjelenséget és megnehezíti a diagnózist, emiatt sem javasolt!

Igen sok orvos biztos, ami biztos alapon rendel antibiotikumokat a kullancscsípés után, akár teljes klinikai tünetmentesség esetén is. Bár vannak tanulmányok, amelyek szerint ezek megakadályozzák az erythema migrans megjelenését, de a profilaktikus kezelés késői következményeiről nem esik szó. Az én véleményem szerint, a „megelőző” antibiotikum-kezelés csökkenti az erythema migrans kialakulásának az esélyét, de a kórokozó elpusztítása esélytelen egy pár napos, kis dózisú antibiotikum szedésével.

2. A **Lyme carditis** AV-blokkal (tehát bradycardiával) jár, mindig korai tünet, 2–4 hetes lappangás után jelentkezik, így lehet még szeronegatív, vagy csak IgM-pozitív.

3. A **facialis paresis** és a hozzá gyakran társuló **Bannwarth-szindróma** (lympho-

cytás meningoradiculitis) 4–6 hetes lapangási ideje miatt ugyancsak lehet még szeronegatív, de IgM- és IgG-reakció gyakoribb. Ellentétben a Lyme-carditisszel, az arcidegbénulás igen gyakori betegség, a szezonban a gyermekkori esetek legalább fele borreliafertőzés következménye. Gyakran kíséri agyhártyagyulladás, azonban az erre utaló tünetek rendszerint enyhék, könnyen elnézhetők. Amennyiben serosus meningitis kíséri a facialis paresist, a borrelia-eredet 100%-os valószínűségű. Ha az arcidegbénulás 2 napnál hosszabb, de 3 hétnél rövidebb időn belül kétoldalivá válik, a Lyme-eredet ugyancsak biztos. Hasonlóan biztos a kóreredit, ha az azonos arcfélen erythema migrans látható, és nagyon valószínű, ha az azonos oldali fül körüli régióból 2 hónapon belül kullancsot távolítottak el. Ezekben az esetekben a szerológiai vizsgálatok bevárása nélkül meg kell kezdeni az iv. ceftriaxon-kezelést (50 mg/kg, maximum 2 g/nap, 15 napig), ami a friss esetekben rendkívül látványos gyógyulást eredményez. A meningitisszel járó formákban a központi idegrendszerben termelt borrelia-antitestek kimutatása tévedhetetlen biztonsággal igazolja a neuroborreliosiszt. Különböző eljárásokat dolgoztak ki erre a célra, ezek általában többféle mérést igényelnek, így a hibalehetőség nagy. Az általunk évtizedek óta alkalmazott módszer nem igényel külön méréseket, csupán a szérum és a liquor párhuzamos Western blot vizsgálatát kell elvégezni, és amennyiben aszimmetrikus bandmintázatot látunk – van olyan antitest a liquorban, ami nincs a szérumban és fordítva, van a szérumban, de nincs a liquorban – (részletes magyarázatot lásd: www.kullancs.hu, orvosoknak, MTA doktora pályázat 71. old.), a diagnózis tévedhetetlen. Bár az eljárás egyszerű, nem igényel külön beruházást, bármely szerológiai laboratórium a rendelkezésére álló eszközökkel alkalmazhatná, rajtunk

kívül senki sem használja. Általánosan elfogadott, hogy arcidegbénulásban szteroidot kell adni, pedig a hiteles tanulmányok többsége nem találta kedvezőnek. Azt viszont még senki sem vizsgálta, hogy egy borrelia-fertőzés szteroidkezelése milyen negatív következményekkel jár... Mi azt tapasztaltuk, hogy ha szteroidot kentek az erythema migransra, a kórokozók pár nap alatt hemzsegték a tápoldatunkban, míg szteroid nélkül hetekig, hónapokig tartott, mire 1-2 spirocheta megjelent. A szteroiddal kezelt erythema látványosan növekedésnek indul, heves gyulladásos reakcióval jár. (Nincs haszna a szelektív ingeráram- és a B-vitamin-kezelésnek sem.)

4. A **Lyme arthritis** csaknem mindig a térden jelentkezik először. Alig fájdalom, miközben a duzzanat kifejezett. Nem tart tovább, mint 2–4 hét, majd 1–2 hónap tünetmentesség követi. Ezután egy másik nagyízület (térd, könyök, boka) betegszik meg. A tünetes idő most hosszabb, de a spontán remiszió törvényszerű, a tünetmentes időszak már rövidebb. Ez az anamnesis már önmagában diagnosztikus erejű. Lyme-arthritisben mindig extrém pozitív borrelia IgG-leletet kapunk.

Gyermekkorban ezek a leggyakoribb kórfarmak. A klinikai kép ismerete sokat segít a tévedések elkerülésében. Fontos megérteni, hogy minden klinikai képhez karakteres antitestválasz tartozik. A „pozitivitás”, „negativitás” önkényes kategóriák, önmagukban nem sokat jelentenek. Az IgM-pozitív leletek hitelessége rendkívül rossz, számításaim szerint minden 2500. pozitív leletre jut egy valódi Lyme-kóros eset. Ezt nemcsak én látom így. Nemzetközi ajánlások szerint, 3 hónappal régebben fennálló fertőzés esetén borrelia IgM-vizsgálatot nem is szabad végezni, mert a tévedés valószínűsége nagyságrendekkel megnövekszik.

A próba-szerencse alapon végzett vizsgálatok során kapott „pozitív” Lyme-

leletek hitelessége kevesebb mint 10%. Ugyanis még a legjobb teszteknek is van egy kis hibája. Minél ritkább egy kórkép előfordulása egy adott populációban, és minél kevésbé megfontoltan végeztetjük el a vizsgálatot, annál nagyobb az esélye, hogy sok hamis pozitív lelet születik (www.kullancs.hu, orvosoknak, MTA doktora pályázat 31–33. old.). Ezen hiba kiküszöbölésére fejlesztettük ki a COMPASS nevű – comparative immunoblot assay – összehasonlító vizsgálatot (ld. idézett mű 63–82. old.). Amennyiben a klinikum és a pozitív szerológiai lelet nem áll összhangban, nem adunk antibiotikumot, hanem később megismételjük a vizsgálatot, a korábban vett, fagyasztva tárolt savómintával párhuzamosan. Így kis különbségek is biztonsággal értékelhetők. Ez azért fontos, mert a szerológiában viszonylag nagy lehet a technikai ingadozás, ami felülírhatja azt az általában csekély változást, ami a betegben esetleg végbemegy. Csak akkor adunk antibiotikumot, ha szeroprogressziót látunk, mert csak ez igazolja a fertőzés fennállását. Ennek a vizsgálatnak az alapvető feltétele, hogy megőrizzük a korábban vett savókat. Ehhez azonban egy nagy laboratóriumban milliószám kellene megőrizni, katalogizálni a vérmintákat, majd adott esetben újra megvizsgálni, vagyis egy mintát akár többször is meg kellene határozni, amit egyetlen biztosító sem finanszírozna...

A kör bezárult. Van megoldás, de nem fogják alkalmazni... A megfelelő diagnosztikai eljárás helyett így marad a fals pozitív diagnózisok nagy száma, és ennek nyomán az indokolatlan kezelése magas költség- és mellékhatásvonzata.

LAKOS ANDRÁS,
A MTA DOKTORA
KULLANCSBETEGSÉGEK
AMBULANCIÁJA

2017. szeptember 21–23.
Győr



MAGYAR GYERMEKORVOSOK TÁRSASÁGA
2017. ÉVI KONGRESSZUSA

www.gyermekorvostarsasag.hu/mgyt2017

LEHET A HAGYOMÁNYOS KORSZERŰ?

Az akut gastroenteritis kezelésének legjelentősebb vívmánya, az Orális Rehidráció Terápia

Dr. Majoros Xénia, Heim Pál Gyermekkórház, Sürgősségi Betegellátó Osztály

A fejlett ipari társadalmakban, elsősorban a három év alatti gyermekek között, az akut gastroenteritis és az annak következtében kialakult dehidráció az egyik leggyakoribb oka a sürgősségi betegellátó egységek felkeresésének és a hospitalizációnak¹.

Acut gastroenteritisen a jelenlegi definíció alapján a naponta minimum 3 alkalommal jelentkező lágy vagy híg székletürítést értjük, ami lázzal, hányással és alhasi fájdalommal is járhat, és maximum 14 napig tart. A betegség incidenciája a csecsemők és kisdetekorúak között évi 0,5–2 epizód gyermekenként². A patogén ágenseket tekintve a leggyakoribb vírusos kórokozók még napjainkban is a rotavírus, az ez elleni vakcina alkalmazásával párhuzamosan pedig egyre inkább a calici vírusok közé tartozó norovírus előretörése figyelhető meg. Ez alapján nem valószínűsíthető, hogy összességében a gastroenteritises esetek száma drasztikusan csökkenni fog, így érdemes áttekinteni, hogy milyen terápiás beavatkozások ajánlottak, amelyek területen is biztonságosan alkalmazhatók.

Mind az Amerikai Gyermekgyógyász Akadémia (AAP), mind az Európai Gyermekgastroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozástudományi Társaság (ESPGHAN) ajánlása alapján (I A evidencia) az elsővonalbeli kezelés akut gastroenteritis esetén az orális rehidráció terápia (ORT), amelyet minél hamarabb el kell indítani. Ennek célja, hogy elkerüljük a súlyos mértékű dehidrációt és a hospitalizációt. Ez utóbbira minden olyan esetben szükség van, ha a következő állapotok egyike fennáll: sokk, súlyos dehidráció (testtömeg több mint 9%-os csökkenése), neurológiai tünetek (görcs, aluszékonyság, letargia), irritabilitás, akut hasi kórkép gyanúja, elégtelen ORT. Az ORT magában foglalja az orális rehidráció oldat (ORS) alkalmazását és a rehidrációt követő, a gyermek életkorának megfelelő táplálás mihamarabbi visszaállítását. **Az ORS alkalmazása két célt teljesít: egyrészt elősegíti a rehidráció folyamatát, másrészt ezt követően segít fenntartani a normál folyadék- és ionháztartást³.**

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Egyesült Nemzetek Nemzetközi Gyermek Gyorsségiálapja (UNICEF) által fejlesztett ORS készítményt 1969-ben alkalmazták először, amelynek összetételén 1984-ben változtattak, hogy az stabil maradjon a meleg és párás klímaviszonyokkal rendelkező helyeken is. Ennek a terméknek az ozmolaritása 311 mOsm/l, nátriumion-tartalma 90 mEq/l volt⁴. Alkalmazásának megközelítőleg 20 éve alatt számos tanulmány született arra nézve, hogyha csökkentik az ozmolaritást és a nátriumtartalmat, elkerülhető az addig nem kívánt hatásként jelentkező esetleges hypernatraemia és egyidejűleg csökken a székletek mennyisége és a betegség időtartama is⁵. Ennek eredményeképpen dolgozta ki a WHO az új ORS-formulát, amelynek ozmolaritása 245 mOsm/l, részletes összetételét az 1. táblázat tartalmazza⁴.

A 2014. évi ESPGHAN-ajánlás alapján még ennél is alacsonyabb Na⁺-tartalmat (50–60 mmol/l) és ozmolaritást (200–250 mOsm/l) javasol. Ilyen oldatok alkalmazásával a fent leírt előnyök mellett az intravénás folyadékpótlások szükségessége és a hospitalizáció mértéke is csökkenthető². Ennek vizsgálata céljából osztályunkon jelenleg is folyik egy felmérés (ennek során egy L. reuteri törzset is tartalmazó ORS-készítményt használunk), amelynek eredménye, hogy a gastroenteritis miatt felvett gyermekek 65%-a volt hazaengedhető

	gramm/liter		mmol/liter
NaCl	2,6	Na	75
Glükóz	13,5	Cl	65
KCl	1,5	Glükóz	75
H ₂ CO ₃	2,9	K	20
		Citrát	10

1. táblázat: A WHO által kidolgozott hypoosmoláris ORS-oldat összetétele

ORT-t követően, és mindössze a gyermekek 15%-a utasította el íze miatt az ORS-t. Mindezek ellenére az AAP felmérése alapján **az ORS egy kifejezetten alulhasznált terápia** az enyhe és mérsékelt dehidráció esetén⁶. Ennek javítása céljából több tanulmány is született, amelyek az ORS használatát és az intravénás folyadékpótlás hatékonyságát vetették össze. Ezek alapján elmondható, hogy **ORS alkalmazása esetén csökkent a hospitalizáció mértéke és ideje, a betegség lefolyásának ideje**, és nem volt magasabb az ismételt orvosi vizsgálaton való megjelenés aránya, azonban a paralizus ileus előfordulásának gyakorisága magasabb volt ORT esetén^{2,7}. Az előnyök probiotikum és ondansetron egyidejű alkalmazásával (I A evidenciával rendelkeznek a L. rhamnosus GG, S. boulardii és L. reuteri törzsek) szignifikánsan fokozhatók^{2,7,8}. Ondansetron készítményt egyes nyugati országokban már rutinszerűen alkalmaznak ORT esetén az ESPGHAN-ajánlás alapján (II B evidencia), országunkban azonban ez a készítmény ezzel az indikációval nem alkalmazható, egyéb antiemetikum alkalmazására pedig nincs evidencia².

Fontos megemlíteni, hogy az otthon alkalmazott, rehidrációs céljából adott folyadékok (pl. cukros tea, gyümölcslevek, sportital, üdítőital) nem alternatívái az ORS-nek, mivel ezek alacsonyabb Na⁺-, de magasabb szénhidráttartalommal és emiatt magasabb ozmolaritással rendelkeznek, amelyek ozmotikus hatásuk révén hasmenést és így következményes hyponatraemiát okozhatnak⁹.

- 1 Florez et al. The effectiveness and safety of treatments used for acute diarrhoea and acute gastroenteritis in children: protocol for a systematic review and network meta-analysis *Systemic reviews* 2016 5:14
- 2 Alfredo Guarino et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014 *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;59:132-152
- 3 Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR* 2003;52(No. RR-16):[inclusive page numbers].
- 4 Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) World Health Organization (WHO). Oral rehydration salts, Production of the new ORS WHO/FCH/CAH/06.1
- 5 Freedman et al. Oral rehydration therapy www.uptodate.com/contents/oral-rehydration-therapy?topicK...129&elapsedTimeMs=8&source=see_link&view=print&displayedView=full
- 6 Spandorfer et al. Oral versus intravenous rehydration of moderately dehydrated children: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):295-301
- 7 Freedman et al. Treatment of acute gastroenteritis in children: an overview of systematic reviews of interventions commonly used in developed countries. *Evid.-Based Child Health* 2013 8: 1123–1137
- 8 Tomasik et al. Systematic review with meta-analysis: ondansetron for vomiting in children with acute gastroenteritis. *Aliment Pharmacol Ther* 2016; 44: 438–446

PROBIOTIKUMOK AZ ANTIBIOTIKUM- REZISZTENCIA-KRÍZIS KÜSZÖBÉN. MEGNYUGTATÓ MEGOLDÁS, VAGY ÚJABB VESZÉLYFORRÁS?

A probiotikumok megfelelő szakmai kontroll nélküli, egyre bővülő fogyasztása több kérdést is felvet. Ezek egyike a biztonság, amely egyre égetőbb, különösen most, az antibiotikumrezisztencia-krízis küszöbén. A felelős probiotikum-fogyasztás megfogalmazása közös szakmai felelősségünk.

A Hírvivő korábbi számában beszámolt az antibiotikum rezisztencia aggasztó terjedéséről és a WHO globális akciótervéről. A témához kapcsolódó újabb fejlemény, hogy ez év májusában Berlinben a világ legerősebb gazdaságait egyesítő G20 országok egészségügyi miniszterei egy közös deklarációt írtak alá, amelyben az antibiotikum-felhasználás világméretű visszaszorítását célul tűzve, nemzeti akciótervek kidolgozását határozták el.

A nem megfelelő antibiotikum-használat egyik gyakori oka az, hogy a gyógyszer okozta mellékhatások, az egészséges baktériumflóra egyensúlyának felborulása (dysbiosis) a gyógyszer szedésének idő előtti abbahagyására kényszeríti a betegeket. A nem kellő ideig alkalmazott gyógyszer nemcsak a kezelés hatékonyságát fenyegeti, de hozzájárul a rezisztens baktériumtörzsek elszaporodásához is. Az elsősorban gastro-intestinalis panaszokat jelentő mellékhatások csökkentése hozzájárulhat nemcsak az alapbetegség sikeres antibakteriális kezeléséhez, de egyben csökkentheti a rezisztencia kialakulásának lehetőségét is. A probiotikumok, azáltal hogy csökkentik a gastrointestinalis tünetek előfordulását, egyben hozzájárulnak az antibiotikum-rezisztencia terjedésének megakadályozásához is, joggal nevezhetők tehát „jó” baktériumoknak, hiszen hatásuk nemcsak az adott egyén számára, de hosszú távon, társadalmi szinten is előnyös.

Ahogy azonban a különféle antibiotikumok sem egyformán hatékonyak, így az egyes probiotikumok hatása sem extrapolálható más probiotikumokra. **Amikor a probiotikumokat az antibiotikumok okozta mellékhatások kivédésére használjuk, akkor azt is tekintetbe kell vennünk: ahhoz, hogy a probiotikumok kifejthessék előnyös hatásukat, arra is szükség van, hogy önmaguk rezisztensek legyenek az alkalmazott antibiotikumokkal szemben.** Ellenkező esetben ugyanis, ha a gyógyszer a kórokozók helyett magukat a probiotikumokat pusztítja el, akkor alkalmazásuk teljesen felesleges volt. Amíg tehát a kórokozók antibiotikum-rezisztenciája veszélyes, a sikeres kezelést akadályozó tényezőnek tekinthető, a probiotikumok esetében az antibiotikum-rezisztenciájuk, ellenálló képességük alapvetően hasznos tulajdonságuk.

A kórokozó baktériumokhoz hasonlóan a probiotikumok antimikrobás szerekekkel szembeni rezisztenciájának is két típusát különböztetjük meg. A **természetes rezisztencia** állandó, az adott speciesre jellemző, annak evolúciója során kialakult generációkon át öröklődő tulajdonság.

Komolyabb problémát jelent az ún. **szerzett antibiotikum-rezisztencia**. Ez a baktérium addigi rezisztenciaspektrumának megváltozását jelenti egy adott generáción belül. Jellemzője,

hogy egyedi, vagyis ugyanazon a törzsen belül előfordulhatnak az adott szerrel szemben egyaránt rezisztens és érzékeny izolátumok is. A szerzett kifejezés arra utal, hogy ezeknek a rezisztenciatalajdonságoknak az átadása az egyes baktériumok között horizontális géntranszfer útján, valamilyen vírus, plazmid, vagy szabad DNS segítségével történik. A baktériumok egyszerűen egymás között rezisztenciagéneket cserélnek. Az átadott génszakasz azonban a recipiens baktérium genetikai állományába épülve annak szaporodása folyamán tovább öröklődik.

Fentiek ismeretében joggal vetődik fel a gyanú, hogy ha egy bizonyos rezisztenciagént a probiotikumok horizontálisan, egymásnak képesek átadni, akkor elvileg ugyanígy átadhatják ezt a rezisztenciájukat a kórokozó baktériumoknak is. Így azok a kórokozók, amelyek addig esetleg érzékenyek voltak az alkalmazott antibiotikumra, éppen a probiotikumok „segítségével” válhatnak arra rezisztenssé. Az antibiotikum-rezisztenciával tehát maguk a probiotikumok képesek mintegy „megfertőzni” a kórokozókat. Ezért alapvetően fontos kérdés, hogy egy adott rezisztenciagén a probiotikum természetes, evolúciós tulajdonsága-e, és hogy mennyire könnyen lesz képes ezt a tulajdonságát az adott törzs továbbadni. A probiotikus törzsek génállományának génszűrészi eszközökkel történő manipulálásával az adott törzs rezisztenciaspektruma megváltoztatható. Egyes rezisztenciagéneket tartalmazó plazmidok eltávolíthatók, így biztonságosságuk jelentősen javítható.

Mivel a mindennapi gyakorlatban egy antibiotikus kezelés megkezdésekor a mellékhatások kivédésére alkalmazott probiotikus törzs aktuális rezisztenciájának ellenőrzésére jelenleg még nincs lehetőségünk, kizárólag a gyógyszergyárak által megadott rezisztenciaspektrumra hagyatkozhatunk, de ez már önmagában is rendkívül fontos információ lehet. Ezzel azért fontos tisztában lennünk, mert az egyes probiotikus törzsek mindegyikének megvan a jellemző antibiotikumrezisztencia-spektruma.

Ahogy egy betegség kezelése során a megfelelő antibiotikum megválasztásakor is igyekszünk maximálisan figyelembe venni az adott kórképet okozó baktériumot (feltételezés vagy rezisztenciavizsgálat alapján), **célszerű lenne az alkalmazott probiotikum megválasztásánál is tekintetbe venni annak rezisztenciaspektrumát,** és nem a gyógyszer-tárban éppen akciósan fellelhető, vagy a legtöbbet reklámozott márkát választani. Egyes, minőségi készítményeknél már rendelkezésre állnak ezek a rezisztenciatablázatok, amelyek tanulmányozása hasznos lehet az antibiotikum mellé javasolt probiotikum kiválasztásakor.

Egyáltalán nem mindegy tehát, hogy a forgalomban lévő készítmények közül melyiket választjuk. A tudatos probiotikum-választás éppúgy része az antibiotikumrezisztencia-krízis elleni védekezésnek, mint a helyes antibiotikum-kezelés. Az ellátó orvos egyéni felelőssége tehát óriási. Az antibiotikumrezisztencia-krízis globális megfékezéséért nemcsak a korrekten vezetett antibiotikus kezeléssel, de a mellékhatások kivédése érdekében javasolt probiotikumok körültekintő megválasztásával is sokat tehetünk.

DR. KOVÁCS ÁKOS

Szemelvények a 19. Kávészünet-konferencián elhangzott prezentációkból

DIABÉTESZ GYERMEKKORBAN

Prof. Dr. Barkai László

BAZ Megyei Kórház, Velkey László
Gyermekegészségügyi Központ

Világszerte észlelhető a diabetes mellitusban szenvedő gyermekek számának növekedése. A *T1DM* egyre gyakoribb gyerek- és serdülőkorban, és sajnálatos módon leginkább az 5 év alattiakban. A *T2DM* megjelenése is előretolódott a 18 év alatti életkorra, ez bizonyos etnikumi csoportoknál még feltűnőbb.

Az 1. ábrán a különböző diabetesz formák legújabb besorolását látjuk, az újonnan felfedezett, egyébként ritka, monogén formák feltüntetésével együtt (ezek ritkák, egy részük nem is inzulinnal kezelendő).

A *T2DM* rizikófaktorai ismertek: obesitas, mozgásszegény életmód, genetikai, etnikai tényezők, pubertás, inzulinrezisztencia jelei. A praenatalis fejlődés tekintetében az intrauterin disztrófia, postnatalisan pedig a korai adipositas vezet a béta-sejtek kezdeti hiperszekréciójához, majd kimerüléséhez.

A *T1DM* prediktív, genetikai, immunológiai és anyagcsere-markerek segítségével történő szűrése elméletileg lehetséges, 95%-os eséllyel megjósolható a *T1DM* 5 éven belüli megjelenése: Ennek azonban nincs gyakorlati jelentősége, és etikai megfontolásokba is ütközik, hiszen megelőzésre nincs lehetőségünk. Ilyen vizsgálatok csak tudományos célból történnek. Ezzel szemben a *T2DM* az ismert rizikófaktorok alapján kockázatfelméréssel (OGTT – orális glükóztolerancia-teszt) populáció szinten is szűrhető. Ennek gyakorlati jelentősége van a mindennapokban, hiszen megfelelő diétával, életmód-változtatással megelőzhető, illetve késleltethető kialakulása. A prevencióban az életmódbeli és étrendi változtatás kétszer hatékonyabbnak bizonyult, mint önmagában a metformin-kezelés.

A *T1DM* felismerése a klinikai tünetek alapján lehetséges: polyuria, polydipsia, polyphagia („három p”), fogyás, glycosuria, ketonuria, hyperpnoe, komatózus állapot esetén gondoljunk rá. Diagnózisa a 11,1 mmol/l-t meghaladó hyperglykaemia. Sajnos a diabeteses gyermekek

1/3-a csak a ketoacidosis állapotában kerül felismerésre, és minél kisebb a gyermek, erre annál nagyobb esélye van, de még diabeteses pseudoperitonitis is előfordul. A korábbi tanításokkal

1. ábra: A diabetes mellitus típusai

Etiológiai klasszifikáció

- I. 1-es típusú DM: béta-sejt-destrukció
A: immunmediált
B: idiopathiás
- II. 2-es típusú DM: inzulinrezisztencia, Inzulinszekréciós zavar
- III. Egyéb specifikus formák
A: béta-sejt-működés genetikai zavara
B: inzulinhatás genetikai zavara
C: pancreas exokrin betegségei
D: endocrinopathiák
E: gyógyszerek, kemikáliák által kiváltott
F: fertőzések által okozott
G: ritka immunmediált formák
H: egyéb genetikai szindrómához társuló
- IV. Gesztációs DM

ellentétben *T2DM*-es beteg is kerülhet ketoacidosis állapotába 5–25%-ban.

A kezelés során cél: a normális életmód, fiziológiás növekedés és fejlődés biztosítása, a testi, szellemi, pszichés jólét biztosítása mellett az anyagcsere-kisiklások elkerülése, a szövődmények késleltetése, amely diabetológus által biztosított szoros gondozást igényel.

Mindkét diabetesz forma kezelésében, gondozásában jelentős szerep jut

a megfelelő étrendnek, fizikai aktivitásnak és edukációnak. Míg a *T1DM*-ben az inzulin nélkülözhetetlen, addig *T2DM*-ben ez a csak az étrenddel, mozgással, esetleg metforminnal sem kontrollálható esetekben jön szóba.

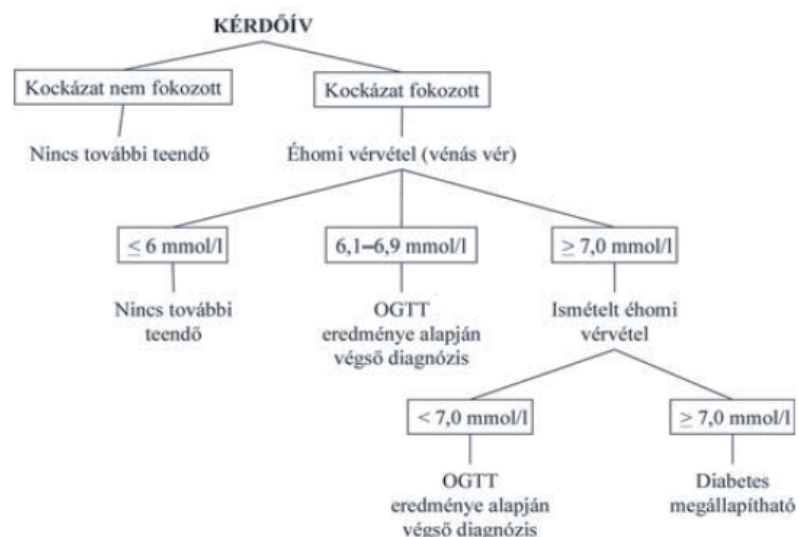
Az inzulinkezelésnek különböző sémái vannak, amelyek célja a fiziológiás inzulinszintekhez közelítő állapot létrehozása. Ez intenzív inzulinkezeléssel közelíthető meg a leginkább, ahol igyekeznek egy alap-inzulinszintet létrehozni, és az étkezésekhez kapcsolódóan rövid hatású bólusokat is kap a beteg. Erre legkevésbé a hagyományos inzulinok alkalmasak, jobbak az analógok, még jobb eredmény érhető el a hordozható inzulinpumpákkal.

A vércukormérővel történő vércukor-ellenőrzésnél modernebb a hordozható szövetiglukóz-monitorozás, de csak nagyon szűk körben érhető el. A jövő a „mesterséges pancreas” koncepció keretében az inzulinpumpa és a szövetiglukóz-monitor megfelelő algoritmus-sal történő összekötése, amely a betegek életét jelentősen megkönnyítené és ideálisabb anyagcserekontrollt tenne lehetővé.

A szénhidrát-anyagcsere hosszú távú kontrollja a HbA1c mérésével lehetséges.

Míg *T2DM*-ben normális vércukorértékekre, addig *T1DM*-ben a hypoglykaemia nagyobb veszélye miatt csak optimális vércukorértékekre törekszünk (ez valamivel magasabb, mint *T2DM*-ben). A normoglykaemia elérésének korlátja

2. ábra: A *T2DM* szűrésének algoritmus



1-es típusú diabetes	2-es típusú diabetes
Microvascularis: 2–5 éves betegség-tartam után 10 éves kortól, vagy a pubertás indulásától évente	Micro- és macrovascularis: diagnózis felállításaakor, majd évente
Macrovascularis: 10 éves kortól, vérnyomás évente, lipidek 5 évente	

3. ábra: Dibéteszes szövődmények szűrése (szakgondozó feladata)

kisgyermekkorban a fokozott hypoglykaemia-hajlam és a központi idegrendszer sérülékenysége, serdülőkorban a csökkent inzulinérzékenység, a „non-compliance” és az elhízás.

A diabéteszes gyermekek kezelése és gondozása Magyarországon 29, Magyar Diabétesz Társaság által akkreditált, multidiszciplináris teamet működtető, gyermek-diabéteszcentrumban történik.

Az alapellátás legfontosabb szerepét a pszichoszociális kockázati tényezők felismerésében határozta meg az előadó. Különösen a viselkedési és beilleszkedési zavarok, továbbá a családi krízishelyzetek nehezítik meg a jó vércukorkontrollt és a compliance-t.

REF.: DR. STUNYA EDINA

AZ ELHÍZÁS, HYPERTONIA ÉS CARDIVASCULARIS RIZIKÓ MEGELŐZÉSE

Dr. Török Dóra

Semmelweis Egyetem, II. sz. Gyermekgyógyászati Klinka, Budapest

Az obesitas – a 70-es évektől korunk civilizációs járványa, és egyben számos későbbi betegség forrása – a világ minden pontján komoly népegészségügyi problémát jelent. Az Egyesült Államokban a múlt század utolsó negyedében megháromszorozódott az obes gyermekek száma. A magyar 5–17 éves obes gyermekek aránya is az OCDC-országok átlaga fölött van, kb 26%-ra teszik. A gyermekori elhízás nem feltétlenül a jólét, sokkal inkább a pszichoszociális depriváció kísérője jelensége, az evéssel a szeretet hiányát pótolják, a kilátástalanságot, a jövőkép hiányát kompenzálják. Sok gyermek azért eszik, mert az evés számára az egyetlen örömforrás. 2011-ben a Lancetben fogalmazták meg, hogy obesitogén környezetben élünk, az obesitas egy normális szervezet vá-

lasza egy nem normális környezetre, vagyis, sokkal több kalória bevétele történik, mint amennyit felhasználunk, hiszen kevesebbet mozgunk, a fűtés megoldott, az élelmiszerekhez sokkal könnyebben hozzáférünk. A gyermekek kiszolgáltatottak az obesitogén környezetnek, amelynek megszüntetésére nemzeti és nemzetközi programokat indítottak.

Az elhízott gyermekek kétszer akkora valószínűséggel lesznek elhízott felnőttek, mint a normál alkatúak. Egy izraeli tanulmány szerint már a BMI 75 percentilise fölött lévő obes gyermekek 50 éves kor előtti, felnőttkori mortalitása is jelentősen megnő colon carcinoma, ischaemiás és egyéb szívbetegség, cerebrovascularis esemény, COPD, hirtelen halál következtében. Egy másik tanulmány szerint a gyermekkortól mindvégig obes egyéneknél felnőttkorban a hypertonia esélye 2,5-, a coronaria betegség 6,5-, a T2DM pedig 12,5-szörösére nő. Ha egy obes gyermeknél sikerül elérni a normál testsúlyt és azt megtartani, akkor ezen rizikófaktorok az átlagpopuláció szintjére esnek vissza, tehát a folyamat gyermekkorban még reverzibilis. Ezért van nagy jelentősége a primer és szekunder prevenciónak az obesitas gondozása, kezelése során.

Az előadó saját beteganyagának feldolgozása során azt tapasztalta, hogy a 12 éves obes gyermekek BMI-eltérése már 4SD, egyharmaduknál már hyperto-

Az obesitas a gyermekek testi-szellemi fejlődését is gátolja, hiszen csökken fizikai aktivitásuk, ez alvási apnoe megjelenésével együtt hypoxia révén rontja a tanulási képességet, amely IQ-romlásban is mérhető.

Sajnos az élelmiszeripar – profitorientált természetéből adódóan – a minél nagyobb forgalom érdekében az ízek egyre vonzóbb kombinációjára fókuszál, ezáltal indokolatlan mennyiségű só, cukor, zsír és ízfokozó adalékanyagot használ. (ld.: Nutella, Coca-Cola, ez utóbbi zsíros étellel együtt fogyasztva, növeli mindkettő iránti igényünket. Még a vetetában is van cukor! A pizzára, meleg szendvicse rásütött sajt azért „krémes”, mert nagyon zsíros.)

Az obes gyermekek gondozására és kezelésére az előadó négylépcsős ellátási modellt javasol (1. ábra).

Fontos, hogy a testsúlycsökkentő program családközpontú, könnyen érthető és kivitelezhető, egyszerű, személyre szabott, kis lépésekben haladó legyen, fontosabbak az apró sikerélmények, mint a gyors, de csak átmeneti testsúlycsökkenés elérése.

A „diéta” szót nem szeretik a gyermekek, megszorítást jelent számukra. Egyszerű instrukció az „okostányér” bevezetése, amelynek felén zöldség és gyümölcs van, a másik felén lehet a többi élelmiszer, de nem több, mint a zöldség és gyümölcs együtt. Napi 2 óránál kevesebb képernyő előtt ücsörgés (be-

Négylépcsős ellátási modell

	Ki?	Mit?	Hányszor?
1. Prevenció plusz	gyermekorvos praxis	tanácsadás: napi >5 adag zöldség, <2 h TV, cukrozott üdítő, étkezési szokások, >1 h fizikai aktivitás, család!	beteg igényei szerint
2. Struktúrált testsúlycsökk.	gyermekorvos praxis + dietetikus	személyes terv családdal együtt kivizsgálás	havi, gyermek + család!
3. Komprehenzív multidiszciplin. intervenció	gyermekorvos praxis + testsúlycsökkentő program	gyakoribb vizit, több visszajelzés, szigorúbb	heti min. 8-12 hétig
4. Tercier centrumban történő ellátás	tercier obezitás centrum	szigorú diéta, stb.	protokoll szerint

1. ábra

nia és/vagy csökkent glükóztolerancia áll fenn. 20%-uknál magas a koleszterin- és/vagy a trigliceridszint. Az obesitas mértékének megítélésénél célszerű a legfrissebb BMI-percentilist használni.

leértve az okostelefont is), legalább napi 1 óra mozgás, cukrozott élelmiszerek és italok kerülése szükséges.

Ref.: Dr. Stunya Edina

GYERMEKKOR –



„Kávészünet–19”

A gyermekorvosi alapellátás XIX. tudományos konferenciája

2017. május 11–14., Siófok

Brand lett a Kávészünet. Márkanév. Szimbólum, ami a HGFE tudományos konferenciáját azonosítja és egyben pozicionálja, megkülönböztetve azt más hasonló rendezvényektől. Márkanév, ami a vevőben egyedi érzetet kelt a termékről.

Talán ezért dőltek be idén egy hét alatt a jelentkezések. Zúdultak a regisztrációs lapok, azt éreztük, hogy a kollégák türelmetlenül, szinte „csőre töltve” várták a jelentkezés lehetőségének megnyitását. Mire a meghívót postán is megkapták, szinte nem volt már szálláshely. Négy darab négycsillagos és egy háromcsillagos szálloda telt meg gyakorlatilag percek alatt.

Nem tudjuk, mi volt ennek a dömpingnek a pontos oka. Túl későn hirdettük meg a konferenciát és túlfeszítettük a várako-

zás húrját? Vagy a szponzorok között alakult ki egy számunkra hasznos, fokozott versengés a vendégek támogatásáért? Netán egyszerre öntötte el kollégáink százait a tudásszomj és a tavaszi fáradtság elegye okozta hirtelen vágyakozás egy Balaton-parti lazításra? Vagy egyszerűen: ekkora vonzereje van a Kávészünetnek?

Ha szakmailag stílusos választ szeretnénk adni, valószínűleg multifaktoriális a „kórkép”. Szeretik a kollégák a rendezvényt, várják is, és sokat köszönhetünk a szponzorok támogatásának is. Nem szeretnénk önteltnek tűnni, de úgy érezzük, hogy a végső ok mégiscsak a konferencia egyedi arculata. Egyedi a szakmaisága, a szellemisége, az atmoszférája. A Szalonja, a színházi estje, zenés hajó „flottája”, a kávészünetek kínálata.

És hogy miért Kávészünet? Csak a fiatalabbak, az újonnan jövők kedvéért: mert Kálmán Misi, a névadó, 1998-ban azt mondta: a lényeges dolgok mindig a kávészünetekben történnek.



a felnőttkor egészségének záloga

„Kávéházi szalon” – Pre-congress workshop

Beszélgetés a kis súlyú koraszülöttek otthoni ellátásáról

Hazaadásuk szervezése, neurológiai, légzőszervi és egyéb utóképeik, mozgásterápiájuk, szoptatásuk titkai, további ellátásuk menedzselése...

Újraélesztés – szimulációs gyakorlat



Flashmob: az Oscar-díjas Mindenki c. kisfilm gyermekszereplői: A Bakáts téri Ének-Zenei Általános Iskola kórusa



„Megfestett szeretet: édesanyák és újszülött gyermekeik a festészetben”
Cser Judit művészettörténész, a Szépművészeti Múzeum munkatársa



Péntek, színházi est: A folyón túl Itália



Szombat esti program: Indulnak a hajók

Kubai ritmusok, szambadallamok –
Elsa Valle és zenekara



Sanzonest: Csemer Boglárka – Boggie

Szemelvények a 19. Kávészünet-konferencián elhangzott prezentációkból

MOLEKULÁRIS ALLERGIADIAGNOSZTIKA TÁPLÁLÉKALLERGIÁS GYERMEKEKNÉL

Csáki Csilla immunológus

Svábhegyi Gyermekgyógyintézet

Új módszert ismerhettünk meg a táplálékallergia kimutatására. A hagyományos allergiatesztek csak a szenzitizációt mutatják, nem feltétlenül a tényleges allergiát, allergénfehérjét. Nem jelzik a súlyosságot és a prognózist. Az általunk is jól ismert Prick-teszt és specifikus IgE-vizsgálatok molekuláris allergiadiagnosztikával bővíthetők. A vizsgálat az allergénfehérjék ellen termelődött specifikus IgE-mennyiségét tudja kimutatni.

Abban az esetben lépünk tovább ezekhez a vizsgálatokhoz, ha a hagyományos módszerekkel nem jutottunk biztos diagnózishoz vagy keresztallergia lehetősége merül fel. Segítségével megítélhetjük a kialakuló reakció súlyosságát, felkészülhetünk a szükséges kezelésre. Dönthetünk arról, hogy várhatóan elegendő lesz-e antihisztamin, szteroid vagy adrenalin-autoinjektort kell a páciensnek magánál tartania. A prognózis is könnyebben megítélhető, szükséges-e szigorú allergénkerülés, vagy pl. hőkezelt formában már fogyaszthatja a terméket az allergiás egyén, mekkora kockázattal jár egy ételterhelés, egyáltalán szabad-e ezt elrendelni. Tanácsot adhatunk segítségével a szülőnek arra, hogy mivel bővíthető az ételallergiás gyermek diétája.

Tejfehérje-allergiában például jól elkülöníthető a kazeinérzékenység és a savófehérjék iránti érzékenység. Az előbbi hőstabil, míg az utóbbi hőlabilis, ami azt jelenti, hogy ha csak a savófehérjékre érzékeny páciensünk, hőkezelve, pl. süteményekben fogyaszthat tejet.

Fontos a keresztallergia kérdése. A nyírfapollenre allergiások például gyakran reagálnak orális allergiás tünetekkel nyers gyümölcs (alma, körte, barack), vagy zöldség fogyasztására. Ezek a tünetek azonban elkerülhetők az élelmiszer hőkezelésével.

Földimogyoró-allergiára a gyermekek 10%-a szenzitizált, 1–2%-a pedig ténylegesen allergiás erre a sok kész élelmiszerben előforduló magra. Az élelmiszer-allergiák közül ez jár a leggyakrabban ha-

lós allergiás reakcióval. Ezért minden földimogyoró-pozitív Prick-teszt és/vagy kórosan magas specifikus IgE esetén javasolja a molekuláris allergiavizsgálat elvégzését legalább az ara-h2 fehérjére. Ara-h2-pozitivitás esetén nem elegendő az antihisztamin, ill. szteroid felírása, készenléti adrenalin-autoinjektor szükséges!

A molekuláris allergiavizsgálat alapján sok esetben elkerülhető a szigorú diéta, de segítségével kiválaszthatók azok a betegek, akik komoly odafigyelést igényelnek.

REF.: DR. HÓBOR MIKLÓS

AZ ELMÚLT ÉV ALAPELLÁTÁST IS ÉRINTŐ LEGFONTOSABB TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEI

Prof. Dr. Szabó Attila

SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Az előadás öt betegség (asztma, atópiás dermatitis, tonsillitis, akut otitis media, appendicitis acuta) kezelését érintette.

Asthma bronchiale: az ismertetett cikkben inhalációs szteroid (fluticason) hatását hasonlították össze hosszú hatású béta-agonista és inhalációs szteroid (salmeterol + fluticason) együttes adásával. Nemzetközi, randomizált, duplavak vizsgálat volt, amely 6208 4 és 11 év közötti enyhe/mérsékelt asztmában szenvedő gyermekekre terjedt ki. A két vizsgálati csoport között nem találtak szignifikáns különbséget sem a hospitalizációban, sem a súlyos asztma kiújulásában. Ezek alapján megállapították, hogy a kombináció biztonságosan alkalmazható. Ennek megfelelően a GINA guideline is módosításra került, így a kombináció is alkalmazható megelőzésre közepesen súlyos asztmában.

Atópiás dermatitis: mit mondhatunk a szülőnek arra a kérdésre, hogy kinőhető-e az atópiás dermatitis? Hatvan évet átfogó vizsgálatot ismertetett a professzor úr, amelybe 110 651 beteg került be 15 országból. Az eredmények alapján megállapítható volt, hogy a betegek 80%-a 8 éves kora előtt tünetmentes lett, de 5%-nál 20 éves koron túl is fennmaradt a betegség. Tehát az atópiás dermatitis jó prognózisú betegségnek tekinthető az esetek többségében.

Tonsillitis: egy retrospektív összefoglaló tanulmány alapján, a visszatérő tonsillitisek esetén tonsillectomisált betegeknél, csak rövid távon (<12 hó) észleltek előnyöket (kevesebb reinfekció, kevesebb iskolai hiányzás) a konzervatív módon (körültekintő várakozás, pl. antibiotikum, nazális szteroid adása) kezeltékhez képest. Hosszú távon nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport között. Kiegészítve mindezen adatokat azzal, hogy az FDA ajánlása alapján a fejlődő idegrendszer védelme érdekében kerülni kell a 3 év alattiak altatását, nagyon körültekintően kell felállítani a tonsillectomia indikációját.

Otitis media: akut otitis mediában szenvedő, amoxicillin/klavulánsav kombinációval kezelt betegeket hasonlították össze a terápia hosszát illetően.

Az egyik csoport 10 napig kapott antibiotikumot, míg a másik csak 5 napig, majd 5 napig placebót. Állapotrosszabbodás a klinikai tünetek alapján szignifikánsan kevesebb volt a 10 napig kezelték között, de nem találtak különbséget az antibiotikum mellett jelentkező hasmenés előfordulásában, az antibiotikum-rezisztencia kialakulásában és az otitis media kiújulásában. Ezen eredmények alapján a javaslat az, ha antibiotikum adására kényszerülünk akut otitis mediában, akkor válasszuk a 10 napos kúrát.

Appendicitis acuta: 7 prospektív és 3 retrospektív (413 gyermek) tanulmány alapján elemezték a nem komplikált appendicitis acuta nem operatív kezelésének hatásosságát. A kórházi tartózkodás során 97%-ban volt sikeres ez a kezelési mód, csak 17 gyermeket kellett megoperálni. 14%-ban sikeres non operatív kezelést követően recidíva jelentkezett, de közülük sem mindenkit operáltak meg, így összességében 82%-os volt a kezelés eredményessége. A tanulmány alapján az a következtetés vonható le, hogy nincs számottevő különbség biztonságosság tekintetében a non operatív kezelés és az appendectomy között nem komplikált appendicitis acuta esetén. Ezen eredmények alapján 5-ből 4 gyermeknek nincs szüksége műtéti beavatkozásra, altatásra!

REF.: DR. HÓBOR MIKLÓS

A HunPedNet megalapítása és tevékenysége

Két évvel ezelőtt, az akkor alakuló HGYE–MGYT szekcióban elhatároztuk, hogy létrehozuk a Magyar Házi Gyermekorvosok Klinikai Vizsgálati Hálózatát (Hungarian Primary Care Pediatricians' Clinical Research Network, rövidítve HunPedNet), amelynek révén egy új tevékenységi kör jelent meg a HGYE palettáján. A hálózat fő célja gyermekgyógyászati klinikai vizsgálatok Magyarországra, ezen belül is a házi gyermekorvosi praxisokba történő vonzása, ezáltal a gyermekek új oltásokhoz, gyógyszerekhez és tápszerekhez való juttatása.

Számos európai országban évek óta léteznek hasonló szervezetek, sőt már léteznek több országot összekapcsoló, valamint különböző nemzetközi, speciális gyermekgyógyászati területekre koncentrált hálózatok is, amelyekben a klinikai kutatásban tapasztalt és az iránt érdeklődő, elkötelezett kollégák tömörülnek. Az Európai Gyógyszerügynökség Enpr-Ema nevű szerve fogja össze Európában ezen gyermekgyógyászati hálózatokat.

A klinikai vizsgálatok emberen történő, forgalomba hozatal előtti gyógyszer/védőoltásjelölt készítményekkel (I., II. és III. fázis), ill. a forgalomba hozatalt követően gyógyszerekkel, védőoltásokkal történő (IV. fázis) szigorú etikai, tudományos és módszertani előírások, továbbá a ETT KFEB által engedélyezett protokollok szerinti vizsgálatokat jelentenek. A házi gyermekorvosok a klinikai vizsgálatok II-IV. fázisához tudnak kapcsolódni megfelelő képesítés (GCP), tudás (alapszintű angol és informatikai) és előírászerű rendelői felszerelés (kalibrált mérőeszközök, hűtő, fagyasztó, centrifuga, klinikai vizsgálatokra kötött biztosítás stb.) birtokában.

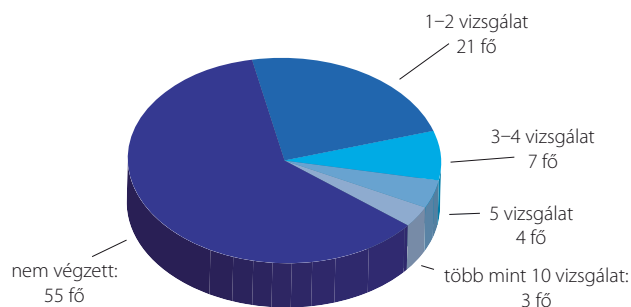
A HunPedNet célja az érdeklődő, magyar házi gyermekorvosok klinikai vizsgálatokra vonatkozó elméleti és gyakorlati tudásának fejlesztése, a praxisok klinikai vizsgálatok végzésére való alkalmassá tételének elősegítése, kapcsolattartás a betegszervezetekkel, a vizsgálatot megrendelő és szervező cégekkel, továbbá az engedélyező hatóságokkal. A vizsgálatot végző kollégák bekerülnek a nemzetközi kutatásba, és precízen végzett munkájukért európai szintű díjazást is kapnak.

A HGYE 2016. november 25-i küldöttgyűlésén fogadtuk el (HGYE módosított alapszabálya 3 §.) jogi személyiséggel rendelkező szervezeti egységek létrehozásának lehetőségét. Ez adta a jogi keretet a HunpedNet létrehozásához, amelyet a Fővárosi Törvényszék 2017. március 20-i végzésében jóvá is hagyott. Kidolgoztuk a HunPedNet alapító okiratát, szervezeti működési szabályzatát, valamint a csatlakozási kérdőívet, amelyek a HGYE honlapjának HunPedNet fülecske alatt fognak hamarosan megjelenni.

Az Irányító Testület első elnökét és tagjait az alapító, a HGYE vezetősége bízta meg. Megbízatusuk 3 év határozott időtartamra szól. Ezt követően a megválasztásukról és visszahívásukról a Csatlakozók gyűlése dönt. Az Irányító Testület első elnöke: dr. Stunya Edina, az Irányító Testület első tagjai: dr. Muzsay Géza, dr. Hajdú Éva Gabriella, dr. Pátri László.

Az elmúlt fél évben főként tagtoborzással foglalkoztunk. 2017. március 26-án már 58 tagunk volt, erről beszámoltunk az áprilisi küldöttgyűlésen. A májusi Kávészünöten megtartottuk az első gyűlésünket, ahol ismét sokan csatlakoztak hozzánk, jelenleg már 90 tagot számlálunk. A belépés feltétele a HunPedNet-kérdőív kitöltése.

Klinikai vizsgálói tapasztalattal 35 tagunk (39%) rendelkezik (1. ábra).



1. ábra

Érvényes GCP (Good Clinical Practice) vizsgája márciusban csupán 16 tagunknak volt, jelenleg már 26-an végezték el a tanfolyamot felhívásunkra. A magyar jogszabályok szerint csak a vizsgálatvezetőnek kötelező 5 éven belüli GCP, de alvizsgálónak, nővérnek, koordinátornak is javasolt megszerezni, mivel – tapasztalatunk szerint – ez is a szponzorok által támasztott elvárás az utóbbi években.

A szervezetünkhöz csatlakozott kollégák között sok a nagy praxissal rendelkező, így a vizsgálatok során kb. 77 000-es populációból vonhatók be gyermekek.

A csatlakozó kollégák 63%-ának van második, harmadik szakvizsgája, ill. klinikai vizsgálatokban hasznos egyéb képesítése, és 84%-ának van kellő angol nyelvtudása.

Az adatok birtokában továbbá megállapítható, hogy GCP vizsgák és gyakorlati ismeretek területén van fejleszteni valónk, továbbá a rendelők felszerelésének alkalmassá tételében kell hathatós segítséget nyújtanunk ahhoz, hogy a magyarországi házi gyermekorvosi praxisokat vonzóvá tegyük a klinikai vizsgálatokat indító gyógyszergyártók és szervező CRO-cégek számára. A tapasztalat azt mutatja, hogy célszerű több orvusból (vizsgálatvezető, társvizsgáló, referáló) és nővérből álló vizsgálói központokat létrehozni. Több gyermek vonható be, az infrastrukturális beruházás hamarabb megtérül, és az – egyébként jelentős – adminisztrációs terhek megoszlanak. A vizsgálati tapasztalattal még nem rendelkező kollégáknak mindenképpen érdemes egy már jól működő vizsgálóhely munkájába bekapcsolódni, hiszen tapasztalat csak így nyerhető, amit előnyben részesítenek a szponzor cégek és a vizsgálóhelyeket kiválasztó szervező cégek (CRO-k).

Az elmúlt hónapokban két körlevelet küldtünk a tagoknak: a HunPedNet megalakulásáról, a 2017. első félévében megrendezésre kerülő GCP-tanfolyamokról, és a beérkező, klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos megvalósíthatósági tanulmányokról (feasibility).

Jelenleg az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületével, a Betegszervezetek Magyarországi Szövetségével, a Nemzeti Betegfórummal, továbbá a különböző gyógyszergyárakkal és a klinikai vizsgálatot szervező cégekkel (CRO) történő együttműködés kialakításán dolgozunk.

Amennyiben bárki szeretne hozzánk csatlakozni vagy munkánkban hathatósan segíteni, kérjük elérhetőségeink egyikén jelezze: hunpednet@gmail.com, muzsaygeza@gmail.com stunyaedina@gmail.com.

DR. STUNYA EDINA
HUNPEDNET, ELNÖK

Meningococcus-fertőzések – epidemiológiai körkép és megelőzési stratégiák Európában



Az invazív meningococcus-betegség (IMB) a bevezetett védőoltási programok ellenére is jelentős morbiditási és mortalitási tényezőt jelent Európában. A betegséget okozó *Neisseria meningitidis* baktérium szerocsoportjai mind időben, mind földrajzilag változatosságot mutatnak, időnként magasabb, időnként alacsonyabb aktivitással. A szerocsoportok változásának és helyi járványok kialakulásának okai nem teljesen egyértelműek: megjelenhetnek hipervirulens törzsek, vakcinációs programok hatására más-más szerocsoportok válnak dominánssá, emellett környezeti hatások is szerepet játszhatnak.

Jól ismert, hogy a betegség életkori prevalenciája csecsemőkorban a legmagasabb, amelynek elsősorban immunológiai okai vannak. Egy második csúcspont figyelhető meg azonban a serdülők és fiatal felnőttek esetében, amelynek hátterében a korcsoportra jellemző magas arányú nasopharyngealis hordozás és a terjedést biztosító életstílus áll. A hordozás zárt közösségekben akár a 40%-ot is elérheti, valamint az együtt lakás, diákotthonok, kollégiumi elhelyezés már egy hét után jelentősen növelheti a hordozás arányát. A csecsemők esetében ez a szám csupán 1–4%-ra tehető, amely alapján jól érthető, hogy a kizárólagos csecsemő-, illetve kisdedkori oltásokkal populációs szintű immunitás és a

kórokozó transzmissziójának csökkenése nem érhető el.¹

A betegség letalitása (case fatality rate – CFR) szoros összefüggést mutat a baktérium szerocsoportjával, a klinikai megjelenéssel és az életkorral. Egy több mint 4000 esetet feldolgozó angliai tanulmány a 15–24 éves korcsoportban igazolta a legmagasabb arányú halálozást.²

Európában a csökkenő IMB-incidencia mellett továbbra is magas incidenciájú országnak tekinthető Írország, az Egyesült Királyság és Litvánia³. A B szerocsoport-dominancia továbbra is jelentős, amelyet összeurópai szinten a C szerocsoport követ, azonban az életkor előrehaladtával az Y és W szerocsoport előretörése is megfigyelhető.

JÁRVÁNYOK EURÓPÁBAN

Meningococcus A szerocsoport okozta járvány az elmúlt 10 évben nem fordult elő az európai kontinensen. Korábban az A szerocsoport a meningitis-övezetként is ismert szubszaharai országokban endémias volt, azonban a 2011 végén elindított konjugált meningococcus A-(MenAfrivac®)-oltási programnak köszönhetően visszaszorult. Olaszországi menekültábrókban W szerocsoport okozta behurcolt IMB-eseteket észleltek, illetve az afrikai menekültek körében a nasopharyngealis hordozás aránya 5% volt, amely dominánsan Y és W135 szerocsoportot igazolt.^{4,5}

C SZEROCSOPORT OKOZTA JÁRVÁNY

2015 márciusától 2016 novemberéig Toscanában egy hipervirulens meningococcus C-törzs bukkant fel, amely 60 megbetegedést, köztük 13 halálesetet okozott. Az esetek halmozódása a turisták által igen kedvelt és zsúfolt Firenzében és a tengerparti területeken volt megfigyelhető. A betegek legnagyobb része a 20 és 29 év közötti korosztályba tartozott, másodsorban pedig a 10–19 éves korosztály volt érintett. A megbetegedettek között előfordultak olyanok is

(4 eset), akik 4–11 évvel korábban kaptak meningococcus C elleni konjugált oltást. Ez megerősíti azt, hogy a konjugált meningococcus-oltás esetében az oltás védő hatását jellemző szérumbaktericid aktivitás (SBA) idővel csökkenhet, és a memóriasejtek aktiválódása a betegség fulmináns lefolyása miatt populációs immunitás hiányában önmagában nem elegendő a megfelelő védettség kialakításához. A toszkán régióban 2005 óta regionális immunizációs program keretében csecsemőkorú oltást vezettek be, amelyet kiegészítettek 6 éves korig felzárkóztató (catch-up) oltással.

Az eseményekre reagálva a 10–19 éves korosztálynak quadrivalens konjugált meningococcus-oltást ajánlottak fel, a 20–44 éves lakosságnak pedig monovalens konjugált MenC oltást.⁶

Az olaszországi járvány egyik nagy tanúsága az volt, hogy populációs immunitást csak olyan oltási programmal lehet elérni, ahol a hordozás megszüntetése a kamaszok és fiatal felnőttek magas átoltottságával megvalósul. A korábbi oltás ellenére kialakult megbetegedések pedig a csökkenő SBA jelentőségére hívják fel a figyelmet.

W-SZEROCSOPORT

Angliában a 2001-től bevezetett csecsemőkorú konjugált MenC oltásnak és a felzárkóztató, valamint a kamaszkori MenC vakcinációs programnak köszönhetően a meningococcus C-esetek száma jelentősen lecsökkent. Azonban a 2009/2010. epidemiológiai évtől kezdve évről évre nagyobb számú W szerocsoport okozta eseteket jelentettek a 10 év feletti korosztályban, sőt a B szerocsoport után a második leggyakrabban előforduló csoporttá vált, és 2015-ben már az invazív meningococcus-betegségek 30%-áért volt felelős. A betegség az esetek felében atípusos klinikai tünetek képében manifesztálódott: a láz mellett gastrointestinális tünetek, arthritis, epiglottitis, pneumonia jellemezte. 2015 augusztusától a

1 Vettera V, et al. Routinely vaccinating adolescents against meningococcus: targeting transmission & disease. *Exp.Rev Vacc.* (2016)

2 Edge C, et al. Clinical diagnoses and outcomes of 4619 hospitalised cases of laboratory-confirmed invasive meningococcal disease in England: Linkage analysis of multiple national databases, *J Infect* (2016)

3 Whittaker R et al. The epidemiology of invasive meningococcal disease in EU/EEA countries, 2004–2014. *Vaccine* (2017)

4 Pelton S. The Global Evolution of Meningococcal Epidemiology Following the Introduction of Meningococcal Vaccines. *J Adolescent Health* (2016)

5 Tafuri S et al. Prevalence of Carriers of *Neisseria meningitidis* Among Migrants: Is Migration Changing the Pattern of Circulating Meningococci? *J Travel Health* (2012)

6 Stefanelli P et al. Increased incidence of invasive meningococcal disease of serogroup C / clonal complex 11, Tuscany, Italy, 2015 to 2016. *Euro Surveill.* (2016)

13–16 éves korosztály átoltását kezdeményezték konjugált MenACWY vakcinával iskolai kampányoltás keretében Angliában, amelynek során 84% feletti átoltottságot sikerült elérni a célzott populációban. Emellett felajánlották ugyanezt a védőoltást egyetemi és főiskolai hallgatóknak is 25 éves életkorig, ahol 33% lett az átoltottság aránya.⁷ Az oltási program korai hatásának vizsgálata még folyamatban van.

Y SZEROCSOPORT

Az Y szerocsoport az IMB-esetek ~10%-áért felelős, azonban a skandináv országokban, különösen Svédországban érdekes tendencia volt megfigyelhető, ugyanis a 10 év feletti korosztályban az Y vált vezető szerocsoporttá 2011 és 2013 között.

7 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/612738/hpr1617_menACWY-vc2.pdf

8 Bröker M et al. Meningococcal serogroup Y emergence in Europe Human Vaccines & Immunotherapeutics (2014)

Hollandiában, ahol a nemzeti immunitációs programnak köszönhetően (2001.: 14 hó + felzárkóztató oltás 18 éves korig) a C szerocsoport gyakorlatilag teljesen visszaszorult, szintén enyhe emelkedését észlelték az Y szerocsoportnak 2008-tól. Hasonló trendek Európa több országában is megfigyelhetők.⁸

Az európai adatok áttekintése és értékelése alapján a kamaszkori védelem szerepe több szempontból is kiemelendő:

- második legmagasabb életkor-specifikus prevalencia
- a nasopharyngealis hordozás és transzmisszió legmagasabb aránya
- a járványos terjedés szempontjából a legérzékenyebb populáció
- legmagasabb a halálozás (CFR: case fatality rate)

- változatos szerocsoport-megoszlás jellemző a korosztályra

A jól megtervezett védőoltási programokhoz azonban a helyi epidemiológiai viszonyok ismerete, pontos surveillance szükséges. Nemzeti immunizációs program hiányában csak egyéni védelemre hagyatkozhatunk, figyelembe véve azt a tényt is, hogy a konjugált meningococcus-oltás protektív hatása a vakcinációtól eltelt idő növekedésével arányosan gyengül, szerocsoporttól függően.

DR. ONOZÓ BEÁTA

HÁZI GYERMEKORVOS, MISKOLC

B.A.Z. MEGYEI KÓRHÁZ VELKEY LÁSZLÓ

GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT, IMMUNOLÓGIAI

AMBULANCIA

A cikk megjelenését a Pfizer támogatta

Európai szakmai indikátorok

Mi, alapellátó gyermekorvosok méltán és joggal vagyunk büszkéek a házi gyermekorvoslás hazai tradíciójára, a hagyományokra épülő, magas színvonalú, minőségi gyermek-alapellátásra. Ez nem teszi azonban feleslegessé, hogy időnként körülnézzünk, kitekintsünk határainkon túlra, és ellenőrizzük, vajon megfelelünk-e a folyamatosan változó, modernizálódó európai gyermek-alapellátási tudományos normáknak, szinkronban vagyunk-e a legfrissebb trendekkel. Nem a szakmaiság álarcában felbukkanó hóbortok, divatok szolgai másolására kell itt gondolnunk, hanem az idők próbáját kiálló, bizonyítékokra alapozott, az európai szakmai grémiumok által kiadott szakmai ajánlásokat követő klinikai gyakorlat készségi szintű elsajátítására. Egy ilyen folyamatos megújulási képesség nélkül ugyanis nem beszélhetünk valóban magas szintű alapellátásról. E nélkül a szemlélet nélkül szakmai rutinunk gyakorta nem lesz több, mint az éveken át napról napra rendszeresen elkövetett hibák egyre nagyobb és nagyobb biztonsággal történő ismételtetése.

A gyakorlati orvoslásban is egyre komolyabb szerephez jutó szakmai minőség-ellenőrző rendszerek egyik előnye éppen az, hogy minden ellátóorvos számára egyénileg is, illetve munkacsoportok, ellátóegységek szintjén is egyfajta tükröt képes elénk tartani. Összevethetjük saját munkánkat a megköve-

telt, az elvárható, ill. a szakmailag indokolt minőséget képviselő praxisokéval, lehetőséget teremtve a folyamatos fejlődésre a szakmai munka, a betegbiztonság, a praxis management területén egyaránt.

Az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) és az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Konföderációja (ECPCP) 14 ország részvételével egy szakmai minőség-ellenőrzési indikátorrendszer kidolgozásával és lehetséges alkalmazásának felmérésével foglalkozó projektet indított el, amelybe a HGYE révén Magyarország is bekapcsolódott. Több száz indikátor közül hosszasan egyeztetések után végül 42 indikátor került kiválasztásra, az alábbi témakörök szerinti felosztásban:

- egészségnevelés, prevenció
- akut betegellátás
- krónikus ellátás, beteggondozás
- praxis management
- betegbiztonság

Az ún. COSI (core set of indicators) projekt célja egy olyan egységes európai szakmai indikátorcsomag összeállítása, amely valid és transzparens, vagyis szakmailag hiteles, érvényes, ugyanakkor átlátható, ellenőrizhető, kifejezetten a gyermek-alapellátásra optimalizált, teljesítményértékelő és ellenőrző rendszerként szolgálhat.

Jelenleg egy ún. alkalmazhatósági vizsgálat (feasibility study) zajlik, amely-

nek eredménye hivatott megmutatni, hogy a kiválasztott indikátorok mennyire életképesek, mennyire állják meg helyüket a gyakorlatban, mennyire alkalmazhatók az egyes országokban igen csak eltérő viszonyok, szokások, szabályozások között. A vizsgálatban Magyarország is részt vesz, 10 önként jelentkező házi gyermekorvosi praxisban történt ún. pilot (előzetes) felmérés. Amint publikus eredmények, értelmezhető adatok születnek a projektben, tájékoztatjuk arról Olvasóinkat.

Addig is, amíg a jelenleg még a validálás fázisában járó COSI projekt részletei publikussá válnak, önkéntes játék keretében szeretnénk egy olyan érdekes, szakmailag mindenképpen figyelemfelkeltő indikátorcsomagot ismertetni, ami különböző kórképek esetében az antibiotikumok felírásával foglalkozik. Nyolc olyan indikátort mutatunk be, amely egy kicsiny, de fontos szeletét mutatja meg annak, hogy hol is tart ma az európai gyermek-alapellátás, és egyben lehetőséget teremt arra is, hogy önmagunkat, szakmai munkánkat ennek fényében értékelhessük.

A kérdések tünetileg jól körülírt betegcsoportra vonatkoznak, hasonló betegekkel nap mint nap találkozunk. Az indikátorok diagnosztikus tevékenységünket terápiás gyakorlatunkat jellemzik.

Minden esetben arra kell válaszolnunk, hogy jelenlegi gyakorlatunk az

adott betegpopulációban milyen mértékben felel meg a leírt gyakorlatnak. Három lehetőség közül választhatunk: A: igen, megfelel; B: nem felel meg; C: részben megfelel.

Ne arra válaszoljunk, hogy hogyan szeretnénk, ha a dolgok ideális esetben történnének, ha minden feltétel adott lenne,

hanem arra feleljünk, hogy a saját praxisunkban aktuálisan, a mai napon éppen mennyire követjük az adott gyakorlatot.

A tudományos-szakmai munkacsoport nevében egy kis közös „szakmázásra” buzdítjuk a Tisztelt Kollégákat. Szívesen válaszolunk minden, a HGYE címére beérkező

levélre, ami a közölt indikátorokkal kapcsolatos. Biztos, hogy mindig az A) válasz helyes és követendő? Mikor igen, és mikor nem? Miért? Írják meg a véleményüket, hátha mi is tanulunk belőle!

Kellemes időtöltést kívánunk!

KOVÁCS ÁKOS

Kérdések

1. *Betegcsoport:* 2 év feletti, kielégítő általános állapotú gyermek, 12 órája kezdődött egy oldali acut otitis media. Hőmérséklet 38 Celsius-fok. Súlyos általános tünet, vagy szövődményre utaló jel nincs.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: Ha a beteg 2 évnél idősebb, a folyamat egyoldali, nem jár súlyos tünetekkel (elhúzódó magas láz, toxikus állapot), első választásként csupán fájdalomcsillapító tüneti kezelést alkalmazok, és amennyiben 48 órán belül nincs javulás, antibiotikumot kezdek.

A) igen B) nem C) részben

2. *Betegcsoport:* minden 2 évesnél idősebb pharyngitis beteg.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: addig nem kezdek antibiotikus kezelést pharyngitisben, amíg a Streptococcus pyogenes jelenléte pozitív Strep A-teszt alkalmazásával, vagy torokváladék bakteriológiai vizsgálatával egyértelműen nem igazolható.

A) igen B) nem C) részben

3. *Betegcsoport:* minden akut légúti fertőzéssel küzdő beteg, akinek a légzésszáma nem haladja meg az életkori normálértéket.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: ha a gyermek nem tachypnoés, nem kezdek antibiotikus kezelést.

A) igen B) nem C) részben

4. *Betegcsoport:* minden akut húgyúti fertőzésre utaló tünettel jelentkező beteg.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: a bakteriológiai tenyésztésre történő korrekt vizeletvételek meg kell előznie az antibiotikum adását.

A) igen B) nem C) részben

5. *Betegcsoport:* minden 3 hónap és 5 év közötti, nyilvánvaló ok nélküli (monoszimptomás) lázas beteg, akinél bármilyen, súlyos betegségre utaló tünet észlelhető.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: haladéktalanul megtörténnek az alábbi vizsgálatok: sürgős vérvkép, CRP, vizelet, majd ezek eredményének birtokában döntök a továbbiakról.

A) igen B) nem C) részben

6. *Betegcsoport:* minden akut légzési nehezítettség tünetével jelentkező beteg.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: helyszínen oxigénszaturációt mérek, és amennyiben a SatO2 szobalevegőn 92%-nál alacsonyabb, a beteget feltétlenül kórházba küldöm.

A) igen B) nem C) részben

7. *Betegcsoport:* minden területen szerzett pneumónia diagnóziséval kezelt beteg.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: az ilyen beteget a diagnózis felállítását és a kezelés megkezdését követő 48 óra múlva ismételt megvizsgálom.

A) igen B) nem C) részben

8. *Betegcsoport:* minden tachypnoével, perzisztáló, vagy visszatérő magas lázzal és mellkasi behúzóadásokkal járó területen szerzett pneumóniás eset.

Indikátor:

Praxisomban az alábbi gyakorlatot követem: ilyen esetben a beteg korának megfelelő, az aktuális szakmai ajánlás szerinti első lépcsős antibiotikumot alkalmazom.

A) igen B) nem C) részben

Nimenrix™

1 adag

12 hónapos
kortól¹

A meningococcus fertőzés kockázatával számolni kell **tinédzser** pácienseinél is!²

Milyen esetben gondoljon rá...³

- zárt közösségek kedvező feltételei a járványos terjedésnek (iskola, kollégium, szórakozóhelyek, fesztiválok)
- egészségi állapotuk miatt fokozott megbetegedési hajlammal rendelkező személyek életkortól függetlenül magasabb rizikóval rendelkeznek,
pl.: lép működési zavarával élők, biológiai készítményeket kapó reumatológiai és autoimmun betegek, hematoonkológiai kezelésben részesülők
- endémiás területre utazáskor

Mit tehet....

- tájékoztassa páciensét és szüleit a veszély lehetőségéről
- ismertesse, hogy a megelőzés egyetlen hatékony módja a védőoltás

Az immunizáció elvégezhető Nimenrix vakcinával, mely az A, C, W-135 és Y szerocsoportú *Neisseria meningitidis* által okozott invazív meningococcus-betegségekkel szemben nyújt védeltséget.¹



Rövidített alkalmazási előírás

Nimenrix por és oldószer oldatos injekcióhoz előretöltött fecskendőben Meningococcus A, C, W-135 és Y csoportú konjugált vakcina

Hatóanyag: egy 0,5 ml-es adag tartalmaz: *Neisseria meningitidis* A csoport polyszacharid¹ 5 mikrogramm, *Neisseria meningitidis* C csoport polyszacharid¹ 5 mikrogramm, *Neisseria meningitidis* W-135 csoport polyszacharid¹ 5 mikrogramm, *Neisseria meningitidis* Y csoport polyszacharid¹ 5 mikrogramm, ¹tetanusz toxoid hordozófehérjéhez konjugálva 44 mikrogramm. **Javallatok:** A Nimenrix 6 hetes életkortól javallott aktív immunizálásra A, C, W-135 és Y szerocsoportú *Neisseria meningitidis* által okozott invazív meningococcus-betegségekkel szemben. **Adagolás:** A Nimenrix-et a rendelkezésre álló hivatalos ajánlásoknak megfelelően kell alkalmazni. 6–12 hetes csecsemők: Az ajánlott immunizációs sorozat három, egyenként 0,5 ml-es adagból áll. A csecsemőkori alapimmunizációs sorozat két adagból áll, az első adagot 6 hetes kortól kell beadni, 2 hónap különbséggel a két dózis között. A harmadik (emlékeztető) adag 12 hónapos életkorban ajánlott. 12 hónaposnál idősebb gyermekek, serdülők és felnőttek: Egyetlen 0,5 ml-es adagot kell beadni. Egyes betegeknél a Nimenrix második adagjának alkalmazása is megfelelő lehet. Korábban oltásban részesült, 12 hónaposnál idősebb gyermekek, serdülők és felnőttek: A Nimenrix beadható emlékeztető oltásként olyan személyeknek, akik korábban konjugált vagy teljes polyszacharid meningococcus vakcinával alapimmunizálásban részesültek. **Alkalmazás:** Az immunizálást csak intramuscularisan adott injekcióval szabad végezni. Csecsemőknél a beadás javasolt helye a comb anterolaterális régiója vagy a deltaizom. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagaival vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Figyelmeztetések:** A Nimenrix-szel végzett vakcinációt el kell halasztani akut, súlyos lázas betegség esetében. Enyhe fertőzés, pl. megfázás esetén a vakcinációt nem kell elhalasztani. A Nimenrix óvatossággal adandó thrombocytopenia vagy bármely más vérzavar esetén, mivel ilyen személyeknél az intramuscularis beadást követően vérzés fordulhat elő. Immunszuppresszív kezelésben részesülő vagy immunhiányos betegeknél várható, hogy esetleg nem alakul ki megfelelő immunválasz. A Nimenrix semmilyen körülmények között nem adható intravascularisan, intradermalisan vagy subcutan. **Gyógyszerköcsönhatások:** Csecsemőknél a Nimenrix egyidejűleg alkalmazható kombinált DTaP-HBV-IPV/Hib vakcinákkal és 10-valens konjugált pneumococcus vakcinával. 1 éves kortól és afelé a Nimenrix egyidejűleg alkalmazható az alábbi vakcinákkal: hepatitis A (HAV) és hepatitis B (HBV) vakcinák, kanyaró-mumpsz-rubeola (MMR) vakcina, kanyaró-mumpsz-rubeola-varicella (MMRV) vakcina, 10-valens konjugált pneumococcus vakcina és nem adjuvált szezonális influenza vakcina. A második életévben a Nimenrix szintén adható egyidejűleg kombinált diphtheria-tetanus-acellularis pertussis (DTaP) vakcinákkal, beleértve a hepatitis B, inaktívált polio, illetve b-típusú *Haemophilus influenzae* (HPV, IPV vagy Hib) elleni oltóanyagokkal kombinált DTaP vakcinákat, mint pl. a DTaP-HBV-IPV/Hib vakcinát és a 13-valens pneumococcus konjugált vakcinát. Azonban amikor csak lehetséges, egyidejűleg kell beadni a Nimenrix-et és a TT-tartalmú vakcinákat, pl. a DTaP-HBV-IPV/Hib vakcinát, vagy a Nimenrix-et legalább egy hónappal a TT-tartalmú vakcina előtt kell beadni. Ha a Nimenrix más injekciós vakcinákkal egyidejűleg kerül beadásra, a vakcinákat mindig különböző oltási helyeken kell beadni. **Mellékhatások:** 6 hetestől 55 évesig terjedő életkorú betegeknél végzett vizsgálatokban, illetve a forgalomba hozatalt követően jelentett mellékhatásokat összefoglalva: Nagyon gyakori (≥1/10): Étvágytalanság, irritabilitás, álmoság, fejfájás, láz, duzzanat, fájdalom, bőrpír az injekció beadásának helyén, kimerültség Gyakori (≥1/100 - <1/10): Hasmenés, hányás, éremyélgyulladás az injekció beadásának helyén **Osztályozás:** orvosi rendelvényhez kötött gyógyszerek (V). EU/1/12/767/003 **A szöveg ellenőrzésének dátuma:** 2017. február 16.

A gyógyszerrel részletes információ az Európai Gyógyszerügynökség internetes honlapján <http://www.ema.europa.eu> található.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Az aktuálisan érvényes árért, kérjük, keresse fel a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő honlapját: www.neak.gov.hu

Referenciák:

1. Nimenrix alkalmazási előírás, a szöveg ellenőrzésének dátuma: 2017. február 16. www.ema.europa.eu
2. European Centre for Disease Control. Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2012. Available at: www.ecdc.europa.eu. Utolsó megtekintés dátuma: 2017. június 22.
3. Az EMMI módszertani levele a 2017. évi védőoltásokról. EÜK. 7.szám 2017.április 20. http://www.hbcs.hu/uploads/jogsabaly/2510/fajlok/EEMI_vedooltasokrrol.pdf



Pfizer Gyógyszerkereskedelmi Kft.
1123 Budapest
Alkotás u. 53. MOM Park "A" épület
Tel: 06-1-488-3700
www.pfizer.hu

Homoszexualitás. LMBTI*-gyermek és -serdülők a házi gyermekorvosi ellátásban

Somorjai Noémi informatikus, könyvtáros

Lassan 30 évvel a rendszerváltás után több mint egy generációnyi fiatal nőtt fel, amely nem tapasztalta meg a megelőző évtizedek negligáló attitűdjét a homoszexuális emberek irányában. A mai kor gyermeke szabadabban lélegzik és gyűjt információt, impulzusokat, barátokat, ha a többségitől eltérő meleg, leszbikus, biszexuális, transznemű lelkületet feltételezi magáról. Az egyik újabb forrás szerint¹ bármely iskola 1000 tanulója közül 100 meleg, leszbikus vagy biszexuális, 10 transzszexuális és 1 diák interszexuális. Az adatok egy az egyben nem feltehetőek meg a hazai LMBTI serdülők és felnőttek lélekszámára nézve, de a növekvő tendenciákat jól tükrözik. Ha a gyermek családi háttere elutasító nézeteket vall, a gyermek nagy valószínűséggel magára marad az önexploráció útvesztőiben. A házi gyermekorvosok a társadalom negatív minősítése miatt stigmatizálódó, kiszolgáltatott, egyébként egészséges fiataljainak sikeres felnőtté válását volnának hivatottak támogatni a kisebb-nagyobb méretekben elutasító családi és iskolai környezetben.

ALAPFOGALMAK

Homoszexuális: az a személy, aki elsődlegesen vagy kizárólagosan azonos nemű személyek iránt érez vonzódást vagy szexuális vágyat. Nők esetében leszbikus, férfiak esetében meleg a szokásos megnevezés.

Biszexuális: az a személy, aki érzelmi, testi, lelki és/vagy szexuálisan mind férfiakkal, mind nőkkel képes vonzódni.

Transzszexuális/transznemű az a személy, akinek nemi identitása és/vagy nemi önkifejezése eltér a születéskor jelzett nemtől.

Interszexuális: az a személy, aki a kromoszómái és nemi szervei szerint nem határozható meg egyértelműen sem férfiként, sem nőként.

Szexuális orientáció: a személy irányultsága, amely szerint döntően azo-

nos, eltérő vagy mindkét nemmel képes kialakítani érzelmi és szexuális kapcsolatot. A szexuális orientáció nem azonos a szexuális magatartás fogalmával.

Nemi identitás: az a belső meggyőződés, amely a személy testi, lelki, érzelmi és szexuális tapasztalatai és érzetei alapján tudatában összerendeződik, amely nyomán nemi életvitelét alakítja. Ez az énkép nem feltétlenül azonos a személy fizikai megjelenésével.

Homofóbia: irracionális félelem és irtózás a homoszexualitástól, a leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű emberektől.

Internalizált homofóbia: a külső negatív megítélést a személy a környezet nyomásának engedve maga is elfogadja és önmaga felé negatívan viszonyul (negatív önkép).²

TÖRVÉNYI ÉS KUTATÁSETIKAI VÁLTOZÁSOK

Tudni kell, hogy a szexuális orientáció és identitás nem választás kérdése, és nem a szülői nevelés, esetleges szexuális abúzus, vagy más kedvezőtlen életeseemény következménye³. Utóbbiak csak a szexuális *viselkedést* befolyásolhatják. A szexuális orientáció és a nemi identitás a pszichoszexuális fejlődés lépései, amelyet *nem tudatos döntések* hoznak létre. A nemi identitás 3-4 éves korra, míg a szexuális orientáció nagyjából 9-10 éves korra alakul ki.

A bioetikai orgánumok 2014-ben felhívták a figyelmet az LMBTI fiatalok egészségügyi hátrányainak csökkentésére.⁴ A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkatársai 2014-ben negyedik alkalommal készítették el az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása⁵ c. jelentést, amelynek egyik fejezete már tartalmaz kérdéseket az azonos nemű partnerhez vonzódásra vonatkozóan. A bostoni Fenway Institute munkatársai kibocsátottak egy szórólapot „Do Ask, Do Tell: Talking to your health care provider about being LGBT”, vagyis „Kérdezd meg!

Mondd meg! Beszéljess a kezelőorvossal arról, hogy LMBTI személy vagy!” címmel.

A meleg, leszbikus és biszexuális fiatalok merőben *eltérő* egészségi kockázatoknak vannak kitéve, mint társaik. Hátrányban vannak a heteroszexuális lakossághoz viszonyítva az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, egészségnevelés, közösségi programok, családtervezés, védőoltások, a szexuális úton terjedő betegségek, a bántalmazás, a mentális egészség, a droghasználat és a dohányzás tekintetében. Sokszor szenvednek homofóbiától, kevésbé megbélyegző új keletű kifejezéssel homonegativitástól, amely sokszor teljesen ráül személyiségükre és internalizált homofóbia formájában saját maguk felé irányul, önmagukat utálják meg. A meleg fiatalok általában nem rendelkeznek kellő önbizalommal, hogy segítséget kérjenek, vagy kérdéseket tegyenek fel.⁶

A NEM HETEROSZEXUÁLIS FIATALOK SPECIÁLIS ELLÁTÁSI IGÉNYEI

Az LMBTI serdülők pszichoszexuális fejlődési lépéseit szokásosan négy fázisra osztják⁷. A legnehezebb lépés számukra egyfelől annak felismerése és elfogadá-



sa, hogy a többségtől eltérő fejlődésmóddal rendkívül sok útvessztővel van megterhelve, beavatási rítusok és a felnőttek példaadó magatartása nélkül, másfelől az a feladat, hogy a társadalmi elvárásoknak megfelelő heteroszexuális fejlődési modellt távolítsák el önmaguktól és egy nehezen felismerhető és követhető, példákkal csak ritkán illusztrált fejlődési utat járjanak be. Sajátságos vonzalmukat előbb saját maguknak vallják be, majd a „coming out”, az előbújás lépéseiben barátaik, majd általában az egyik szülő tudomására hozzák beállítottágukat. Ebben a folyamatban nagy segítségükre lehet egy elfogadó, felvilágosult és támogató család, vagy legalább egy felnőttkorú támogató, aki nem feltétlenül a szülő. Életesélyeik és életkilátásaik nagyban függenek ettől a támogató és hátuk mögött álló felnőttől. Ha a fiatal környezete elutasítja a kamasz többségtől eltérő megnyilvánulásait, öltözködését, a serdülő elszigetelődik és rejtőzködésre van kényszerítve. A rejtőzködés folyamatos félelmet, szorongást, depressziót okozhat. Gyakoribb az önkárosító magatartás, a kockázatos szexuális viselkedés, és az öngyilkossági gondolatok és cselekmények is 2-7-szer gyakoribbak köreikben⁸. Előfordulhat, hogy a kamasz élete különböző területein eltérő mértékig tárta fel kilétét ismerőseinek, és ez külön szervezést igényel életében a véletlen előbújás veszélye miatt. Ezek az epizódok egyáltalán nem kedveznek a kamaszkorban szokásos stabil önértékelés és identitás kiépítésének, az intimitás elsajátításának.⁹

Az LMBTI serdülők között gyakrabban fordul elő, hogy kimaradnak egy-egy óráról, mulasztanak az iskolából a kortársak zaklatása, bántalmazás, szóbeli vagy fizikai erőszak miatt. Olykor kénytelenek elhagyni a szülői házat szüleik értetlensége miatt, vagy a szülők küldik el őket otthonról. Számkivetett léthelyzetben könnyebben és korábban nyúlnak alkoholhoz, kábítószerhez és cigarettához, szexuális életük is előbb kezdődik, több partnerük van, és gyakrabban történik akarattuk ellenére az aktus, ami növeli a szexuális fertőzések kockázatát.

Az Egyesült Államokban életre hívták a közép- és felsőfokú oktatási intézményekben az ún. Gay-Straight Alliances, (Meleg-Hetero Szövetség) baráti köröket, akik vállaltan védik az oktatási intézménybe járó meleg fiatalokat; biztonságos, zaklatástól mentes helyeket biztosítanak számukra a campusban, transzszemélyek számára pedig mosdót, ami sokszor szintén a zaklatás helye. Azok-

ban az oktatási intézményekben, ahol támogató és pozitív légkört biztosítanak, és félelemmentesen látogathatják az oktatási intézményt a meleg diákok, gyakorlatilag megszűnt a különbség a hetero- és homoszexuális hallgatók között az öngyilkossági gondolatok előfordulását tekintve.

AZ ÖNELFOGADÁS FELVÁLLALÁSA, AZ ELŐBÚJÁS, VAGY „COMING-OUT”

Ahol a meleg elfogadása pozitívabb és szociálisan jobban tolerált, fiatalabb korban és baráti, családi, munkahelyi környezetben könnyebben vállalja egy serdülő a meleg identitását. A felvállalás előnyös lehet a későbbi mentális és fizikai egészség szempontjából, nagyban függ a köz-

vetlen és tágabb társas és társadalmi környezettől, a jogi szabályoktól, az egyén családi háttérétől és a fiatal társas kapcsolati hálójától. Biztosan kötődő, stabil családi háttérrel pozitívabb fogadtatásra számíthat a serdülő, míg a rosszul funkcionáló családi környezetben nagyobb valószínűséggel számíthatnak elutasításra. Érdemes előbb a közeli ismeretségi körben, majd a tágabb környezetben előbújni, mert egyértelműen csökkenti a mentális feszültségből adódó stresszt és társbetegségeit – depresszió, szorongás, pánik, evészavar, önkárosító magatartásformák, dohányzás, alkohol- és droghasználat, öngyilkossági gondolatok – a nem kívánt terhesség, kockázatos szexuális magatartás és fertőzések esélyét, viszont segíti az önelfogadást, növeli az önbecsülést és hosszú távon kedvező hatással van a mentális egészségre³.

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Társaság Serdülőkori Bizottságának ajánlásai a gyermekorvosnak

1. Biztosítsa a serdülőt, hogy a rábízott információk az orvosi eskü és titoktartás kötelezettsége miatt harmadik személy tudomására nem juthatnak.
2. Az egészségügyi személyzet vegyen részt képzésen, ami a LMBTI serdülőkkel való találkozás során szükséges ismereteket és tudanyagot tartalmazza, kitérve a kíváncsi szóhasználat és a kerülendő kifejezések, gúnyos megjegyzések eseteire.
3. Mind írásos, mind szóbeli formában úgy fogalmazzon, hogy az LMBTI fiatalok ne érezzék magukat kizárva a beszélgetésből. Pl. barát vagy barátnő megnevezése helyett a kliens partnere vagy kedvese említése ajánlott.
4. A tizenévesek és szüleik számára célszerű kidolgozni egy brosúrát a legfontosabb tudnivalókról, és ezt közzé tenni, vagy szükség esetén kézbe adni.
5. A gyermekorvos ismerje azokat a civil szervezeteket és pszichológusokat, akikhez a nem heteroszexuális serdülők fordulhatnak.
6. Teremtsen megfelelő légkört, amelyben a gyermek, vagy serdülő bármilyen kényes kérdést feltehet. Legyen felkészült a szexuális orientáció és a szexuális viselkedés alakulása terén, legyen képes a serdülő érettsége szerint világos információt nyújtani, félreértéseket tisztázni, kétségeket eloszlatni és megfelelő lelki támaszt nyújtani.

A fiatalokat, akiknek volt szexuális tapasztalata azonos nemű partnerrel (is), ne illesse bármilyen címkével, hisz' ebben a korban még előfordulhat ilyen irányú tapasztalat anélkül, hogy ez a későbbi magatartásba beépülne.

7. Legyen kész előítéletektől mentesen segítségére lenni a fiatalnak, ha bizonytalan nemi identitásában.

8. Kérdezze ki a serdülőt a kockázatos szexuális magatartásról, depressziós epizódokról és az öngyilkossági gondolatokról.

9. Ajánlható választásként említse az önmegtartóztatást, intse óvatosságra az egyszerre több partnerrel kapcsolatot fenntartókat, hívja fel a figyelmet a biztonságos szexuális magatartás szabályaira. Tájékoztassa a fiatalt az anális közösüléssel járó kockázatokról és a fertőzések veszélyeiről, nyújtson információt a veszélyek minimálisra csökkentésének módszereiről.

10. Térjen ki az alkohol, drog és a védekezés nélküli szexuális együttlét kapcsolatára, a bántalmazás eshetőségére.

11. Minden serdülőt tájékoztasson szóban, vagy szórólap formájában (interneten) a szexuális úton terjedő betegségekről és a szűrés lehetőségéről, a HIV-fertőzésről, terhességi tesztekéről és tanácsadásról, a védekezés módszereiről, a méhnyakrák-, valamint a hepatitis A és B-oltásról.

12. Kérdezze ki a fiatalt mentális egészségi állapotáról, kitérve a családi konfliktusokra és a kortárs csoportokban előforduló zaklatásra vagy bántalmazásra.

A szülők felelőssége

A szülőknek óriási felelősségük van abban, hogy LMBTI gyermeküket támogassák. Pozitív odafordulással jobb fizikai és mentális egészségi esélyre, stabilabb partnerkapcsolat kialakítására és megfelelő megküzdési készségek elsajátítására van lehetősége gyermeküknek. Sajnos a szülőket sokszor megrázkódtatásként éri, ha kiderül gyermekük melegsége, mássága. A szülőkkel való elhúzódó konfliktus és folyamatos stressz egyeseket otthonuk elhagyására készíthet. A szülőknek nyíltan és elfogadóan kellene beszélgetni a meleg serdülővel, legyenek figyelmesek azokra a jelekre, hogy gyermekük zaklatás áldozata-e, (vagy nem ő zaklat-e másokat). A magatartás és a hangulat változása, a tanulmányi eredmények romlása, tartós lehangoltság esetén a szülők gondoljanak arra, hogy nem egy tabutéma, a fiatal homoszexuális vonzalma áll-e a háttérben.

Az eddigi kutatási eredmények négy pontban foglalják össze a szülők teendőit.

- 1.** Rendszeresen és nyíltan, elfogadóan beszélgessenek gyermekükkel a másfajta szexuális orientációról, amelynek során a fiatal elmondhatja az őt foglalkoztató kérdéseket. Hallják meg és hallgassák meg gyermekük problémáit. A gyermek érezze a szülő szeretetét és támogatását akkor is, ha meleg. Beszélgessenek a serdülővel a szerelemtől, szexualitástól, a kockázatos szexuális viselkedésről, a védekezés nélküli aktus veszélyeiről.
- 2.** Mivel általában a szülők sincsenek „képben”, mivel jár a meleg életforma felvállalása a mai világban, menjenek könyvtárba és gyűjtsenek be minél több információt a melegséggel kapcsolatban. Próbáljanak sikeres melegektől életrajzi, szépirodalmi műveket olvasni, a melegek életéről tájékozódni, egészségi információt gyűjteni, vegyék fel a kapcsolatot melegszerzetekkel. Ha már tájékozottabbak a melegek életéről és életkilátásairól, tisztázzák magukban saját érzéseiket.
- 3.** A kellő információk birtokában alkítsanak ki közös célokat gyermekükkel, hogy eredményesen teljesíthessen az iskolában.
- 4.** Azok a szülők, akik veszik a fáradságot, hogy megismerjék fiuk, lányuk barátaikat, és tudják, hogy mivel foglalkoznak

szabad idejükben, jobb eséllyel indítják őket a felnőtté válás felé.

A JAMA Pediatrics 2017. évi közleményében a Youth Risk Behavior Surveillance System (Fiatalok Rizikómagatartásvizsgáló Felülvizsgálata) által 1999 és 2015 között megkérdezett 762 ezer (16 év átlagos életkorú) serdülő közül a szexuális kisebbséghez tartozó fiatalok 28,5%-a követett el öngyilkossági kísérletet. Miután engedélyezték az azonos neműek házasságát, 7%-os relatív csökkenés mutatkozott körükben az öngyilkossági kísérletek számában. Az eredmény azt sugallja, a gyermekgyógyászati ellátás mellett az élet más területein is tehetünk lépéseket az egyenlő esélyek és jobb életkilátások megteremtéséért.

Az oktatási intézmények lehetőségei

- Bátorítsanak minden hallgatót mások tiszteletére és kifejezetten tiltsák a bántalmazás és zaklatás minden formáját, akár verbális, érzelmi vagy fizikai.
- Alakítsanak ki biztonságos helyeket az iskolában – pl. az iskolai pszichológus szobája, iskolai könyvtár, diákönkormányzati iroda, diáktanácsadó – ahol a diákok segítséget kaphatnak a tanároktól, vagy az iskolai személyzettől.
- Bátorítsák a diákok önszerveződő klubjait, ahol biztonságos és befogadó az iskolai környezet minden diák számára, szexuális orientációtól függetlenül.
- A szexuális egészségnevelésről tartott órák minden esetben foglalják magukba a leszbikus, meleg, bi- és transzszexuális fiatalok nézőpontjait és érdeklődését is a szexuális úton terjedő betegségek, a HIV-fertőzés és a nem kívánt terhesség kérdéseiről.¹⁴

A GALE (Gay and Lesbian Education) Network az interneten is elérhető online tréninget kínál azon pedagógusok számára, akik szeretnék integrálni az oktatásba és a különböző tantárgyak curriculumába a homoszexualitás kérdéseit. Az integrációt segíti, ha belefoglalják a tananyagba az LMBTI emberek életéről, híres írók, művészek, zeneszerzők, feltalálók eredményeiről tudható ismereteket, biológia órán pedig a természetben előforduló emberi, állat- és növényvilágban tapasztalható jelenségekre is felhívják a figyelmet, és a szexuális élet természetes variánsaként vitatják meg az azonos neműek vonzalmát.



Az intersexuális fiatalokról

Ami Hippokratész idejében még a kozmosz, vagy a rend része volt, az anatómia, az orvostudomány fejlődésével rendellenességgé, betegséggé vált. A hermafroditák, az intersexuális újszülöttek a sebészeti beavatkozások sorozatának, hormonkezelésnek vannak, lehetnek kitéve, a társadalom nem kíván tudomást venni létezésükről. Létezésük ténye a kollektív tudattalan süllyesztőjébe került.

Az intersexuális csecsemők sebészeti és ehhez kapcsolódó ellátásával kapcsolatban a legtöbb szerző a minél korábbi életkorban történő sebészeti beavatkozást ajánlja, hogy az egyértelmű nemi nevelés társadalmi kívánalmainak meg lehessen felelni. A tájékozott beleegyezés egy ilyen fontos kérdésben, mint a nem megválasztásának felelőssége és lehetősége a 18 év alatti személyeket is megilleti. Kíváncsabb volna megvárni a gyermek éréseinek azt a szakaszát, amelyben az orvosi tájékoztatás alapján a tájékozott beleegyezés elvének megfelelően saját maga hozhatja meg életre szóló döntését. Az ő döntése nagyobb valószínűséggel lesz összhangban ösztöneivel, vágyaival és nemi identitásával. Eldöntheti, kéri-e a komplikációkkal, és szövődeményekkel járó sebészeti beavatkozást, vagy úgy fogadja el saját testét, ahogy az születésekor adatott. Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala 2015 májusában konferenciát tartott „Az intersexuális gyermekek helyzete – problémafelvetés” címmel a Háttér Társaság közreműködésével, amelyen az érintettek, bioetikusok, szociológusok és az egészségügy képviselői elemezték a jelenlegi gyakorlatot. A konferenciáról Scheiber Dóra közölt a Hírvivő c. szaklapban beszámolót.

ÖSSZEGZÉS

Azok a gyermekek és fiatalok, akik a lesbikus, meleg, bi-, transz- és interszexuális kisebbséghez tartoznak, számos területen hátrányban vannak társaikhoz ké-

A transzszexuális fiatalokról

A transzszexuális személyek úgy érzik, nemi identitásuk különbözik a születésükkor jelölt nemtől. Ellentétes nem szerinti testbe születtek, mint ahogyan ösztöneik és késztetéseik szerint éreznek és viselkednek. Ez folyamatos belső feszültséggel jár, és sokan szeretnék ezt a tévedést sebész úton korrigáltatni. Sokkal több transzszexuális, újabb kifejezéssel nemiszerep-diszfóriában szenvedő személy él, mint ahányan az orvosi rendelőkben ezzel a panasszal megjelennek. A nemiszerep-diszfória megállapításához legalább hat hónapig kell hogy fennálljon a gyermekben erős inkongruencia a kapott és választott neme között: erős a vágy és ragaszkodás, hogy az ellenkező nemű személyként élhessen; erős a preferencia, hogy az ellentétes nem ruháit hordhassa és erős ellenállás, hogy a születési nem szerinti külső megjelenést elfogadja; ennek megfelelő játékok és fantáziajátékok preferálása; olyan játékok, társasjátékok és tevékenységek választása, amelyek az ellentétes nemhez kapcsolódnak; a saját nemnek megfelelő tevékenységek elutasítása; ellentétes nemű játszótársak választása; erős az ellenérzés a saját nemi szervekkel és megjelenéssel kapcsolatosan; erős a vágy, hogy a választott nem szerinti elsődleges és másodlagos nemi jelleget hordozza, és gátoltság, szorongás az iskolai, szociális és egyéb funkciókban.

A rendelkezésre álló eddigi kutatási eredmények szerint a gyermekkori nemiszerep-diszfória nem feltétlenül marad meg késő gyermekkorig vagy a korai serdülő évekig, többségük később meleg vagy lesbikus felnőttként azonosítja magát. Előfordul, hogy a nemiszerep-diszfória nem kisgyerekkorban, hanem csak később, serdülőkorban vagy még később jelentkezik.

Hazánkban a nemi átalakító műtétek alsó korhatárát 18–21 évben állapították meg, azonban sem a nem-, sem a névváltoztatás engedélyezése nem köthető orvosi beavatkozáshoz, mivel mindkettő alkotmányos alapjog.¹⁶

pest és életük folyamán számos diszkriminatív helyzettel küzdenek. Ami a statisztikában csak 5–10 százalék, az adott személy életének minden percében érezhető. A társadalomban egyre nagyobb igény mutatkozik az LMBTI személyek jogainak társadalmi és törvényszintű elismertetésére, az egészségügyi szakmában is fel kell ismerni az igény gyermekgyógyászokra, védőnőkre, illetve pedagógusokra és szülőkre háruló hatását. Célszerű lenne minél előbb a CME képzés részévé tenni az LMBTI személyekre és gyermekekre vonatkozó alapismeretek, jogszabályok és kommunikáció lényeges kérdéseit. Kiindulópontként hivatkozhatunk az UNICEF és a WHO ajánlásaira.

Hivatkozott irodalom:

- 1 Young AL: Queer Youth Advice for Educators. How to Respect and Protect Your Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Students, Next Generation Press, 2011. p.1.
- 2 A nemi identitás és szexuális orientáció bővebb kifejtése Vitrai Sára Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció c. cikkében olvasható az Egészségfejlesztés 2016. 57. évf. 3. sz. 45-47. oldalon.
- 3 Steever JB, Cooper-Serber E: A review of gay, lesbian, bisexual, and transgender youth issues for the pediatrician. *Pediatric Annals* 2013. Vol.42. No.2. 34-39.
- 4 Fisher CB, Mustanski B: Reducing Health Disparities and Enhancing the Responsible Conduct of Research Involving LGBT Youth. *Hastings Center Report* 2014. Vol.44. Suppl.4. p.828.
- 5 Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Szerk. Németh Ágnes, Költő András, Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2016. p. 121-130.
- 6 Condou Ch: Why is school such a hard place to be gay? *The Guardian* 2011. 10 November
- 7 Rowlett JD, Patel D, Greydanus DE: Homosexuality. In: *Behavioural Pediatrics*. Eds. DE Greydanus, ML Wolraich, Springer 1991. p. 43. idézi: Troiden RR: Homosexual identity development. *J Adolesc Health Care* 1988. Vol.9. p. 105-13.
- 8 Frankowski BL, Committee on Adolescence: Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics*, 2004. Vol.113. No.6. p. 1827-32.
- 9 Hatzenbuehler ML, Birkett M, Van Wagenen A, Meyer IH: Protective school climates and reduced risk of suicide ideation in sexual minority youth. *Am J Public Health*. 2014. Vol.104. No.2. p. 279–286.
- 10 Mustanski B, Lyons T, Garcia SC: Internet Use and Sexual Health of Young Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Study. *Archives of Sexual Behavior* 2011. Vol.40. No.2. p. 289–300.

- 11 UNICEF: Eliminating discrimination against children and parents based on sexual orientation and/or gender identity. Position paper. 2014. November No. 9.
- 12 World Health Organization: Improving the health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender persons. Report by the Secretariat EB133/6. 2013. 14 May
- 13 Raifman J, Moscoe E, Austin SB, McConnell M: Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex policies and adolescents suicide attempts. *JAMA Pediatrics* 2017. Vol.171. No.4. 350-56.
- 14 Center for Disease Control and Prevention: Health Risks Among Sexual Minority Youth. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/disparities/smy.htm> Letöltés ideje: 2017. április 3.
- 15 Dankmeijer P ed. "GALE Toolkit Working with Schools 1.0 Amsterdam: GALE The Global Alliance for LGBT Education. http://www.ilga-europe.org/sites/default/files/Attachments/gale_toolkit_schools_1.0_en_2011.pdf
- 16 Csajbók É, Páll I, Magony S, Sepp K, Valkusz Zs: A felnőttkori transzszexualizmus és kezelése. *Magyar Belorvosi Archivum* 2016. 69. köt. 2-3. sz. 134-140.
- 17 Simons LK, Leibowitz SF, Hidalgo MA: Understanding gender variance in children and adolescents. *Pediatric Annals* 2014. Vol.43. No.6. e126-e131.
- 18 Scheiber D: Adjunk időt az interszex gyermekeknek! *Hírvivő* 2015. 20. évf. 2. sz. 20.

További irodalom:

- Hegedűs I: Magukra hagyatva. Ifjúsági Szemle 1986. 6. évf. 1. sz. 58-63.
- Kardos G: Gyermeknevelés és a homoszexualitás. *Hírvivő* 2007. 12. évf. 4. sz. 19.
- Simon L: Transzszexuális identitás zavar. Orvostovábbképző Szemle 2013. 20. évf. 12. sz. 83-85.
- Somorjai N: Szexológiai bibliográfia. *Pszichoterápia* 2008. 17. évf. 1. sz. 59-60.
- Somorjai N: Szexuális kisebbségek: A homoszexualitás speciális kezelése az egészségügyi ellátásban. *Pszichológia & Practicum* 2015. 1. évf. 3. sz. 28-29.
- Somorjai N: Hogyan segítheti elő az oktatási intézmény a meleg fiatalok egészséges életvitelét? In: Schuchmann J (szerk.) *A közösségfejlesztés új útjai*. Székesfehérvár: Kodolányi János Főiskola, 2016. 71-80. <http://www.kodolanyi.hu/images/tartalom/File/kiadvanyok/kozsegfejlesztas.pdf>
- Somorjai N: Figyelni kell rájuk! A szexuális kisebbségekhez tartozó fiatalok nemi nevelése. 1. rész *Pszichológia & Practicum* 2016. 2. évf. 1. sz. 30-31.
- Somorjai N: Figyelni kell rájuk! A szexuális kisebbségekhez tartozó fiatalok nemi nevelése. 2. rész *Pszichológia & Practicum* 2016. 2. évf. 2. sz. 26-30.

NUTRICIA

Early Life Nutrition



Hidrolizált fehérjét tartalmazó, tejalapú, anyatej-helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerek.



A **Milumil hidrolizált tápszerek** jótékony hatással vannak az immunrendszerre és elősegítik az orális tolerancia kialakulását.*

**BIZONYÍTOTT
HATÁS***

* Boyle RJ, Tang ML-K, Chiang WC, Chua MC, Ismail I, Nauta A, Hourihane JO'B, Smith P, Gold M, Ziegler J, Peake J, Quinn P, Rao R, Brown N, Rijntse A, Carsen J, Warner JO. On behalf of the PATCH study investigators. Prebiotic-supplemented partially hydrolysed cow's milk formula for the prevention of eczema in high-risk infants: a randomized controlled trial. *Allergy* 2016; 71: 701-710.

Milumil HA Start optima 600g és Milumil HA1 optima 600g bruttó fogy.ára: 3049 Ft, normatív támogatás (25%): 762 Ft, térítési díj: 2287 Ft.

Milumil HA2 optima 600g bruttó fogy.ára: 3174 Ft, normatív támogatás (25%): 794 Ft, térítési díj: 2380 Ft.

OEP végleges publikus gyógyszertervezs (PUPHA), érvényesség kezdete: 2017. június 1.

Tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek részére, másnak át nem adható. A Nutricia Kft. kizárja a felelősséget az egészségügyi szakembereknek szóló szakmai tájékoztató anyag illetéktelen személyek általi felhasználásáért. Jelen kiadvány elválaszthatatlan részét képezi a címkészőveg és a hivatkozott irodalom.

Fontos figyelmeztetés! A csecsemő legjobb tápláléka az anyatej. A szoptatás a legegészségesebb táplálási mód. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej vagy a szoptatásnak más akadálya van, tápszer kizárólag a gyermekorvos javaslatára, orvosi ellenőrzés mellett, a használati utasítás szerint alkalmazható. Alkalmazás, ajánlása, illetve rendelése előtt olvassa el a termékek címkéin feltüntetett adhatósági és elkészítési útmutatót! Ne térjen el a használati utasítástól, mert az zavart okozhat a kisbaba fejlődésében.

Anyatej-helyettesítő tápszer - Az anyatej a legjobb a csecsemő számára, 6 hónapos korig a kizárólagos szoptatás a legideálisabb táplálási mód. Az anyatej-kiegészítő tápszer vegyes táplálékkal kiegészítve adható, nem alkalmas 6 hónapos kor előtt az anyatej helyettesítésére. A hozzátáplálás megkezdését csak orvosi, táplálkozástudományi vagy gyógyszerészeti szakemberek tanácsára ajánlott megkezdni, a csecsemő egyedi növekedési és fejlődési igényeit figyelembe véve. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadálya van, az anyatej-helyettesítő tápszert a gyermekorvos utasítása szerint és ellenőrzése mellett ajánlott alkalmazni. A tápszer parenterálisan nem alkalmazható.

Promóciós kód: G170531 Lezárás dátuma: 2017. június 12.

Szülés utáni hangulatzavarok

Munkánk szakmai színvonalának folyamatos emelése mellett fontos számunkra az édesanyák, szülők edukálása is. Ennek érdekében az egyesület tudományos-szakmai munkacsoportja laikusoknak szóló, „oktató plakátsorozatot” programot dolgozott ki. A várótermi kommunikációs felületen elhelyezett plakát, a várakozás időszakában nyújt olvasnivalót és hasznos információkat a szülőknek. Munkacsoportunk rövid szakmai kísérfőanyagot is biztosít az adott téma háttéranyagaként. Kezdeményezésünk célja az orvos–beteg kommunikáció erősítése, a páciens és a gyógyító viszonyának optimalizálása és a betegek orvosaiuk irányába érzett bizalmának erősítése. Kezdeményezésünk első témája a post partum depresszió.

A korai anya–gyermek kapcsolat alakulását, ezen keresztül a csecsemő egészséges fejlődését az anya lelki állapota alapjaiban határozza meg. A szülés utáni hangulatzavarok nem tekinthetők egységes kórképnek.

Különösen az első gyermek megszületését követő hirtelen, egyik napról a másikra megváltozó élethelyzet az újszülött érkezésével járó boldogság mellett normális esetben is komoly kihívást, lélektani értelemben krízishelyzetet jelent az anya és környezete számára. Első gyermekes édesanyának lenni, annak minden boldogsága mellett, rengeteg szorongással is jár, örömteli, és ugyanakkor ambivalens élethelyzet. A nap 24 órájában gondoskodni egy önmagáról gondoskodni nem tudó, folyamatosan igényekkel jelentkező csöppsről, eddig nem tartozott az élet rutin feladatai közé. Ráadásul alig érkezik megbízható visszajelzés arról, hogy mennyire sikerül megbirkózni ezzel a feladattal. Valójában: szülőként mikor lehetünk teljesen biztosak abban, hogy jól csináljuk a dolgunkat? Gyakran nincs a közvetlen környezetünkben senki, akivel megoszthatnánk kételyeinket, féltelmeinket. Az ennek következtében természetes módon jelentkező szorongás időnként még normál esetben is olyan erős lehet, hogy szinte teljesen elfedi az örömezt, és büntudatot, értéktelenség-érzést kelt a gyermekágyas anyában.

A „baby blues”-ként vagy **gyermekágyi szomorúságként** ismert jelenséget manapság egyre inkább a szülést követő természetes, élettani reakciónak és nem betegségnek tekintjük. Igen gyakori, a szülések után 50–80 százalékában jelentkezik, jellemzően a szülés után a 3–4. napon. Általában két hétnél nem tart tovább, a rossz kedélyállapot önmagától elmúlik. Sokan csak utólag ismerik fel, és számolnak be arról, hogy ők is keresztülmentek ezen az állapoton. Tünetei:

- fáradékonyság, kialvatlanság
- gyakori sírás, ingerlékenység, hangulati labilitás
- félelemérzés, elszigeteltség, tehetetlenség érzése
- a csecsemő iránti túlzott aggodás.

A gyermekágyi szomorúságnál súlyosabb képet mutat, és már egyértelműen kóros jelenségnek tekintjük a **szülés utáni depressziót**. A szülések mintegy 10%-át követően, általában a szülést követő első hónap során jelentkezik és 3–5 hónapig is eltarthat. Tünetei:

- lehangoltság, csökkent érdeklődés, örömtelenség
- jelentős testsúlyváltozás (fogyás, néha hízás)
- alvászavar (inszomnia, néha hiperszomnia)
- fáradtság, anergia, gyengeség
- érdektelenség, indokolatlan büntudat
- koncentrációzavar, feledékenység
- halállal való foglalkozás, szuicid fantázia.

Vannak esetek, mikor a depresszió atípusos formában, jelentős szorongásos tünetek, rohamok formájában jelentkezik. Ilyenkor a hullámokban jelentkező félelemérzés, kimerültség, büntudatérzés egyre inkább uralkodóvá válik, mélyül és az idő előrehaladtával sem kezd csökkenni.

A **post partum pszichózis** ritka, de esetenként az anya és a csecsemő életét egyaránt fenyegető, azonnali pszichiátriai beavatkozást, gyógyszeres és pszichoterápiás kezelést igénylő vészhelyzet. Ilyenkor a csecsemő iránti közöny, érdektelenség mellett bizarr, különös gondolatok és viselkedés, téveszmék, hallucinációk, öngyilkossági, gyilkossági késztetések, alvási, evési képtelenség, a realitásérzék teljes elvesztése jelentkezik.

A kórképek hátterét vizsgáló kutatások arra engednek következtetni, hogy a szülés után kialakuló hirtelen ösztrogén- és progeszteronszint-csökkenés hangulati zavarokat okoz. Más tanulmányok a prolaktinszint változásainak jelentőségét hangsúlyozzák. A biológiai faktorok között szerepel még a genetikai hajlam, a megélt testi változások, a szüléssel és a gyermekágygyal együtt járó fájdalom és alváshiány, kimerültség. A szövődő terhesség, a szülés közben jelentkező komplikációk, a császármetszés hajlamosító tényezők.

A biológiai okok mellett természetesen lelki és társadalmi tényezők is befolyásolják a szülés utáni hangulatzavarok kialakulását, súlyosságát.

A normális életfolyamatok részét képező, ún. normatív krízishelyzet az eddigiektől eltérő megküzdési stratégiákat kíván, amelyek kialakításának képessége egyéni hajlam kérdése. A már a szülés előtt is meglévő családi, párkapcsolati problémák, az apa nem kielégítő szülői szerepvállalása, az anyagi nehézségek ilyenkor egyaránt fokozott rizikótényezőt jelentenek. A korábbi pszichiátriai kezelés, depressziós vagy pszichotikus epizód, sőt a rendszeresen erőteljes tünetekkel jelentkező premenstruációs szindróma is előjelzője lehet az ilyen irányú nagyobb fokú érzékenységnek.

A hangulati zavarok formájától és az állapotok súlyosságától függ, hogy milyen kezelésre van szükség. A gyermekágyi időszaka lelkileg, érzelmileg is megterhelő mindenki számára, így a szokásosnál nagyobb odafigyelést, empátiát, támogatást jelenlétet igényel a segítő szakemberek (házi gyermekorvos, védőnő) részéről. Ez a szülők érzéseinek elfogadása (sokszor helyettük való megfogalmazása, „kihangoztatása”) mellett a pillanatnyi helyzet tágabb értelmezési keretbe helyezését, a folyamat-jelleg hangsúlyozását; az egyéni érzések általánosan jellemzőként történő megfogalmazását; illetve a részükről tapasztalt pozitív megoldási stratégiák visszajelzését, hangsúlyozását jelenti.

Kiemelkedő az édesapa, a szűkebb család részéről érkező támogatás jelentősége. Ha az édesanya számára ez valóban segítséget jelent, biztassuk őt ennek igénybevételére. Súlyosabb esetekben pszichoterápiás, illetve gyógyszeres segítségre is szükség lehet. A házi gyermekorvosnak, együttműködve a védőnővel, el kell döntenie, hogy saját hatáskörben ad tanácsot az édesanyának, vagy pszichológushoz, bizonyos esetekben pszichiáterhez irányítja az anyát.

ÖSSZEÁLLÍTOTTA:

PEJTSIK PETRA ÉS KOVÁCS ÁKOS

VARILRIX

2 ADAGGAL AZ OPTIMÁLIS VÉDELEMÉRT

**10%
-20%** Az oltottak 10-20%-a egyáltalán nem válaszol a bárányhimlő elleni oltás első adagjára vagy védettsége idővel lecsökken.⁽¹⁾

Senki sem tudhatja előre, kinél nem alakul ki megfelelő immunválasz, emiatt az oltott egyént akkor tekinthetjük védettnek, ha a bárányhimlő elleni vakcina mindkét adagját megkapta.⁽²⁾

2 ADAG VARILRIX VAKCINÁVAL:

a természetes fertőzéshez hasonló mértékű és intenzitású immunválasz alakítható ki⁽³⁾

kevesebb az áttérési esetek száma⁽⁴⁾

Használjon két adag Varilrix vakcinát és kerülje el a súlyos szövődeményekkel, kórházi kezeléssel járó bárányhimlőt!⁽⁵⁾

16 ÉVE
MAGYARORSZÁGON



A GSK széleskörű prevenciós programokkal és tájékoztató kampányokkal segíti az egészségügyi dolgozók bárányhimlő elleni harcát

A Varilrix védőoltás alkalmazása során leggyakrabban az alábbi nemkívánatos eseményeket figyelték meg: fájdalom, bőrpír, duzzanat az oltás beadásának helyén illetve láz, bőrkiütés⁽⁶⁾

Varilrix rövidített alkalmazási előírás

Varilrix por és oldószer oldatos injekcióhoz. A Varilrix, a varicella-zoster vírus élő, attenuált OKA törzsének liofilizált készítménye. A liofilizált vakcina minden egyes adagja – a mellékelt 0,5 ml injekciós desztillált víz hozzáadása után – legalább 103,3 plaque-formáló egység OKA törzs varicella-zoster vírus tartalmaz. **Javallatok:** Egészséges személyek: A Varilrix 9 hónaposnál idősebb csecsemők, kisgyermek és serdülőkorúak varicella elleni aktív immunizálására ajánlott. Alapbetegségük miatt fokozott veszélynek kitétt páciensek és velük szoros kontaktusban élő egészséges személyek: Kevés klinikai vizsgálati adat áll rendelkezésre a súlyos varicella fertőzésnek fokozottan kitétt páciensek Varilrix oltásával kapcsolatban, ezért vakcinálásuk alapos megfontolást igényel a következő szempontok figyelembevételével: **A következő betegcsoportok mindegyikében a teljes lymphocyták szám legalább 1 200/mm³ legyen, vagy egyéb adatok ne jelezzék a celluláris immunkompetencia hiányát.** Akut leukémiában szenvedő betegek: Varicella megbetegedésük különösen nagy kockázatot jelent, ezért vakcinálásuk megfontolható, ha anamnézisében varicella megbetegedés nem szerepel, vagy laboratóriumi vizsgálattal igazoltan szeronegativok. Sugárkezelés alatt álló betegeket nem szabad immunizálni a kezelés folyamán. Immunszuppresszív kezelés alatt álló betegek: Malignus solid tumoros vagy súlyos krónikus betegség miatt immunszuppresszív kezelés (ide sorolva a kortikoszteroid terápist is) alatt álló betegek. Szervtranszplantációra váró páciensek: Tervezett szervtranszplantáció (pl.: vese transzplantáció) esetén a teljes immunizációt ajánlott legalább 6-8 héttel az immunszuppresszív kezelés megkezdése előtt befejezni. Krónikus betegségben szenvedők: Egyéb krónikus betegségek, mint pl.: anyagcsere- vagy endocrín rendellenességek, a keringési- és légzőrendszer krónikus megbetegedései, a mucoviscidosis és neuromuscularis rendellenességek. Egészséges személyek, akik az alapbetegségük miatt fokozott veszélynek kitétt személyekkel szoros kontaktusban élnek. **Adagolás és alkalmazás:** 9 hónapos kortól: 2 adag az optimális védelem biztosítása érdekében. A második adagot legalább 6 héttel az első adag beadása után célszerű beadni, de semmilyen körülmények között sem adható be 4 héten belül. Magas rizikócsoportba tartozó oltandóknál további adag(ok) beadása is szükséges lehet. Amennyiben az első adag oltást más varicella tartalmú oltással végezték, a Varilrix beadható második adagként. A Varilrix kizárólag subcutan (deltoid régió) beadásra alkalmas. **Ellenjavallatok:** A hatóanyaggal, vagy a Varilrix bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. A Varilrix beadása nem javasolt ismert neomicin-túlérzékenység esetén, de a neomicin kiváltotta kontakt dermatitis nem kontraindikáció. Ha korábban varicella vakcina beadását követően túlérzékenységi reakció alakult ki: Súlyos humorális vagy sejtes (elsősorban vagy szerzett) immunhiány, pl. súlyos kombinált immunhiány, agammaglobulinémia és AIDS vagy tünetekkel járó HIV fertőzés, illetve életkor-specifikus CD4+ T-lymphocyták százalékos arány 12 hónaponál fiatalabb gyermekeknél: CD4+ <25%; 12-35 hónapos gyermekek: CD4+ <20%; 36-59 hónapos gyermekek: CD4+ <15%. Terhesség. Továbbá a védőoltás beadását követő 1 hónapban kerülni kell a teherbeesést Varilrix beadása elhalasztandó súlyos, akut, lázas megbetegedés esetén. Egészséges személyek enyhe felolvasási fertőzése azonban nem teszi szükségessé az immunizálás elhalasztását. **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** Fel kell készülni a vakcina beadását követően ritkán fellépő anaphylaxiás reakció kezelésére. Ájulás minden vakcina beadását követően, sőt, előtte is előfordulhat az injekciós tűre adott pszichogén válaszüreakcióként. Mint minden varicella oltás esetén, áttérési előfordulhat. A védőoltás beadása mérlegelhető bizonyos immunhiányos betegeknél, akiknél az előnyök meghaladják a kockázatokat (pl. tünetmentes HIV fertőzöttek, IgG alacsony szintű állapotok, veleszületett neutropenia, krónikus granulomás betegség és komplementhiányos betegségek). Azok az immunkompromittált betegek, akiknél nem áll fenn oltási ellenjavallat, nem feltétlenül reagálnak olyan jól, mint az immunkompetens személyek, ezért közülük néhányan fertőzött személlyel való kontaktus esetén elkapják a bárányhimlőt a megfelelő vakcináció ellenére is. Ezeket a betegeket gondos, rendszeres ellenőrzés alatt kell tartani a bárányhimlő jeleiért. Terhes nők nem oltathatók be Varilrix-szal. Magzati károsodást azonban nem dokumentáltak olyan esetekben, amikor terhes nő varicella elleni védőoltást kapott. A teherbeesést az oltás beadását követően 1 hónapig kerülni kell. Szoptató anyák oltására vonatkozó adatok nincsenek. A Varilrix nem adható intradermálisan. A VARILRIX INTRAVÉNÁS BEADÁSA TÍLOS! **Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók:** Egészséges személyek: Azon személyek immunizálása, akik immunglobulint kaptak vagy vértranszfúzióban részesültek, az oltás legalább 3 hónappal elhalasztandó. Szalicilátok szedését kerülni kell az oltást követő 6 hét folyamán, mivel Reye-szindrómát jelentettek természetes varicella-fertőzés alatt alkalmazott szalicilát-kezelést követően. A Varilrix egy időben adható bármilyen egyéb vakcinával. A különböző injekciós vakcina készítményeket különböző vakcinációs helyekre kell beadni. Inaktívolt hatóanyagot tartalmazó vakcinák bármikor beadhatók Varilrix alkalmazása előtt és után. Ha a kanyarvírust tartalmazó védőoltást nem egy időben adják be a Varilrix-szal, akkor legalább 4 hetes időközönként tartandó a két vakcina beadása között. Alapbetegségük miatt fokozott kockázatot kitétt páciensek: A Varilrix nem adható egy időben más élő vírus vakcinával. Inaktívolt vakcinák varokozási időtől függetlenül adhatók Varilrix beadása előtt vagy után, amennyiben nincs speciális ellenjavallat. A különböző injekciós vakcina készítmények mindig különböző oltási helyekre adandók. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** A Varilrix minden tanulmányozott csoportban igen alacsony reaktogenitást mutatott.

- gyakori: gyomori fájdalom, bőrpír
- nagyon: bőrkiütés, duzzanat az injekciós beadásának helyén, láz[száj/hóly] hőmérséklet <37,5°C vagy rectalis hőmérséklet <38,0°C]
- nem gyakori: felső légúti fertőzések, pharyngitis, lymphadenopathia, ingerlékenység, fejfájás, aluszékonyság, rhinitis, köhögés, hányinger, hányás, varicella-szerű bőrkiütés, viszketés (pruritus), arthralgia, myalgia, láz [száj/hóly] hőmérséklet <39,0°C vagy rectalis hőmérséklet <39,5°C], fáradtság, rossz közérzet
- ritka: köhögésgyulladás, hósi fájdalom, hasmenés, urticaria

Kiadathatóság: Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer [V].

Az alkalmazási előírás ellenőrzésének dátuma: 2015. február 12.

Amennyiben termékeink alkalmazása során „Nemkívánatos esemény” észlel, kérjük 24 órán belül jelentse a Hungary_PH_Safety@gsk.com e-mail címen vagy a +36-1-225-5300 telefonszámon!

Alkalmazás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást, különös tekintettel az adagolásra és alkalmazásra (4.2), a figyelmeztetésekre (4.4), az interakciókra (4.5) és a mellékhatásokra (4.8).



GlaxoSmithKline Kft.
1124 Budapest, Csörsz utca 43.
Telefon: +36-1-225-5300, Fax: +36-1-225-5302
www.gsk.hu

Az anyag lezárásának dátuma: 2017.05.23.

Referenciák:

1. Bonanni et al BMC Medicine 2009; 7:26 doi: 10.1186/1741-7015-7-26.
2. <http://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthyliving/varicella-proof-immunity-2015-update.html> (utolsó felülvizsgálat dátuma: 2017.05.03)
3. Mészner Zs., Gyermekgyógyászat 2009., 60.évf.
4. Kulcsár A., Gyermekgyógyászat Továbbképző Szemle 2009., 1. szám
5. Marin et al Pediatrics. 2016; 137(3): e20153741.
6. Varilrix alkalmazási előírás

Varilrix™
VARICELLA VAKCINA



Dr. Nelhübel Ágoston

1977-ben diplomázott a budapesti egyetemen, 1982-ben szakvizsgázott. Gyermekorvosi munkáját az Apáthy István Gyermekkorházban kezdte, majd a SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika csecsemőosztályán folytatta. 1985-től halála napjáig volt házi gyermekorvos a főváros II. kerületében. 1998-tól kollegiális vezető, a HGYE-nek megalakulása óta tagja, évekig budapesti összekötője. 2005-től 2012-ig látta el az egyesület Ellenőrző Bizottságának elnöki feladatait.

Lelkiismeretes, megbízható munkatárs volt, szeretttük konstruktív, dinamikus egyéniségét. Mindegyik gyermekére büszke volt, de az, hogy lánya is a gyermekorvosi hivatást választotta, különös elégedettséggel töltötte el.

Mindannyiunk érzéseit fejezte ki egy vezetőtársunk amikor azt írta: amióta váratlan halálát megtudtam, úgy érzem, egy darab kiszakadt belőlem...

Kedves Guszti! Nyugodj békében!



Praxisok

ELADÁS

Budapesttől 20 percre az M5 autópálya mellett **Hernád és Újhartyán** települések házi gyermekorvosi praxisa eladó. Kártyaszám: 800, ill. 600, ügyelni nem kell. Tőkét nem igényel, hosszú távú kamatmentes részletekben kifizethető. Ugyanitt átmenetileg tartós helyettest is keresek. Érdeklődés: Dr. Kovács Ákos +36 30 9331 978 akos.kovacs@gmail.com

Pesterzsébeten, családi házas övezetben 600 fős, könnyen továbbfejleszthető házi gyermekorvosi praxisjog 1000 Ft-ért* eladó. A praxishoz nem tartozik ügyeleti, ill. iskolaorvosi ellátási kötelezettség. Felújított, klimatizált, jól felszerelt, gyorsan megközelíthető rendelő, lelkiismeretes, kedves asszisztencia. A helyettesítés megoldott.

*A praxisjog megvételéhez az OEP pályázati úton vissza nem térítendő támogatást nyújt, a részletekért kérem, keressen! Tel.: +36 30 230 1566 e-mail: kingapeter@freemail.hu

Praxisom eladását tervezem **Szombathelyen** 2017. évben.

Kiváló korcsoport-összetétel. Praxislétszám: 740 fő.

Elérhetőség: sola.gyongyi@gmail.com

Dunaföldváron nyugdíjba vonulás miatt házi gyermekorvosi praxis eladó. A városban két gyermekorvosi praxis van, a másik praxisban fiatal, kedves kollégánál dolgozik. Rendelőt az önkormányzat biztosít. Központi ügyelet van Pakson, részvétel fakultatív. Praxislétszám: 750 fő. Elérhetőség: +36 20 4463 332

Nyíregyházához és Debrecenhez egyaránt közeli városban házi gyermekorvosi praxis jól felszerelt rendelővel eladó. A saját tulajdonú rendelő önállóan is eladó vagy kiadó. Praxislétszám: 1100 fő. Elérhetőség: +36 30 857 6028

Balatonfüreden házi gyermekorvosi praxis saját, jól felszerelt rendelővel eladó. Szakképzett, precíz asszisztencia biztosított. Praxislétszám: 650 fő. Elérhetőség: +36 30 219 7360.

Nagymaroson 920 fős praxisom jogát megvételre ajánlom nyugdíjba vonulási szándék miatt. A kisvárosban egyedül vagyok gyermekorvos, helyettesítés megoldott szabadság alatt. Ügyeleti kötelezettség nincs. Az is érdekel, ha valaki heti 1-2x helyettesítést vállal, vagy gyes mellett dolgozna. Megbízható asszisztencia. Praxislétszám: 920 fő. Kérlek, hogy este 6 és 8 óra között keress, otthoni számom: +36 27 350 002.

Újbuda központjában gyermekorvosi praxis sürgősen áron alul eladó!

Praxislétszám: 840 fő. Elérhetőség: +36 70 375 0327

drnagygabriella2@gmail.com

Nyugdíjba vonulás miatt **belvárosi** 900 kártyás praxisjog eladó.

A körzetben két védőnő és jól képzett asszisztens dolgozik. A rendelő jól felszerelt, a helyettesítés megoldott. Központi ügyelet van. Érdeklődni lehet: +36 20 536 0100 vagy +36 1 320 1019 telefonszámokon.

Balassagyarmaton nyugdíjba vonulás miatt gyermekorvosi praxis eladó. A praxis létszáma 1050 fő. Területi kötelezettség van, csatolt község Patvarc. Elérhetőség: +36 30 396 8278

Dél-Pesthez közeli agglomerációs városban 1300 fős házi gyermekorvosi praxis joga eladó. Budapestről kijárással ellátható. Jól képzett asszisztens biztosított, ügyeleti kötelezettség nincs, helyettesítés viszonzásági alapon történik. Érdeklődni: +36 30 922 5839 telefonszámon.

Dunakanyarban nyugdíjazás miatt 850 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van. Elérhetőség: +36 70 949 5181

Nyugdíjazás miatt **Bp. XVIII. kerület** frekvenciált (kertváros) részén praxis eladó. A rendelő a Dolgozó u.12. szám alatt található. Praxislétszám: 700 fő. Elérhetőség: +36 1 290 7256

Házi gyermekorvosi praxisjog eladó **Pakson**. Érdeklődni telefonon lehet, hétköznap 18 óra után, hétvégén egész nap. Praxislétszám: 760 fő. Elérhetőség: +36 30 969 8767

Békéscsabán házi gyermekorvosi praxis eladó 2017. II. félévétől rendelővel és berendezéssel együtt, vagy anélkül is. Érdeklődni 18 óra után a +36 20 9269 751-es telefonszámon lehet.

Sátoraljaújhelyen nyugdíjba vonulás miatt 37 éve egy kézben lévő házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám 770 fő. A városban 4 gyermekorvosi körzet működik. Központi ügyelet van, a részvétel fakultatív. A rendelő teljesen felújított, klimatizált, modern számítógépparkkal. Telefon az esti órákban: +36 20 222 0523.

Ráckevei, Budapesttől kb. 45 km-re lévő, jó adottságú praxisomat eladnám nyugdíjba vonulás miatt. Új önkormányzati tulajdonú rendelő van, bérleti díjat nem kell fizetni. Praxislétszám kb. 1200 fő. Központi ügyelet van, helyettesítés megoldott. Ár megbeszélés szerint, akár részletre is fizethető. Elérhetőség: +36 30 382 2511

Győrött házi gyermekorvosi körzet praxisjoga eladó. A rendelő jól felszerelt, az asszisztencia tapasztalt, a helyettesítés könnyen megoldható, központi ügyelet van. Praxislétszám: 820 fő.

További részletekről a +36 70 204 0292 telefonszámon érdeklődjenek.

Nagykállóban (Nyíregyháza 10 km-re van) házi gyermekorvosi praxis eladó. Területi ellátási kötelezettség nincs (ügyelet). Praxislétszám: 1100 fő. Érdeklődni lehet: +36 20 567 3004

Sükösdön (51-es főúton, Bajától 15 km-re) 700 fős gyermekorvosi praxis eladó. Két óvoda, egy iskola van, helyettesítés a szomszéd falu gyermekorvosával megoldott. Központi ügyelet van. Idén korszerűsített rendelő, korszerű informatikai rendszer, jól képzett asszisztens, két védőnő van. Érdeklődni lehet: +36 30 386 3810 esti órákban.

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

Gyöngyösön házi gyermekorvosi praxis saját, jól felszerelt rendelővel eladó. Szakképzett, precíz asszisztencia biztosított. Nyugdíjba vonulási szándék miatt keresem gondos utódomat. Ár megegyezés szerint. További kérdés(ek) esetén keressen bizalommal. Praxislétszám: 1100 fő. Elérhetőség: +36 30 9458 733

Sajnálatos haláleset miatt eladó házi gyermekorvosi praxis **Hódmezővásárhelyen**. Jó koreloszlás, sok csecsemő. A rendelő önkormányzati tulajdonú, teljes körű felújítását idén tervezik. Praxislétszám: 800 fő. Elérhetőség: +36 70 380 4585

Dél-budai házi gyermekorvosi körzet 1200 fős bejelentkezett létszámmal eladó. Ügyelet nincs, helyettesítés megoldott. A praxis megvásárlásához az OEP és a helyi önkormányzat vissza nem térítendő támogatást nyújt. Elérhetőség: +36 30 230 8925

Budapest XIV. kerületben házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 960 fő. Ügyeleti kötelezettség nincs. A praxis megvételéhez az NEAK vissza nem térítendő támogatást nyújthat. Érdeklődni lehet: +36 30 418 9989 telefonszámon. Visszahívom!

Dunabogdányban 1250 fős gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet hétköznapokon és hétvégén is megoldott. Elérhetőség: +36 20 240 8941

Budapest XVII. kerületében 550 fős gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt, 2019.01.01-vel eladó. Elérhetőség: +36 20 330 9962

Budapest III. kerület centrumában gyermekorvosi praxis eladó nyugdíjba vonulás miatt. Kártyaszám 440 fő. Központi éjszakai ügyelet megoldott. Irányár megegyezés szerint. Elérhetőség: +36 20 958 3558

Budapesttől 30 km-re 1100 kártyás házi gyermekorvosi praxis kedvező áron átadó. Modern szakrendelőben, központi ügyelettel. A rendelőt közösen használjuk a kollégánkkal. Asszisztencia megoldott. Elérhetőség: +36 20 333 5671

Budapest II. kerületi gyermekorvosi praxis eladó! Kiváló elhelyezkedésű, felújított rendelőben, az ott dolgozó orvos halála miatt gyermekorvosi praxis áron alul eladó. Aktuális kártyaszám 730 db, területi ellátási kötelezettség van, ügyeleti kötelezettség nincs. A praxisban tapasztalt, jól képzett asszisztens is dolgozik. A vásárláshoz igénybe vehető az OEP vissza nem térítendő támogatása. Elérhetőség: +36 70 250 6367 vagy nelhubelagi@hotmail.com

Miskolc frekvenciált helyén lévő kertvárosi praxis, csendes környezetű rendelővel. Praxislétszám: 705 fő. Elérhetőség: +36 70 419 7219, ahogymondom@yahoo.com

Eladó **Pesthidegkúton**, a Hunyadi J. utcában egy 700 fős házi gyermekorvosi praxis. Ügyeleti kötelezettség nincs. A praxisban képzett asszisztens dolgozik. Ár megegyezés szerint. Elérhetőség: +36 30 516 7042, +36 20 478 6464

Szombathelyen lakótelepi, bérelt rendelőben, alacsony rezsivel működő házi gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van, amelyben kötelező a részvétel. Praxislétszám: 1030 fő. Érdeklődni lehet e-mail-ben mevaped@gmail.com vagy telefonon: +36 20 920 7533.

Nagykanizsán nyugdíjba vonulás miatt 950 fős praxisomba keresem az utódomat. A rendelő jól megközelíthető, felújított, jól felszerelt. Praxislétszám: 950 fő. Elérhetőség: +36 30 339 9551

Szombathelyen lakótelepi, bérelt rendelőben, alacsony rezsivel működő házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 1030 fő. Központi ügyelet van, melyben kötelező a részvétel. Érdeklődni lehet e-mail-ben mevaped@gmail.com vagy telefonon: +36 20 920 7533

Bp. I. kerületi, 40 éve bejáratott gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 800 fő. Elérhetőség: +36 1 361 0963

HELYETTEST KERES

Helyettest keresek **Miskolc** frekvenciált helyén lévő kertvárosi praxisba. Csendes környezetű rendelő. Praxislétszám: 705 fő. Elérhetőség: +36 70 419 7219, ahogymondom@yahoo.com

Babavárás miatt tartós helyettest keresek, **Budapest II. kerületi** körzetbe. Elvárás: gyermekgyógyászati szakvizsga. Juttatások: nettó 350 e Ft munkabér+13. havi bér, nyáron 5 hét szabadság, ügyelni nem kell. Elérhetőség: manomed@gmail.com

Nem állandó jelleggel, megbeszélés szerint helyettesítő gyermekszakorvost keresek **Pilisvörösvárra**. Később praxis átadása is szóba jöhet. Praxislétszám: 1150 fő. Elérhetőség: +36 30 999 3189

HELYETTESÍTÉST VÁLLAL

Praktizáló gyermekgyógyász főorvos helyettesítést vállal. **Velence, Érd, Pusztaszabolcs** környékén. Elérhetőség: +36 20 346 1953

A praxishirdetés feladására a HGYE honlapján keresztül van lehetőség: www.hgye.hu

A hirdetés az éves tagdíjat fizetett HGYE-tag részére ingyenes, és 6 hónapig jelenik meg a honlapon.

Aki nem tagja egyesületünknek, annak ugyanez havonta 4 000 Ft + áfa, önkormányzatoknak 9 000 Ft + áfa költséget jelent.