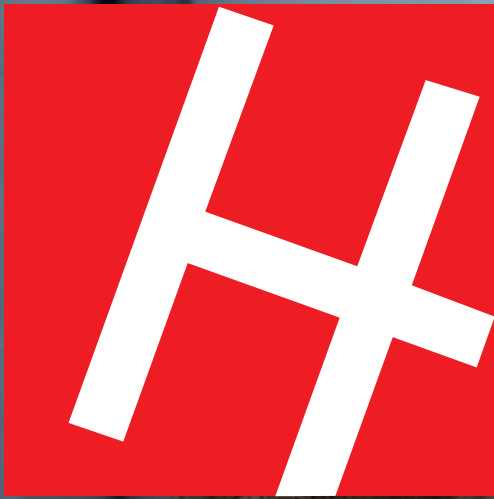


XIX. évfolyam ■ 2014/1. szám



ÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Szubspecialitás

18 éve a finoman „lebegtetett” szakmapolitikai megnyilvánulások azt sejtették, hogy ahogy a többi volt szocialista ország többségében, úgy nálunk is családorvosi rendszerben, gyermekorvosok nélkül képzelik el a gyermekek orvosi alapellátását. Egyesületünk közel két évtizedes munkájának is köszönhető, hogy jelenleg vélhetően senki sem akarja megszüntetni a házi gyermekorvosi rendszert. Az is igaz viszont, hogy az utolsó időkig senki nem tett semmit a rendszer átfogó fejlesztéséért, korszerűsítéséért. És sajnos az a régi igazság is érvényes, hogy amit nem fejlesztenek, azt stagnálásra, vagy egyértelműbben sorvadásra ítélik.

Ez is oka annak, hogy az eltelt 17 év alatt – ahogy a gyermekgyógyászat egésze – a területi gyermekgyógyászat is hiányszakmává vált. Nincs, aki az egyre idősödő házi gyermekorvosoktól átvenné a stafétabotot. Tavaly, amikor egy OALI-pályázaton 4 millió forint vissza nem térítendő támogatást is kaphatott egy praxisvásárláshoz, aki kért, alig volt jelentkező! Ha nincs utánpótlás, akkor nincs kereslet a praxisokra, és még nyomott áron sem tudjuk eladni azokat. És ha nincs utánpótlás, megszűnhet a rendszeres gyermekorvosi alapellátás Magyarországon.

Nem életcél ma házi gyermekorvosnak menni.

Ha viszont egy most szakvizsgázott, vagy további néhány év kórházi gyakorlattal rendelkező fiatal szakorvos azt látná, hogy a területen is lehet fejlődni, ott is ki lehet teljesedni, akár kutatómunkát, tudományos munkát is lehet végezni, akkor talán lenne kedve ezt a szakmát választani.

Nekünk is érdekünk, hogy szakmailag fejlődjünk, hogy mind szélesebb kompetenciával nyújthassunk valóban definitív ellátást a praxisban. Ha bizonyítani akarjuk, hogy a mi tevékenységünk más, tudásunk bizonyos tekintetben több, mint egy frissen szakvizsgázott kollégáé, akkor érdemes volna a rendszerezett ismeretanyagunkat, speciális szemléletünket és gyakorlatunkat a szakterületünknek magasabb rangot adó szakvizsgálattal elismertetni. Ezért küzdünk most, a házi gyermekorvosi szakvizsgáért, a házi gyermekorvoslás mint szubspecialitás elismertetéséért.

A németek jó példával járnak előttünk, náluk pár hete már elfogadták a primer gyermekorvoslást a gyermekgyógyászat önálló szakterületéként. Nevezhetjük ezt a józan ész diadalának is. Hisz' egyértelmű, hogy képtelen ugyanolyan minőségű gyermekellátást nyújtani egy 4 hónapos gyermekgyógyászati képzésben részesülő házi orvos, mint egy szakképzett, gyakorlott gyermekgyógyász. Más szóval: képtelenség ugyanazt a gyermekellátást követelni a vegyes praxist ellátó kollégáinktól, mint a több mint öt éves klinikai-kórházi gyakorlaton túljutott gyermekgyógyász szakorvostól.

A házi gyermekorvosi szakvizsgálattal a különbségre, a szaktudás értékére szeretnénk utalni. A szakvizsga ugyanis értéket jelez. És ha értéket képezünk, érdeket képviselünk. A magunkét is, meg az utánunk jövőkéét is.

RPK 9-17

TARTALOM

- A tizenkilencedik 2–5
- Nyugat-Európa:
évente hatezer elkerülhető
gyermekhalál 7–9
- MGYT-kongresszus 9
- Kis praxisok
Romlott fecskendő
Köldökszínórvér
Forró olaj 10–11
- Fölösleges járványok . . 12–14
- Nobilis András halálára . . . 15
- Megint influenza 16–17
- Szimultán védőoltások . . . 17
- Tiszteletbeli tagunk 18
- Hírek Európából 19
- Metaanalízis 20–21
- A cochlearis implantáció . . 22
- Kávészünet-16 23
- Praxisok, tagdíj 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2014-ben:



A jövőnkéről – tizenkilencedszer

Az elmúlt 18 szakmapolitikai konferenciánkon mindig téma volt ellátórendszerünk jövője. Mindig úgy gondoltuk, hogy a házi gyermekorvosok egyéni sorsa szorosan összefügg a területi gyermekorvoslás jövőjével, jövőbeni struktúrájával. Kollégáink érdekeit védjük, védjük a kérdés folyamatos napirenden tartásával. A meg-meglődülő különböző reformelképzelések közepette azonban soha nem kaptunk egyértelmű eligazítást a házi gyermekorvosi ellátás korszerűsítésének kormányzati elképzeléseiről, innen eredt az előadásblokk türelmetlenül hangzó alcíme is: „A jövőnkéről – tizenkilencedszer”.

Az elmúlt évek során nemcsak kérdeztünk, de magunk is sokat gondoltunk, cikkeztünk ellátórendszerünk korszerűsítéséről. Most, hogy újra napirenden van az elsődleges orvosi ellátás fejlesztésének programja, azzal a szándékkal szerveztük konferenciánk e programpontját, hogy szembeítsük a saját elképzeléseinket a döntéshozók szándékaival. Különösen érdekes és hiányt pótló a konzultáció egy olyan helyzetben, amikor az ellátórendszer fejlesztésének kimunkálásához szükséges hatástanulmány tervezésébe, indításába egyesületünket nem vonták be.

Kompetens szakembereket hívtunk meg: Dr. Beneda Attilát, az egészségügyi államtitkárság kabinetfőnökét és dr. Gaál Pétert, az Egészségügyi Menedzserképző Központ megbízott igazgatóját, az államtitkári kabinet külső szakértőjét. Egyesületünk szakmapolitikai elképzeléseit Huszár András, szervezetünk alapító elnöke ismertette.

6 MILLIÁRDOT KAPOTT AZ ALAPELLÁTÁS

Beneda Attila elsősorban az aktuális témákról, az alapellátás megerősítésének kormányzati lépéseiről beszélt. Elmondta, hogy az indikátorrendszer és az eszköztámogatás bevezetésével egyszerre kívánják a prevenciót, a szűrési tevékenységet és a befejezett ellátásra törekvést támogatni. Az utóbbi években a házi gyermekorvosoknak is lehetőségük nyílt az Egészségbiztosítási Pénztártól lekérdezni, hogy merre is bolyonganak pácienseik az egészségügy útvesztőiben. A felelősségi viszonyok egy-



értelműbbé tétele kapcsán ismét hangsúlyozta, hogy a működési költségek finanszírozása az egészségbiztosító, az elhelyezés és az amortizáció finanszírozása pedig az önkormányzat feladata. Kiszámíthatóbb szerződéses viszonyokat, stabilabb rendszert teremt a házi orvosok, házi gyermekorvosok számára az önkormányzattal kötött feladatellátási szerződések tartalmának egységesítése is. Elhangzott az is, hogy



az önkormányzat köteles figyelembe venni az OALI szempontrendszerét a körzetek ki- vagy átalakításánál. Minimum 1, maximum 4 millió forint pályázható praxisváltásra. A praxisváltási programra vissza nem térítendő hozzájárulás, pályázati rendszer formájában összesen 300 millió forint állt rendelkezésre, amiből 2012-ben 67 pályázat kapott támogatást. A praxisalap

konceptióját több alkalommal betervezték, de a Nemzetgazdasági Minisztérium mindig visszadobta. Az alapellátás 2013 novemberétől összesen 6,14 milliárd forint finanszírozásában részesült, s ez házi orvosi, házi gyermekorvosi praxisonként havonta 45–46 ezer forint juttatásemelést jelent. A humán erőforrás helyzetével kapcsolatban Beneda doktor elmondta, hogy az 1558 házi gyermekorvosi szolgálatból 38 betöltetlen, a más szakmákból való átképzést, az életpályamodell kialakítását, a frissen végzett orvosok belépését kedvezményes hitelkonstrukciókkal, letelepedési támogatással szeretnék ösztönözni. A szakpolitikai programok közül az eltérő fejlődésű gyermekek kiszűrését elősegítő koragyermekkori kiemelt projekt, valamint a svájci-magyar együttműködés keretében megvalósuló, a hátrányos helyzetű térségeket érintő alapellátási modell ismertetését követően, a kötelező pneumococcus-vakcináció, a HPV-védőoltás tervezett ingyenes iskolai kampányával, valamint a Vasgyúró program ismertetésével fejezte be előadását Beneda Attila.

FUNKCIONÁLIS PRIVATIZÁCIÓT

Gaál Péter, az egyetem Közszolgálati Karának dékánja, az Egészségügyi Menedzserképző Központ megbízott igazgatója, a kabinet külső szakértőjeként az alapellátási reformcsomag tervezetének főbb elemeiről beszélt. A csomag alapeleme az ún. funkcionális privatizáció, ami az összes helyi egészségügyi szolgáltató együttműködésére épített ellátást kíván megvalósí-

tani. A technológiai fejlődés egyre inkább lehetővé teszi, hogy a betegek otthonukban gyógyuljanak meg. A humán erőforrás, az utánpótlás gondjait részben megoldaná, ha az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás bizonyos fokú integrációjával, a szakellátók bevonásával kiegészült vertikális csoport-praxisokkal az egészségügyi szolgáltatás minőségileg magasabb rendű formáit hoznák létre.

A funkcionális integráció két formában valósulhat meg: szervezeti-finanszírozási funkcionális integrációban a praxisok gazdasági önállósága megszűnne, a kizárólag szakmai funkcionális együttműködés viszont csak szakmai együttműködésre építene, a praxisok gazdasági önállósága megmaradna. A funkcionális egységek szigo-



rúan önkéntes alapon jönnének létre, a praxisközösségek, kistérségi ellátási központok fokozatosan, fejlesztési modulokból építkeznének. A fejlesztés (indikátorrendszer, szakellátási tevékenységek az alapellátásban) kezdetben nem igényelnek semmilyen szervezeti átalakítást, és önálló praxisok is részt vehetnek benne.

ÖNKORMÁNYZATI TÁRSULÁSOKAT!

Huszár András, a HGYE alapító elnöke arról beszélt, hogy a gyermekek érdeke, ha a gyermekorvosi ellátás továbbra is a gyermek- és ifjúkorúak elsődleges ellátásának hálózataként épül be az alapellátás rendszerébe. Így a házi gyermekorvos a 18 év alatti gyermekek egészségének „gazdája” maradhat. Az utánpótlás célja nem egyszer-



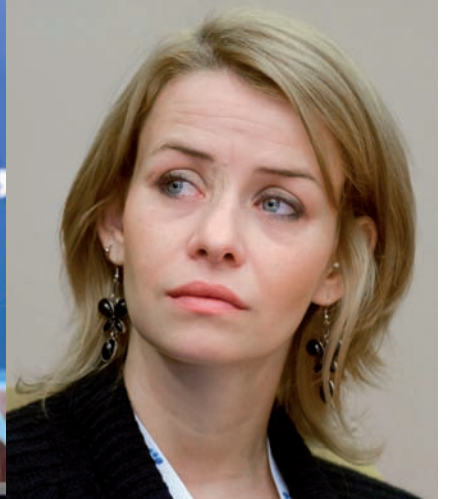
rűen a fővárosban és a nagyvárosokban számszerűen bizonyos mértékben túlfellesztett rendszer változatlan méretű fenntartása, hanem elsősorban a fiatalítás lehet. A jelenlegi gyermeklétszámot kevesebb, de nagyobb létszámú gyermekorvosi praxissal is el lehetne látni. Ennek azonban mind az infrastrukturális, mind a munkaerő-feltételeit meg kell teremteni. A képzést és a finanszírozást is ennek megfelelően kell alakítani, de meg kell oldani a praxisuk piaci értékesítésétől eleső, visszavonuló gyermekorvosok végkielégítését is. Az egészségközpontokra és mikrotérségi gyermekorvosi praxisokra épülő, centralizált gyermekorvosi ellátás jobban megfelel a kor-

igényeinek, és magasabb színvonalú területi gyermekorvosi ellátást biztosít. Jogi és finanszírozási háttérként önkormányzati működtető társulásokat kell kialakítani, és a költségvetésben érdemes gondolkodni az oktatási fejkvótához hasonlóan az egészségügyi fejkvóta bevezetésével is. Mind ezen gyermekgyógyászati törekvéseknek nem mond ellent az a szándék, hogy az alacsony gyermekpopulációval bíró, hátrányos helyzetű térségekben növelni kell a házi orvosok gyermekellátó képességét. Az ismeretátadásban főként a sürgősségi esetek ellátására kell koncentrálni.

Sajnálatos, hogy a Házi Gyermekorvosok Egyesületének nem volt módja a területi gyermekorvosi ellátást korszerűsítő elképzeléseit modellezni, holott erre a svájci finanszírozású, a hátrányos helyzetű térségek alapellátását érintő projekt jó lehetőséget teremtett volna. Fájjaljuk, hogy a modellkísérlet tervezésébe, indításába nem vontak be bennünket – zárta referátumát Huszár András.

KÁLMÁN MIHÁLY





Adásvétel 2014

Kinek tudom eladni a praxisomat? Megtalálom-e a legjobb vevőt? És ha nincs vevő? Mennyit is ér a praxisom? És mi történik, ha a praxis eladása a családra marad? Vagy a másik oldalról: kiktől vegyek praxist? Mennyit szabad érte fizetnem? Kaphatok-e hitelt és honnan? Ki tudom-e majd gazdálkodni a törlesztőrészleteket? Megannyi kérdés, ami izgatja a kollégákat, és amelyekről részletesen beszéltünk a HGYE őszi konferenciáján, de amire itt csak érintőlegesen térhetünk ki.

A PRAXISJOG

Mindjárt az első kérdés is korrekcióra szorul: nem a praxist, hanem a személyhez kötődő vagyoni jogot, azaz a praxisjogot adja el az orvos. Az őszi konferencián dr. Kőrösi László, az OEP finanszírozási főosztályvezető-helyettese, illetve Bucsó Csabáné adótanácsadó állt segítségünkre a téma körüljárásában, a kérdés jogi, szakhatósági, társadalombiztosítási, illetve gazdasági oldalainak megvilágításában.

A kérdést az önálló orvosi tevékenységről szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. Rendelet, a „praxisrendelet”, valamint a 2000. évi II., az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény, a „praxistörvény” szabályozza. A praxisjog adásvételi folyamata szabályozott, áttekinthető, körültekintően rendez minden lehetőséget. Az általános elidegenítési szabályok 6 hónapot adnak az eladásra, ez alól kivétel a haláleset, amikor a jogszabály által meghatározott leszármazotti sorrendnek és feltételeknek megfelelően egy év áll praxiselidegenítés rendezésére. Tudni kell, hogy az inkább felnőtt-háziorvosok körében létező, területi ellátási kötelezettség (TEK) nélküli praxis nem idegeníthető el, ezek a praxisok ugyanis 2015. december 31. után egy jogszabály alapján megszűnnek. (A háttérben szabályozási, az ellátási szerkezetet tisztítani kívánó szándék áll.)

A praxisjog azt jelenti, hogy a házi gyermekorvos/háziorvos rendelkezik a népegészségügyi szerv által kiállított működési engedéllyel, praxisengedéllyel, aminek alapján az adott praxisban tevékenykedhet. Dr. Kőrösi László hasonlata alapján, amikor praxisjogot vásárol valaki, az olyan, mintha egy adott horgásztóra váltana engedélyt. A praxisjog értékét az említett 2011-es szabályozás az OEP éves finanszírozásának 80%-ában határozza meg, a gyakorlatban azonban csak annyit ér a praxis, amennyiért megveszik).

HA SIKERÜL

A váltás szándékáról az eladó értesíti a települési önkormányzatot, és ezt követően 6 hónap áll rendelkezésére, hogy értékesítse a tulajdonjogot. Ha megvan a vevő, az önkormányzat előszerződést köt vele a feladat ellátására. Ennek alapján, személyi alkalmasság fennállása esetén a népegészségügyi hatóság működési engedélyt állít



ki, és az egészségbiztosítónál megkezdődhet az eljárás. Nem lehet túlhangsúlyozni, hogy a konkrét lépések megtétele előtt alapos tájékozódásra van szükség.

HA NINCS VEVŐ

Nehezebb a helyzet, ha nem sikerül fél év alatt megfelelő vevőt találni, mert ez esetben az orvos elveszti a praxisjogát. Bár ez egyre gyakrabban, akárhol és akármekkora praxisnál előfordulhat, döntő részben mégis a kis létszámú praxisokat érinti. Ezek a kis praxisok többnyire a nagy és közepes méretű városokban található, és alacsony bevételük miatt gazdaságilag nem rentábilisek, működtetésük sokszor kilitástalan

egzisztenciális küzdelemmel jár. Ha egy ilyen praxis orvosa nem talál vevőt, az önkormányzat dönthet úgy, hogy nem javasolja a praxis további fenntartását. Amennyiben kezdeményezése találkozik a kis praxisok környezetében lévő nagyobb praxisok tulajdonosainak egyetértésével, új határok kijelölésével „szétoszthatja” a körzetet. Ehhez természetesen a szakigazgatási szervnek is hozzá kell járulnia. Adódik azonban a következő kérdés: megtéríti-e valaki ilyenkor a korábbi tulajdonosnak a praxisa értékét? A HGYE javaslata szerint a praxisjog értékének megfelelő összeghatárig az egészségpénztárnak folyósítania kellene a fix díjat a visszavonuló kolléga számára. (Ezután a fix díj a biztosító zárt kasszájában maradna, többletfinanszírozást képezve a gyermek-alapellátás számára – hiszen a gyermekellátás deklaráltan az egészségügy önálló alrendszeré.)

MI LEGYEN A VÁLLALKOZÁSSAL?

Az eladónak azzal is tisztában kell lennie, hogy a praxisjogot ugyan eladta, de a vállalkozása ettől még nem szűnik meg. Az adóhatóság és a társadalombiztosítás „kifinomult” ellenőrzési gyakorlata miatt felhívjuk a figyelmet arra, hogy a praxisjog értékesítése után is követelmény a vállalkozás további átgondolt vezetése. Van mód a bt., kft. egyidejű megszűntetésére, de ilyenkor az adóhatóság teljes körű ellenőrzésére kell számítani. Van mód a vállalkozás eladására, de további fenntartására is, egy akár a korábbi funkciótól eltérő profillal. Nélkülözhetetlen, hogy időben meghozzuk a szükséges tulajdonosi döntéseket, és elengedhetetlen a könyvelővel fenntartott folyamatos konzultáció.

PÁTRI LÁSZLÓ



Hatezer elkerülhető gyermekhalál

Gyermekegészségügy Nyugat-Európában

A betegségek és a fogyatékoságok kezelhetőségének, a szociális körülményeknek a megváltozásával együtt módosulnak a gyermekek egészségügyi szükségletei, de ezekkel a változásokkal nem tartanak lépést Nyugat-Európa gyermek-egészségügyi rendszerei. Ez az üzenete a Lancet 2013-ban megjelent – Ingrid Wolfe és munkatársainak tollából származó – közleményének*. A European Centre on Health of Societies in Transition, a European Observatory on Health Systems and Policies, a London School of Hygiene and Tropical Medicine, a Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford és a Centro per la Salute del Bambino, Trieste kutatói 15, már a 2004-es bővítés előtt is uniós ország (EU15) gyermek-egészségügyi ellátását vizsgálták. Munkájuk során a szakirodalom, a WHO, az ENSZ, az Európai Unió és a különböző európai szakmai és tudományos társaságok 18 év alattiakra vonatkozó, releváns adatait tekintették át. Ezek az országok a történelmi okokból is különböző ellátószervezetük, eltérő finanszírozási rendszerük és egészségpolitikai döntéseik miatt más és más módon reagáltak a közös kihívásokra. Az alábbiakban a közlemény főbb megállapításait ismer-tjük.

ADATOK

A 14 év alattiak mortalitása az elmúlt három évtizedben mind a 15 országban jelentősen javult, ez elsősorban a közegészségügyi helyzet, az ellátás és az életkörülmények pozitív változásaira vezethető vissza. Csökkent az infekciós és a légúti eredetű, emelkedett viszont a nem fertőző betegségekből adódó morbiditás és mortalitás aránya. 2009–2010-ben a legtöbb haláleset baleset, mérgezés, daganatos betegség, veleszületett rendellenesség, idegrendszeri kórképek miatt következett be, míg a megbetegedések döntő hányadát neuropszichiátriai kórképek, (jórészt depresszió), veleszületett rendellenességekből származó problémák, váz- és izomrendszeri, illetve légúti betegségek (asztma) tették ki. Míg a ritka betegségek, malignus elváltozások, szívfejlődési rendelleneségek, bizonyos új-

szülöttkori kórképek kezelése mind inkább arra specializálódott centrumokat igényel, az asztma, a diabétesz, a viselkedési zavarok vagy mentális problémák otthon, családközelben is jól ellátható betegséggé váltak. Összességében megállapítható, hogy a gyerekek egész Európában sokkal egészségesebbek, mint régen, a területi egyenlőtlenségek azonban változatlanul szembetűnőek.

A morbiditást és mortalitást, azt, hogy milyen a gyermek hozzáférési esélye a megfelelő szintű ellátáshoz, döntően az adott ország gazdasági, szociális és kulturális tényezői határozzák meg. Mégis mellbevágó az a felmérés, amely szerint ha 2010-ben mind a 15 nyugat-európai (EU15) ország svédországi (vagyis a legjobb) halálozási mutatókkal rendelkezett volna, akkor több mint 6000 gyermek halála elkerülhető lett volna! A részletes elemzések alapján megállapítható, hogy 2010-ben Spanyolországban 545, Olaszországban 683, Németországban 815, Franciaországban 962, az Egyesült Királyságban 1951 gyermeknek valószínűleg nem kellett volna meghalnia. (Ezek a számok még elborzasztóbbak, ha – ahogyan kellene – nemcsak gyermekhalálban, hanem az elvesztett aktív életek számában összesítenénk e veszteségeket! – a ref.)

A gyermekegészségügy számos aspektusát befolyásolja az egészségpolitika, a források elosztásának módja, és a foglalkoztatottságot, a lakhatást, az oktatást érintő döntések. Bizonyítható, hogy alacsonyabb a gyermekhalálozás ott, ahol többet költenek a családok szociális védelmére. (A legtöbbet Svédországban, Finnországban, Luxemburgban). Míg Portugáliában a gyermekek 24, addig Svédországban csak alig több mint 1 százaléka él olyan háztartásban, ahol nincs pénz a napi háromszori étkezésre. A szociális különbségek különösen a kisebbségeket, köztük Európa legnagyobb minoritását, a romákat, és az illegális bevándorlókat érintik: gyermekeik körében jóval magasabb a koraszületés, a fertőző betegségek, a balesetek, a bántalmazás aránya, és nagyobb a mortalitás is, mint a többségi társadalomban. A korai fejlesztés elmaradása mindenhol életre szóló következményekkel, a problémák „újratemelésével” jár. Az egészséget

érintő döntések fontosságára utal, hogy Hollandiában vagy Svédországban pusztán a közlekedési szabályok szigorításával, biztonsági felszerelések kötelező használatával, Franciaországban az úszómedencék körüli biztonsági előírások betartásával sikerült a baleseti halálozást jelentősen csökkenteni.

ELSŐDLEGES ELLÁTÁS

Nagyon nem mindegy, hogy milyen a primer ellátás. Egy gyermekkori tüdőgyulladás kezelése elsősorban az alapellátás feladata. Jó gyermek-alapellátás mellett nem fordulhatna elő halállal végződő bakteriális pneumonia, és az asztma miatt szükségessé váló kórházi felvételek kétharmada is elkerülhető volna korszerű betegoktatás, ellenőrzés vagy a rizikótényezők megfelelő csökkentése mellett.

Minden ország hangoztatja az elsődleges ellátás (first contact care) prioritását, a vizsgált államok jó részében mégis magas az indokolatlan kórház felvételek száma. Nemcsak az bizonyított, hogy a sürgősségi osztályokon kezelt gyermekek 17–57 százaléka indokolatlanul kerül oda, de épp ellenkezően az is, hogy gyakran túl későn jut a rászoruló gyermek a szükséges szakellátáshoz. A krónikus betegek ellátása mindenhol szervezetlenebb, mint a felnőttéknél, a krónikusan beteg gyerek kórházcentrikus gondozását – holland, svéd vagy angol minták alapján – régóta ki lehetne váltani az alap- és a szakellátók, közegészségügyi szakemberek jobb együttműködésével.

Általános gond, hogy alig van korszerű csoportpraxis, nincs vagy nem követik a terápiás protokollokat, rossz az információcsere, hiányos az együttműködés az egészségügyi és a szociális szolgáltatók között, problémás a továbbképzés, az adminisztrációs rendszer, és helyi szinten sincs hatékony irányítás. Minden országban gondot okoz az orvosok és az ellátószemélyzet más tagjai közötti munkamegosztás kérdése.

Az ügyeletet Dániában, Hollandiában és Angliában házi orvosok (tehát nem gyermekorvosok) látják el. A spanyoloknál a házi orvosok és házi gyermekorvosok együtt ügyelnek egy szakrendelőben. A holland és dán tapasztalatok megerősítik, hogy a

* Ingrid Wolfe et. al.: Health in Europe. Health services for children in western Europe www.thelancet.com, p1224-1234 Vol 381 April 6, 2013

hához hívást és ezzel együtt a költségeket számottevően csökkenti, ha jól képzett nővér fogadja a telefonhívásokat, és végzi a panasz-triage-t, a panaszok osztályozását. Nem ítélné meg biztosan, hogy befolyásolja-e az ügyeleti gyakorlat változása hosszabb távon a gyermek-egészségügyi mutatókat, az azonban jól látszik, hogy (nyilván nem csak ezért) Angliában nőtt a sürgősségi osztályok forgalma, 4 órára emelkedett a várakozási idő, 1999 és 2010 között 30%-kal megemelkedett a gyermekek indokolatlan kórházi felvétele. Ebben minden bizonnyal szerepet játszik az is, hogy a munkaidő szigorú uniós szabályozása és az orvosok unión belüli szabad munkavállalása nyomán eltérő képzettségű és tudású szakorvosok kezdtek ügyelni. (Az angliai háziorvosok alacsony gyermekellátó képességét nyilván nem javította a nyelv- és – alkalmi munkavállalóként – helyismerethiánnyal küszködő idegen munkavállalók tevékenysége – a ref.)

KÉPZÉS

Az Európai Gyermekorvos Társaság (EPA) 46 országot érintő felmérése szerint az EU15 11 országában az öt éves, sokszor ennél is hosszabb gyermekgyógyászati szakképzés során, a 3 éves törzsképzés után egy két éves stúdium következik egy választott szubspecialitás vagy az alapellátás (néha mindkettő) területén. A primer ellátásba kerülő, így kiképzett gyermekorvosok jól használható klinikai ismerettel rendelkeznek, és jártasságot szereztek már a szociális kérdések terén is.

Ezzel szemben azoknak a háziorvosoknak a gyermekgyógyászati tudásszintje, akik (korábban 3, ma már többnyire 4 éves képzésük során) csak egy 6 hónapos (és akkor is összevont, gyermek- és felnőtt-) alapellátási gyakorlaton vesznek részt, a gyermekgyógyászati tudásszintje óhatatlanul alacsonyabb. A tudás- és készségszint természetesen nem csupán a képzés hosszától, hanem annak tartalmától is függ.

Elgondolkodtató, hogy amíg Angliában és Svédországban egyaránt háziorvos végzi a gyermekek alapellátását, a svédeknek posztgraduálisan is kötelező a rendszeres gyermekgyógyászati továbbképzés. A háziorvosok gyermekellátása ott a gyermekorvos rutinszerű ellenőrzése mellett(!) és gyermek-ápolónő közreműködésével történik, ugyanez a gyakorlat az angoloknál vagy Európa más országaiban ismeretlen.

MELYIK JOBB?

A gyermekek elsődleges ellátását végző orvosok tevékenységének végzettség (háziorvos vagy házi gyermekorvos) szerinti

összehasonlítása nem könnyű. Ha a kétféle orvos által nyújtott ellátást össze akarjuk vetni, nem elég, ha azt mondjuk, hogy egy vegyes praxisban sokszor később ismernek fel egy meningococcus-fertőzést vagy egy malignus megbetegedést. Ez akár magától értetődő is lehet, hiszen ahol egy praxisnak legfeljebb 20–25%-a gyermek, ott húszévenként (ha) egyszer fordul elő ilyen körkép. Kellő tapasztalat és készség hiányában márpedig bizonyosan komoly kihívás egy alapellátó számára az indokolatlan vizsgálatok és a hatékony ellátás közötti egyensúlyozás.

A házi gyermekorvosok drágább kiképzési költségét kompenzálja az általuk elért jobb ellátási eredmény. Jó eredményei ugyanakkor a háziorvosi szisztémát preferáló országoknak is vannak. (A hatalmas ráfordítások, a korszerű eszközök, a villámgyors logisztika, a magasabb szülői kulturáltság valóban tompíthatják, de nem tüntethetik el a kétféle ellátás magától értetődő különbségét! – a ref.) A svéd gyermek-egészségügyi központokban sokféle szolgáltatást már speciálisan és rendkívül jól kiképzett nővérek nyújtanak, akik csak akkor hívnak GP-t, gyermekorvost, fogorvost, pszichológust vagy más terapeutát, ha annak szükségét érzik. Angliában vagy Hollandiában „asztma-nővérek” gondozzák az asztmás gyerekeket – bizonyíthatóan ugyanolyan jó eredménnyel, mintha azt egy háziorvos vagy házi gyermekorvos végezné. Hasonló a helyzet a mindinkább szaporodó ekcéma kezelésével, ellenőrzésével. (Ez persze nem indok a házi gyermekorvosi ellátás megszüntetésére, éppúgy, ahogy nem lenne indokolt egy PIC III-ról csak azért elküldeni az orvosokat, mert a kvalifikált nővér is képes „gépet tenni” egy gyereket – a ref.)

INDIKÁTOROK

A szerzők azt a követésre alkalmas ellátási modellt keresték, amelyik optimálisan reagál a gyermekek egészségügyi szükségleteire. Megfelelő adatok nélkül azonban képtelenség a különböző országok eltérő rendszereinek korrekt összehasonlítása. Nagyon kevés, a gyermekellátó rendszert jól jellemző, releváns és igazán összevethető adat áll rendelkezésre. Ennek oka egyrészt az, hogy a gyermek fejlődése során folyamatosan változnak a szükségletei, másrészt ezek a szükségletek rendkívül érzékenyen reagálnak az egy országon belül is igen eltérő szocioökonómiai környezetre, epidemiológiai és demográfiai helyzetre. Olyan indikátorokat, amelyek mindezen változókat figyelembe veszik és kompatibilisek is egymással, eddig alig találtak. A WHO „Egészséget mindenkinek”,

vagy „Együttműködés az Ellátás Optimalizálásáért” nevű programja rengeteg kórházi adattal rendelkezik, miközben a gyerekekről alig nyújt információt. Dolgoznak már uniós szervezetek azokon az indikátorokon, amelyek jelzik, hogy milyen eséllyel jutnak ellátáshoz a menekült családok gyermekei, vagy milyen mértékben érvényesülnek a gyermekjogok, de a gyermekek primer vagy szekunder ellátásáról szóló, összehasonlításra valóban alkalmas mutatók még mindig hiányoznak. (Többnyire csak nagyon „durva” adatokat (pl. a csecsemőhalálózást) használunk, eközben a felnőttkorra is kiható, valóban minőségi ellátást nem mérjük – a ref.)

A spanyolok mérték, mennyi kórházi felvételt lehetett volna az alapellátás szintjén (pl. egy pneumonia adekvát kezelésével vagy védőoltással) elkerülni, az olaszok a gyermekellátás (és továbbképzés) minőségét az orvosok antibiotikum-felírási gyakorlatával jellemezték. A teljesítményarányos angol finanszírozási rendszerben a minőségindikátorok mindössze 3 százaléka nyújt releváns adatokat a gyermekellátásról. Az angolok most a krónikusan beteg gyermekek nem tervezett hospitalizációjának, és a tüdőgyulladásos gyermekek kórházi felvételének csökkentésével szeretnék bizonyítani, hogy sok az elkerülhető kórházi felvétel, sok az elkerülhető kiadás. A holland szakmai kollégium 61 guideline alapján egy 139 indikátort tartalmazó listát állított össze, köztük azonban alig van olyan, ami pl. a gyermekkori asztma, térdízületi elváltozás, otitis, láz kezelési módját jellemzi. Európa-szerre keresik azokat a jellemző mutatókat, amelyek a fogyatékkal vagy összetett károsodással élő, a rossz szociális körülmények között nevelkedő, vagy a mentálisan sérült gyermekek komplex ellátásának minőségét jeleznék.

Míg az Egyesült Államokban már szisztematikusan vizsgálják a gyermek-alapellátás minőségét, ugyanez Európában épphogy csak megkezdődött. Megfelelő indikátorok nélkül márpedig képtelenség a különböző gyermekellátó szisztémákat összehasonlítani, ehhez adatok és persze gyermekkori guideline-ok kellenének. Releváns adatokat csak összehasonlítható rendszerekről kaphatunk, csak ezek elemzése ad lehetőséget az ellátás fejlesztésére. De hiábavaló az adat, és hiábavaló lenne az elemzés is, ha hiányzik a kormányzati eltökéltség a fejlesztésre!

RENDSZERSZINTŰ VÁLTOZÁSRA VAN SZÜKSÉG

A „hospital based” – kórházcentrikus – ellátást az alap- és szakellátás, illetve a közegészségügy szoros együttműködésé-

nek kell felváltania. Nagyon nem mindegy, hogy a kórház, az alapellátás és a közegészségügy találkozási pontjainak nélkülözhetetlen „újrakonfigurálása” mennyit késlekedik pusztán a szakemberek és a döntéshozók megkövült gondolkodása miatt. A területen dolgozó gyermekgyógyászokat, házi orvosokat, adolezcens medicinát, pszichiátereket és a többi nélkülözhetetlen szakembert tömörítő szervezetek és az egészségügyi kormányzat közös gondolkodása nélkül nem lesz előrelépés. Eredményei alapján nem lenne hiábavaló a rugalmas svéd, vagy a többségében gyermekorvosok által biztosított olasz gyermek-alapellátás, de akár a családorvosi szisztéma bizonyos, magas minőségi mutatókkal jellemezhető modelljeinek tanulmányozása. Meg kell oldani a gyermek-alapellátásban dolgozók kompetenciakörének egységesítését, az ellátó orvosok szakirányú és folyamatos továbbképzését, tudomásul kell vennünk, hogy mind több feladatot kell átvenniük a magasan képzett nővéreknek. És ha kell, erőfeszítéseket kell tennünk a szerkezeti változás útjában álló kulturális eredetű akadályok áthidalásáért.

VIZSGÁLATOK

A Lancet által ismertetett dolgozat végül felhívja a figyelmet arra, hogy a gyermek-egészségügy vizsgálata tulajdonképpen még mindig gyermekcipőben jár (áll). Nem-

csak az tény, hogy a rákkutatásoknak csupán 5%-a foglalkozik gyermekekkel, de egy Cochrane-elemzés arra is rámutatott, hogy a gyermek-alapellátásban előforduló kórképekről szóló cikkek száma 10 év alatt mindössze 2%-kal növekedett. Elindult most egy 29 európai országot felölelő, a gyermekek egészségét felmérő uniós projekt, ami a prioritásokat is igyekszik rangsorolni. Svédország, Dánia, Finnország már hasznosított valamit a primer és szekunder ellátásban folytatott kutatás adataiból, és vannak biztató eredményei az angol, olasz és néhány más ország praxisaiban folytatott vizsgálatoknak is. Nemcsak érdekes, hogy milyen összefüggés áll fenn egy betegség és az ellátórendszer, vagy az ellátás és az ellátóhálózat között, de érdemes azt is bizonyítani, hogy eredményekre vezet, ha a nemzeti és nemzetközi grémiumok összefognak a gyermekegészségügy fejlesztéséért.

A JÖVŐ?

A kis súlyú koraszülöttek vagy az elhízottak számának emelkedése, az egészségtelen életmód terjedése miatt minden bizonnyal nő a krónikus rendellenességek – mentális zavarok, malignus kórképek, nem fertőző megbetegedések – gyakorisága, ami kétségtelen kihívást jelent az egészségpolitika, egészségügyi stratégia és az egészségügyi finanszírozás számára. A genomikus orvos-

lás (genomic medicine), ami a tüneti kezelése helyett a genetikai információkat, a gének és a betegségek közötti összefüggést ragadja meg, egy új orvostudomány születését ígéri. De önmagában ez sem képes mondjuk a helytelen táplálkozásból származó zavarok (obesitas, diszlipidémia magas vérnyomás stb.) következményeinek elhárítására. A krónikus betegségek korszerűbb monitorizálására alkalmas, betegközei ellátásban is jól alkalmazható diagnosztikai technológiai fejlesztése már reménytelni eredménnyel biztat.

A gyermekgyógyászat három részterületének rendszerszerű fejlesztésére lesz szükség. A primer ellátásban a krónikus betegek jobb gondozására, a különböző szakemberek kompetenciaszintjének körültekintő meghatározására, a tervezés szintjén az egészségindikátorok, az adatanalízis korszerűsítésére, a kutatási témák rangsorolására, gyermekegészségügy jövőben várható szükségleteinek felmérésére. Olyan egészségpolitika kell, ami valós lehetőséget teremt a koncepciók gyakorlati megvalósítására. Nyílt és transzparens gazdaságossági számítások mellett politikai szinten is deklarálni kell az elkötelezettséget a gyermekegészségügy fejlesztésére, a hozzáférés esélyeinek javítása irányában. Európa-szerte!

A KIVONATOT SZERKESZTETTE: KÁDÁR FERENC

Magyar Gyermekorvosok Társasága 2014. évi Nagygyűlése

Magyar Gyermeksebész Társaság XVI. Kongresszusa

2014

Online regisztráció:
www.mgyt2014.hu



Ramada Resort Budapest
2014. május 22-24.



Kis praxisok

Nagyon kicsi településen dolgozom, egyre kevesebb az évente születő gyermekek száma. Ez a tény már az indikátorrendszer kapcsán is hátrányosan érintett, mert hiába oltom a nálam született csecsemőket 100%-ban meningococcus ellen, ha az indikátor a régiós átlaghoz viszonyít: ha nekem egy év alatt csak 9 újszülött van a praxisomban, hogyan olthatnék be 25–30-at, ami a régiós átlag?

Most a „hatalmas” pluszfinanszírozással, amit kaptunk, 12 700 forinttal többet utal számomra a MEP. Kérdezem én, ebből mennyivel juthat majd több a praxisra, és mennyivel emelkedhet az asszisztens és a takarítónő bére, vagy a saját fizetésem?

Hiába igyekszem, a környékről nemigen tudok kártyákat gyűjteni. Fájdalmasan igazságtalannak érzem, hogy az önhibájukon kívül kicsi praxisok ellehetetlenült helyzetével senki nem foglalkozik. Kérem, gondoljanak a végeken dolgozókra is! ...

Házi gyermekorvosként bizonyára Ön is rendszeres olvasója a Hírvivőnek, és résztvevője az 1995 óta minden évben megrendezett szakmapolitikai konferenciáinknak. Talán figyelemmel kíséri, hogy mindkét fórumon visszatérően foglalkoz(t)unk a kis létszámú praxisok átlagosnál nehezebb anyagi helyzetével. A körülmények ismételt és részletekbe menő tanulmányozása, de nemzetközi példák alapján is bizonyítottan tűnik, hogy van egy bizonyos létszám, amely alatt működésképtelen egy praxis.

Álláspontunk szerint ez a kérdés nemcsak a nagyobb városokban kiált megoldásért, de tarthatatlan az „egy település – egy (gyermek)orvos” eddigi gyakorlata is. A „több település – egy gyermekorvos” modellt tartjuk követendőnek, mert meggyőződésünk, hogy több szomszédos település összefogásával létre lehet hozni egy akkora körzetet, amely az ott élő 18 év alattiak korszerű alapellátása mellett már képes egy praxis fenntartására. Egy központi fekvésű, aránylag jobban megközelíthető településen szervezett gyermekorvosi praxis megoldást jelenthetne az Ön

által felvetett kérdésekre. Létesítése éppúgy nem látszik megoldhatatlannak, mint az emiatt „gyermekait elvesztő” vegyes praxisok kieső finanszírozásának pótlása. Egy ilyen központi praxisban természetesen nehezebb a gyerekek otthoni vizsgálata, de látunk lehetőséget a csaknem kizárólag rendelőben történő gyermekel látásra is.

Javaslataink találkoznak a döntés-előkészítők álláspontjával, kormányzati szintű lépésekre azonban érhetően csak az érintett egészségügyi szervezetekkel, önkormányzatokkal történt körültekintő egyeztetések után kerülhet sor.

Tisztában vagyunk azzal, hogy gyors változásban nem reménykedhetünk. Addig is számítunk együttműködésre az elfogadható megoldáshoz vezető közös gondolkodásban.

Kitartó munkájához egészséget kívánok

PÁTRI LÁSZLÓ ALELNÖK, HGYE

Romlott fecskendők

Engem már másodszorra ellenőrzött a ... hivatal. Az „a” után megtorpantam, mert hirtelen KÖJÁL-t, majd magamat gyorsan revideálva ÁNTSZ-t akartam irni, de elbizonytalanodtam. Gyorsan újraolvastam a jegyzőkönyvet, hogy ki is ellenőrzött? Hát nézzék el nekem koromra és a pályán eltöltött hosszú évekre tekintettel, de ezt a hivatali megjegyezni még nem tudtam. Hogy ne maradjak adós mégsem a nevével, csak megosztom Önökkel: szóval a kedves hölgy, aki az ellenőrzést végezte a ... megyei Kormányhivatal, ... járási Hivatalának Népegészségügyi Intézetéből jött. (Hátha ebből is lesz egy megjegyezhető mozaikszó!)

Az ellenőrzés egyik kérdése az volt, hogy rendelkezik-e a rendelőm külön hűtőszekrényvel a veszélyes hulladék számára.

A végkövetkeztetés pedig az volt, hogy csak 1 (egy) hűtőszekrény van a gyermekorvosi rendelőben, ami dugig van védőoltásokkal, így oda nem tuszkolható be a szemét (bocsánat, veszélyes hulladék). Így azután, ha nem veszek még egy hűtőszekrényt, az ellenőrző hatóság nem tehet mást, minthogy megbüntet vagy felfüggeszti a működési engedélyemet...

Valóban? A használt tűk és a fecskendők, a zárt edényben (más, a rendelőmben megforduló személy számára nem elérhető, szabályszerű, veszélyes hulladék tárolására alkalmas műanyag badellában) járványügyi veszélyt jelenthetnek, ha nem hűtjük őket?

Azt tudom, hogy a maghasadás hőenergia felszabadulásával jár, ezért aztán hűteni kell az atomreaktor fúziós kamráját. De ilyen veszélyes lenne a használt fecskendő és tű fúziója is?

Bocsánat a maliciózus megjegyzésért, de ha már itt tartunk, én nem is állnék meg csak a használt tűknél. Hiszen gondoljunk csak bele, egy gyermekorvosi rendelőben más veszélyes hulladék is keletkezik. Példának okáért: a ki tudja milyen veszélyes kórokozót tartalmazó használt pelenkák, vagy az influenzás időszakban – jó esetben – a szemetesekbe kerülő papírzsebkendők tömege sem hűtött badellákba kerül. Nem akarok további ötleteket adni, mert a végén, egy következő ellenőrzésnél már hűtőkamra építését írják majd elő! Komolyan, ha valami műtéti szakmát űznék, vagy fogászati, nőgyógyászati ellátást végeznék, hát elfogadnám. De így?

A szakmai minimumfeltételek között eddig nem szerepelt a veszélyes hulladék tárolására alkalmas hűtőszekrény. Változott az előírás? Lehet, hogy nem tudják ott, ahol az előírásokat megfogalmazzák, hogy milyen beavatkozásokat végzünk egy házi gyermekorvosi rendelőben?

Dr. Berényi Károly

Sajnos igaza van a szakigazgatási szervnek. Jogsegélyszolgálatunk szerint a felhasznált egyszer használatos eszközök (tű, fecskendő) különleges kezelést igénylő (fertőző) veszélyes hulladéknak minősülnek, ezért érvényes rájuk a jogszabály – 2002. (I. 11.) EüM-rendelet az egészségügyi intézményekben keletkező hulladék kezeléséről 4. § (3). bek. d) pontja –, vagyis hogy hűtés nélkül 48 óráig tárolhatók, hűtve pedig 30 napig.

Két megoldás kínálkozik: az olcsóbb egy bármilyen kisméretű hűtőszekrény beszerzése, amely biztosítja a 0 és 5 °C közötti hőmérsékletet és elfér benne a tárolódoboz, a másik, hogy el kell szállítani a veszélyes hulladékot 48 óránként. Az első megoldás tűnik gazdaságosabbnak.

A SZERK.



Szakmai segítséget szeretnék kérni Önöktől összejtlevéllel kapcsolatban. Mennyire tartják hasznosnak ezt a lehetőséget? Tanácsolják a köldökzsinórvér levételét, illetve tárolását vagy nem? Miért (nem)? Nehéz megítélni, hogy valóban hasznos, vagy csak divatos dologról van-e szó. Segítségüket, véleményüket előre is köszönöm.

Sok olyan hematológiai, immunológia, genetikai és anyagcsere-betegség létezik, amelynek során az őssejt-transzplantáció életmentő beavatkozást jelenthet. A köldökzsinórvérben található embrionális őssejtek technikailag alkalmasak sikeres transzplantációra. Ezért az utóbbi években számos nonprofit nemzeti köldökzsinórvér-bankot alapítottak az Egyesült Államokban és több európai országban, ahol a donorok köldökzsinórvérét tárolják, és az immunológiailag legalkalmasabb őssejteket szükség esetén a bank teljes állományából elérhetővé teszik az arra rászoruló betegek számára. Sajnos ilyen, mindenki számára hozzáférhető köldökzsinórvér-bank hazánkban még nem létezik.

Léteznek azonban olyan nyereségorientált magánvállalkozásként működő őssejtbankok, ahol a szülők újszülött gyermekük köldökzsinórvérét saját, esetleges későbbi felhasználásra – jelentős pénzért – tároltathatják, mintegy „biológiai biztosítás”-ként. E bankok léte, működése szakmai és etikai kérdéseket vet fel. A szülők leendő gyermekük egészségéért természetesen mindent meg akarnak tenni, és különösen fogékonyak az ilyen információra a szülést közvetlenül megelőző időszakban. Ha nem kapnak minden tekintetben korrekt tájékoztatást a felhasználás esélyeiről, ha a segédkező személyzet valamilyen anyagi vagy egyéb módon érdekelt a levételben, ha a szülés normális menetét a vér levétele miatt megváltoztatják, vagy a megszületett újszülött azonnali ellátása emiatt késik, ha a megőrzés nem elfogadott és ellenőrzött standardok szerint történik stb., akkor ennek súlyos anyagi, etikai vagy egészségügyi következményei lehetnek.

A mai ismereteink szerint őssejt-transzplantációval kezelhető betegség esetén a saját köldökzsinórvérből nyert őssejtek beültetésre nem alkalmasak. Az öröklődő, genetikai betegségek eleve kiesnek a lehetőségek közül, hiszen a köldökvér sejtjei ugyanazt a hibás gént tartalmazzák. A gyermekkorban előforduló leukémi-

ák és egyéb, esetlegesen őssejt-transzplantációval kezelhető betegségek túlnyomó többségében szintén valamilyen genetikai megalapozottsággal kell számolni. Ezért pont a beteg gyermek saját köldökzsinórvére volna a legkevésbé alkalmas őssejt nyeresére, ugyanis az adott genetikai hibát a saját köldökvér sejtjei már hordozhatják. Bizonyos öröklődő betegségek a születéskor még nem derülnek ki, de a tárolt őssejtek tartalmazzák az azt kódoló géneket. A köldökzsinórvérben gyakran kimutattak olyan „alvó” leukémiás sejtet, amelyek csak évek múltán aktivizálódtak, és manifesztálódtak gyermekkori leukémia formájában.

Végül semmilyen garancia nincs arra, hogy 20–30 év elteltével a lefagyasztott őssejtek még használható állapotban lesznek.

Mindezek alapján, miután jelenleg a saját célra történő köldökzsinórvér gyűjtése mellett semmilyen megalapozott tudományos érv nem szól, sőt a felhasználás valószínűsége kicsiny, a köldökzsinórvér tárolását mint „biológiai biztosítást” a független szakemberek általában nem javasolják. A világon eddig csak alig néhány esetben használtak fel saját célra saját köldökzsinórvért.

A saját célra, későbbi felhasználásra szolgáló köldökzsinórvér megőrzése tehát jelenleg jó szívvél nem ajánlható, ennek a módszernek a támogatása, alkalmazása nem javasolható.

A gyermekorvosoknak tisztában kell lenniük azzal a nyomással, amelyet a profitorientált őssejtbankok gyakorolnak a szülőkre, gyógyulást ígérve mindenféle későbbi betegségre. Ezek hirdetéseit az interneten mindenütt megtalálni, a költségek 350 000–600 000 Ft körüliek. Tevékenységük engedélyezett, azonban a köznek vajmi kevés, a vállalkozásnak annál több hasznot hajtanak.

KOVÁCS ÁKOS

(Terveink szerint a témára részletesen is visszatérünk következő számunkban – a szerk.)

Forró olaj

Dr. Velkey György, a MRE Bethesda Gyermekkórház főigazgatójának kérésére tesszük közzé az alábbi figyelmeztetést: „Tapasztalható rossz gyakorlat, hogy a szülők a csecsemő vagy kisgyermek fürdetéséhez használt Unguentum hydrophilicum noninocumot – mert az a fürdővízben nem oldódik fel – nem közvetlenül a fürdővízbe keverve oldják fel, hanem vizes pohárba téve, a mikrohullámú sütőben melegítik fel. Ismételten előfordult, hogy a forró oldat a kicsikre borulva forrázásos égési sérülést okozott. Idén januárban egy 11 hónapos csecsemő karjára ömlött a forró oldat, részben másodfokú, részben mélyebb égési sérülést okozva. Jelenleg is kezelnek az égéssebészetben egy 15 hónapos kisdedit, akinek a mikrohullámú sütőben melegített oldat a testfelület 10%-ára terjedő, I-III/1-III/2 fokú, az arcot, nyakat és mellkast érintő, műtéti kezelést is igénylő sérülést okozott. A további balesetek megelőzése érdekében hívjuk fel a szülőket figyelmét a fürdetéshez használt szer helyes alkalmazási módjára!”.

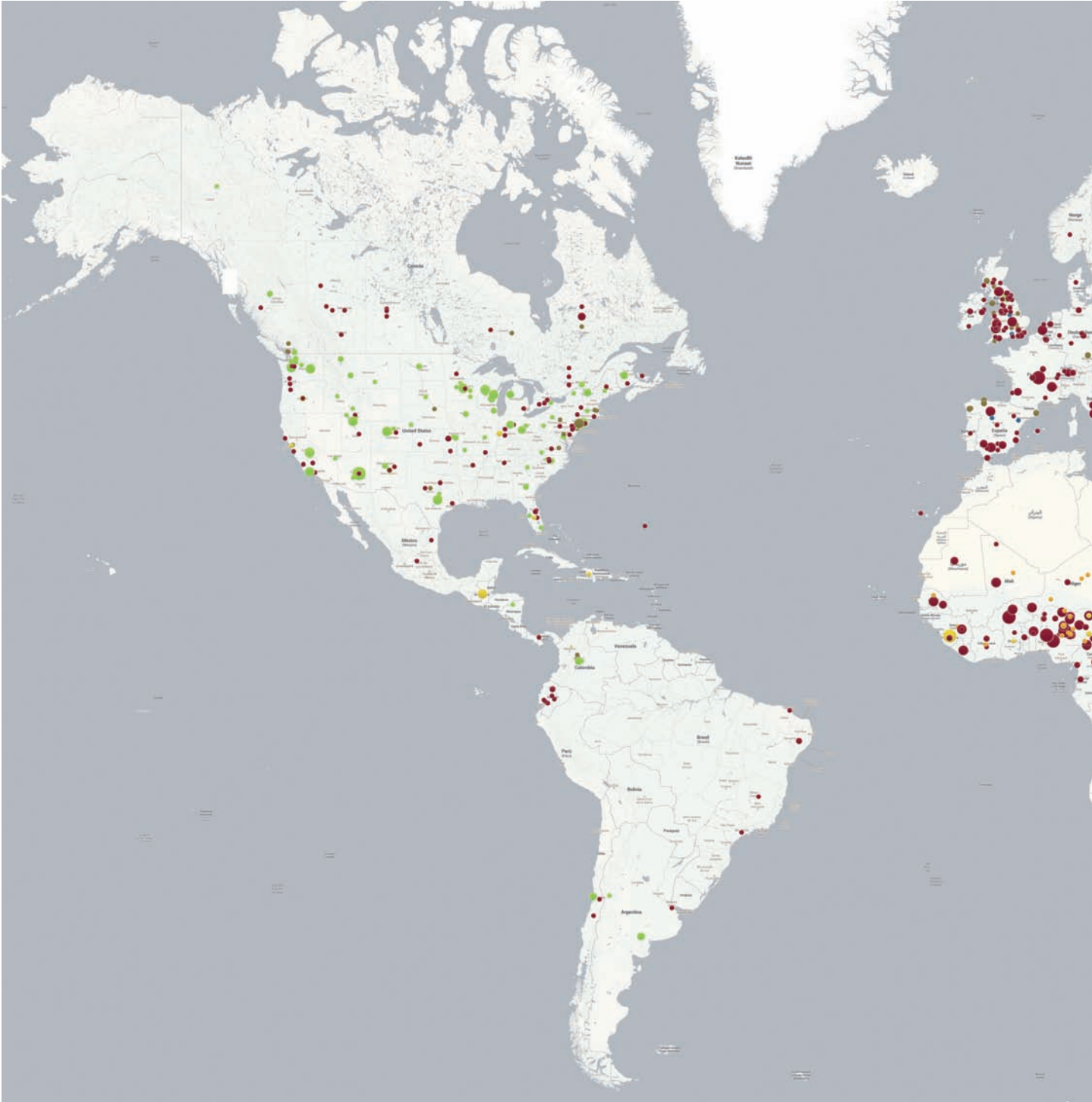
Ha a teljes adagot (tubust) kb. azonos mennyiségű vízzel előre felhígítva felmelegítjük, majd lehűtjük, sokkal használhatóbb állagot kapunk, mint az eredeti, ami sajnos egyáltalán nem keverhető el a fürdővízzel (legalábbis olyan meleggel nem, amibe egy gyereket utána bele lehet tenni).

Magisztrális készítményként felírható a hígított változat is (Ung. Hydrophilici non ionici és Aqua dest. egyenlő mennyiségben) ami azután folyékony szappan mintájára jól használható.



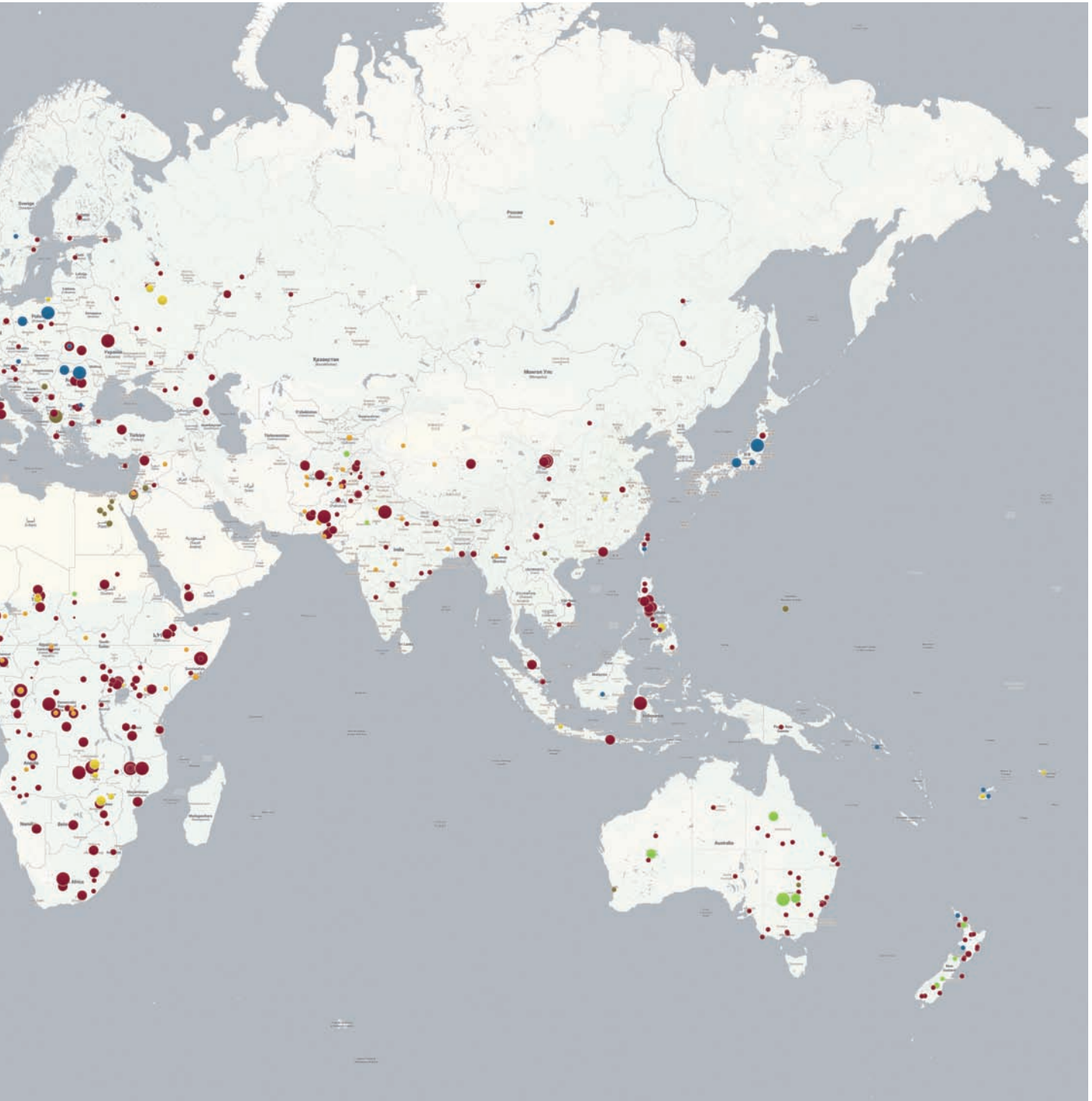
Ez lett a nagy oltásellenesség vége

A független és befolyásos Council of Foreign Relations kutatóintézet globális egészségügyi programja 2008 óta követi nyomon az oltással megelőzhető betegségek járványairól szóló híreket. A szervezet most bemutatott egy interaktív térképet, amelyen a kanyaró, mumpsz és szamárköhögés feljegyzett eseteinek számát mutatja be. Meglepően sok esetet regisztráltak azokban a fejlett országokban, amelyekben egyébként könnyen elérhető lenne a védőoltás.



- – Morbilli
- – Parotitis
- – Rubeola
- – Polio
- – Pertussis

http://www.cfr.org/interactives/GH_Vaccine_Map/#map



NOBILIS ANDRÁS

1957–2013



Nobilis András, egyetemi docens tragikusan hirtelen halála a magyar gyermekgyógyászat pótolhatatlan vesztesége. Mindenki ismerte őt, akinek hazánkban a koraszülöttek ellátásához az elmúlt 20 évben valamilyen köze volt.

A neonatológiát Kizsel János professzortól tanulta a Semmelweis Egyetem Baross utcai Szülészeti Klinikáján. Részt vett a koraszülöttmentés megszervezésében, a Peter Cerny Mentőszolgálat egyik alapítója volt. Az elmúlt 15 évben az egyetem II. sz. Szülészeti Klinikájának Újszülött Intenzív Osztályát vezette Büky Béla professzor szellemi hagyományának méltó folytatójaként. Rendszeresen oktatott, előadásokat, továbbképzéseket tartott szerte az országban. Munkabírása néha emberfeletti mértékű, elméleti tudása mindenkit lenyűgözött. Nem volt olyan tudományos téma, amihez nem a legutóbb elérhető információ birtokában szólt volna hozzá. Munkáját mély hittel, elkötelezettséggel, szinte mártírszerű szelídséggel végezte. Nagy álma, a Korányi-projekt keretében megvalósuló új, európai színvonalú koraszülött-osztály átadása már nélküle fog megtörténni. Bár intenzív neonatológiával foglalkozott, az alapellátás problémái sem kerültek el figyelmét. Szervezője és rendszeres előadója volt a „Hazamentem a PIC-ből” című, a koraszülöttek, beteg újszülöttek területi ellátásával foglalkozó továbbképzéseknek. Aki ismerte, mindig emlékezni fog rá, emberi, erkölcsi, szakmai szempontból egyaránt örök mértéket állít mindannyiunk elé.

Nobilis doktor osztályán kézzel a kézzel járt egy, a fiatal, kezdő ügyeletesek számára összeállított szakmai „túlélőkészlet”, amolyan „mit kell tenni vészhelyzetben” jellegű könyvecske. A legutolsó oldalon, minden terápiás protokoll után, apró betűvel ez állt: ha minden ötletből kifogytál, és sehogy sem boldogulsz, végső esetben hívd ezt a telefonszámot: és itt Nobilis András privát telefonszáma állt. Mindig felvette.

András, kit hívunk ezután, ha megakadunk?

Viszlát, András!

Halálának felfoghatatlan, megmásíthatatlan híre egy fontos, fejfájós megbeszélés végén jutott el hozzám. Később, a karácsonyi hangulatban ázó utcákon hazafelé, beúsztak a tizenéves, régi egyetemi, meg későbbi emlékek.

Például a hosszú szakmai beszélgetések a szobájában. A közös szilveszteri ügylet, koccintás alkoholmentes pezsgővel. Az első szülés a szülőszobában. Az első reanimáció, majd az első elvesztett inkubátoros kisbaba. Nobilis doktor halk, célzott utasításai. A rendíthetetlen nyugalma.

Vagy amikor az első TDK előadásomhoz anyagot kezdünk gyűjteni, a neve hallatára minden ajtó megnyílt a László Gyerekintről kezdve, Rudas Gábor ultrahangos képarchívumáig.

Amikor ott ült velem szemben az előadásomon, meg amikor nem ült ott, mert annyi munka volt az osztályon.

Olyan is volt, hogy órákig szereltem a számítógépét, telepítettük a programokat és közben a klinikai orvosi létről filozofáltunk. Aztán amikor azt mondta, ne csüggedjek, hogy nincs gyermekgyógyászati rezidens hely a klinikán. Valami olyasmit javasolt, járjam be az ő útját: kezdjek dolgozni egy kórházban, tanuljam meg ellátni az otitist, meg a pneumóniát.

Meg a nemrég az Ákossal hármásban életre hívott közös alapítványunk. Az őszi alapítványi megbeszélés, meg amikor egyszer csak leveszi a feje feletti polcra a diplomamunkáját 1999-ből. A homályos, zavart tekintetem, akkor. És most is.

Végül, amikor kiment az áram egy éjszakai ügyeletben a PIC-en. Váltva ambúztuk a babákat, volt, hogy egyszerre kettőt is, a vaksötétben nyitott laryngoscoppal ellenőrizve a piciket. Nem az ügyeletvezető szülész, nem a portás, nem a műszakosok, hanem a korahajnalban, otthonában telefonon felkeltett Nobilis doktor kezdte el a szálakat mozgatni. Csendben, józanul, nem vádaskodva, a célra összpontosítva.

Ha úgy alakult, visszahozta az áramot, ha meg úgy, visszahozta a gyereket. Mindent elintézett, minden akadályal megküzdött. Csak egyetleneggyel nem...

KOVÁCS ÁKOS

ALTORJAI PÉTER



Kardos
Gabriella
rovata

Már megint influenza

Örökzöld téma a legújabb influenzajárvány, és a tanulságok levonása az előző járványokból. A *Pediatrics* 2013. novemberi számában amerikai szerzők a 2004 és 2012 közötti influenzajárványok gyermekkori halálozását veszik górcső alá. Az Egyesült Államokban 2004 óta jelenteni kell az influenzához kapcsolódó gyermekkori haláleseteket. Az adatok elemzése lehetővé tette az influenzához kapcsolódó súlyos szövődmények feltérképezését, annak megállapítását, hogy kik tartoznak a veszélyeztetett populációba, prevenció és kezelési stratégiák kialakítását és az influenzajárványok trendjének megállapítását. A cikk az elmúlt 8 év járványai során elhunyt gyermekek adatait dolgozza fel és összehasonlítja a valamilyen okból rizikócsoportba tartozók halálozását az egészséges gyermekekével.

Az influenza okozta gyermekkori halálzsról definíció szerint akkor beszélnek, ha az influenzavírus jelenlétét megbízható laboratóriumi vizsgálattal (gyors vírusdiagnosztika, vírustenyésztés, fluoreszcens antitest kimutatása, enzim immunoassay, reverz transzkriptáz PCR vagy szöveteken végzett immunohisztokémiai vizsgálat) a betegség alatt vagy a halál bekövetkezése után, 18 éven aluli gyermeknél kimutatták. A CDCP-nek (Centers of Disease Control and Prevention) küldött jelentésben a beteg demográfiai adatait, a laboratóriumi vizsgálatok eredményét, a betegség lefolyását, az esetleges egyéb megbetegedéseket, állapotokat és az influenza elleni védőoltás meglétét vagy hiányát kell közölni. Bakteriális felülfertőzést bizonyít, ha a normálisan steril helyekről (vér, pleurális folyadék, liquor) a betegség kezdete után vagy post mortem baktérium tenyészt ki. A rizikócsoportba a következők tartoztak: asztma, neurológiai betegségek, illetve kórállapotok, krónikus tüdő- vagy szívbetegség, congenitalis szívhibák, hematológiai, endokrin-, vese-, máj-, anyagcsere-, immunológiai betegségek és immunszuppresszív kezelés, terhesség.

Az influenza-vakcinációval kapcsolatos ajánlás a tanulmányban vizsgált évek során többször is változott. 2006-ig a rizikócso-

portba tartozók, valamint a 6–23 hónapos egészséges csecsemők számára ajánlották, 2006 és 2008 között a felső korhatárt 59 hónapra terjesztették ki, 2008 óta pedig minden 18 éven aluli gyermek védőoltását ajánlják. Teljes körű vakcinálásban akkor részesült a gyermek, ha a megbetegedést megelőző 14. napig valamennyi szükséges oltást megkapta.

2004. október elseje és 2012. szeptember 30. között 830 influenza okozta gyermekkori halálesetet jelentettek az Egyesült Államok teljes területéről. A legtöbb haláleset (282, vagyis 3,8/1 millió gyermek) a 2009–2010-es influenzaszezonban fordult elő, a legkevesebbet (35, vagyis 0,5/1 millió gyermek) pedig a 2011–2012-es járvány alatt jelentettek. A halálesetek általában februárban és márciusban halmozódtak. Az elhunytak 55%-a volt fiú, a medián életkor 7 évnél bizonyult. A halálesetek 78%-a influenza A vírusfertőzés következménye volt, 20%-nál B vírust találtak, néhány esetben pedig kevert vírusfertőzés fordult elő. Az elhunytak 57%-ánál egy vagy több rizikófaktor szerepelt a kórtörténetben, melyek közül a neurológiai betegségek (33%) domináltak. 26%-nál valamilyen tüdőbetegség (16%-nál asztma) 12%-nál genetikai vagy kromoszóma elváltozás, 11%-nál congenitalis szívhiba fordult elő. A nem rizikócsoportba tartozó gyermekek halálozása járványonként változott, az „új” H1N1 okozta halálesetek 36%-a, a „hagyományos” H1N1 okozta halálozás 63, a H3N2 okozta halálozás 72, a B vírusfertőzés okozta halálesetek 48 százaléka nem(!) rizikócsoportba tartozó gyermekek körében fordult elő. A betegek 16%-a még a kórházi felvétel előtt elhunyt, 18%-uk pedig a felvételi osztályon halt meg. A betegség átlagos tartama a halál bekövetkeztéig mindössze 5 nap volt. Bakteriális felülfertőzés esetén gyakran (40%) több kórokozó is kitenyésztett, a baktériumok közül a *Staphylococcus aureus* az esetek mintegy felében, a *Streptococcus pneumoniae* 14%-ban fordult elő. A szövődmények felét radiológiailag igazolt pneumónia képezte, görcsök és agyvelőgyulladás 10–10%-ban fordult elő. Antivi-

rális kezelést a betegek csak kisebb része kapott, ennek okai között a kórházon kívüli halálozás és az igen gyors lefolyású betegség szerepelt. A hat hónapnál idősebb gyermekek (akik már vakcinálhatók lennének) mindössze 16%-a részesült teljes körű influenza elleni védőoltásban. Az „új” H1N1-járvány esetén még rosszabb volt a helyzet, a 66 elhunyt gyermeknek csak 3%-a volt beoltva.

A szakmai feltevésekkel ellentétben az elhunytak csaknem fele (43%) tehát semmiféle rizikócsoportba nem tartozott. Ezek a gyerekek a rizikócsoportba tartozókhoz képest fiatalabbak voltak, többen haltak meg közülük még a kórházi felvétel előtt (a betegség kezdete után átlagosan 1 héten belül), sokkal kevesebben kaptak védőoltást, és több volt a bakteriális felülfertőzés.

A rizikócsoportokba tartozó halottak között a neurológiai megbetegedések, kromoszóma- és genetikai rendellenességek a vizsgált populációnak az adott népességen belüli prevalenciájához képest felülreprezentáltak bizonyultak. Az infantilis cerebrális paresis (Little-kór), amely az Egyesült Államokban a gyerekek kevesebb mint 1%-át érinti, a halottak 10%-ánál fordult elő. A szerzők ezért aláhúzzák annak fontosságát, hogy ezek a gyerekek mindenképpen részesüljenek influenza elleni vakcinációban, és influenza gyanúja esetén az antivirális kezelést azonnal meg kell kezdeni náluk. A nem rizikócsoportba tartozó gyermekek szülei között végzett vizsgálat szerint a szülők az esetleges súlyos influenza kialakulásának lehetőségére egy éven aluli gyermekeik esetén nem gondolnak. Az egészséges gyermekek, különösen a 2 éven aluliak esetében a betegség gyakran rapid lefolyású volt, ennek oka részben a bakteriális koinfekciók magas száma volt, amelynek magyarázata még hiányzik. A komplikációk közül pneumoniát észleltek leggyakrabban, amelyet az influenzavírus mellett sokszor *St. aureus*- vagy különböző *Streptococcus*-törzsek okoztak. A szerzők ezért aláhúzzák a *Pneumococcus*-vakcináció fontosságát. Az a tény, hogy az elhunytak csaknem fele nem tartozott semmiféle rizikó-

csoportba, megerősíti annak az ajánlásnak a létjogosultságát, hogy minden 18 éven aluli gyermeket védőoltásban kell részesíteni. Az átoltás aránya az érintett korcsoportban a vizsgálati periódus végére ugyan 24%-ról 52%-ra nőtt, de még mindig nem éri el a kívánatos 80%-ot. A hat hónapnál fiatalabb csecsemők számára nem áll rendelkezésre vakcina, ezért a terhes nők és a kis csecsemők környezetének oltása elengedhetetlen. Ugyancsak fontos a rizikócso-

portba tartozó gyermekek környezetének vakcinálása is, beleértve az ápolószemélyzetet. Az antivirális kezelés a betegség lefolyásának súlyosságát csökkenti, és ugyancsak csökken a betegség időtartama is. Az adatok szerint az influenzával felvettek antivirális kezelése a vizsgált periódusban 77%-ig nőtt, de sajnos a későbbiekben ez a szám 56%-ra csökkent. A szerzők súlyos vagy progresszív tünetek és minden hospitalizált gyermek esetén még a laboratóriumi

eredmények megérkezése előtt javasolják az antivirális kezelés megkezdését influenza gyanúja esetén (oseltamivirrel vagy zanamivirrel). Ugyancsak meg kell kezdeni az antivirális kezelést minden, bármelyik rizikócsoportba tartozó két éven aluli gyermek esetén a betegség súlyosságára való tekintet nélkül. Összefoglalva: az influenza okozta gyermekkori halálozás a vakcináció kiterjesztésével és az antivirális kezelés korai megkezdésével csökkenthető.

Miért az ódzkodás?

Válaszol: Prof. Dr. Mészner Zsófia védőoltási szaktanácsadó

A 2014-es év két örvendetes bejelentéssel indult: a pneumococcus-fertőzés elleni védőoltás bekerülhet a minden gyermeknek életkor szerint térítésmentesen és kötelezően adandó védőoltások közé, és várhatóan ösztől valamelyik felső tagozatos korcsoport számára az iskolai oltások között lesz a humánpapillomavírus-fertőzés elleni védőoltás is, első lépésként a lányoknak kötelezően felajánlott, ám választható formában.

Nézzük először a pneumococcus-fertőzés elleni védőoltásokat. Mint az közismert, 2008 utolsó hónapjaitól lehetőség volt minden kétévesnél fiatalabb csecsemő és kisdéd számára eleinte 3 csecsemőkor és egy negyedik, egy- és kétéves kor között adott oltást kötelezően felajánlani, és a szülő egyetértése esetén beadni. 2009-ben az örvendetes magas átoltottság következtében már át lehetett térni a 2+1 védőoltási rendszerre, azaz a két csecsemőkor és egy kisdédkori oltást magába foglaló sémára. Vannak azonban jelei annak, hogy még a praxisukat magas arányban átoltó kollégák közül is többen nem az életkor szerint adandó DTaP-IPV-Hib oltással egy időben, hanem attól egy-két hét eltéréssel, vagy éppen a három csecsemőkor DTaP-IPV-Hib oltási sorozat befejezése után kerítenek sort a pneumococcus-prevencióra. Sőt, nem kevesen egyetlen, egyéves koron túli pneumococcus-oltást adnak a 2+1 séma alkalmazása helyett. Szembesülve ezzel a gyakorlattal néhány kollégát megkérdeztem az okokról, és leggyakrabban az alábbi válaszokat kaptam:

- egyszerre két oltás talán túl sok az életében először oltásra jövő családnak
- a szülők ragaszkodtak az egy vizit/egy oltás rendhez
- összeadódhatnak a mellékhatások, hevesebb oltási reakció jelentkezhet
- túl sok antigént nem akarok egyszerre bevinni
- elegendő akkor oltani pneumococcus-fertőzés ellen, amikor már elmúlt egyéves a gyerek, úgysem mennek addig sehová, nem jár közösségbe
- a szülő nem tartotta fontosnak, így én sem erőltettem

A válaszokból leginkább az a bizonytalanság tükröződött vissza, ami az egy időben adott két vagy több oltás biztonságosságát vonja kétségbe. Ez a félelem indokolatlan, mert törzskönyvezésükig minden egyes vakcinára vonatkozóan megtörténnek azok a magas evidenciájú klinikai vizsgálatok, amelyek az újabb vakcina más csecsemőkorai vakcinákkal való együttadásának biztonsá-

gosságát, változatlan hatásosságát bizonyítják. Bizonyítékok vannak arra is, hogy a napjainkban használt oltóanyagok lényegesen kevesebb antigén bevitelével képesek védelem kialakítani a szimultán beadott antigénekre. Az együtt is adható védőoltások időbeli eltolásával tehát nemcsak a saját munkánkat növeljük, hanem feleslegesen tesszük ki az ismételt beavatkozással járó szorongásnak és a szűrés okozta fájdalomnak pácienseinket.

A csecsemőkorai oltások halogatása nem kis kockázatot jelent – nem véletlenül ajánlottak ezek már fiatal-, 2-3 hónapos kortól. A pneumococcus-fertőzés ugyanis igen „demokratikus” módon, már a születés utáni napokban, hetekben kockázat, még akkor is, ha nincs a családban ovis vagy iskolás testvérgyermek. A kulcskérdés a kommunikáció: ha érthetően, meggyőzően el tudjuk magyarázni a szülőknek, miért fogunk egy időben több oltást adni a csecsemőnek, el fogják fogadni. Ki kell alakítani egy olyan bizalmi légkört, amiben ez a gyakorlat aggodalom nélkül elfogadható.

A Védőoltási Tanácsadóban – például egy nagyobb műtét utáni esetleges fertőzés kockázatainak megelőzésére – rutinszerűen adunk minden probléma nélkül két, esetenként akár három oltást csecsemőknek is. Egy időben, akár végtagonként is egyet-egyét. Ha a szülői ellenkezés „betonkemény”, akkor nem hiba engedni a szülői kérésnek, de azért az a kolléga, aki könnyen elfogadja a szülő kérésére az „egy oltás, egy alkalom” megoldást, tulajdonképpen némileg elismeri, hogy ő is osztozik a szimultán oltás miatti szorongásban.

Az iskolai védőoltási programban sem azért adjuk külön a DTaP- és az MMR II-oltásokat, mert bármilyen szakmai akadálya volna az egy időben adásuknak. A külön oltás oka az, hogy a rendelkezésre álló szállítási és tárolási kapacitások miatt nehéz megszervezni a két oltás egy időben történő beadását.

Sokszor kérdezik a szülők, hogy milyen intervallumot kell tartani két különböző oltás között. Volt már arra is példa, hogy a háziorvosától kapott HPV-oltás után négy hét intervallumot véltek szükségesnek, és emiatt maradt el iskolai DTaP-oltás, teljesen értelmetlenül. A HPV-oltás iskolai programba kerülésekor ezek a kérdések biztosan ismét fel fognak merülni. Már most szeretném hangsúlyozni, hogy itt sem indokolt szakmai szempontból különálló oltási alkalmak keresése. Erre csak pragmatikus szervezési okokból lehet szükség.

Az egyesület vezetősége 2013. november 29-én

„A Házi Gyermekorvosok Egyesületének
Tiszteletbeli Tagja”
kitüntető címet adományozta

DR. VELKEY GYÖRGY

részére, aki a magyar egészségügyért folytatott kiemelkedő tevékenysége közepette is folyamatosan figyelemmel kíséri, és segíti egyesületünk tevékenységét. Nagyra értékeljük, hogy a gyermekek orvosi alapellátásának ügyét fontosságának megfelelően kezeli, és elismeri a gyermekgyógyászok jelentőségét e korosztály primer ellátásában.



MAGYAR
GYERMEKNEUROLÓGIAI
TÁRSASÁG

II. (XXXVIII.) Kongresszusa
Balassagyarmat, 2014. április 3-5.
Mikszáth Kálmán Művelődési Központ

Magyar Gyermekneurológiai Társaság Kongresszusa

Balassagyarmat, 2014. április 3-5.

A magyar gyermekneurológusok 38. alkalommal gyűlnek össze évi tudományos tanácskozásukra.

A kongresszus fő témái:

1. Stroke és cerebrovasculáris betegségek gyermekkorban
(újszülöttkori agyvérzések, érfejlődési rendellenességek stb.)
2. Genetika
3. Gyermekkori epilepszia

Bővebb információ, jelentkezés: www.gyermekideggyogyaszat.hu

Szeretettel várjuk a házi gyermekorvos kollégákat!

Hírek Európából

- Lapzártakor érkezett: Németországban elismerték a gyermekgyógyászat egyik szubspecialitásaként a házi gyermekorvoslást!

- Az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) decemberben tartott brüsszeli ülésén az udinei Alfred Tenore professzor helyett Tom Stirist, az oslói egyetem neonatológus professzorát választották az akadémia új elnökévé. Az alelnök Stefano del Torso, padovai házi gyermekorvos lett, akivel együtt, az izraeli Shimon Barack és a svéd Bjorn Wettergreen mellett, három főre emelkedett az elsődleges ellátásban dolgozó kollégák képviselője az EAP 7 fős végrehajtó bizottságában. Minthogy ők hárman az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok európai konföderációjának (ECPCP) is vezetőségi tagjai, jelenlétük remélhetően erősíti a házi gyermekorvoslás érdekérvényesítő képességét a többségében klinikusokból álló szervezetben.

Del Torsonak jók a kapcsolatai az Európai Gyermekorvos-társaságok Szövetségé-

nek (EPA) elnökségével, így megválasztásával javulhat az EAP és EPA nem mindig konstruktív, jellemzően inkább egymással konkuráló kapcsolata. Zárójelben hozzátéhetjük, hogy nemcsak európai, hanem az egyes országok szintjén is elgondolkodtató, jót tesz-e a mindenhol hátrányos helyzetű gyermekgyógyászatnak a nemzetközi – de nemzeti – szintereken is megosztott érdekképviselő.

- Az ECPCP múlt októberi, Spanyolországban tartott ülésén jelezték belépési szándékukat az alapellátásban dolgozó finn gyermekorvosok. Nincsenek sokan, de az, hogy Svédország után már a finn alapellátásba is „betették lábukat” a gyermekgyógyászok, azt jelzi, hogy azokban az országokban is kezdik felismerni a gyermekgyógyászok által nyújtott primer ellátás fontosságát, ahol eddig csak kizárólag vegyes praxisok működtek. Ezt a tendenciát igazolja, hogy az ECPCP soron következő budapesti ülésére elküldi képviselőjét a brit gyermekorvos-társaság (RCPCH) alapellátási szekciójá is.

- Az ECPCP-t egyébként hasonló kérdések foglalkoztatják, mint a HGYE-t. Szubspecialitás-e a házi gyermekorvoslás? Veszélyezteteti-e a primer ellátásban dolgozó gyermekorvosok érdekeit, ha közreműködnek a vegyes praxisok orvosainak gyermekgyógyászati képzésében? Tudjuk-e a rendelőkben végzett tudományos felmérésekkel bizonyítani, hogy a gyermekek alapellátásában elsősorban ránk, és nem a „felőtt” házi orvosokra van szükség? Mi a good primary care paediatrics, mi a jó gyermek-alapellátás etalonja? (Milyen követendő minták vannak az egyes országokban, mi az a feladat, ami egy magasan kvalifikált asszisztensre bízható, ki végezze a vakcinációt, orvoshoz vagy rendelőhöz tartozzon-e a gyerek, hogyan épüljön fel egy jó csoportpraxis, járjon-e ki az orvos, vagy hozzák be mindig a gyereket, dolgozzon-e mellesleg kórházban is az alapellátó, a szimulációs gyakorlatok fontossága stb.)

KÁDÁR F., ALTORJAI P.



GyermekLÉT
Gyermekegészségügyi Információs Magazin Szülőknek

Home | Hírlevél | Szavazás | Hírek és hírek | Imprimandum

www.gyermeklet.hu
www.hgye.hu
www.eduvital.net
dr.patri.laszlo@gmail.com

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete egy hiánypótló, a gyermekekkel és egészségükkel foglalkozó honlapot ajánl a figyelmébe. Ezt a hiteles, napi problémákkal foglalkozó elektronikus kiadványt praktizáló gyermekorvosok szerkesztik. A szülőknek szóló tájékoztatók közérthetőek, szakmaiságukért a HGYE és szakmai partnerként prof. dr. Falus András vezetésével az EDUVITAL.net Nonprofit Egészségnevelési Társaság szakemberei vállalnak felelősséget. Naprakészek és aktuálisak szeretnénk lenni, természetesen a szülők kérdéseire is válaszolunk.

Cikkeink a forrás megjelölésével szabadon felhasználhatók. Amennyiben a GyermekLét honlap elnyeri tetszését, örömmel fogadjuk linkelését.

Öntől is várjuk szakmai témát feldolgozó, közérdeklődésre számot tartó, közérthető írását.

PÁTRI LÁSZLÓ

FŐSZERKESZTŐ

Metaanalízis erősítette meg a *Lactobacillus reuteri* Protectis® hatékonyságát

Dr. Dezsőfi Antal gasztroenterológus, gyermekgyógyász

2013 októberében látott napvilágot Sung V. és munkacsoportjának metaanalízise, amely a probiotikumok infantilis kólikában betöltött szerepét vizsgálta. A metaanalízis konklúziója szerint a *Lactobacillus reuteri* Protectis hatékonysága igazolódott a kizárólag szoptatott kólikás csecsemők esetében, ám a tápszerrel táplált csecsemők kezelésében, valamint a kólika megelőzésében betöltött szerepe még további vizsgálatokat igényel. Más probiotikumtörzsek hatékonysága a kólika kezelésében nem igazolódott [1].

Az utóbbi időben a probiotikumok egyre inkább a figyelem középpontjába kerültek, amióta kiderült, hogy számos ponton befolyásolják a bélrendszer működését. Az egyes probiotikumok hatásmechanizmusa nagyban különböző. Képesek modulálni az intestinális barrier permeabilitását, befolyásolják az epithelialis sejtek gyulladáshoz való hajlandóságát, kompetícióba lépnek a patogénekekkel a mukózális kolonizációban, vagy közvetlenül befolyásolják az immunsejtek aktivitását.

A bakteriális kolonizáció rögtön a születést követően megindul, sőt már a születés módja is meghatározza, hogy milyen flóra fog kialakulni belünkben. A megfelelő flóra kialakulásához szükség van az édesanya hüvelyén való áthaladáshoz, a korai mellre tételre és az anyatejes táplálásra. Természetesen ezt a folyamatot számos tényező megzavarhatja, így az antibiotikumok használata a terhesség végén, a szülés alatt vagy közvetlenül utána. Befolyásolja a kolonizáció folyamatát a szülés helyszíne is, hiszen steril, műtéti körülmények között, például császármetszés során az újszülött először a műtőben dolgozók flórájával, a kórházi flórával, esetleg nosocomialis baktériumokkal fog találkozni, és csak ezt követően az édesanya flórájával. Ezekben az esetekben különösen fontos, hogy elősegítsük a kisdedek megfelelő bélflóra-kialakulását, hogy elejét vegyünk a további bajoknak.

Ha megszületést követően az immunrendszer nem stimulálódik a bélbaktériumok által, akkor nem fejlődik ki megfelelően, kevesebb lesz a T-sejtek száma, beleértve a Treg és dendritikus sejteket, valamint gyengébb antitestválaszra lesz képes [2, 3].

Virális, bakteriális eredetű gasztrointesztinális fertőzéseket követően igen gyakran károsodik a normál bélflóra, a rezidens bakteriális bélflóra összetevői kisebbségbe kerülnek, és olyan törzsek jelennek meg, amelyek nem segítik a szervezet működését, sőt egyes esetekben károsak is lehetnek. Ezen túlmenően sérül az intesztinális barrier, azaz a bélnyálkahártya átjárhatóvá válik, amely egyes allergének, toxinok felszívódásának kedvez, akár allergiás tünetek is megjelenhetnek.

Napjainkban számos próbálkozás folyik, hogy stabilizálni tudjuk az intesztinális barrier-t. Az eddigi vizsgálatok alapján a legesélyesebb terápiás módszer a probiotikumok alkalmazása. A probiotikumok hatékonysága nemcsak abban nyilvánul meg, hogy segítenek helyreállítani a felborult bélflórát, hanem speciális, pl. motilitásra gyakorolt hatásuk révén tudják csökkenteni a panaszokat.

A gasztrointesztinális traktus funkcionális éretlensége az egyik meghatározó faktora az élet első hónapjában előforduló emésztési zavaroknak és a kólikának. Egyes jótékony baktériumok, amelyek a bélflóra részét képezik, fontos szerepet játszanak számos bélrendszeri funkcióban, így a védelmi funkcióban, a bélmozgás szabályozásában és az immunrendszer érési folyamatában. Ez vezetett ahhoz a hipotézishez, hogy a probiotikumok szerepet játszhatnak a kólika kialakulásának megelőzésében is. Az első, erre vonatkozó közlés 1994-ből való, amikor is Lehtonen és mtsai megfigyelték, hogy hasfájós csecsemők gyakrabban kolonizálódnak *Clostridium difficile*-vel, mint a hasonló életkorú, de nem hasfájós társaik [4].

A *Lactobacillus reuteri* egy olyan Gram-pozitív baktérium, amelyet először 1960-ban azonosítottak (Gerhard Reuter) emlősök és madarak belében, majd igazolták, hogy mind az emberi bélben, mind pedig az anyatejben is jelen van. Probiotikus tulajdonságú, azaz szájon keresztül adva élve eljut a vastagbelekbe, átvészelve a gyomor savas miliójét, képes kolonizálni a bélcsatornát, és emeli a jótékony hatású össz-lactobacillusszámot [5].

Számos vizsgálat bizonyította az *L. reuteri* biztonságosságát gyermekeknél, egészséges felnőtteknél, valamint immunszupprimált HIV-fertőzötteknél is [6].

A *Lactobacillus reuteri* pályafutásának következő állomása a kólikás csecsemőknél Savino és munkacsoportjának nevéhez fűződik, akik 2004-ben kimutatták, hogy az anyatejjel táplált kólikás csecsemők bélrendszerében a *Lactobacillus*-törzsek kolonizációja elmarad a kólikában nem szenvedő csecsemőkhöz képest, viszont több az anaerob Gram-negatív baktérium előfordulása [7].

Ugyanezen munkacsoport 2005-ben arra mutatott rá, hogy nemcsak mennyiségi, hanem minőségi különbség is kimutatható a kólikás és nem kólikás, szoptatott csecsemők bélflóra-összetétele között. Azok a *Lactobacillus*-törzsek, amelyeket a kólikában nem szenvedő, szoptatott csecsemők székletében találtak, különböznek azoktól a törzsektől, amelyeket a kólikában szenvedők székletében mutattak ki. Így például az *L. acidophilus* csak a nem hasfájós csecsemők székletében volt kimutatható [8].

Az *L. reuteri*-vel kapcsolatos egyik jelentős kutatás az a 2007-es Savino és munkatársai által végzett prospektív, kontrollált, randomizált vizsgálat volt, amelynek célja az *L. reuteri* kólika elleni hatékonyságának bizonyítása volt. A vizsgálatba kizárólag anyatejes, kólikás csecsemőket vontak be, tehát az eltérő táplálkozásból adódó jelentős bélflóra-különbségeket ezzel kiküszöbölték. A szülők a sírásos időszakokat jegyezték. A kutatás elején a medián sírási idő azonos volt mindkét csoportban. Az *L. reuteri*-csoportban a napi sírási idő szignifikánsan gyorsabban csökkent, mint a Simethicone-csoportban. A vizsgálat 7. napjától kezdve a sírási idő már szignifikánsan kevesebbé vált az *L. reuteri*-csoportban. A kutatási időszak végén az átlagos sírási idő csupán 51 perc volt az *L. reuteri*-csoportban, míg a Simethicone-csoportban magas,

145 perc maradt. Azon gyerekek számát is összesítették, akiknek az esetében a kezelés sikeresnek bizonyult. A kezelés sikerességének definíciója: ha az adott csecsemő medián sírasi ideje több mint 50%-kal csökken a kezelés ideje alatt. A kezelés ezek alapján a csecsemők 95%-ánál sikeresnek bizonyult az *L. reuteri*-csoportban és csupán 7%-ban volt sikeres a Simethicone-csoportban [9].

Egy másik, randomizált, kettős vak, placebokontrollált vizsgálat is igazolta az *L. reuteri* fájdalomcsillapító hatását. Ebben a vizsgálatban anyatejjel táplált kólikás csecsemők kaptak 108 CFU *L. reuteri*t vagy placebót 3 héten keresztül. A vizsgálat során vizsgálták a csecsemők napi sírasi idejét. Egy hét kezelés után a medián sírasi idő 74%-kal csökkent az *L. reuteri* kapó csoportban, a placebót kapóknál a csökkenés 38%-os volt. A kezelésre reagálók aránya is mindvégig szignifikánsan magasabb volt a probiotikumot kapó csoportban [10].

Ezen a területen a legfrissebb közlemény 2013-ból származik Lengyelországból. Hasonlóan az előző vizsgálatokhoz, itt is érett, főleg anyatejjel táplált, 5 hónap alatti kólikás csecsemőknél vizsgálták az *L. reuteri* hatékonyságát. Negyven csecsemő kapott 108 CFU *L. reuteri*t és ugyanennyi placebót 3 héten keresztül. A probiotikumot kapó csoport minden időpontban, 1, 2 és 3 héttel a randomizációt követően szignifikánsan kevesebbet sírt, mint placebót kapó társaik. Ez a kedvező hatás a kezelés befejezése után 1 héttel is kimutatható volt. Adverz reakció a kezelés során nem jelentkezett [11].

Szajewska pozitív vizsgálati eredményének oki hátterét látszik alátámasztani egy szintén frissen publikált holland tanulmány, amely 12, kólikában szenvedő csecsemő bélfóra-összetételét vette össze 12 egyező korú, egészséges csecsemőével. A közleményben nyomon követték hasfájós és nem hasfájós csecsemők székletflórájának alakulását életük első 100 napjában.

A hasfájós csecsemők székletflórája kisebb diverzitást mutat mind a 2., mind a 4. élethétben. Ezen túlmenően már az első két hétben is jelentős különbségek mutathatók ki a két csoport között: a proteobacteriumok magasabb csíraszámában vannak jelen, míg a bifidobacteriumok és lactobacillusok a kontroll-, nem hasfájós csoportban vannak jelen nagyobb számban. A hasfájós csecsemők bélfloájában kevesebb butirát (vajsav) termelő faj volt kimutatható. Ez a vizsgálat megerősíti korábbi kutatások eredményét, amelyben kicsit idősebb, 6 hetes csecsemőknél, hagyományos tenyésztési módszerrel vizsgálva coliform baktériumok (gáztermelő *Escherichia* és *Klebsiella* fajok) magasabb számát észlelték [12]. Ezek a vizsgálatok alátámasztják az élet első hetében zajló kolonizáció jelentőségét. A bélfóra változatosságának csökkenése (csökkent diverzifikáció) és a speciális mintázat (azaz alacsony lactobacillus- és bifidobacterium-előfordulás) jelenléte már korán jelezheti a kólika kialakulásának kockázatát, és egyben megnyitja a lehetőségét az esetleges preventív és terápiás lehetőségeknek.

(Irodalomjegyzék a szerkesztésben)

A cochlearis implantáció

Milyen esetekben segít a cochlearis implantáció?

Az idegi hallásvesztés leggyakoribb oka a belső fülben elhelyezkedő szőrsejtek súlyos károsodása, amely rendszerint nem visszafordítható folyamat. Kétoldali nagyfokú halláscsökkenés vagy teljes hallásvesztés esetén kizárólag a cochlearis implantátum (CI) nyújthat segítséget a beteg számára. Ezen műtéti eljárásnak köszönhetően a súlyos nagyothallók, valamint a siketek újra hallanak és teljes életet élhetnek.

Milyen betegség okoz súlyos vagy teljes hallásvesztést a gyermekeknél?

A belső fül eredetű hallásvesztést számtalan, a magzati életben, a születés körüli időszakban vagy a későbbiek során fellépő tényező okozhatja, így pl. genetikai okok, vírusfertőzések, bakteriális fertőző betegségek, agyhártyagyulladás, sérülések, toxikus károsodások, keringési okok stb. A siketség kialakulásának időpontja szerint két csoportra osztjuk a betegeket: a prelingualis siketek hallásukat a beszéd elsajátítása előtt veszítették el, míg a postlingualis siketek bármikor ezt követően. Az első csoportba tartozó betegek esetében a műtétet legkésőbb 5–6 éves korig, de lehetőség szerint a siketség felismerését követően minél hamarabb (1–2 éves életkorban) végzik, mivel így várható a legjobb eredmény. A korai implantáció csökkenti a hangingerek hiányának káros hatásait és hatékony beszédtanulást tesz lehetővé, ugyanakkor jelentősen javul a kisgyermek beszédmegértése és artikulációja is. Ezért bizonyos gyermekcsoportoknál (pl. veleszületett siketek, agyhártyagyulladás okozta siketség) a műtét már akár 6–8 hónapos kortól is elvégezhető. A betegek másik csoportja, a postlingualis betegek korábban már hallottak, ezért esetükben a hallásvesztést követő minél korábbi időpontban elvégzett implantáció kiváló eredményt hoz.

Miért fontos az időben nyújtott segítség a gyermek hallása és fejlődése szempontjából?

A gyermek fejlődése szempontjából igen fontos a súlyos hallássérülés korai felismerése és az azt követő implantáció, mivel ezáltal a gyermek a normál hallók között, velük egy időben tudja elkezdni az iskola első osztályát, és képes lesz a folyékony beszédre is. A cochlearis implantáción (időben) átesett gyermekek ugyanolyan esélye van a teljes életre és a továbbtanulásra, mint ép hallású társainak, továbbá nem szorul mások segítségére. Napjaink kommunikációra épült társadalmában hallás és beszéd nélkül a gyermek elszigetelődik társaitól és a külvilágtól, önbizalomhiánya, tanulási nehézségei lesznek, és a későbbiekben súlyos lelki problémák is kialakulhatnak.

Milyen vizsgálatokkal mérhető a hallás újszülött- és kisgyermekkorban?

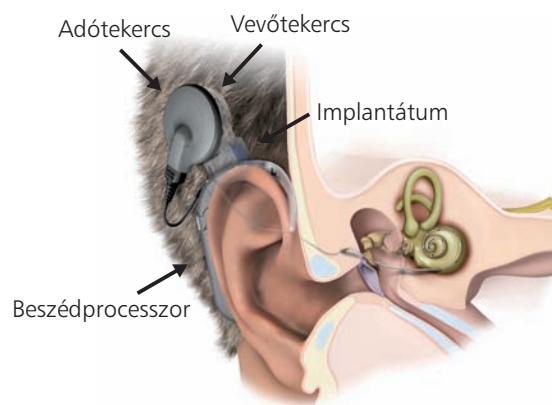
Régebben az újszülöttek hallását szubjektív módszerekkel vizsgálták (ébredési reflex, pislogási reakciók), azonban az így kapott eredmény bizonytalan volt. Emiatt napjainkban már modern objektív mérési módszerekkel végzik el a kötelező újszülöttkori hallásszűrést a Fül-Orr-Gégészeti Szakmai Kollégium szakmai protokollja alapján.

Az otoakusztikus emisszió mérése során a belső fül működését vizsgáljuk. A mérés gyorsan és egyszerűen elvégezhető az újszülöttsztyályokon, azonban 30 dB-nél rosszabb hallásküszöb esetén már nem kapható válasz, ilyenkor a vizsgálatot néhány hét múlva szükséges megismételni. Az újszülöttsztyályokon a

másik mérési lehetőség a szűrő BERA vizsgálat, amely a hallópálya agytörzsig terjedő szakaszát vizsgálja. Amennyiben az ismételt otoakusztikus emisszió és a szűrő BERA alapján továbbra is felmerül a halláscsökkenés gyanúja, altatásos BERA vizsgálat és frekvenciaspecifikus objektív hallásvizsgálat (ASSR) javasolt. Az ezekkel igazolt halláscsökkenés esetén korai rehabilitáció (hallókészülék vagy cochlearis implantáció, szurdopedagógiai fejlesztés) szükséges.

A cochlearis implantátum rendszer felépítése

A cochlearis implantátum két részből áll. A belső egység, az úgynevezett implantátum, amelyet a fül mögött kialakított csontágyban rögzítenek, az elektródát pedig a belső fülbe ültetik be. A külső egység, az úgynevezett beszédprocesszor a fül mögött helyezkedik el. A beszédprocesszor adótekerce egysége mágnesesen rögzül a beültetett implantátum vevőtekerce felett (1. ábra).



1. ábra: A belső és a külső egység elhelyezkedése

Hogyan működik a cochlearis implantátum?

Ép hallás esetén a hanghullámokat a belső fülben található szőrsejtek alakítják elektromos impulzusokká. Ezeket az impulzusokat a hallóideg érzékeli, majd továbbítja az agy felé. A siketek és súlyos nagyothallók többségénél a szőrsejtek működése károsodott. A cochlearis implantátum átveszi a szőrsejtek funkcióját és az elektromos impulzusokat közvetlenül a hallóideg felé továbbítja. Ilyenkor a beszédprocesszor a mikrofonja által érzékelt hangokat elektromos impulzusokká alakítja át, amelyeket az adótekerce a belső implant egységhez továbbít. Az elektróda innen közvetlenül a hallóideg-végződésekhez juttatja el az impulzusokat. Végül az impulzusok a hallópályán keresztül a hallókéreghez jutnak.

Hol érdeklődhetnek és jelentkezhetnek a cochlearis implantációra az érintettek?

Hazánkban a műtétet a négy magyarországi fül-orr-gégészeti klinikán (Budapest, Szeged, Pécs, Debrecen) végzik, ahol szívesen adnak felvilágosítást az eljárással kapcsolatban, illetőleg elvégzik a betegek kivizsgálását, műtétét és az azt követő rehabilitációt.

Dr. Küstel Marianna
Egyetemi docens

Fül-Orr-Gégész és Audiológus szakorvos
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Fül- Orr- Gégészeti és Fej- Nyaksebészeti Klinika

Kávészünet-16

2014. május 16–18., Hotel Azúr, Siófok

Koraszülöttektől a gyermekonkológiáig. Kérdések az alapellátásban

50 ponttal akkreditált konferencia

A programból:

Neonatólógia: Apnoe-monitorizálás • koraszülöttek speciális táplálási igényei • anaemia GOR, colica • szemészeti utánkövetés • hallásvizsgálatok • sebészeti problémák • agyvérzések, shunt • fejlődésneurológiai felmérés • izomtónuselozslási-zavarok • prevenció program a koraszülöttek ellátására • utógondozás • mozgásszervi rehabilitáció

Onkológia: tévedések, megkésett diagnózisok hematológiai kórképek, szolid tumorok, idegrendszeri daganatok esetén • alattomos immunhiányos betegségek • tanulságos esetek

Előadók:

Prof. Dr. Balla György, Dr. Bod Mária, Czeizel Barbara, Dr. Csákányi Zsuzsanna, Dr. Csízy István, Dr. Csóka Mónika, Dr. Dérfalvi Beáta, Dr. Fekete Ferenc, Dr. Garami Miklós, Dr. Gárdos László, Dr. Hollódy Katalin, Prof. Dr. Ilyés István, Prof. Dr. Kalmár Magda, Dr. Kovács Gábor, dr. Kovács Tamás, Prof. Dr. Machay Tamás, Dr. Mező Róbert, Dr. Nagy Andrea, Dr. Récsán Zsuzsa, Prof. Dr. Szabó András, Dr. Szűcs Ildikó, Prof. Dr. Tulassay Tivadar, Dr. Veres Gábor, Dr. Zátonyi Adél

A meghívót hamarosan küldjük!



Zuglói házi gyermekorvosi praxis 790 kártyával 2014 második félévétől eladó nyugdíjba vonulás miatt. Érdeklődni a +36 20 933 4588 számon, vagy a gyerekpraxis@gmail.com címen lehet.

Nyugdíjba vonulás miatt eladom fél áron **budapesti** gyermekorvosi praxisomat. Létszám: 810 fő, két óvoda és egy kis létszámú iskola tartozik hozzá. Csendes, családi házas környezet, jó közlekedés. Elérhetőség: +36 1 257 5746

Házi gyermekorvosi praxis Budapesten a XXII. kerületben, **Budafokon** eladó. Elérhetőség: +36 70 605 2819

Budapest XVIII. kerületi 750 fős gyermekpraxis eladó. Elérhetőség: +36 20 978 1308

Balaton déli partján, **Siófoktól 20 km-re** kiemelt finanszírozású gyermekorvosi praxis eladó. Nyáron jelentős többletbevétel. Önkormányzati támogatás. Ügyeleti kötelezettség nincs, lehetőség van. Ár megegyezés szerint, részletfizetés lehetséges. Tel.: +36 20 824 5720

Kisteleken házi gyermekorvosi praxis áron alul eladó. Kártyaszám kb. 700. Kiváló asszisztencia, naprakész számítógépes adminisztráció. Helyettesítés, ügyelet megoldott. Lakás megoldható vagy Szegedről kijárással is ellátható. Részletfizetés lehetséges! Tel.: +36 20 968 1967

Siklóson 950 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Ügyeleti ellátásban nem kell részt venni. Részletfizetés lehetséges. Elérhetőség: gyermekorv.rendelo@gmail.com, +36 30 600 2649

Budapest XIX. kerület központjában felújított rendelőhöz közel 1200 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Tel.: +36 20 356 2771

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében **Balkányon**. 1000 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Elérhetőség: +36 30 776 6495

Székesfehérváron házi gyermekorvosi praxis sürgősen eladó. Elérhetőség: +36 30 969 4771

A **Balaton-part** egyik legfrekvenciáltabb üdülőhelyén – családi okok miatt – sürgősen, áron alul házi gyermekorvosi praxis eladó. Szép rendelő, jó asszisztencia. Nyáron a bevétel jelentősen emelkedik. Elérhetőség: +36 30 922 0323

Szeged és Baja között félúton **Kisszálláson** személyes okok miatt (nyugdíjba menetel) 2 telephelyes gyermekorvosi praxis eladó. Állandó helyettesítés is érdekel. Elérhetőség: +36 20 937 4392

Mezőkövesden felújított, barátságosan berendezett rendelő eladó. Eladási, átvételi feltételek megegyezés szerint. Vásárláshoz jelentős önkormányzati segítség. Ügyelet fakultatív. Elérhetőség: este +36 30 356 2611

Balatonhoz közel, **Tapolcán** házi gyermekorvosi praxis betegség miatt eladó. Praxislétszám 1100 fő. A rendelő kellően felszerelt. Gyakorlott, főiskolát végzett szakasszisztensi háttér. A városban több gyermekorvosi praxis és központi ügyelet működik. Feltételek megegyezés szerint. Érdeklődni: dr. Rövid Klára, tel.: +36 30 396 8871, e-mail: rovid@zelkanet.hu; vagy tirpakg@enternet.hu

Dunaújvárosban 1050 fős házi gyermekorvosi praxis eladó – területi ellátási kötelezettséggel – nyugdíjba vonulás miatt. Naprakész, precíz számítógépes és kartonos dokumentáció. Szakképzett és magas számítógépes tudással és gyakorlattal rendelkező asszisztens. A rendelő önkormányzati tulajdonú, bérleti díj nincs. Központi ügyelet működik. Részletfizetés lehetséges. Érdeklődés: +36 20 553 3176, e-mail: drkokanya@gmail.com

Helyettesítés:
Nagy tapasztalatú gyermekgyógyász főorvos, **Érd, Velence, Székesfehérvár környékén**, gyermekorvosi helyettesítést, hétfői nappali ügyeletet vállal. Elérhetőség +36 20 346 1953 dr. Valkó Péter Tamás csecsemő- és gyermekgyógyász főorvos



Tisztelettel kérjük, hogy mielőbb fizesse be 2014. évi tagdíját.

A tagdíj az elmúlt öt évben 8 000 forint volt, ezt az összeget a 2013. november 30-i küldöttgyűlés 10 000 forintra emelte. Bankszámlaszám: 11713005-20419448
Együttműködését köszönjük!

HGYE



A HGYE címe:
1133 Budapest
Ipoly u. 5/E
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: +36 1 330-0900
Fax: +36 1 238-0388
E-mail:
hgye@mail2000.net

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

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

HÍRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1800 példányban.

Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható.

Felelős kiadó: Dr. Póta György Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály
ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**

A címlapon: Réthy Kinga, belső fotók: Jaksity Iván

