

Új évi kívánságok

Az egészségügy szerkezetváltása és a biztosítási rendszer átalakításának ügye máig a pártpolitika középpontjában áll. Ez a reform az egész ország jövőjét befolyásolja.

A témában számtalan elemzést hallottunk. Voltak, akik pártállás alapján, és voltak, akik inkább szakértői attitűddel alakították ki véleményüket e bonyolult kérdésben. Voltak közgazdászok, társadalombiztosítási szakértők, egyetemi oktatók, akik okos és meggyőző vélemények és érvek sokaságát vonultatták fel, néha egymással is vitatkozva. Sokszor szidták a döntéshozók arroganciáját, az egyeztetések elmaradását. A másik oldal pedig – szintén hatásosnak tűnő érvekkel – a változtatást és ennek következtében a minőség javulását hangsúlyozta. A sok vélemény közül ki kell emelnem Kornai professzor megállapítását, aki kellő alázattal jegyezte meg, hogy mai tudásunkkal nem lehet előre látni a reform eredményeit. Természetesen ettől az akár még működhet is.

A csatazajban el akartuk kerülni a politikai csapdákat. Nem értettünk egyet azzal, hogy kamarák és korábban alapvetően szakmai profilú szervezetek váltak az év folyamán a politika aktív résztvevőivé. Sokszor még eredeti törekvéseiket is feladták. Február 11-én ismét szavaz a Parlament...

Az év kezdete az értékelések, a fogadkozások és a kívánságok időszaka. Szűkebb területünkre, a gyermekellátásra evezve, mit ígérhetünk az új évre?

Először is azt, hogy továbbra is igyekszünk senkivel sem pótolható gazdái lenni a ránk bízott gyermekeknek. Akit lehet, azt kórház igénybevétele nélkül szeretnénk meggyógyítani. Amellett, hogy szűrjük és gondozzuk betegeinket, lelki problémáikra is érzékenyek leszünk. Nem hagyjuk hosszabb időre magukra, az ügyeletre őket, elérhetőségünket ésszerű és vállalható keretek között biztosítjuk. Egyre halmozódó adminisztrációs kötelezettségeinket és abból eredő rossz hangulatunkat nem éreztetjük velük.

És mit kérünk az új esztendőben?

A jogszabályalkotók tekintsenek minket az alapellátás egyenrangú résztvevőinek. A jogalkotás folyamatában vegyék figyelembe a házi gyermekorvosi alapellátás sajátosságait, körülményeit. Így nagyon sok utólagos problémát és értelmezési procedúrát lehetne megspórolni. Ne csak a jogi és a finanszírozási szempontok döntsenek például a korai hazaadás divatszerűen feldobott kérdésében, hanem legyen szempont az újszülött egészségének biztonsága, a hazaadhatóság szakmai szempontjainak érvényesülése is.

A „tervezett” otthoni szülés törvényi szabályozásától pedig azt várjuk el, hogy semmilyen más szempont ne kerülhessen a leendő anya és a születendő gyermek egészségének érdekei elé. Senki se tekinthesse – még hallgatólagosan se – a gyermeket „mellékterméknek”.

Kívánjuk az új évtől azt is, hogy a gyermekgyógyászat egységben lépjen fel a gyermekek esélyegyenlőségéért. A gyermekgyógyászat egységének tükröződnie kell a gyermekgyógyászat különböző grémiumainak képviselői arányaiban és együttműködésük mindennapi gyakorlatában.

A magyar parlamentben legyen a gyermekek ügyeivel, így egészségügyével kiemelten foglalkozó lobbiz vagy munkacsoport. Ennyit megérdemelne a társadalom közel 20%-át kitevő – és a választások előtti kedvelt szlogen szerint – a jövőnkét biztosító fiatal generáció.

Dr. Humi King

TARTALOM

- Változó idők 2–3
- Szabad-e (kell-e) nekünk politizálni? 3
- Elszámolási nyilatkozat ... 5
- Árlista 5
- Beszélgetés a német társszervezet elnökével 6–7
- Biztonságosabb Európát! 9–11
- Keresztvédelem 13
- Kórokozók együttműködése 14–15
- Van-e összefüggés? 17
- A tökmag titka 18
- Kávészünet-10 19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2007-ben:



Változó idők*

Prof. Dr. Alfred Tenore



Bár a gyerekek gyógyítása egyidős az emberiség történetével, a gyermekgyógyászat tudománya mégis csak 100 égnéhány évvel ezelőtt alakult ki. Rengeteget változott ez alatt a 100 év alatt, legalább annyit, mint amennyit a következő évszázadban fog. Nem azért, mert a ma gyerekei mások, mint a tegnap vagy a holnap gyermekei, hanem azért, mert hatalmas iramban fejlődik a tudás és az orvosi technológia, más az orvosok képzettsége, a szülők kulturáltsága, az ellátás struktúrája. A genetika, a molekuláris biológiai, az informatika és az ennek nyomán változó morbiditási és mortalitási minták folyamatosan megújuló lehetőségekkel gyarapítják a gyógyító munka eszköztárát.

A korábban életveszélyesnek tartott betegségek kezelésének fejlődése, az innovációk és fejlesztések eredményeképp komoly előrelépés történt a túlélési esélyekben. A fertőző betegségek gyakorisága a vakcinológia, az immunológia és az alapellátó gyermekgyógyászat fejlődésével rendkívül kedvezően változott. A gyermekgyógyászati patofiziológia ismereteivel együtt gyarapodik a gyermekkori krónikus betegségekről felhalmozott tudásanyag, a szubspecializált ellátórendszer kiépülésével lassan az alapellátás is felnő az érzelmi, társadalmi, gazdasági, demográfiai problémákból adódó, „új morbiditás” fogalomkörébe sorolt kórképek ellátásához. Míg a gyermekorvosok az elmúlt évtizedek során idejük nagy részét a heveny be-

tegségek kezelésére fordították, a jövőben a krónikus betegségek ellátása válik meghatározóvá. Mind több idő marad a krónikus betegek gondozására. Annak ellenére így van ez, hogy a fejlődési rendellenességek felismerése és kezelése ma egyáltalán nem nevezhető hatékonyak. Friss felmérések bizonyítják, hogy a fogyatékkal élő gyermekek 75%-ának problémáit csak az iskolakezdés után ismerik fel, és sokszor akkor sem az egészségügyiek. Becslések szerint minden 5 gyerekből egynek, azaz legalább 20%-nak van valamilyen krónikus betegsége. Ennek a 20%-nyi gyermekpopulációnak legalább az egyharmada olyan elváltozással él, amely jelentős mértékben befolyásolja mindennapi életvitelét. A szülők több mint fele nem kapja meg a gyermeke nevelésével, fejlődésével kapcsolatos alapvető tájékoztatást. A kezelhető pszichoszociális rizikófaktorok felismerési aránya elfogadhatatlanul alacsony. A legtöbb, alapellátásban dolgozó gyermekorvos nem is részesült olyan speciális képzésben, amely felkészítette volna őket a krónikus egészségügyi problémákkal élők ellátására. Maga az ellátási struktúra sem úgy épült fel, hogy lehetőséget adjon a krónikusan beteg gyermekek és serdülők komplex ellátására. Új és speciális készségeket kell tehát megtanulnunk, régebben ismeretlen kommunikációs technikákat kell elsajátítanunk ahhoz, hogy strukturált és rugalmas ellátást nyújthassunk.

Meg kell ismernünk a betegoktatás hatékony módszereit, meg kell találnunk a közösségi kapcsolódási pontokat és a szükséges erőforrásokat ahhoz, hogy célszerűen képviselhessük a gyerekek és szülők érdekeit. Csak így tudjuk segíteni a családokat a kórház és az otthon, az otthon és az iskola, az iskola és a karrier, vagy a gyermekorvos és a belgyógyász közötti átmenetben. Változnak a prioritások: az alultáplált gyerekekről ugyan soha nem felejtkezhetünk meg, de a társadalmi, gazdasági színvonal lassú emelkedésével mind több gondot okoz az élelmiszerkészletek gyarapodására visszavezethető elhízás. A túltápláltság szövődményei, a II-es típusú diabétesz, az asztma, a magas vérnyomás, a koleszterinszint-emelkedés, az ortopédiai vagy pszichés sérülések – mind olyan jelenségek, amelyekkel egyre nagyobb számban találkozunk az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok.

A társadalmi, demográfiai változások is fokozódó mértékben befolyásolják a gyermekek életét. Ma az anyák 60%-a dolgozik, a gyermekek 10–20%-a házasságon kívül születik, mind többen kerülnek örökbefogadó szülőkhöz. Növekszik a kulturális és etnikai sokszínűség. Európában 10–30% között mozog a szegénységben élő gyermekek száma, akik – bár közöttük nagyobb arányban fordulnak elő fertőző megbetegedések – kisebb valószínűséggel jutnak el az orvoshoz, és ami ezzel együtt jár: jóval kisebb arányban részesülnek megelőző vagy folyamatos ellátásban.

Mindezeket túl nagy változást eredményez a gyermekgyógyászatban a genetika fejlődése is. A humán genom feltérképezése, az újabb és újabb gének és mutációk felismerése megváltoztatta az orvosi gondolkodást. Bár a genetikai oktatás aránya az orvostudományban és -továbbképzésben mérőföldekkel marad el a tudomány fejlődése mögött (és így a kollégák döntő részét készületlenül éri az új és összetett információmennyiség), a gyermekorvosoknak központi szerep jut a genetikai elváltozások értelmezésében és a betegségek megelőzésében. A prae-natalis diagnosztika és a génterápia következtében felmerülő új etikai kérdésekre is választ kell találnunk.

A számítógépes technológia forradalmasította az adatkezelést és a kommunikációt. A szülők és családok drámai mennyiségben jutnak egészségügyi informáci-

ókhoz, aminek nyomán az orvos–beteg kapcsolat is átförmálódik. A technológiai robbanás hordozható scannerek, telefonvonalra kapcsolható EKG, vagy akár mobilis CT vagy MRI használatára is módot nyújt. Az ellátások köre így egyre kevésbé függ attól, hogy földrajzilag hol dolgozik az orvos, vagy hol lakik a beteg.

Amikor az alapellátó gyermekgyógyászat előtt álló változásokról beszélünk, nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt, hogy a humán erőforrás kimeneti oldalán a nyugdíjba vonulók számát mind kevésbé ellensúlyozza a bemeneti oldalon gyermekorvosi pályára lépők száma. Olaszországban 2005-ben még 13 ezer gyermekorvos szerepelt a nyilvántartásban, 25 év múlva ennek a létszámnak még a felére sem számíthatunk. A gyermekgyógyászok területi megoszlása is rendkívül heterogén. Bizonyos központokban rengeteg gyermekorvos dolgozik, a távol eső településeken viszont nincs orvos. A rezidensek között a nők átlagos aránya 70% körül mozog, de Udine-ben, ahol én dolgozom, 85% körül

van az arányuk. Nem véletlen ezért, hogy a gyermekorvosok között találjuk a legtöbb részmunkaidőben dolgozót, ami óhatatlanul vezet a szubspecialisták vagy az orvoskutatók számának csökkenéséhez.

Ami az ellátási struktúrát illeti, ma is megoldatlan a régi kérdés: milyen orvos lássa el a gyermekeket az alapellátásban; gyermekorvos vagy háziorvos? A válasz nem könnyű. Hadd idézzem mégis a Journal of the Royal College of General Practitioners c. angol folyóirat 10 évvel ezelőtti számában megjelent cikk végső következtetését, miszerint a háziorvosok felkészültsége elégtelen a gyermekek alapellátásához. A gyermekorvosok csökkenő száma és eloszlásuk egyenetlensége miatt nemcsak a verseny, hanem az együttműködés is elkerülhetetlen a háziorvosokkal. De az együttműködés új modelljei mellett mindenkinek el kell fogadnia, hogy a gyermekorvosoknak kell meghatározniuk az ellátás színvonalát. Tudomásul kell vennünk, hogy azokban az or-

szágokban, ahol a gyermekek ellátását háziorvos végzi, ott fokozni kell az ő gyermekgyógyászati képzettségét.

A gyermekgyógyászat hosszú időre visszanyúló társadalmi felelősségvállalása az előttünk álló kihívások arra figyelmeztetnek, hogy nem hagyhatjuk magunkra gyermekeinket, mert ők önállóan képtelenek kiharcolni azt az egészségügyi ellátást, amit megérdemelnek. Firenzében az 1400-as évek óta működik a világ legrégebbi, gyermekeknek folyamatos ellátást nyújtó intézménye. Az Innocenti Intézet nyilatkozata szerint egy nemzet tekintélyének igazi fokmérője az, hogy miként gondoskodik gyermekei egészségéről, biztonságáról, anyagi jólétéről, oktatásáról és szocializációjáról.

A gyermekgyógyászat előtt álló kihívások arra ösztönzik az Európai Gyermekorvosi Akadémiát, hogy állásfoglalásban deklarálja: a XXI. században minden gyermeknek folyamatos és átfogó gyermekorvosi alapellátáshoz kell jutnia – születéstől a felnőtté válásig.

Szabad-e (kell-e) nekünk politizálni?

A Hírvivő novemberi számának megjelenése óta tétovázok, hogy a „Most kellett?”, kontra „Igen, most!” címmel megjelent cikkekkal kapcsolatos véleményemet, gondolataimat megosszam-e a kollégákkal. Két ok miatt döntöttem úgy, hogy leírom, ami megfogalmazódott bennem. Egyrészt, mert érintett vagyok, hiszen én is részt vettem a megbeszélésben, másrészt, mert a HGYE alapító tagjaként évekig dolgoztam az egyesület vezetőségében. Azt gondolom, hogy meglehetősen pontosan ismerem az egyesület munkáját, céljait.

Előljáróban leszögezem, hogy nem szeretem a politikát, mert a legtöbbször rendkívül agresszív, emberi (akár közeli, rokon) kapcsolatokat képes tönkretenni, megmérgezni és nagyon sokszor, tudatosan manipulál. Vagyis a kitűzött cél elérése érdekében mindenre képes. Soha nem voltam, és mert a mai magyar politikai kultúra színvonala szánalmasan alacsony, ma sem vagyok egyetlen pártnak sem tagja.

Az érdekvédelem nehéz feladat, főként, ha jól, színvonalasan és eredményesen akarjuk végezni. Lényegében néhány elszánt ember önkéntes munkája egy kisebb vagy nagyobb, azonos célért küzdő csoport tagjainak érdekében. Már a HGYE megalakulásakor (emlékezzünk a

Tátra utcai 15–20 fős megbeszélésre, majd az akkori alkotmánybírósági épületben tartott alakuló gyűlésre) kétségeim voltak, sikerül-e politikától mentesen, és főképp országos szinten képviselni a kollégák, a házi gyermekorvosok érdekeit! Az egyesület céljaival mindenkor azonosulni tudtam, ám a vezetés módszereivel szemben néhány esetben voltak fenntartásaim. Támadtak is konfliktusaim emiatt a HGYE egyes vezetőivel, de meghatározó irányokat illetően egyetértünk. Ennyit a vezetőségi múltamról.

Hogy miért kellett felkeresni a miniszter asszonyt? Mert ő a hivatalosan regnáló kormány egészségügyért felelős első embere. Evidens volt, hogy találkozót kérünk, már csak azért is, mert számos kérdés és kérdés merült fel az előttünk álló reformintézkedésekkel és azok gyermekellátásra ható következményeivel kapcsolatban. Hogy fogadott bennünket szinte első szóra, az pozitív gesztus volt részéről. A mintegy órányi megbeszélésen számos kérdésben mondtuk el véleményünket anélkül, hogy annak bármilyen politikai színezete lett volna.

Azokat a problémákat vetettük fel, amelyeket eddig csaknem minden miniszternek függetlenül azok politikai kötődésétől. A beszélgetés fő célja az volt, hogy

gondolkodjunk együtt a reformok előkészítésében, hogy magunk tisztábban lássunk, és egyúttal felhívjuk a miniszter figyelmét több – kizárólag bennünket, alapellátó gyermekorvosokat foglalkoztató – problémára. Nem politizálni mentünk, hanem érdeket védeni! A kifogásolt miniszteri kijelentéssel, mely szerint „nincs reális esélye annak, hogy valamennyi településen legyen házi gyermekorvos” egyetértek. Ez nem azt jelenti, hogy nem kell minden gyermek számára – bárhol is éljen – biztosítani az elérhető gyermekgyógyászati szakellátást. Éppen ez az, amin munkálkodnunk kell.

Lehet, hogy a címválasztás bulvárosra sikeredett, de a cikk érdemi részei új ismereteket és tanulságokat nyújtottak. Elmentém Berényi kollégával, azt gondolom, hogy az egyesület hivatalos lapjában be kell számolni egy miniszterrel történt megbeszélésről.

Visszakanyarodva a címben feltett kérdésre, a válaszem, hogy nem kell nekünk a szó szoros értelmében politizálni. A szakmát és a hivatást kell képviselnünk, még akkor is, ha politikusokkal tárgyalunk. Arról meg nem mi tehetünk, hogy a politika lassan mindent behálóz: még a kapcsolatainkat is. Ne hagyjuk!

TÖRÖK LAJOS

Elszámolási nyilatkozat

(az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatása)

Az 1997. évi LXXXIII. (Ebtv.) törvény 18. § értelmében: (8) A háziiorvosi ellátást, illetve fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a biztosítottat – magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott – elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja a) a biztosított által igénybe vett ellátásról, b) a biztosított által fizetendő vizitdíj összegéről, c) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele. A biztosított az elszámolási nyilatkozat mindkét példányának aláírásával igazolja, hogy az abban megnevezett ellátást igénybe vette. Az aláírt elszámolási nyilatkozat egyik példányát a biztosítottnak át kell adni, másik példányát pedig az egészségügyi szolgáltató a biztosított egészségügyi dokumentációjának részeként megőrzi – Ebtv. 18. § (11). Tehát az elszámolási nyilatkozatnak az ellátás összegét nem, csak az igénybe vett ellátások felsorolását kell tartalmaznia. Az elszámolási nyilatkozat kiállításának kötelezettsége a jogszabály szerint valamennyi háziiorvosi szolgáltatóra kiterjed. A magyarországi lakcímmel rendelkező kiskorúak automatikusan biztosítottak, az egészségügyi járulékot utánuk az állam kifizeti. Ugyanakkor ahhoz, hogy ők is benne legyenek az egységes rendszerben (és pl. követhető legyen a beteg-életútjuk), a kezelések alkalmával a táj-számuk alapján kell rögzíteni a kapott ellátást. Ha a nyilvántartási rendszer jól működik, ez nem jelent hátrányt az érintetteknek.

Árjegyzék

8. melléklet a 364/2007. (XII. 23.) Korm.rendeletéhez

Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat, III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők időszakos és soron kívüli alkalmassági vizsgálata, ha 40. életévét még nem töltötte be: első fokon	6300 Ft
Véralkohol-vizsgálathoz vérvétel	4200 Ft
Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálat	5200 Ft
Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása	6300 Ft
Látélet kiadása	3100 Ft

2. melléklet a 284/1997. (XII. 23.) Korm.rendeletéhez

Külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor (biztosítók, egészségpénztárak felé)	6300 Ft
Hivatásos sportolók sportegészségügyi vizsgálata	8400 Ft

Erős érdekvédelem kell – európai szinten is

Dr. Wolfram Hartmann a HGYE német társszervezetének elnöke. Egy olyan civil szervezetet vezet, amely – ahogy az a német érdekvédelmi szervezeteknél megszokott – igen eredményesen védi tagságának érdekeit. Érdekes volt hallani a lobbizási módszereiről, az orvosolt, illetve még orvosolandó problémákról. Egy magyar kolléga nagyon ismerősnek találhatja ezeket...

■ *Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), azaz Gyermek- és Ifjúsági Orvosok Szakmai Szövetsége – miért volt fontos társaságuk elnevezésében az „ifjúsági orvos” külön feltüntetése?*

Mert csak öt éve ismerik el hivatalosan, hogy 18 éves korig elláthatjuk a gyerekeket. Ez az általános orvosokkal (magyar értelmezésben a háziorvosokkal) folytatott hosszú vitáink eredménye – ugye Önöknek is ismerős érdekellentét?... Egyben jelzés a szülők felé, hogy mi vagyunk hivatottak a serdülők ellátására is.

■ *Hány házi gyermekorvos van Németországban, és közülük hányan tagjai szövetségüknek?*

A nyugdíjas kollégákkal együtt tizenhárom és fél ezren vagyunk, közülük 11 ezren tagjai a BVKJ-nek. Megjegyzem, olyanok is vannak szép számmal közöttünk, akik még nem szakorvosok.

■ *Tekintélyes szám. Régóta „építkeznek”?*

35 évesek vagyunk, de igazából matuzsálemnek is tarthatnának minket, mert a 105 éves Wissenschaftlicher Fachverbandból, a Tudományos Szakszövetségből váltunk ki. Anyaszervezetünk, ahogy a nevében is szerepel, eredetileg kizárólag szakmai kérdésekkel foglalkozott, mi viszont szakmapolitikai feladatokat is felvállalunk. Szakmai, kompetencia-, műhibakérdésekben szorosan együttműködünk az orvosi kamarával, finansziális, munkahelyi vagy gazdasági konfliktusok esetén pedig a Kassenärztliche Bunddal, a biztosítókhoz tartozó orvosok szövetségével. Ezekbe a szervezetekbe mi is delegáljuk képviselőinket.

■ *Mekkora az apparátusuk?*

Kölni hivatalunkban három főállású és nyolc félállású munkatárs dolgozik, és van



egy gazdasági vezetőnk, aki Berlinben lobbizik az érdekünken. Minden tartománynak saját szervezete és elnöke van, a szövetség „lefelé” piramisszerűen kisebb, önkéntesekből álló szervezetekre bomlik.

Én az országos szervezet függetlenített elnöke vagyok. Nem fizetést, hanem kiegészítő javadalmazást, valamint – a tartományi elnökökhöz hasonlóan – költségterítés is kapok. Évente 25 ezer kilométert vezetek, és átlagosan hetente egyszer repülök, főleg Berlinbe. Rendelésre csak heti egy alkalommal marad időm.

■ *Meddig lehet elnök?*

Nincs hivatalos korlátozás, de kétszer négyéves periódusnál tovább nem szokott senki elnökösködni, már csak az életkor miatti korlátok miatt sem. Négy év múlva 66 éves leszek, nyugdíjaskorú. Engem az első négyéves elnöki periódusomat követően most választottak meg újra, viszont a megelőző 12 évben is vezetőségi tag voltam.

■ *Politizálnak?*

Erősen. Nem párttagként és persze nem pártpolitikailag. Az Egészségügyi és a Családügyi Minisztériummal, a parlamenti képviselőkkel folyamatosan tárgyalunk. A Gyermekbizottságban is, amelyben minden parlamenti frakció képviselői részt vesznek, folyamatosan lobbizunk.

■ *Például milyen témában?*

Most a gyermekszegénység a fő témánk. Németországban 2002 és 2006 között

százezerrel nőtt a szegény gyerekek száma, és mára eléri a 2,7 milliót. Nagy a probléma sajtóvisszhangja, és ehhez mi is hozzájárultunk, mert nem mehetünk el a munkanélküliség, a szegénység, a gyermeknevelés és az egészség egymással szorosan összefüggő kérdései mellett. De hogy más konkrétumot is mondjak: elfogadták a javaslatunkat, hogy három év alattiakat is vegyenek fel óvodába, vagy hogy minden gyermekkori védőoltást kötelező módon fizessenek meg a biztosítók. A vizitdíjmentesség határát 12-ről 18 évre emeltük, ahogy az egyébként Önöknel is működik. Nálunk egyébként háromhavonta kell tíz euró vizitdíjat fizetni. A gyógyszer támogatás egyes rész kérdéseiben azonban nem voltunk ennyire sikeresek.

■ *Mi a munkamódszerük, hogy érik el a céljukat?*

Mint említettem, lobbizunk a képviselőknél, előre kidolgozott elvekkel „házalunk”. Most a rendszeres megelőző orvosi ellenőrzés, szűrés kibővítésén dolgozunk. A mai rendszer szerint ez csak hat éves korig kötelező. Abszurdum, hogy míg iskoláskor kezdetéig összesen kilencszer, utána 12 éves korig már csak egyszer, 12 és 15 év között pedig még egyszer kell csak megjelenni a gyermekorvosnál. Utána már egyáltalán nem kell szűrni a gyerekeket. Érdekes módon, felnőtteknél 35 év felett évente van szűrés – csak éppen akkor már nem lehet primer prevencióról beszélni. Mi most 18 éves korig szeretnénk az évenkénti szűrést kötelezővé tenni még akkor is, ha ez tovább szaporítja amúgy is megnövekedett feladatainkat. Több biztosítónál is elértük, hogy fedezzék az előszűrés költségeit. A célunk az, hogy az összes kassza beszálljon.

Mostani feladataink másik aktuális és neuralgikus pontja, a gyermekbántalmazás kérdése. Két éve próbáljuk elérni, hogy ne csak mereven és bürokratikusán érvényesítsék a törvényeket. Ma az a gyakorlat, hogy a veszélyeztetetteknek maguknak kell elmenniük az ellenőrzésre, és ha ezt elmulasztják, előállítják őket. A gyermekbántalmazást így – egy egyszerű szűréssel – nem lehet megoldani. Ha valóban tenni akarunk ellene, be kell menni a családokba. Ehhez azonban erősíteni kell a szociális munkát több szakember időben történő bevonásával. Az ál-

lamnak azonban ez nem érdeke hisz próbálni próbál. Olyan – államilag finanszírozott – struktúrára lenne szükség, amely már a szüléskor kiemeli a veszélyeztetetteket. Ha senki nem megy „be” a családokba, az évenkénti szűrővizsgálatok között bármi megtörténhet. A gyermekbántalmazás így nem fog csökkenni.

Mi elsődlegesen a gyermekek, és nem a szülők jogaiért küzdünk. Ahol a gyermek hátrányos helyzetbe kerül, ahol erőszak áldozata lehet, ott közvetlenül szeretnénk fellépni az érdekükben. A szülők szempontjai csak ezután következhetnek.

Ma mindennapos gyakorlat, hogy drogos szülőknél maradnak a gyerekek, mondván, hogy jobb nekik a családban. Ez szerintünk egyrészt nem feltétlenül igaz, másrészt a gyerek nem „családi stabilizátor”, hanem önálló jogú személy. Érdekes szubjektív akadály: képviselőink többsége sajnos gyermektelen, ezért még nehezebb átvinni ezeket a kérdéseket.

HA Azért így is irigylésre méltónak tűnik a befolyásuk.

Változó mértékű. Néhány éve elértük, hogy megkérdezzük bennünket, a gyermek- vagy serdülőkorúakkal kapcsolatos jelzéseinket a legmagasabb szinten is meghallgatják. Törvényhozási kérdésekben is kikérjük véleményünket. Tagja vagyok egy ezekkel a témakörökkel foglalkozó kormánybizottságnak, ami eredmény, hiszen eddig soha nem volt orvos ebben a grémiumban.

HA Mi a helyzet a szakmai továbbképzéssel?

Nálunk gyermekorvosképzés ma csak a kórházakban folyik. Közben a fekvőbeteg-intézmények száma – számos ok: kisebb szülésszám, több ambuláns ellátás stb. miatt – radikálisan csökken, és emiatt óhatatlanul kevesbedik a képzési lehetőség is. Mi a képzést le akarjuk vinni a háziorvosi szintre. Szerintünk az ötéves gyermekszakorvosi képzésből két évet a praxisban kellene eltölteni, a szakmai kritériumok szerint több mint ezer gyermekorvos lenne alkalmas a megfelelő oktatómunkára. (Van elegendő betegszáma, fel van szerelve EKG-val, ultrahanggal, magasan kvalifikált, több mint öt évet töltött fekvőbeteg-intézményben.) A speciális képzés, mint például az onkológiai vagy a kardiológiai, természetesen továbbra is a klinikák privilégiuma maradna. Vannak egyébként speciálisan bennünket érintő hátrányos megkülönböztetések is, például, hogy a háziorvosok megkapják a rezidensképzésért járó pénzt – a házi gyermekorvosok nem.

HA Melyek a legfontosabb társ-szervezeteik?

Leginkább a Szülők Szövetségének tagszervezeteire támaszkodunk. Például a Crohn- vagy szívbetegségben szenvedők szüleinek önszerveződő körére. A politika jobban meghallgatja a szülőket, mint az orvosokat... Jobban figyel rájuk, nagyobb sajtót kapnak.

HA Önök is reformlázban égnék?

Sok a közös országaink között. Nálunk is nagy az ellenállás. Nálunk is nagyok az érdekellentétek, például a háziorvosok és a házi gyermekorvosok között. A háziorvosok születéstől százéves korig mindenkit szeretnék gyógyítani – ez szakmai abszurdum. Pediátriai képzettségük hiányos – mégis gyógyíthatnak gyereket. Mi, gyermekorvosok, azt mondjuk, hogy a gyermekkori akut esetek ellátását ismeriük kell, de nem szabadna krónikus vagy ritka gyermekbetegségeket kezelniük, szűrniük.

Ez év áprilisa óta tárgyalunk a kasszákkal arról, hogy gyerekeket csak gyermekorvos küldhessen további szakrendelésre. Siker, hogy a biztosítók belátták, hogy jobb, ha velünk szerződnek. Olcsóbb, ha mi látjuk el a gyereket, mert például sok drága kór-

házi ellátás szükségtelessé válik. A kasszáknál ebben megelőztük a politikát.

HA Ismerik más országok gyakorlatát?

Van áttekintésünk Európáról, tudjuk, hogy az ellátási rendszerek nagyon különbözőek. A miénk inkább az olasz, osztrák és persze a magyar rendszerre hasonlít. Lehet-e így mégis uniót építeni? Úgy gondolom, hogy együtt – igen! Együtt kell fellépni, ha valamit el akarunk érni. Az európai újszülöttek 80 százaléka például olyan gyógyszert kap, amely hivatalosan nem engedélyezett. A gyermekkorban használt gyógyszereknek mindenütt meg kell felelniük a gyermekekre adaptált egységes elveknek. A hematológiában, a gyermekkori leukémia kezelésében ma már azonos protokoll szerint történik minden országban az ellátás. Más területeken azonban még rendkívül nagy az elmaradás.

Ahol nem olyan erősek az érdekvédelmi szervezetek, mint nálunk, nehezebb lobbizni. Ezért közös európai érdekvédelmi szervezetünk is csak akkor lesz erős, ha az EU gyermekorvosainak döntő többségét képviseli. Csak akkor leszünk sikeresek az egész kontinensen. Tehát van mit tennünk, bőven.

DR. NEMES JÁNOS

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 2008. április 24–26-án Szegeden rendezi 52. Nagygyűlését

Hotel Forrás (6726 Szeged, Szent-Györgyi Albert u. 16–24.)

A tudományos konferencia témái:

A gyermeksebészet aktualitásai, adolescens medicina, gasztroenterológiai, genetikai kórképek.

Gyermekneurológiai kérdések, gyermekpszichiátria, pszichiátriai krízisek gyermekkorban.

A házi gyermekorvosi ellátás aktuális kérdései.

Cardiovascularis betegségek.

Korszerű neonatológiai ellátás,

nephrológiai és hypertonia betegségek.

Onkológia, pulmonológia-allergológia, rehabilitáció.

Ritka gyermekgyógyászati betegségek felismerése és ellátása.

Sürgősségi ellátás gyermekkorban.

Várjuk a házi gyermekorvos kollégák – fenti témákhoz csatlakozó – előadásainak (8 perc + 2 perc vita) vagy poszttereinek (méret: 120 x 90 cm) kivonatát az alábbi e-mail címre: szalma.marta@motesz.hu.

A kivonat beküldésének határideje: 2008. február 15.

Biztonságosabb Európát!

A. J. Nicholson, D. Van Esso, I. Malcic, A. Biver

Európai Gyermekgyógyászati Akadémia, Baleset-megelőzési munkacsoport

Az Európai Unióban (EU) a sérülések a gyermekkori halálozás és fogyatékosság vezető okai.¹ Az EU-ban minden egyes sérülésből bekövetkező halálesetre mintegy 30 kórházi felvétel és 300 sürgősségi ellátás jut.¹ Az összes baleseti sérülés teljes társadalmi-gazdasági költségét (veszteségét) évi 400 milliárd euróra becsülik (a teljes EU-költségvetés mintegy négyszerese).

Gyermekkorban (1–14 évesek) az EU-ban a balesetekben belül a közlekedési balesetek (48%), a fulladás (11%), az idegenkezűség (11%), a tüzesetek (5%), a magasból történő leesés (5%), a mérgezések (2%) és egyéb balesetek (18%) felelősek a halálozásért. (1. ábra) Az utóbbi 20 évben minden EU-országban csökkent a baleset miatti gyermekhalálozás.^{2,3,4,5}

A balesetek elhanyagolt területnek tekinthetők, s ez hátrányt jelent az egyéneknek, és növeli az egészségügyi kiadásokat is. A balesetekből származó veszteségek a kibővített EU-n belül azokban az alacsony és közepes gazdasági fejlettségű országokban a legjelentősebbek, amelyek a kilencvenes években tértek át a piacgazdaságra. Az alacsony és közepes gazdasági fejlettségű országokban a fejlett országokhoz képest a gyermekek baleseti halálozásának kockázata 3,6-szeres (1–2. táblázat). A gazdaságilag fejlett országokban növekedett a balesetek aránya az alacsony jövedelmű, társadalmi-gazdasági nehézségekkel küzdő rétegek körében, és a gazdagok és szegények közötti olló egyre nyílik. A szegényeket jellemző magasabb halálozási kockázat a legtöbb baleseti típusnál megfigyelhető, úgymint a fulladás, leesés, mérgezés, közlekedési és égési balesetek.

Néhány EU-ország, mint például Svédország, Hollandia, az Egyesült Királyság a világ legbiztonságosabb államai közé tartozik, és ha minden ország hasonló eredményt érne el, akkor a balesetek miatt évente elvesztett életek kétharmada megmenthető lenne. A jó eredményeket elérő országok társadalmi kötelezettségvállalással értek el eredményt. A jogszabályalkotás, az előírások betartatása a biztonságos környezet érdekében (pl. az utak és a házak tervezésének szabályozása, biztonsági eszközök használata), és a kockázatnövelő magatartásformák előfordulásának csökkentése (pl. gyorshajtás vagy



Alf Nicholson

ittas vezetés), társadalmi szinten kulcsfontosságú.^{6,7,8} E beavatkozások hatása megsokszorozódik, ha a média és felvilágosító kampányok társulnak hozzá. Nagy különbségek mutatkoznak Európán belül a tekintetben, hogy az egyes országok milyen mértékben alkalmazzák a bizonyítottan hatásos eljárásokat a súlyos és halálos kimenetelű gyermekbalesetek gyakoriságának csökkentése érdekében.

KÖZLEKEDÉSI BALESETEK

A közlekedésbiztonság területén az EU 2010-ig a halálos közúti baleseti áldozatok számának felére történő csökkentését tűzte ki célul.

Késégkívül a közúti közlekedési baleseteket kell prioritásnak tekinteni, mivel az EU-ban a baleseti halálozás 48%-áért ezek felelősek. A közúti közlekedési balesetek közé soroljuk a gyermekek gyalogosként, kerékpárosként vagy gépjármű utasaként elszenvedett baleseti halálozását (2. ábra)^{9,10}.

A számszerű célok kitűzésének előfeltétele a közúti közlekedési balesetek adatainak pontos ismerete, ami vagy egy baleseti-adatgyűjtési rendszert, vagy ennek hiányában egyéb adatforrásból származó, teljes és pontos információkat igényel a közúti közlekedési balesetek epidemiológiájáról.

Számos beavatkozás történt a legtöbb EU-tagállamban, és bizonyított, hogy több életet lehetne megmenteni az utakon, ha bevezetésre kerülnének és megvalósulnának a következő stratégiák, azokat betartatnák, és a közvélemény is elfogadná őket.

SEBESSÉGKORLÁTOZÁS

A 20 mérföld/óra sebességhatárú övezetek kialakítása az Egyesült Királyságban¹¹ a kerékpárosként megsérült gyermekek számának 48%-os, a halálos kimenetelű gyalogos balesetek gyakoriságának 70%-os csökkenését eredményezte. Sebességmérő kamerák és radarok segítségével érik tetten a sebességhatárt túllépő vezetőket. A sebességmérő kamerák és radarok jelenlétének tudatosítása tovább javítja a sebességgel kapcsolatos előírások betartási szintjét, és jelentősen csökkenti a közúti közlekedéssel kapcsolatos halálozást.

FORGALOMCSILLAPÍTÁS

A lakóterületi belső kiszolgáló utak sebességhatára ne legyen 30 km/h-nál magasabb, tervezésük feleljen meg a forgalomcsillapítás elveinek, ami a 30 km/h övezetekben 60%-os csökkenést eredményezett a gyermekek közlekedési baleseti sérüléseinek gyakoriságában.

Ahol a gyalogos- és gépjárműforgalom egymástól nincs elválasztva, ott a gyalogosok baleseti kockázata kétszeres, dán vizsgálatok¹² pedig azt igazolják, hogy a gépjárműforgalomtól elválasztott kerékpárutak 35%-kal csökkentik a kerékpárosok halálos kimenetelű sérüléseinek gyakoriságát.

BIZTONSÁGOSABB GÉPKOCSIK

A mérnökök már jó ideje ismerik a kerékpáros és gyalogos sérülések szempontjából kedvezőbb kialakítású gépkocsiorr-rész tervezésének módját, és még sincs egyetlen olyan EU-ország, ahol a gyalogosok sérülési kockázatának minimálisra csökkentése érdekében kötelezően írják elő az ilyen gépkocsikat. Ha előírás lenne, hogy a gépkocsik orr-részt ilyen szempontú ütközési vizsgálatoknak kellene alávetni, akkor az EU-tagállamokban mintegy 20%-kal csökkenne a halálos és sérüléssel végződő gyalogos balesetek száma^{13,14,15,16,23}.

VISSZATARTÓ RENDSZEREK

A gépjárműveket a bennülők védelmében úgy kell kialakítani, hogy baleset esetén

az utastér (ún. „túlélési tér”) ne szenvedjen deformációt, és olyan ún. visszatartó rendszerekkel (biztonsági övek, biztonsági gyermekülések) legyen felszerelve, amelyek megakadályozzák, hogy a bennülők a járműből kirepüljenek, vagy annak belsejében ütközzenek egymásnak vagy az utastér belsejének, és így sérüljenek, vagy okozzanak sérülést.

Megfelelő használat esetén a haladási irányban elhelyezett üléseknek vagy biztonsági öveknek 90–95%-os, a hátrafelé nézőknek pedig 60%-os sérülési kockázatcsökkentő hatásuk van^{17,18,19,23,24}. 0 és 15 hónapos életkor között (legfeljebb 13 kg testsúlyig) a hátrafelé néző gyermeküléssel érhető el az ütközés erejének optimális eloszlása, ami 90%-kal csökkenti a súlyos sérülések esélyét. Az ilyen üléseket mindig a hátsó üléseken kell elhelyezni, mivel az első üléseken utazókat sok esetben légzsák védi. A megfelelő módon viselt kérekpáros-védősisakok 63–88%-kal csökkentik a fej- és agysérülések kockázatát²³.

FULLADÁS

Az EU-ban gyermekkorban a fulladás a második leggyakoribb halálok, ezen belül a fiúk 70%-ban érintettek, és az 1–4 évesek a legvesélyeztetettebbek²¹. Az alámérülés utáni azonnali újraélesztés a túlélés szempontjából kiemelkedően fontos, és a későbbi kilátások elsősorban a sürgősségi ellátóhelyre érkezéskor észlelt állapoton múlnak, a kimenetel befolyásolásában a gyermekgyógyászati és intenzív terápiának kisebb szerep jut. Így a fulladás miatti halálozás és kórházi felvétel gyakoriságának csökkentésében a megelőzés játszik kulcsszerepet. Az úszómedencék körbekerítése a megelőzés hatékony módja²². Egyéb lehetőségek közé tartozik az egyéni vízi mentőmellények használata,

az úszásoktatás, a szülői felügyelet és a hivatásos úszómesterek foglalkoztatása.

Fulladás leggyakrabban piciny, vonzó tárgyak félrenyelése kapcsán fordul elő, mint például golyók, érmék, kis játékalkatrészek, és az élelmiszerek csomagolásába elhelyezett tárgyak. Jogi eszközökkel elérhető bizonyos termékek tiltása (élelmiszerek csomagolásába elhelyezett apró tárgyak, ruhák húzószinórja). Néhány országban pedig a figyelmeztető feliratok használatának jogi szabályozása csökkentette a halálozást⁷.

ÉGÉSEK, FORRÁZÁSOK

A súlyos égések hosszú kórházi ápolást és kezelést igényelnek, és gyakran okoznak maradandó károsodást. A forrázások és kontaktégések legfőképp 2 éves kor alatt fordulnak elő. Az égés miatti gyermekhalálozás életkorra standardizált aránya (1–14 évesek) Olaszországban a legalacsonyabb (0,17/100.000), míg Írországban a legmagasabb (0,91/100.000). Az ilyen típusú balesetek előfordulását úgy lehetne csökkenteni, ha az alábbiakban felsorolt beavatkozásokat bevezetnék, elterjesztenék és támogatnák.

A füstérzékelő hatékony, megbízható, olcsó eszköz, ami korai észlelést tesz lehetővé, és az égés miatti, épületekben bekövetkező halálozást 71%-kal csökkenti^{23,24}.

Hatékonyabb megoldásnak bizonyult olyan jogszabály bevezetése, ami a meleg víz hőmérsékletét biztonságos tartományban (54 fok alatt) tartja a vízmelegítők szabályozásával, vagy a szülők oktatása arra, hogy állítsák alacsonyabb hőfokra saját készülékeiket. Az Amerikai Egyesült Államokban a „gyermekbiztos” öngyújtók bevezetése 43%-kal csökkentette a dohányzás okozta tüzek miatti halálozást¹⁴. Az USA-ban az 1972-es, gyúlékony anya-

gokról szóló jogszabály elfogadása után 75%-os, drámai csökkenés következett be a hálórúhák meggyulladásának gyakoriságában, illetve az ezek következtében szükségessé váló, égési osztályokra való felvételek számában.

ESÉSEK

A halálos kimenetelű vagy súlyos sérüléssel járó esés általában a második emeletről, vagy annál magasabbról történő kiesés következménye.

A lépcsőkre szerelhető kapu segít a lépcsőről való leesések számának csökkentésében. Szintén eredményesnek bizonyult a játszóterek földjének befedése rugalmas anyaggal, és a különböző korcsoportok számára megfelelő magasságú játszótéri játékok alkalmazása. Az ablakok biztonsági zára a kiesés előfordulását 31%-kal, a halálozást pedig 35%-kal csökkentette.

MÉRGEZÉSEK

A két év alatti gyermekek különösen veszélyeztetettek, és az esetek 90%-a az otthoni környezetben fordul elő⁵. Sok, gyakran használt háztartási vegyszer okozhat mérgezést, mint például a tisztítószer, alkohol, növényvédő szerek, gyógyszerek, kozmetikumok⁵.

Mind a gyógyszerek, mind az egyéb vegyszerek szempontjából hatékony megelőzési lehetőség a biztonságos tárolás⁶.

A gyermekek és a szülők oktatásával elérhető az ismeretek bővülése a mérgezések megelőzésében. Angliában, Hollandiában és az USA-ban az aszpirin és a paracetamol kötelező „gyermekbiztos” csomagolása látványosan csökkentette a mérgezés miatti kórházi felvételek számát.

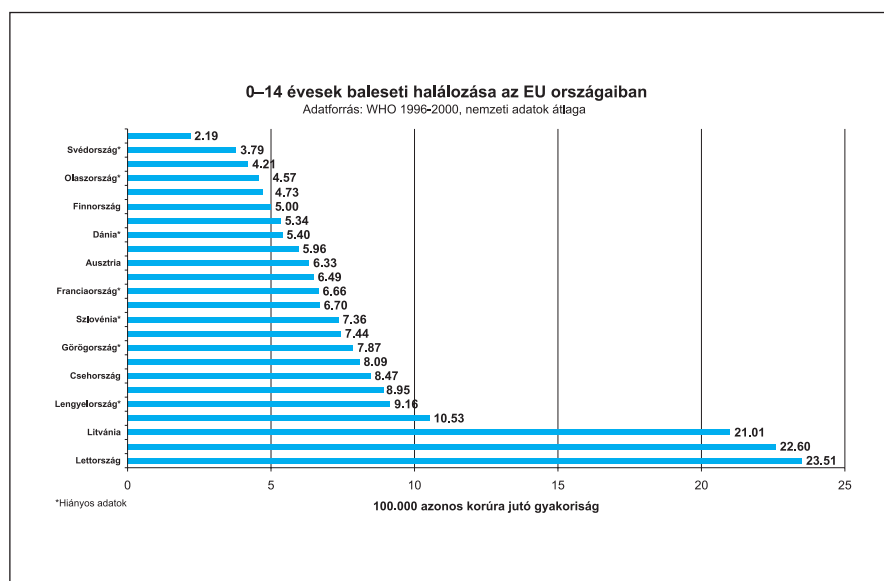
TÁRSADALMI LESZAKADÁS ÉS GYERMEKBALESETEK

Angliában és Wales-ben a legalacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű csoportban 16-szoros volt az égés miatti halálozás esélye a legmagasabbhoz képest^{10,11}, a gyalogosbalesetek ötször gyakrabban fordultak elő, és a betanított munkások gyermekeinek baleset miatti halálozása 3–4-szerese volt a nem fizikai munkásokénak¹¹. Németországban a szegényebb családok kétszer gyakrabban váltak közlekedési baleset áldozatává¹².

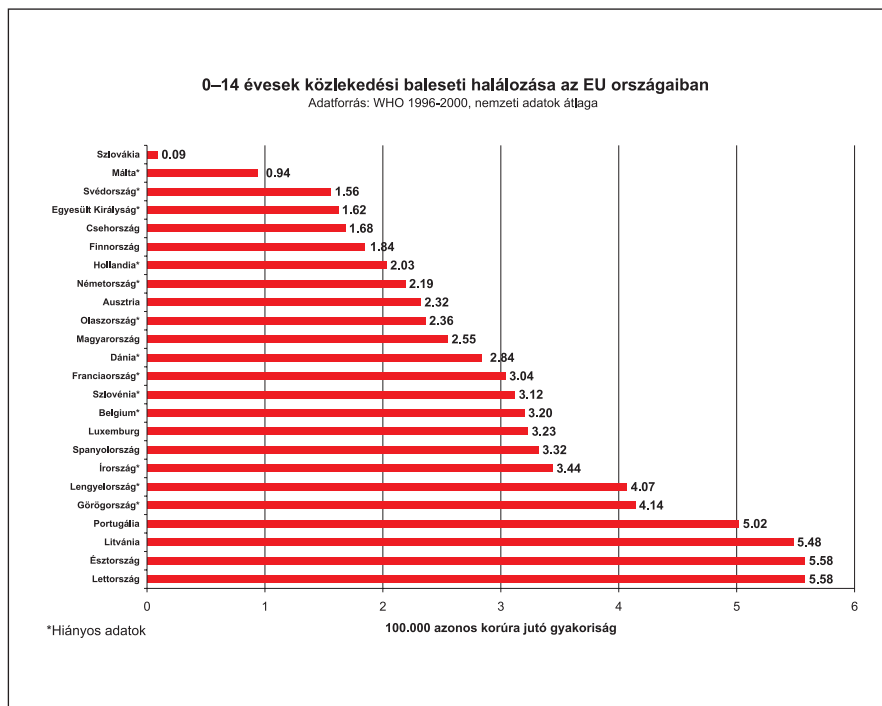
A legtöbb EU-országban a súlyos és halálos gyermekbalesetek tekintetében nagyfokú társadalmi egyenlőtlenség figyelhető meg.

AZ EU-BŐVÍTÉS HATÁSA

Az új EU-tagállamok gyermekbaleseti halálozása a magyar 10,8/100.000 és a lett 38,4/100.000 között változik. Portugália az egyetlen olyan ország, ahol a



1. ábra



2. ábra

gyermekbaleseti halálózás magasabb az újonnan csatlakozott országok értékeinél (17,8/100.000). A lett baleseti gyermekhalálózás a svéd érték nyolcszorosa. Amennyiben az EU elkötelezett a tagállamok életkörülményeinek kiegyenlítésében, akkor sürgős prioritásként kell kezelnie az új tagállamok gyermekhalálózásának javítását, amihez komoly beavatkozások szükségesek.

A KORMÁNYZAT ÉS A JOGI SZABÁLYOZÁS SZEREPE

2001 júniusában mindössze az Egyesült Királyság és Hollandia rendelkezett a népegészségügyi programjuk részeként meghatározott célkitűzésekkel a gyermekbalesetek számának csökkentése érdekében^{12,13,15}. Egyértelmű, hogy mielőtt közös, EU-szintű integrált gyermekbiztonsági stratégia születne, minden tagállamnak meg kell alkotnia a magáét.

A jogi szabályozás és annak betartatása a biztonságos környezet megteremtésének egyik leghatékonyabb módja¹³.

Ugyanakkor egyetlen EU-tagállam sem léptette életbe a Tower és társai legújabb kutatásai szerinti tíz bizonyítottan hatásos megelőzési eljárás mindegyikét¹². Svédországban és Spanyolországban a legnagyobb arányú e beavatkozások életbe léptetése. A legelterjedtebbnek a közlekedésbiztonsági beavatkozások számítanak, úgymint a gyermekülések, biztonsági övek, sebességkorlátozás szabályozása. Legkevésbé a kerékpárossisakok viselésének és a magáningatlanok füstérzékelőinek szabályozás terjedt el. Bár Németország és az

Egyesült Királyság már 25 évvel ezelőtt kötelezővé tette a gyógyszerek „gyermekbiztos” csomagolását, azóta csak négy ország vette át ezt a hatékonynak bizonyult eljárást. Még ott is, ahol érvényesek az európai direktívák, nagy az eltérés abban, hogy ezek hogyan jelennek meg az egyes tagállamok jogszabályaiban. Sok tagállamban még a fogyasztóvédelmi szempontú szabványok és előírások bevezetésének alapvető elemei hiányoznak olyan fogyasztási tárgyak esetében is, mint a gyermekgondozási tárgyak és játékok. Mind európai, mind nemzeti szinten hiányos a koordináció.

A Maastrichti Egyezmény az európai polgárok egészsége és biztonsága érdekében jelentősen megnövelte az Európa Tanács hatáskörét. A szabványok az EU biztonsági szabályozásában kulcsszerepet játszanak, mivel műszaki tartalmat nyújtanak a meglévő jogszabályi kerethez. Az EU-szabályozást és a szabályokat (pl. „gyermekbiztos” csomagolás) azonban nem alkalmazzák megfelelő módon, illetve ezek nem adtak olyan mértékű biztonságot, ami szükséges volna. Az EU-ban számos új szabályra volna szükség, mint például a biztonságosabb gépkocsiorrész a gyalogosok és kerékpárosok védelmére, minden 12 év alatti gyermek megfelelő védelmére a gépjárművekben, az EU játszótéri eszközökre vonatkozó biztonsági szabványainak betartására. De jogi szabályozásra van szükség az élelmiszerek csomagolásában elhelyezett tárgyak európai szintű tiltásában, a ruhaneműk gyúlékonyságának megakadályozásában, a

gyermekruhák húzószinórjának, a „gyermekbiztos” öngyújtók használatában, az úszómedencék körbekerítésében, az ablak- és az erkély-nyitószervezetek, valamint a szórakozási/sporteszközök biztonságossá tételében.

A baleset-megelőzés stratégiai szabályozása és annak betartatása a biztonságos környezet megteremtésének legbiztosabb módja.

Irodalomjegyzék:

1. World Health Organization. Atlas of mortality in Europe. Geneva; 1997.
2. Consumer Safety Institute. Deaths and injuries due to accidents and violence in the Netherlands 1998-1999. Amsterdam; 2000.
3. European Consumer Safety Association. Priorities for consumer safety in the European Union. Amsterdam; 2001.
4. British Medical Journal Publications. Injury Prevention. London; 2001.
5. European Transport Safety Council. Priorities for EU motor vehicle safety design. Brussels; 2001.
6. Towner E, Dowswell T, Mackereth C, Jarvis S. What works in preventing unintentional injuries in children and young adolescents? NHS. Health Development Agency; 2001.
7. Harborview Injury Prevention and Research Center/Cochrane Collaboration / systematic review database. University of Washington, Seattle. 2001.
8. EUROCAP (European Evaluation of children's and adolescent's Accident Prevention Policies) study. Luxembourg; 1997.
9. Petridou E. Injuries from food products containing inedibles. Report to the European Parliament. Athens; 1997.
10. Proceedings on social inequalities and injury risk. Journal Injury Control and Safety Promotion 2001;8:129-210.
11. UNICEF: A league table of child deaths by injury in rich countries. Florence: Innocenti Report Card, No 2; 2001.
12. Breen J. Road safety advocacy. BMJ 2004;328:888-890.
13. European Association for the coordination of consumer representation in standardisation: update on standardisation work in the child safety field. Brussels; 2001.
14. Warda L, Tenenbein M, Moffatt ME. House fire injury prevention update. Part 1. A review of risk factors for fatal and non-fatal fire injury. Inj Prev 1999;5:145-150.
15. Plitponkarpim A, Andersson R, Jansson B, Svanstrom L. Unintentional injury mortality in children: a priority for middle income countries in the advanced stage of epidemiological transition. Inj Prev 1999;5:98-103.
16. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.
17. Racioppi F, Eriksson S, Tingvall C, Villaveces A. Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
18. Cubbin C, Smith GS. Socioeconomic inequalities in injuries: critical issues in design and analysis. Annu Rev Public Health 2002;23:349-375.
19. Towner E. Injury and inequalities: bridging the gap. Intl J Inj Contr Saf Promot 2005;12:79-84.
20. Roberts I, Mohan D, Abbasi K. War on the roads. BMJ 2002;324:1107-1108.
21. Risk assessment and target setting in EU transport programmes. Brussels: European Transport Safety Council; 2003.
22. Hobbs A. Safer car fronts for pedestrians and cyclists. Brussels: European Transport Safety Council, February 2001. (Presentation to Commission hearing on pedestrian protection).
23. Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS. Effectiveness of bicycle helmets in preventing head injuries. A case-control study. JAMA 1996;276:1968-1973.
24. Zaza S, Sleet DA, Thompson RS, Sosin DM, Bolen JC; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to increase use of child safety seats. Am J Prev Med 2001;21 (4 Suppl):31-47. Creating a safer Europe for children 99

Megjelent: *Pediatrici* 2007; 72: 94–100
Fordította: Dr. Páll Gabriella,
Dr. habil. Holló Péter

Rotavírus – a keresztvédelem jelentősége

A rotavírus- (RV) -fertőzésről köztudott, hogy ma már védőoltással megelőzhető, a vírustörzsek közötti keresztvédelem fontossága azonban korántsem ennyire közzismert. Az alábbi összefoglalóban egy rövid áttekintést nyújtunk arról, hogy a ROTARIX hogyan alakít ki széles körű védelmet a különböző rotavírus-törzsek okozta fertőzések ellen.

Európában ma a gyermekkori rotavírus-fertőzések 96,6%-áért 5 vírustörzs felelős (G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8]), az esetek többségét (>70%) a G1P[8] törzs okozza¹. Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy a ROTARIX vakcina erős védeltséget alakít ki a leggyakoribb rotavírus-törzsek ellen.

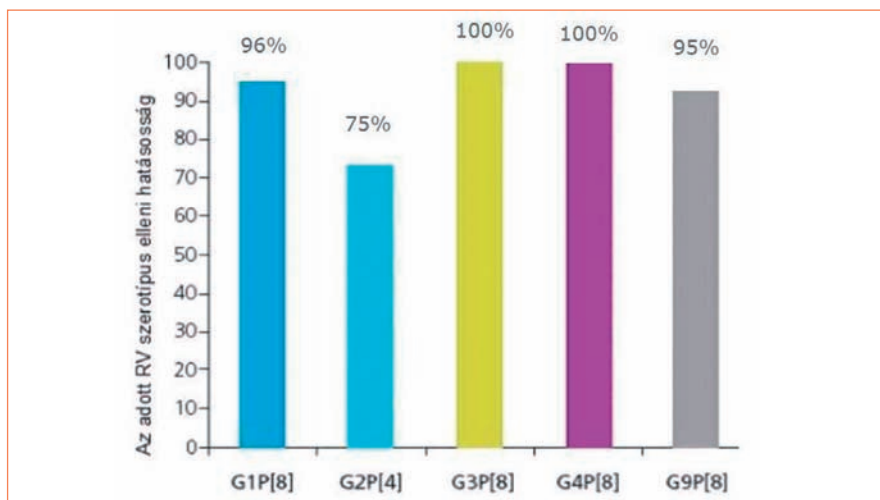
A rotavírus epidemiológiája nagyon változatos. Az egyes típusok incidenciája egy adott régióban évente változhat, a típusok egy ország különböző régióiban is eltérőek lehetnek, és egy adott régióban több G és P típus is cirkulálhat egyidejűleg¹.

A G9P[8] törzs például Európában 2005-ben mindössze a rotavírus gastroenteritis (RVGE) megbetegedések 3%-áért volt felelős¹, míg Magyarországon 1993 és 2003 között a megbetegedések 36%-át okozta².

A rotavírusok nagy diverzitása és átrendeződési képessége miatt az ideális rotavírus elleni védőoltásnak jó heterotipikus védelmet kell nyújtania, hogy minél több fajta vadvírustörzs ellen védelmet biztosítson.

Homotipikus és heterotipikus védelemről a természetes megfertőződés esetén is beszélhetünk. Rotavírussal életünk során többször is megfertőződhetünk, azonban mindig az első infekció a legsúlyosabb. Az első fertőzés stimulálja az immunrendszert, így a későbbi infekciók egyre enyhébb tüneteket okoznak³. Két természetes rotavírusfertőzés már védelmet nyújt a közepesen súlyos, súlyos kórképek ellen, függetlenül attól, hogy melyik rotavírus-törzs támadja meg a szervezetet³. Ennek az az oka, hogy az első rotavírusfertőzés elsősorban homotipikus, míg az ezt követő infekciók szélesebb, heterotipikus immunválaszt váltanak ki⁴.

Homotipikusnak nevezzük a fertőzést okozó vírustörzshöz hasonló vad típusú rotavírus-törzsek elleni védelmet. Ebben az esetben védelem alakul ki az ugyanazt a G és/vagy P szerotípust tartalmazó vírustörzsek ellen. A ROTARIX vakcina homotipikus védelmet alakít ki a G1P[8], G3P[8], G4P[8] és a G9P[8] törzsek ellen.



1. ábra: A ROTARIX súlyos RVGE-t okozó szerotípusok elleni hatásossága (Vesikari és mtsai, 2006 alapján)

Heterotipikusnak pedig a fertőzést okozó törzstől eltérő vad típusú rotavírus-törzsek elleni védelmet nevezzük. Ebben az esetben védelem alakul ki olyan törzsek ellen is, amelyek a fertőzést okozó törzstől eltérő G és P szerotípusúak. A ROTARIX bizonyítottan heterotipikus védelmet is biztosít, például a G2P[4] törzs ellen.

A ROTARIX élő, gyengített RV vakcina, amely a legelterjedtebb humán-rotavírus-törzset, a G1P[8]-at tartalmazza⁵. Azért használnak élő, attenuált, humán-rotavírus-törzset a Rotarix előállításához, mert így biztosított, hogy a vakcina a természetes infekciót utánozza, és a természeteshez hasonló védelmet alakít ki, miközben nem okoz gastroenterális tüneteket. Mivel a ROTARIX vakcina a természetes fertőzést utánozza, a ROTARIX-szel történő immunizáció egyidejűleg homotipikus és heterotipikus védelmet is biztosít a rotavírusok széles köre ellen.

A ROTARIX hatásosságát 3994 egészséges csecsemő bevonásával értékelték egy kettős-vak, randomizált, placebo-kontrollos, fázis-III vizsgálatban, hat európai országban^{6,7}.

A ROTARIX statisztikailag szignifikáns hatásosságot mutatott a közös P[8] szerotípust tartalmazó vad típusú G1, G3, G4 és G9 törzsek ellen ($p < 0,004$ minden összehasonlításnál – homotipikus védelem), és 75%-os heterotipikus védelmet láttak a G2P[4] törzs ellen (1. ábra)⁷.

Összesen 26088 csecsemő bevonásával végzett öt különböző fázis-II/III vizsgálat adatainak metaanalízise megerősítette a ROTARIX által nyújtott heterotipikus védelmet. A vakcina hatásossága a G2P[4] által okozott, bármely súlyosságú RVGE ellen 81%, míg a G2P[4] okozta sú-

lyos RVGE ellen 71,4% volt⁸. A ROTARIX heterotipikus védelmet nyújt az RVGE ellen, amint azt a G2P[4] törzsek példája is mutatja. (de Vos és mtsai, 2006)⁸

Az európai vizsgálatban a ROTARIX védelmet biztosított:

- 87%-ban bármely rotavírus-gastroenteritis ellen^{6,7}
- 96%-ban a súlyos RVGE ellen^{6,7}
- 100%-ban megelőzte az RVGE miatti kórházi felvételeket⁷

A ROTARIX szájon át alkalmazandó, 2 adagból álló vakcina. Az első adagot 6 hetes kortól kezdődően lehet beadni (20 hetes korig rugalmasan bármikor elkezdhető), de az oltási sort 24 hetes életkorig be kell fejezni. Az adagok között legalább 4 hetes időszaknak kell eltelnie. Az immunitás így még az előtt az életkor előtt kialakítható, amikor a legmagasabb a súlyos RVGE prevalenciája⁵.

Irodalomjegyzék:

1. Santos N, Hoshino Y. Global distribution of rotavirus serotypes/genotypes and its implication for the development and implementation of an effective rotavirus vaccine. *Rev Med Virol* 2005; 15(1): 29-56.
2. Bányai K, Szűcs Gy. Indokok és kérdések egy rotavírus vakcina hazai bevezetésével kapcsolatban, *Gyermekgyógyászat*, 2005/56. évf. 2. szám, 196-208.
3. Velázquez FR, et al. Rotavirus infection in infants as protection against subsequent infections. *N Eng J Med* 1996; 335:1022-1028.
4. Parashar UD, et al. Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children. *MMWR* 2006; 55(RR12): 1-13.
5. Rotarix alkalmazási előírás
6. Vesikari T, et al. Human rotavirus vaccine Rotarix™ (RIX4414) is highly efficacious in Europe. Presented at 24th ESPID: Basel, Switzerland, 3-5 May 2006: Abstract.
7. Vesikari T, et al. Early protection against rotavirus - Rotarix™ (RIX4414) experience in a European setting. Presented at ICID; Lisbon, Portugal: 15-18 June 2006: Poster 68.021.
8. de Vos P, et al. RIX4414 vaccine efficacy against rotavirus gastroenteritis due to G2P[4] strain. Presented at ICAAC: San Francisco, USA, 27-30 September 2006: Abstract G-618.

(x)

Kórokozók „együttműködése”

Kulcsár Andrea, Szent László Kórház

A végzetes kimenetelű fertőzések között a légúti infekciók felelősek a halálozások nagy részéért. A megbetegedések zömét az influenzavírus és a *S. pneumoniae* baktérium okozza. A két kórokozó együttműködése a világra nagy csapást mérhet. Az első figyelmeztető jel, a ma már történelmek számító, 40–50 millió emberáldozatot követelő 1918-as influenza A-pandémia volt. A mai napig több mint 1 millió gyermek hal meg invazív pneumococcus betegségben. A mortalitás populációimmunizálás hiánya esetén 7–36%. Azt hosszú idő óta tudjuk, hogy ez a két patogén okoz leggyakrabban kettős fertőzést. Számos elmélet létezik, de az együttműködésük pontos mechanizmusának feltárása még a tudomány feladata.

Kézenfekvő lenne a megbetegedések elleni küzdelmet a megelőzésnél kezdeni! Az influenzapandémia elleni felkészülés mellett széles körű pneumococcus elleni immunizációval létrehozhatjuk az oltottak és környezetük védelmét, megakadályozhatjuk a kórokozók transzmisszióját. Lehetőségeink adóttak, miért nem használjuk ki?

EPIDEMIOLÓGIAI HÁTTÉR

Influenza

Orthomyxoviridae családba tartozó influenzavírusok közül emberben annuális járvány az A, B típushoz, míg sporadikus megbetegedés a vírus C típusához köthető. A WHO adatai szerint az influenza-epidémia a fejlett világban évi 3–5 millió súlyos megbetegedést okoz, és évente 250 000–500 000 emberéletet követel. Hazai járványügyi adatokat az Országos

Epidemiológiai Intézet www.oek.hu, (Epinfo) szolgáltat.

Streptococcus pneumoniae^{1,2,3}

A *Streptococcus pneumoniae* a területen szerzett tüdőgyulladás, gennyes agyhártyagyulladás, véráramfertőzés, gennyes középfülgyulladás egyik leggyakoribb oka, ezért ma az egyik legveszélyesebb, legjelentősebb kórokozónak számít. Humán kórokozó, az egészséges gyermekek 20–50%-ának, egészséges felnőttek 8–30%-ának nasopharyngealis régióját kolonizálja. (1. ábra) A gyermekek a szerotípusok egy jellemző csoportjával fertőződnek, ők az infekció első számú közvetítői. (2. ábra) A közelmúltban bevezetett, elsősorban gyermekeknek ajánlott konjugált pneumococcus elleni védőoltás a pneumococcus azon szerotípusait tartalmazza, melyek az egész nyugati világban az 5 év alattiak invazív fertőzésének jellemző kórokozói. Azokban az országokban, ahol a védőoltást a csecsemőkori oltási naptárba bevezették, csökkent az invazív pneumococcus megbetegedések felnőttkori morbiditása is. Kevesebb lett a területen szerzett pneumonia és véráramfertőzés mind az 5 év alatti oltott, mind az idősebb oltatlan korcsoportban.⁴

INFLUENZAVÍRUS ÉS PNEUMOCOCCUS KÖZÖTT MŰKÖDŐ SZINERGIZMUS

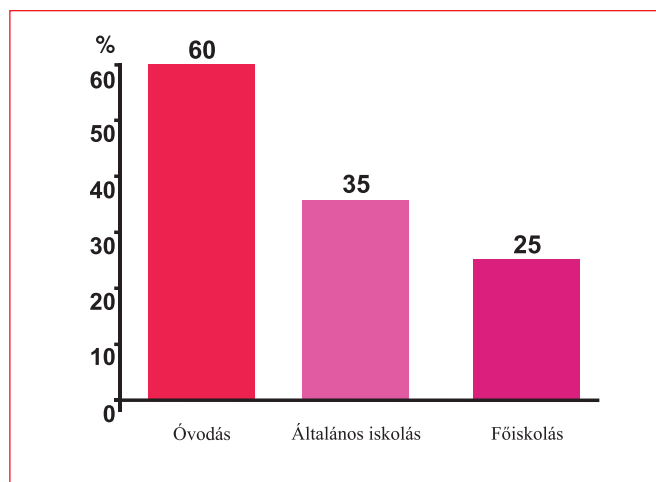
Egyes légúti vírusbetegségek talaján gyakrabban alakul ki bakteriális betegség. R.T.H. Laennec francia belgyógyász 1803-ban vetette fel először, hogy a vírusbetegségek elősegítik bakteriális megbetegedések megjelenését.

Leginkább az influenza-, RS-, adeno-, parainfluenza-, rhinovírusinfekció predisponál másodlagos fertőzésre, ahol a leggyakrabban azonosított kórokozók a *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*. Bizonyosan oka van, hogy egyes kórokozók „párban” fordulnak elő, és előszeretettel okoznak szinergista infekciót.⁵ Bizonyított epidemiológiai adat, hogy az idősebb korosztály influenza megbetegedését követő komplikációk és halálozás hátterében leggyakrabban pneumococcus tüdőgyulladás áll. Ezt követi a direkt vírus okozta halálozás, illetve az influenza mellett progrediáló alapbetegség (krónikus szív-, tüdőbetegség, anyagcsere-betegség).⁶

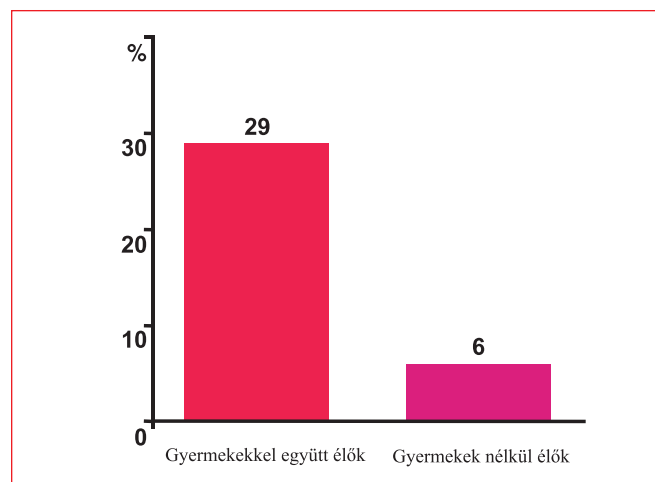
A folyamat molekulárbiológiai hátterében felmerült a vírus kiváltotta helyi granulocita funkciózavara, illetve a granulocita, macrophag aktivációt kísérő gyulladásos mediátorok szöveti sérülést okozó hatása, mely a folyamatot elősegítheti. A citotoxikus hatás mellett virális vagy bakteriális neuraminidáz enzimaktivitása, gyulladásos faktorok aktiválása, fibrin depozitumok létrejötte együttesen hozzájárulhat a baktérium magtapadásához. Az influenza-szubtípusok azonosítása után a neuraminidázaktivitás szerepe még nyilvánvalóbb.

PREVENCIÓ

Széles körű influenza elleni immunizációval jelentősen csökkenthető a megbetegedések száma, mely a járvány egészségügyi, gazdasági terhet mérsékli, nem be-



1. ábra: A nasopharyngealis hordozás előfordulása az életkorral változik. Fedson DS et. al. Vaccines 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1999:553-607



2. ábra: A gyermekekkel együtt élő felnőttek nasopharyngealis hordozó állapota szignifikánsan gyakoribb. Fedson DS et.al. Vaccines 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1999:553-607

szélve az egyéni haszonról, miszerint az influenza és a másodlagos megbetegedések elkerülhetők. Az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat évek óta biztosítja az idősek és krónikus betegek oltásához szükséges oltóanyagot (Fluval AB). A 2007/2008-as influenzaszézonra a 3 év alatti krónikus betegek oltása is megoldható államilag biztosított Vaxigrip Junior oltóanyaggal. Az immunológiai károsodott betegek oltása split- és alegységvakcinával javasolt. Krónikus szívbetegségben, légúti alapbetegségben, asztmában szenvedő, vagy musculosceletális betegség miatt mozgáskorlátozott (Sclerosis multiplex) betegek oltása kiemelkedő jelentőségű. A köztudatból hiányzik a terheség alatti immunizáció szükségessége. Javasolt a terhes nő influenza elleni immunizációja splitvakcinával a terheség II–III. harmadában, legkésőbb a szülés körüli időszakban, ha mindez az influenzaszézonban történik.

A 2000 óta alkalmazott biztonságos és hatékony gyermekkori pneumococcus elleni oltással mára az immunizáció direkt és indirekt hatása populáció szinten is érezhető, ennek kifejezett gazdasági költség-hatékonyságával.⁷ Magyarországon jelenleg a pneumococcusfertőzés megelőzésére aktív immunizációval, kétféle vakcina-típussal – poliszacharid és konjugált vak-

cinák – van lehetőség. A hazai ajánlás többek között a www.laszlokorhaz.hu honlapon elérhető. A védőoltás választható, tehát nem része az életkor szerinti naptári („kötelező”) védőoltásoknak, ennek megfelelően a vakcinák receptkötelesek.

Invazív pneumococcusfertőzésre az 5 évesnél fiatalabbaknál, a 60–65 évesnél idősebbeknél, valamint a rizikócsoporthoz tartozó betegeknél lehet számítani. Aktív immunizációra mind a poliszacharid, mind a konjugált pneumococcusvakcina alkalmas. Lényeges különbség van azonban a két vakcinatípus összetételében, immunrendszerre kifejtett hatásában, így a felhasználási javaslatukban is.

2–(5) éves kor felett az immunizációval kiváltott, a tokos baktériumok elleni immunválasz a természetes immunválaszhoz hasonló módon kialakuló T-sejt-independens immunválasz, amely a működő lép nélkül nem alakul ki. Ebből következik, hogy az invazív pneumococcusfertőzésre leginkább hajlamos, 2 év alatti gyermekek és krónikus lépfunkciózavarban szenvedő betegek immunizálására a poliszacharid vakcinák önállóan alkalmatlanok, az ő esetükben protein-konjugált, T-sejt-dependens immunválaszt kiváltó Prevenar oltással lehet hatékony védelmet kialakítani.

ÖSSZEGZÉS:

Az influenzavírus és pneumococcus közötti szinergizmus pontos mechanizmusa még nem ismert. Tény, hogy az influenzafertőzés olyan módon változtatja meg a szervezetet, hogy az a baktérium-felülfertőzésnek kedvez. A folyamat többszintű, kulcsszerepe van a vírus hatására keletkezett nyálkahártya-sérülés következtében aktiválódott nagyszámú gyulladásos mediátorok felszabadulásának, melyek befolyásolják az antibakteriális immunválaszt, elégtelenné teszik a pneumococcus behatolása elleni küzdelmet, teret engednek a baktérium inváziójának. A vírus- és baktérium-szubtípusok közötti virulenciakülönbség erősíti azt a feltételezést, hogy az együttműködés feltétele bizonyos faktorokhoz kötött, ezek pontos feltárása azonban még várat magára.

Ugyan az időben alkalmazott antivirális kezeléssel lényegesen javíthatunk az influenzafertőzés kimenetelén, de a jobb félni, mint megijedni aranyigazság nyomán: jobb előre védekezni, mint utólag hátrálni egy nagyíramú támadásban!

Lehetőség van mind az influenza-, mind a pneumococcusbetegség elleni védelemre, használjuk ki!

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben



Van-e összefüggés?

avagy: hogyan olvassuk az irodalmat?

A Pediatric Infectious Disease Journal 2007. augusztusi számában megjelent közlemény az RSV- (Respiratory Syncytial Virus) -fertőzés és gyermekkori asztma összefüggését tárgyalja a fellelhető irodalom szisztémás elemzésével (systematic review). E téma már hosszú ideje tárgya a gyermekgyógyászati szakirodalomnak, de a vitát máig sem sikerült eldönteni. A cikk jól példázza azt a nehézséget, amivel a hasonló elemzést végzők szembesülnek, vagyis azt, hogy alig találni valóban megbízható, egymással jól összehasonlítható, metodikai vagy statisztikai hibáktól mentes közleményeket.

Az RSV a paramixovírusok csoportjába tartozó RNS vírus, amely a gyermekkori légúti fertőzések leggyakoribb oka. Három éves korig gyakorlatilag minden gyermek átesik RSV-megbetegedésen, hospitalizáció a 2 és 6 hónapos kor között bekövetkező fertőzés esetén a leggyakoribb. Az akut bronchiolitis miatt felvett gyermekek 30%-ában a következő években visszatérő légúti tünetekkel kell számolni, amely az akut bronchiolitis és a későbbiekben megjelenő bronchialis hiperreaktivitás közötti összefüggés gyanúját veti fel.

A bronchiolitis és az asztma összefüggésének természete nem teljesen tisztázott. A vírus direkt citopátiás hatású a légutak epitheliára, de ezen kívül a gyermek veleszületett és szerzett immunitása is szerepet játszik a betegség kialakulásában. Kísérleti adatok arra utalnak, hogy az RSV a légutak egyes, az immunrendszer számára nehezen megközelíthető helyein kis számban perzisztálhat, az immunrendszert állandóan ingerelve krónikus légúti gyulladást tarthat fenn. Amennyiben sikerülne az RSV-infekció és a későbbi asztma közötti összefüggést egyértelműen bizonyítani, annak jelentős hatása lehetne a prevencióra és terápiára.

A szerzők az irodalomban talált 113 közlemény közül első menetben 54-et ítélték mérvadónak, de különböző metodikai hibák (nem bizonyított RSV-fertőzés, idősebb gyermekek, nem értékelhető végpont stb.) miatt 42-t ezek közül is kizártak az elemzésből. A megmaradó 12 cikk

mind 3 éven aluli, bizonyítottan RSV-infekción átesett gyermekek későbbi bronchialis hiperreaktivitásának prevalenciájával foglalkozik. Valamennyi közlemény kontrollcsoporttal hasonlítja össze az eredményeket, és legalább 6 hónapos a követési idő. 11 közlemény az RSV-infekció súlyosabb formájában szenvedő (hospitalizált) gyermekek további sorsát kíséri figyelemmel, csak egy foglalkozik a járóbeteg-ellátás keretében kezelt betegekkel.

A cikkek a két betegség közötti összefüggést többféleképpen elemzik.

SZÜLŐK ÁLTAL ÉSZLELT WHEEZING

8 közlemény a szülők által észleltekre alapozza a visszatérő wheezing diagnózisát. 3 cikkben pozitív összefüggésről számolnak be, míg 5 közlemény szerint a kérdést nem lehetett eldönteni. A három, összefüggést találó közlemény közül csak egy olyan akadt, amely nagyobb populáció adatait elemzi, és elegendő hosszúságú követési idő után vizsgálja a kérdést. Ez a cikk a nem hospitalizált gyermekek körében talál összefüggést a bronchiolitis és a wheezing között. Az összefüggés a gyermek előrehaladottabb életkorával gyengül.

ORVOSOK ÁLTAL ÉSZLELT WHEEZING

Három másik közleményben a wheezing fennállását orvosok állapították meg. Mindhárom cikk a kontrollcsoporthoz képest magasabb visszatérő wheezingfrekvenciát talál bronchiolitisen átesett gyermekeknél (44% v. 13%, ill. 48% v. 14%, illetve 7,33-szoros emelkedés), de valamennyi közleményben számos kisebb metodikai hiba található.

ASZTMA

8 közlemény orvosok által felállított asztma diagnózisát veszi végpontnak, és ezek közül hat cikk adatai szerint összefüggés áll fenn a két betegség között. A közleményekben az asztma valószínűsége a kontrollcsoporthoz képest a bronchiolitisen átesett csoportban szignifikánsan magasabbnak bizonyult, de az RR (relatív risk) széles határok között (21,8 és 3,1) mozog.

ALLERGIÁS SZENZITIZÁCIÓ

Végül 8 közlemény foglalkozik a bronchiolitiset követő allergiás szenzitizációval (kritériuma: pozitív bőrpróba, emelkedett specifikus IgE). 5 cikk szerzői szerint ez az összefüggés fennáll, de a különböző közlemények adatai egymással nehezen vehetők össze. Három cikkben nem találtak összefüggést.

A szerzők véleménye szerint az elemzett adatok arra utalnak, hogy valószínűleg összefüggés áll fenn az RSV bronchiolitis és a később kialakuló asztma között, de ez az összefüggés a gyermek korának előrehaladtával egyre gyengébb. A megállapítás értékét csökkenti, hogy szinte minden elemzett közlemény tartalmaz metodikai gyengeségeket, amelyek az eredményt befolyásolhatják. A szerzők véleménye szerint további jól tervezett, hosszú követési idejű, nagy populációra kiterjedő vizsgálatokra van szükség a bronchiolitis és az asztma összefüggésének egyértelmű bizonyításához.

Irodalom

Pérez-Yarza EG et al: The association between respiratory syncytial virus infection and the development of childhood asthma. *Pediatr Infect Dis J* 2007, 26:733-735

Gyermek- és serdülőpszichiátriai ellátás

A volt Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Osztálya az újabb rendelkezések szerint a Heim Pál Gyermekkórházhoz tartozik. Az osztály előreláthatóan 2008 őszéig a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórházban működik. (1135 Budapest, Lehel utca 59. Tel.: 1/451-2600, Fax.: 1/451-2601)

Az osztályon továbbra is járó- és fekvőbeteg-ellátást végzünk. Pszichiátriai problémával küzdő 4-18 éves gyermeket kivizsgálás és terápiabeállítás céljából (beutalóval) az ország egész területéről fogadunk.

A tökmag titka

Ma már tudományosan bizonyított, hogy az elfogyasztott táplálék minősége és összetétele alapvetően meghatározza életünk, gyermekeink életének minőségét, hiszen a bevitt táplálékból fedezzük az életműködéseinkhez szükséges energiát, építjük újjá testünk anyagait, sejtjeit, szöveteit; nap mint nap. Ezért bármely korosztályt is nézzük, a minőségi élet megőrzése a helyes, kiegyensúlyozott táplálkozással szoros összefüggést mutat. A megfelelő mennyiségű, kiváló minőségű étel az egészséges, zavartalan életfunkció záloga.

Szakemberként tudjuk, milyen fontos, hogy a táplálkozáson belül tisztában legyünk a zsiradékok jelentőségével, hatásával. Megfelelő mennyiségű és minőségű zsiradékra a szervezetnek szüksége van, hiszen nélkülözhetetlen a zsírban oldódó vitaminok felszívódásához, a hormonok képzéséhez, hozzájárul a testhőmérséklet állandó szinten tartásához, és energiát biztosít a szervezet számára. Ezért a nemzetközileg elfogadott ajánlás alapján a napi zsírfelvétel energiatartalma a napi összes energiafelvétel 15–30 százaléka legyen (1. táblázat)

A zsiradékok többek közt összetételük alapján is csoportosíthatók, melyek hatásuk alapján szintén rangsorolhatók. A telített zsírsavak főként állati eredetű hús- és húskészítményekben, a vajban, tej- és

tejtermékekben, míg a telítetlen zsírsavak inkább a növényi olajokban, margarinokban és tengeri halakban találhatók. A telített zsírsavakat a szervezet elsősorban energiatermelésre használja. Túlzott bevétele növeli a szervezet koleszterinszintjét, és ezzel a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát. Ezzel szemben a telítetlen zsírsavak segítik az idegműködést, a hormontermelést, szabályozzák a koleszterinszintet, azon belül jelentősen csökkentik az LDL-koleszterin koncentrációját.

A telítetlen zsírsavak a napi zsírszükséglet kétharmadát kell hogy biztosítsák, de ezek közül is kiemelendők az omega-3 zsírsavak, amelyek nélkülözhetetlenek a szervezet működéséhez. Ezekből a zsírsavakból a szervezetben egy trombózisveszélyt csökkentő vegyület, a prosztaglandin keletkezik. Ebből következően az omega-3 források rendszeres fogyasztása kiegyensúlyozott változatos étrend részeként az egészséges életmódba illesztve a fokozott vérrögzőződés kockázatával járó betegségek kezelésében hatásos prevenciós tényező, de emelkedett szérumtriglicerid-szint jelentős csökkentésére is alkalmas. Ezeket a zsírsavakat a növényi olajok, olajos magvak, növényi olajból készült termékek változatos felhasználásával és heti 1-2-szeri tengeri hal-fogyasztással lehet fedezni (olíva-, repce-, kukorica-, szója- és napraforgóolaj; margarin; dió,

mogyoró, napraforgó, tökmag, szezám-mag, lenmag; szardínia, lazac).

A zsiradékok, különösen a növényi olajok és az ezek felhasználásával készült termékek fontos forrásai az E-vitaminnak, de számottevő a D- és A-vitamin-tartalma is, melyek kiemelkedő szerepet játszanak a legalapvetőbb életfolyamatokban, például a növekedésben, a csontképzésben, az anyagcsere-folyamatokban, az antioxidáns hatásban, az immun- és idegrendszer stabilitásában.

Az utóbbi két évtizedben egyre-másra jelennek meg hírek a legkülönbözőbb élelmiszerek, élelmiszer-alkotóelemek káros hatásairól, így kerültek már a média kereszttüzébe a tej, tejtermékek, teljes őrlésű gabonafélék, húsok, édesítőszeresek, a zsiradékok, például a margarin élettani hatása is. Az esetek túlnyomó részében ezeknek a híreszteléseknek semmiféle alapjuk nincs, a róluk írottak nem tartoznak a bizonyítékokkal alátámasztott orvostudományi állítások körébe, arra azonban alkalmasak, hogy elbizonytalanítsák az olvasót, de persze arra is alkalmat adnak, hogy a felmerült témával kapcsolatban hozzászólásként, válaszként tárgyilagos, korrekt tájékoztatás jelenjék meg a médiában, adott tápanyag, élelmiszer táplálkozás-élettani megítéléséről.

FEKETE KRISZTINA DIETETIKUS, EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ

	4–6 év	7–10 év	11–14 éves lányok, fiúk	15–18 éves lányok, fiúk
energia [kJ (kcal)]	7106 (1700)	9196 (2200)	10450 (2400–2700)	10868 (2300–2800)
összes fehérje [g]	54	70	76–86	73–89
fehérjeenergia %	13	13	13	13
összes zsír [g]	55	71	77–87	74–90
zsírenergia %	30	30	30	30
összes szénhidrát [g]	236	306	334–375	320–389
szénhidrát-energia %	57	57	57	57
hozzáadottcukor-energia %	10	–	10	10

Kávészünet-10

2008. május 23–25.
X. tudományos konferencia

Hotel Azúr konferenciaközpont
Siófok

„Nem csak tanulás, több annál: egy májusi hétvége a Balaton partján, „péntek esti lázzal”, szombat esti vacsorával, hajókirándulással, élményfürdővel, barátokkal.”

Várjuk, várunk szeretettel!

A programból

Gyermeckneuroológia

a korai intervenció lehetősége és gyakorlata, magatartászavar és az autizmus spektrum betegség korai tünetei és kezelése, a részképességzavarok felismerése és kezelési lehetőségei, kis súlyú koraszülöttek életkilátásai, az ortopédiai eltérések konzervatív és műtéti kezelése, a rehabilitáció és a gyermekorvosi alapellátás

Gyermeckardiológia

congenitalis vitiumok diagnosztikája, ritmuszavarok, szív műtéten átesett gyermekek

Vakcinológia

Választható védőoltások, védőoltások – egy életen át

Anaesthesia

az aneszteziológus és a gyermekorvos együttműködése, az altatás rizikótényezői

Előadók:

dr. Szever Zsuzsa, dr. Pászthy Bea, Balóné Dányi Izabella, dr. Csüllög Zsuzsa, dr. Merő Gabriella, dr. Mező Róbert, prof. dr. Vekerdí Zsuzsa, dr. Ablonczy László, dr. Környei László, dr. Szatmári András, dr. Mészner Zsófia, dr. Kulcsár Andrea, dr. Velkey György

A továbbképző programot dr. Fekete György egyetemi tanár, a SE II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika igazgatója vezeti.

A továbbképzés pontértéke 30 kreditpont.

A programot és a jelentkezési lapot postán küldjük.



Praxisok

- Baranyában, jó korösszetételű 840 fős, évi 10 millió forintos MEP-finanszírozott gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet este 20 óra után a 06-69-368-134-es telefonon.
- Nyugdíjas gyermekorvos helyettesítést vállal Budapesten vagy Veszprémben, illetve ezek vonzáskörzetében. Tel.: 06-30-237-3656.
- Herenden 940 fős gyermekorvosi praxisjog eladó. Ára: 2,5 millió Ft. Havi finanszírozás 815 000 Ft. Központi orvosi ügyeleti díj: 3 000 Ft/óra. Tel.: 06-70-333-6059.
- Vas megyei gyermekpraxisba 2008. március 1-től helyettes orvost keresek tartós helyettesítésre, esetleg értékesíteném praxisomat. Tel.: 06-70-9411-335, e-mail: gyermekorvos@freemail.hu
- Budapesten fiatal gyermekgyógyász szakorvos állandó vagy részes állást vállal, gyermekpraxisban helyettesítést, gyógycentrumban csecsemő- és gyermekszakorvosi ellátást. Általános gyermekgyógyász és neonatológiai tapasztalattal, magas szintű angolnyelv-tudással rendelkezem. Érdeklődni lehet: 06-30-341-0339-es telefonon.

Tisztelt Hírvivő Szerkesztősége!

Köszönöm, hogy Valóban meg kell szólalnunk... című írást közölték. Sajnálom, hogy az irodalomjegyzék lemaradt. Kérem, közöljék a most ismét mellékelt irodalomjegyzéket, hogy az érdeklődők eredetiben is olvashassák a hivatkozott forrásmunkákat.

DRENYOVSKY IRÉN

Irodalomjegyzék:

[1]. Bell, AP and Weinberg, MS. Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women. (New York: Simon and Schuster, 1978). 308-309. [2] Hogg, Robert S. et al. "Modeling the Impact of HIV Disease on Mortality in Gay and Bisexual Men." International Journal of Epidemiology. 26. 1997. 657. [3] Obituaries. The Washington Blade. July 16, 1992. [4] Sorkin, Pitirim. The American Sex Revolution. (Boston: Porter Sargent Publishers, 1956). 6, 77-105. [5] Island, D., Letellier, P. Men Who Beat the Men Who Love Them: Battered Gay Men and Domestic Violence. (New York: Haworth Press, 1991). 14. [6] Bradford, J. et al. "National Lesbian Health Care Survey: Implications for Mental Health Care." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1994. 239. [7] Tasker, F. and Golombok, S. Adults Raised as Children in Lesbian Families. 213. [8] Stacey, Judith and Biblarz, Timothy J. " (How) Does the Sexual Orientation of Parents Matter." American Sociological Review. 66. 2001. 174, 179. [9] Cameron, P. and Cameron, K. "Homosexual Parents." Adolescence. 31. 1996. 772. [10] Biblia 1. Mózes 1,27 és 2,24. [11] Biblia, Rómabeliekhez írt levél 1, 25-27. [12] Biblia, János evangéliuma 14,6

Kötelező on-line ellenőrzés

A társadalombiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXX. törvény 16. szakaszában kimondja, hogy a Magyar Köztársaság területén lakóhellyel rendelkező kiskorú személyek egészségügyi szolgáltatásra jogosultak.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtási utasításait tartalmazó 217/1997. (XII. 1.) Korm.rendelet 12/B paragrafusának előírása szerint a finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató a taj-számot igazoló okmány bemutatását követően, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően, az OEP nyilvántartásában közvetlenül, elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy az Ebtv. 29. §-ának (4) bekezdésében meghatározott személy szerepel-e a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként.

A taj-ellenőrzés szempontjából a kormányrendelet nem tesz tehát különbséget – a kiskorú és nagykorú személyek között, így az ellenőrzés a hatályos jogszabályok értelmében kötelező. Annak ellenére, hogy az ellenőrzés feleslegesnek tűnhet, amíg a kormányrendelet hatályban van, az abban foglalt rendelkezések kötelező érvényűek.

Dr. Erdélyi István



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

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

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

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



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: dART studio Címlapfotó: Konkoly-Thege György Belső fotók: Szamosi János