

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXIX. évfolyam
2024/2. szám

Legkorszerűbb
formulánk

Nestlé BEBA SUPREMEpro 1 és 2

SINERGITY™

Összetevők
szinergikus
hatásával*

1+1=3



Tejalapú anyatej-helyettesítő^A és anyatej-kiegészítő^B tápszer fehérje-hidrolizátumból

FŐBB ÖSSZETEVŐK:

*SZINERGIKUS HATÁST^{1,2} EREDMÉNYEZŐ ÖSSZETEVŐK

6HMO

6HMO³ keverék
Korosztályra adaptált
HMO mennyiségekkel



B. infantis⁴
Hatékonyan metabolizálja
a HMO-k szélesebb körét^{5,6}



TOVÁBBI KLINIKAILAG IGAZOLT HATÉKONYSÁGÚ ÖSSZETEVŐK

B. lactis

B. lactis⁷
Jótevény hatása
bizonyított a bél éréseire
és az immunműködésre⁸⁻¹⁴



OPTIPRO[®] HA^{15,16}
Részlegesen bontott
fehérje, amely könnyebben
emészthető¹⁷

1. Swanson KS, et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2020;17:687-701. 2. De Bruyn F, et al. Abstract presented at ESPGHAN 2023. 3. 2'-Fukozil-laktóz (2'FL), 3-Fukozil-laktóz (3FL), Di-fukozil-laktóz (DFL), Lakto-N-tetraóz (LNT), 3'-Sialil-laktóz (3'SL), 6'-Sialil-laktóz (6'SL), amely oligoszacharidok szerkezetileg teljesen identikusak az anyatejben megtalálhatókkal. 4. Bifidobacterium longum subsp. infantis (LMG 11588), 5. Chichlowski M, et al. Nutrients 2020;12(6):1581. 6. Duar RM, et al. Nutrients 2020;12(11):3247. 7. Bifidobacterium lactis (CNCM I-3446), 8. Holscher HD, et al. J Parenter Enteral Nutr 2012;36(1 Suppl):95S-105S. 9. Sadeghpour Heravi F, et al. Nutrients 2023;15:709. 10. Holscher HD, et al. J Parenter Enteral Nutr 2012;36(1 Suppl):106S-117S. 11. Fukushima Y, et al. Int J Food Microbiol 1998;30:42(1-2):39-44. 12. Chouraqui JP, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004;38(3):288-292. 13. Weizman Z, et al. Pediatrics 2005;115(1):5-9. 14. Ziegler E, et al. Monatsschr Kinderheilkd 2003;151(Suppl 1):S65-S71. 15. A Nestlé egyedülálló fehérjetechnológiája állítja elő az OPTIPRO[®] fehérjét. 16. Fehérje-hidrolizátum, 17. Billeaud C, Guillet J, Sandler B. Gastric emptying in infants with or without gastroesophageal reflux according to the type of milk. Eur J Clin Nutr 1990; 44 (8): 577-83;

BEBA SUPREMEpro 1, 400 g, Közfiranszírozás alapjára elfogadott ár: 3 615 Ft, TB támogatás összege (25%): 904 Ft, Térítési díj: 2 711 Ft; BEBA SUPREMEpro 2, 400 g, Közfiranszírozás alapjára elfogadott ár: 3 615 Ft, TB támogatás összege (25%): 904 Ft, Térítési díj: 2 711 Ft; NEAK végleges publikus gyógyszertervezési (PUPHA), érvényesség kezdete: 2024.05.01. Tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek részére. A Nestlé Hungária Kft. kizárja a felelősségét az egészségügyi szakembereknek szóló szakmai tájékoztató anyag illetéktelen személyek általi felhasználásáért. Jelen kiadvány elválaszthatatlan részét képezi a címkészöveg. Fontos figyelmeztetés! A csecsemő legjobb tápláléka az anyatej. A szoptatás a legegészségesebb táplálási mód. Határozottan támogatjuk az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlását, amely javasolja a kizárólagos szoptatást az élet első 6 hónapjában, valamint a szoptatás folytatását a 6 hónapos kortól bevezetésre kerülő, megfelelő és biztonságos kiegészítő (szilárd) élelmiszerek fogyasztása mellett 2 éves korig. (A) Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadálya van a tápszer csak független, orvosi, táplálkozástudományi, vagy gyógyszerészeti végzettségű szakember tanácsára javasolt használni, a csecsemő kizárólagos táplálására születéstől kezdve 6 hónapos korig, 6 hónapos kortól pedig a vegyes étrend részeként. (B) 6 hónapos kortól adható a vegyes étrend részeként azoknak az egészséges csecsemőknek, akiknél a szoptatás nem megoldható, vagy nem elégséges a csecsemő kiegészítő táplálására. Nem adható anyatej-helyettesítő tápszerként 6 hónapos kort megelőzően. A tápszer kiegészítő táplálás céljára használni, valamint 6 hónapos kort megelőzően bevezetni csak független, orvosi, táplálkozástudományi, vagy gyógyszerészeti végzettségű szakember tanácsára ajánlott, a csecsemő egyedi növekedési és fejlődési igényei alapján. Ha a csecsemő bizonyítottan tehéntejfehérje-allergiás a BEBA SUPREMEpro 1, a BEBA SUPREMEpro 2 nem alkalmazható. Nestlé Hungária Kft. Lezárás dátuma: 2024.04.29.; BEBA_H_202404/1

Tartalom

SZAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

Számít a véleményed 4

INTERJÚ

A gyermekgyógyításnál inspirálóbbat
nehezen tudok elképzelni 7

NAPRAKÉSZEN

A képernyő előtt töltött idő és a szülő-gyermek
kommunikáció közötti összefüggések 11

TÉNYLEG A LÉNYEG

Ételallergia diagnosztikájának
nehézségei a mindennapokban 13

SZPONZORÁLT TARTALOM

Innováció a kólika kezelésében (X) 17

Hitek és tévhitek a kólika kezelésében (X) 18

Sokoldalúság és biztonság egy törzsbe zárva (X) 20

NAPRAKÉSZEN

A European Academy of Pediatrics 10 fontos
ajánlása gyermekorvosok számára 21

TÉNYLEG A LÉNYEG

Krónikus gyermekkori fájdalom kezelése 23

SZPONZORÁLT TARTALOM

Dilemmák a csecsemők táplálása
és táplálásterápiája területén (X) 25

PRAXISMENEDZSMENT

Változásmenedzsmment a praxisban,
avagy orvosok vagy vezetők? 26

EGYESÜLETI HÍREK

Beszámoló HGYE 2024-es küldöttgyűléséről 29

Beszámoló az EAP 2024 Mastercourse-ról 30

25. Kávészünet konferencia 32

Médiatámogató:  OBSERVER

Impresszum

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

Cím: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E

Telefonszám: 1 3300 900

Emailcím: hgye@hgye.hu

Bankszámlaszám: 11713005-20419448

Honlap: www.hgye.hu

A magazin szerkesztőbizottságának tagjai:

Dr. Kántor Irén

Szakmapolitika és érdekvédelem

Interjú

Jogsegélyszolgálat

Telemedicina

Dr. Rósa Ágnes

Gondozzuk kertjeinket!

Tényleg a lényeg

Házunk tája

Ismétlés a tudás anyja

Naprakészen

Dr. Pátri László

Praxismenedzsmment

Dr. Fábíán Dóra Judit

A világ egyetem

Braun Helga

Egyesületi hírek

Kitekintő

Hirdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:

jogsegely@hgye.hu

HÍRVIVÓ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

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

Amennyiben a magazinnal kapcsolatosan kérdése, észrevétele van, írja meg az alábbi e-mail-címre: hgye@hgye.hu

Kiadó: Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete

Felelős kiadó: Dr. Kántor Irén, elnök

Lapigazgató: Braun Helga

ISSN szám: 1417-0795

Dizájn, nyomdai munkák: PRESENT Kft.

1222 Budapest, Borkó u. 4-6.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2024-ben:

 BioGaia

 NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

 Nestlé Nutrition

 Pfizer

Dr. Havasi Katalin PhD | házi gyermekorvos, a HGYE leköszönő elnöke, MGYT-főtitkár, Hódmezővásárhely

Számít a véleményed

Kedves Kollégák!

Időről időre megkérdezzük benneteket azokról a napi problémákról, szakmapolitikai kérdésekről, melyek megoldásán, egyszerűsítésén évek óta nap mint nap dolgozunk. A szakmapolitika igazán hálátlan munka: rengeteg energiát igényel, egyáltalán nem látványos, és lehetetlen, hogy minden – sokszor egymásnak ellentmondó – véleményt egyszerre képviseljünk, ahogyan az is, hogy mindenki megelégedésére szülessenek a döntések. Ezért nélkülözhetetlen, hogy megismerjük a többség véleményét mind a célokban, mind azok rangsorolásában.

Az egészségügy átalakításának szükségességét évtizedek óta senki sem vitatta, de a folyamat részesének – sokszor elszennvedőjének – lenni közel sem egyhangúan pozitív élmény.

Az egész egészségügy valamennyi szegmensét érintő változásból nincs lehetőség kimaradni, de kell egy pontos iránytű, hogy miért küzdünk, mit akarunk megakadályozni, és mit akarunk elérni. Ebben a gyorsan változó, millió ponton frusztráló folyamatban célunk a gyermek-alapellátás megmaradása. Ennek a célnak a szemszögéből vizsgálunk minden új intézkedést, változást. A megmaradás egyúttal azt is jelenti, hogy a legégetőbb problémákra keressük a legnagyobb erővel a legtöbbek számára elfogadható megoldásokat. Köszönet azoknak, akik válaszaikkal sokat segítenek ebben!

Számít a véleményed! Mi változott 2023 óta, hogyan látjátok ti? Írme a válaszok a két kérdőív alapján.

Először nézzük meg, hogy hányan válaszoltak. Talán ti is érzitek, hogy a fáradtság a munkától és az új feladatoktól sokszor apatikus hangulatot vált ki, ezért is öröm, hogy idén másfélszer annyi választ kaptunk, mint tavaly, 313 kolléga töltötte ki a teljes kérdőívet. A korábbiánál többen válaszoltak megyeszékhelyen és városban dolgozó kollégák közül, és nőtt a válaszolók praxisainak a mérete is. 10 százalékponttal kevesebben (11%) 500 fő alatti, 10 százalékponttal többen (47%) 1001 fő fölötti praxisban dolgoznak. Ez a trend rámutat a praxisok létszámának növekedésére is?

Nézzük a témakörök súlyának a változását. Egy éve az indikátorok és az ügyelet vezették a fontossági listát, mostanra mindkettő veszített a súlyából, és a korábbi harmadik helyezett, az igazolások témája került az élre. Nem is meglepő, hiszen az utóbbi évek nem szerencsés történései nyomán többen kaptak közigazgatási felszólítást, és immár törvény kötelez bennünket nemcsak a saját, de még a szakellátás miatti hiányzás igazolására is. Második helyezett holtversenyben az indikátorok és a helyettesítés nehézségei, és csupán negyedik helyen említik a kollégák – bár két helyvel előrébb – az utánpótlás

hiányát, ami viszont hosszú távon a legsúlyosabb következménnyel járhat.

Ügyelet

Nem változott, 1% azok aránya, akik több ügyeletet szeretnének vállalni, mint amire lehetőségük van, megduplázódott azok aránya akik vállalhatónak tartják, de ez még most is csak alulról közelíti a válaszadók felét. „Teljesen felborítja a napi tevékenységemet, jó lenne ha nem lenne kötelező” 32,4% szerint. Az OMSZ segítőkészen viszonyul a jelzéseinkhez, dolgozik a helyi problémák megoldásán.

Indikátorok

A korábban is jól teljesítő kollégák jövedelme vagy stagnál, vagy csökken, és a nagy többség szerint nem a szakmai minőség az, amivel teljesíteni lehet az elvárt pontszámot. Azt látjuk, hogy csak 3% finanszírozása nőtt jelentősen, ellenben 12%-nak a havi bevétele csökkent több mint 200 ezer forinttal, annak ellenére hogy a házi gyermekorvosi indikátorkasszát sikerült elkülöníteni a házi orvostól, így legalább a keret nem csökken. Több kollégától kaptunk javaslatokat új indikátorokra, ezeket egyeztetjük, keressük a megvalósíthatóság módját, de türelmüket kérjük, mert a következő kérdésben nagyon nagy, 70%-os többség válaszolta, hogy csak akkor legyen új indikátor, ha ez forrásbővítéssel is jár. Addig is felkészülünk a munkánk minőségét jobban bemutató indikátorok előkészítésével.

Iskolaorvoslás

20%-ról 50%-ra nőtt azok aránya, akik számára terhes kötelezettség az iskolaorvosi munka. 10% körül maradt az iskolaorvosi szűrővizsgálatokat támogatók aránya. A jelen rendszer megmaradását csak ötből egy kolléga támogatja. A nagy többség, 65% szerint csak a szakmai alkalmassághoz kötött iskolában indokolt az iskolaorvos jelenléte, minden középiskolában 15%-nyian javasolnák. Évekkel ezelőtt leadtuk törvénymódosítási javaslatunkat, konszenzus is született az első lépésekről az Okfő, a HGYE és az FJIT között, de a mai napig nem jelent meg ennek megfelelő módosítás. MSc-s védőnők bevonását az iskolai oltásokba a kollégák 67%-a támogatja.

Helyettesítés

Valóban a mindennapok gondja minden második házi gyermekorvos számára. Nehéz rá megoldást találni, mert nem látszik kihasználatlan gyermekorvosi kapacitás. Javasoltuk, hogy szakorvosjelöltek, rezidensek vállalhassanak – felügyelettel, azaz elérhető segítséggel – hivatalosan is helyettesítést.

Hatáskörbővítés

Mindkét felmérés során 80%-os támogatást kapott a téma. A legtöbb javaslat a gasztroenterológia és a pulmonológia témakörében érkezett. Sokat dolgozunk érte, évek óta bombázzuk a döntéshozókat javaslatokkal, és kapunk ígéreteket. Reméljük, hogy mielőbb megvalósul.

Módszertani anyagok fejlesztése

Egy éve 82%, idén már 96% érzi a hiányát. Szakmai együttműködésben több fejlesztésben vettek részt a vezetőség tagjai. A köztöltött formátumú, időigényes és terjedelmes irányelvek mellett rövid, áttekinthető, nemzetközi irányelvekkel harmonizáló algoritmusokkal igyekszünk támogatni a napi munkát. „Tényleg a lényeg” leaflet melléklet található valamennyi Hírvívőben. Ajánljuk figyelmetekbe, és köszönet azon több szakvizsgás kollégáknak, akik szakterületükről ezeket elkészítik. Ez évben tankönyvírással is segítjük a gyermekek jobb ellátását. Köszönet mindazoknak, akik részt vettek ebben a munkában, és azoknak is, akik a kérdőívben ajánlották fel segítségüket!

Utánpótlás hiánya

40 kolléga (13%) nem talál vevőt a praxisára, de borúsan látja a közeljövőt a válaszadók 56%-a. Kutatást végeztünk profi céggel, keresve a vonzerőnk hiányának az okát. Egyértelműen a szakmai kihívás hiányát jelölték meg a kollégák, ami részben az alapellátásban végzett tevékenységgel kapcsolatos ismeretek hiányából fakad. Tőlünk (is) függ, hogy tutorként hányan fogadunk szakorvosjelölteket praxisainkban, és ezalatt sikerül-e bemutatni a terület szépségét, vagy inkább elriasztjuk őket. A válaszadók is ezt tekintették legfontosabbnak. Az egyetemi előadások és a kompetenciabővítés is dobogós lett. Az egyetemek vezetése, elfogadva érveinket, egyre inkább elvárja, hogy az alapellátási gyakorlatokat praxisban töltsék a szakorvosjelöltek. Tudom, hogy mindenki túlterhelt, mégis kérem, aki topon érzi magát a szakterületén, szépnak tartja hivatását, és szeretné, hogy legyen helyettese, utódja, az jelentkezzen tutornak.

Mi lesz a jövő?

A kollégák fele több hatáskörrel és több szakdolgozóval oldaná meg a növekvő feladatokat. Másik fele több lehetőséget is elfogadhatónak tart, mint a szakorvosi központokat, szakorvosi támogatást a házi orvosi praxisoknak. A választás lehetőségét, a helyi lehetőségeket, a helyben dolgozó kollégák javaslatait fogjuk támogatni. A tárgyalásokon azt képviseljük, hogy a praxisjog érintetlen maradjon, csak önkéntesen lehessen eladni vagy átadni.

Praxisban? Kórházban? A kettő egyszerre?

15% szerint a kórházak küldjenek gyermekorvost az üres praxisokba, de senki sem támogatja, hogy a házi gyermekorvos kötelezhető legyen kórházi munkára. Közel 80% szerint kizárólag önkéntes alapon fogadható el mindkét megoldás. Ez egyértelműen meghatározza, hogy mit képviseljen a HGYE.

Praxisadminisztráció, igazolás

2023-ban 70% az összes adminisztrációt, 16% csak az igazolásokat tartotta megterhelőnek, ez évre fordult a trend, 51%-ra csök-

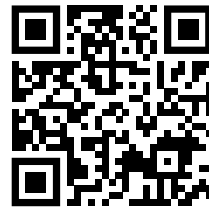
kent azok aránya, akik az összes adminisztrációt, és 35%-ra nőtt azoké, akik az igazolásokat tartják a legnagyobb tehernek. Előzmény, hogy pár éve sikeres egyeztetést folytatott a HGYE több minisztérium képviselőivel, megegyeztünk a bölcsődei igazolások teljes eltörlésében, azonban ez a rendelet sem jelent meg. Az előző évek iskolai igazolásokat érintő történései, az ezek nyomán hatályba lépő 2023-as rendeletmódosítás nagyban korlátozza a mozgásterünket. Jelenleg nem tudjuk elérni az igazolások teljes eltörlését, ezt ígérni felelőtlenség lenne, bármenynyire szeretnénk is. Azt azonban mindannyian mindennap érezzük, hogy irracionális mennyiségű igazoláshegyeket kell gyártani. Erre többen találtunk megoldást egy magánszolgáltató informatikai rendszerén keresztül, de ez csak azoknak segítség, akik vállalják ennek a költségét és használatát. A megoldásnak általánosnak és ingyenesnek kell lennie, olyannak, ami minden kollégáról és asszisztenseiről leveszi az igazolásírás terhet. Megkérdeztük kollégáinkat, hogy a nulla megoldás lehetetlenségének éveire maradjanak az igazoláshegyek, vagy keressünk megoldást a probléma jelentős csökkentésére. Ez indulatokat kavarró kérdés, a döntéshez ismernünk kellett, hogy mit gondoltok. 70% szavazott arra, hogy mindenképpen csökkentsük az igazolások okozta felesleges adminisztrációt. A megoldási javaslat két lábon áll: az egyik, hogy a betegellátás során az igazolás adatai (csak a gyermek és az ellátó orvos adatai, valamint az igazolás időtartama) a B300-as jelentéshez hasonlóan az ellátás lezárásával automatikusan kerüljön az EESZT-be, majd onnan szintén automatikusan az eKRÉTA-ba. Ennek első lépése az EESZT és az eKRÉTA összekötése. Az eRecept mintájára javasoltuk, hogy a korábbi igazolási típusok is érvényesek maradjanak, addig is, amíg a rendszer működése zökkenőmentessé válik. Ez az összekötés megnyithatja az utat visszafelé is, a gondozottaink iskolai egészségügyi adatai végre eljuthatnak majd hozzánk. Amint ezt sikerül elérni, jön a megoldási javaslat másik lába: újraindítjuk a tárgyalásokat a szülők által igazolható hiányzásokról. Ennek sikeréhez tapasztalattal és felhatalmazással bír, egységesen, racionálisan tárgyaló felek kellene. Cél, hogy 2025-re ez a problémakör már jelentőségét veszítse.

Az általunk kiállított igazolások továbbra sem egységesek, de 84%-ban jogszabálykövetők vagyunk, ezért fontos a jogszabályok szintjén csökkenteni a felesleges adminisztratív terheket. Az összes adminisztráció továbbra is különös figyelmet érdemel, hiszen továbbra is legtöbben ezt emelték ki.

Marad még feladat a következő évekre is. Nem tudott, és nem is fog tudni minden problémát megoldani 10-15 lelkes önkéntes HGYE-vezetőségi tag. Nem szakszervezet vagyunk, sem kamara, amelyeknek törvényi biztosítékuk van a rendeletalkotásban való részvételre. Mi egy civil szervezet vagyunk, azokon a problémákon dolgozunk, melyeket az előbbiek nem oldanak meg. Fegyver nélkül megyünk a csatáért, saját elkötelezettségünk, ügyességünk, tapasztalatuk és elsősorban a ti támogatásotok segíti a munkánkat.

Azt kívánom, hogy mindig legyen 10-15 elkötelezett kolléga, aki felvállalja a szakmai és szakmapolitikai kihívásokkal szembeni küzdelmet közösségünk érdekében, és a közösségünk ehhez minden támogatást megadjon nekik.

FIGYELJEN A SPINÁLIS IZOMATRÓFIA (SMA) KORAI FIGYELMEZTETŐ JELEIRE!¹⁻³



#SMA **BETEGSÉG**
smabetegseg.hu

Az SMA versenyfutás az idővel – a diagnózis mihamarabbi felállítása létfontosságú, mert a kezelés előtt bekövetkező károsodás visszafordíthatatlan.^{4,5} Ellenőrizze az alábbi tüneteket a gyermekek 3 hónapos életkora előtt^{1-3,6,7}



**A TÜNETEK FENNÁLLÁSA ESETÉN SÜRGŐSEN UTALJA
A GYERMEKET GYERMEKNEUROLÓGUSHOZ^{4,8}**

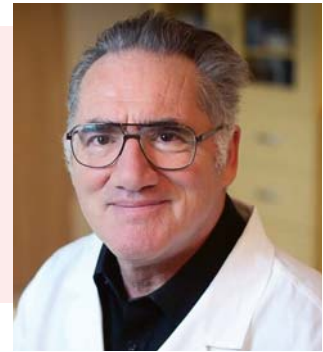
Referenciák: 1. Kolb SJ and Kissel JT, *Neurol Clin.* 2015;33(4):831-46. 2. Prior TW, et al. NCBI Bookshelf 2019. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1352>. Date accessed: September 2020. 3. Wang CH, et al. *J Child Neurol.* 2007;22(8):1027-49. 4. Govoni A, et al. *Mol Neurobiol.* 2018;55(8):6307-18. 5. Stifani N. *Front Cell Neurosci.* 2014;8:293. 6. Pera MC, et al. *PLoS One.* 2020;15(3):e0230677. 7. Lin CW, et al. *Pediatr Neurol.* 2015;53(4):293-300. 8. Mercuri E, et al. *Neuromuscul Disord.* 2018;28(2):103-11.

HU2308292992 Lezárás dátuma: 2023.08.29

Koncsek Rita |

A gyermekgyógyításnál inspirálóbbat nehezen tudok elképzelni

Ötven éve gyógyít gyermekeket dr. Harmat György gyermekgyógyász, a neonatológia és gyermek-ultrahangdiagnosztika professzora. Huszonhárom éven át vezette a Madarász utcai gyermekkórházat, az utolsó öt évben a Heim Pál-kórházzal együtt. A lapunknak adott interjúban beszélt többek közt arról, hogy miért nem lett régész, és arról is, hogy milyen programokkal készül a Magyar Gyermekorvosok Társaságának 100 éves jubileumi eseményére.



Mikor döntötte el, hogy orvos lesz?

Eredetileg történész vagy régész szerettem volna lenni, de amikor kiderült, hogy Heinrich Schliemann felfedezte a legenda szerinti Trója lelőhelyét és kincseit, akkor elment a kedvem a történészszakmától. Amikor a Kölcsey Ferenc Gimnáziumba jártam, akkor fedezte fel James D. Watson és Francis Crick a kettős spirált, ami forradalmi előrelépést jelentett a genetikában. Ez engem nagyon érdekelt, és el is kezdtem utánaolvasni. Egy darabig úgy tűnt, hogy biológus leszek. Voltak hétvégenként a gimnazistáknak központi biológiai szakkörök, az egyiket Csányi Vilmos vezette, a másikat pedig Vida Gábor, mindketten már akkor híres genetikusok voltak, és rengeteget tanultunk tőlük. A tanfolyam végén záróvizsga volt, aki jól teljesített, az bejuthatott az egyetemi központokba. A gimnázium harmadik évében volt az országos Ki miben tudós? verseny, melyet biológiából is megrendeztek. A döntő a tévé nyilvánossága előtt zajlott, a zsűriben Ádám György és Törő Imre professzorok is részt vettek. Ezen első helyezést értem el. Ezzel az eredménnyel már félig felvételt is nyertem a budapesti orvostudományi egyetemre. A felvételi elbeszélgetés után pedig majdhogynem besétáltam a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karára.

Miért éppen a gyermekgyógyászat mellett tette le a voksát?

Az egyetem első évében egy hónapig ápolási gyakorlaton voltam a Korvin Ottó-kórházban. Virágh Berci bácsi volt a mentorom, aki mindennap átment a szülészetre, és megnézte az újszülötteket; persze működött ott gyermekgyógyász ambulancia is. Én csak csodálgattam, ahogy vizsgálta a babákat, gyerekeket. Fantasztikus kapcsolatot talált a szülőkkel és a kisbabákkal egyaránt. Azt hiszem, ekkor döntöttem el, hogy gyermekgyógyász leszek.

Hogyan látja a gyermekek egészségi állapotát? Mi változott az ötvenéves gyógyító tevékenysége alatt?

Ami biztosan változott, az az általános gyermekápolás és gyermekhygiénés lehetőségek tárháza. Az oltások bevezetésével rengeteg betegség eltűnt. Sajnos vannak oltásellenesek, és az még számomra is döbbenetes volt, hogy éppen nemrég talákoztam egy szamárköhögéses babával, a két hónapos csecsemő persze még volt beoltva. Ott van például a meningitisz, az agyhártyagyulladás, ami szinte eltűnt a gyakorlatból. Amikor én kezdtem a szakmát, 1975-ben, ebben a betegségben 24 órán belül meghaltak a gyermekek. Ma már ha egy gyermekorvos agyhártyagyulladás tüneteit diagnosztizálja, nem ijed meg annyira, mint én negyven-ötven évvel ezelőtt. Persze ez nem jelenti azt, hogy manapság nem halnak meg meningitiszben a gyermekek, de sokkal kisebb számban veszítjük el őket a megfelelő intenzív kezelés és antibiotikus terápia alkalmazásával. A gyermekeknek ahhoz, hogy az immunrendszerük kialakuljon, sok betegségen át kell esniük. A kicsik abban a pillanatban, amikor bekerülnek egy közösségbe, általában egy hetet járnak oviba vagy bölcsibe, és két hetet otthon vannak a betegségek miatt. Ez nem sokat változott az elmúlt ötven évben. De a szülők edukációja sajnos kiment a gyakorlatból. Már a házi gyermekorvosok és a védőnők helyett az interneten tájékozódnak az anyukák és az apukák, ami tele van hibás információkkal. És ez nem jó irány. Nem támogatom az ellenőrzés és oktatás nélküli, igény szerinti szoptatást sem, és az is trendi, hogy nem mérik a csecsemők súlygyarapodását, csak akkor kerülnek orvosi vizsgálatra a babák, amikor vagy már túlsúlyosak, vagy nem gyarapodnak megfelelően. Nagy fájdalom, hogy szülészetről két nap után úgy adják haza az újszülötteket, hogy az anyukának fogalma sincs, hogyan kell szoptatni a csecsemőt, vagy mit kell tenni, ha besárgul, ismételtlen hány, vagy hasmenése van.

Hogy látja a mai gyermekgyógyászatot. Van, amit hiányol?

Elsősorban a konzíliumokat. Amikor a Madarász utcai gyermekkórházban dolgoztam, akkor ha egy szokatlan tünettel találkoztunk egy gyermeknél, konzíliumot hívtunk össze. Olyan tapasztalt kollégákkal vitattuk meg a beteg gyermek panaszait, akik a szakma kiemelkedő orvosai, ma ritkán hallani ilyesmiről. Ez szerintem nagyon hiányzik a mai oktatási gyakorlatból is. Persze tudom, hogy az online meetingek is nagyon hasznosak, de a valódi személyes konzíliumokat és gyakorlati fizikális vizsgálatokat, betegbemutatókat ezek nem tudják helyettesíteni.

Az ön nevéhez köthető a gyógyítás egyik legmodernebb technikájának, a gyermekkori ultrahangvizsgálatoknak a magyarországi elterjesztése. Hogyan kezdődtek a kutatásai ezen a területen?

Magyarországra 1973-1974 körül érkezett meg az első ultrahangkészülék, a BM Korvin Ottó-kórházába. A feleségem nőgyógyásza dr. Falus Miklós volt, az első vizsgálatok egy részét a terhesség alatt nálunk is elvégezték. A következő, már hordozható készülék elfért egy kofferben, és engedéllyel átvittem a Madarász utcai kórházba, kíváncsi voltam, milyen szervert lehet megfigyelni. Akkor még csak éjszaka tudtuk használni az ultrahangszkennert a csecsemőosztályon, mert az úgynevezett green scale valós idejű képernyőn csak sötétben lehetett valamit látni. A hasi ultrahang után elkezdtük a babák fejét is vizsgálni, mert a csecsemők nagykutacsán keresztül beleláttunk a koponyába is. A kórház gyermekideggyógyász konziliárusa, Szénási József főorvos segítségével értelmeltük az agyszerkezetet és az agykamrákat. Ahogy fejlődtek a készülékek, egyre több információt tudunk meg a gyermekekről. 80-90 ezer újszülött és csecsemő országosan is koordinált vizsgálata alapján kiderült, hogy a gyermekek 4-5 százalékánál az ultrahanggal valamilyen fejlődési rendellenességet már egészen korán ki lehet mutatni. Például ennek eredményeképpen megszűntek a hidronefrózis- vagy zsákvese-elávolító műtétek, mivel korai szakaszban kimutattuk a vese



üregrendszeri tágulatát, és ezeket műtéttel már kezelni lehetett. Úgy emlékszem, a kisbabák újszülöttkori ultrahangvizsgálata, ez a fájdalomtalan és ártalmatlan módszer 1987-ben került be a csecsemőkori alapvizsgálatok közé. Ekkor még a társadalombiztosítás fedezte a vizsgálat költségeit.

Milyen volt a kapcsolata a házi gyermekorvosokkal?

Úgy vélem, vissza kellene állítani a nyolcvanas-kilencvenes évek állapotát. Akkor a házi gyermekorvosok és a kórházi orvosok között szoros, szinte napi kapcsolat volt. És az alapellátó orvosok is rendszeres látogatói vagy konzultációs partnerei voltak a fekvőbeteg-ellátást nyújtó gyermekkórházaknak. A háziorvosok megnézték a saját betegeiket, konzultáltak velük, és amikor a kórházi kezelés véget ért, akkor a házi gyermekorvosok a saját praxisukban folytatták a terápiát, ha szükséges volt. Általában havonta egyszer volt a kórházban esetmegbeszélés, és ezeken természetesen a házi gyermekorvosok is részt vettek. A kollégákkal nagyon baráti és szívélyes volt a kapcsolatunk, de mára ezek a kontaktusok jelentősen csökkentek.

Annak a háttérben mi állhat ön szerint, hogy egyre kevesebb a napi kapcsolat a házi gyermekorvosokkal?

Úgy gondolom, hogy itt elsősorban a szándék hiányzik. Régen is leterheltek voltak az orvosok, régen még sokkal több gyermek volt, mint manapság. Sajnos a konzultációs beszélgetések az orvostani gyakorlatokból is eltűntek, ahogy már említettem, pedig ez nagyon fontos lenne.

Honnan tudta, hogyan kell vezetni egy gyermekkórházat?

Voltak kiváló elődeim, például Kemény Pál, aki legendás igazgató volt, illetve Sárkány Jenő, aki korábban a Heim Pál-kórházat igazgatta. Rájuk nagyon felnéztem. És amikor 1989-ben a rendszerváltáskor megváltoztak a viszonyok, a kórházakban is minden más lett. Az orvosigazgatót az orvosok választották, a nővérigazgatót a nővérek, a gazdasági igazgatót pedig a műszaki, gazdasági személyzet. Ekkor kértek fel a kollégáim, hogy pályázzam meg a Madarász utcai kórház igazgatói állását, és a szavazatok 66 százalékát megkaptam, ami nagyon jó arány. Az első megméretésemre is jól emlékszem, ez nem más volt, mint a taxissztrájk. Úgy kellett irányítani a kórházat, mint egy hadvezérnek. Pontosan meg kellett szervezni a betegek ellátását és azt, hogy az orvosok hogy jutnak be a munkahelyükre, illetve a nővérszolgálatot és az élelemellátást is. Hirtelen belecsöppentem egy olyan szituációba, amikor meg kellett tanulni a házon belül irányítani a dolgokat. A négynapos blokádnál, Budapest működésképtelensége jelentős tapasztalatszerzés volt számomra. Elengedhetetlen volt a kollégák együttműködése. A kinevezésem után elmentem Schuler Dezső professzorhoz, aki akkor a Tűzoltó utcai gyermekklinikai igazgatójaként dolgozott, és kértem, mesélje el a tapasztalatait. Elmentem Miskolcra is a Gyermekegészségügyi Központ vezetőjéhez, Velkey Lászlóhoz, hogy mondja el, miként kell egy gyermekintézetet vezetni. Mindannyiuktól sok hasznos tanácsot kaptam. Később akadémiai ösztöndíjjal külföldi intézményeket is megnézhettem, valamint részt vehettem

egy tízhetes orvos-menedzser képzésen Birminghamben. Magyarországon ez a képzés akkor még ismeretlen volt, Angliában viszont már 34 éves tapasztalattal rendelkeztek. Egyébként idén lesz a Madarász utcai kórház 95 éves, és rendeznek találkozót, mert aki a Madarászban dolgozott az mindig is madarászos marad.

Még most is dolgozik, gyermekeket gyógyít. Honnan ez a vitalitás?

Egyre többet dolgozom ismét. Bár 2012-ben elbúcsúztam a Heim Pál- és Madarász utcai kórházról, volt feladatom utána is, mert elkezdtem tanítani a Semmelweis Egyetemen. Majd lehetőséget kaptam, és most magánrendelőben rendelék: hetente kétszer mint gyermek-ultrahangvizsgáló orvos, kéthetente egy-egy délután pedig mint házi gyermekorvos is dolgozom. Imádom csinálni, nincs annál jobb érzés, mint egy csecsemőt kézbe venni, megvizsgálni, és ha ezután a baba még el is mosolyodik, az külön ajándék. Olyan pácienseim is vannak, akiket gyermekként gyógyítottam, és most már felnőttként a gyerekeiket hozzák hozzám. Ez olyan energiát és olyan örömet ad, aminél inspirálőbb dolgot nehéz lenne elképzelni.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága fennállásának századik évfordulója kapcsán végzett egy kutatást az orvostörténeti értékekről. Miket talált?

Idén májusban száz éve, hogy megalakult az MGYT, és novemberben Debrecenben lesz egy jubileumi rendezvény, aminek a koordinátora vagyok. Sokat foglalkozom ezzel. Az MGYT száz évvel ezelőtti nyitóbeszédét a híres ifjabb Bókay János tartotta, és sikerült megtalálnom a beszédet. Ha minden igaz, akkor a centenáriumon is Bókay János fogja elmondani a beszédet, aki a neves előd leszármazottja. Sikerült továbbá találni 60-65 olyan híradórészletet is, ami a gyermekorvoslással foglalkozik 1910-től az 1970-es évekig, és persze sok más programmal is készülünk a rendezvény keretében.

Hogyan töltődik fel? Mivel tud kikapcsolódni?

Hetente kétszer teniszezem, mert ez szükséges a fizikai állapotom fenntartásához. És gyakran járunk színházba vagy moziba is a párommal. Három gyermekem és öt unokám életem alapkövei. Most sokat foglalkozom az orvostörténettel, és igyekszem nagy kutatómunkát végezni, jelenleg a gyermekmenhelyek vannak előtérben. Az például már kiderült, hogy Nagy-Magyarország területén 1903 után 17 gyermekmenhely volt. Az egyik a Budapesti Magyar Királyi Állami Gyermekmenhely, amiből aztán a Heim Pál Gyermekkorház lett. A szegei gyermekkorház is menhelyből alakult ki. Magyarországon az első gyermekkorház viszont Shöpf-Merei Ágost nevéhez fűződik, 1839-ben nyílt meg, 12 ágyas volt, és a mai Puskin utcában épült, jelenleg is áll, ezért szeretnénk erre az egyedülálló műemlékre a közeljövőben ismét emléktáblát kihelyezni.



Saba Derm

HIPOALLERGÉN DERMOKOSZMETIKUMOK

Újszülött kortól, prevenció pozitív családi anamnézis (atópia, ekcéma, pszoriázis) esetén

0+ 0 éves kortól

0% SLS, parabén, illat, színezék, mesterséges tartósítószer

BABAFÜRDETŐ ÉS SAMPON

pH5 - bababőr védelmében

- Könnymentes
- Vegán

Értékes összetevők:

- Jojoba olaj
- Édesgyökér kivonat
- E-vitamin
- B5-provitamin

Könnymentes

A bőr mikrobiom védelmében



TESTÁPOLÓ, HIDRATÁLÓ ARC- ÉS KÉZÁPOLÓ

pH4 - a bőr mikrobiom védelmébe

- Naponta többször
- Minden fürdés után
- Vegán

Értékes összetevők:

- Urea
- Szőlőmag és repceolaj
- Glicerín
- Allantoin
- E-vitamin
- B5-provitamin

Megvásárolható az Auchan áruházaiiban, patikákban és webáruházunkban

info@sabaintim.hu ————— **www.saba.hu**

MAGYAR ORVOSOK SZAKÉRTelmÉVEL



A legértékesebbnek az életben.

A HiPP anyatej-helyettesítő tápszerek már elérhetőek TB-támogatással!



Tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek részére. A Hipp Kft. kizárja a felelősségét az egészségügyi szakembereknek szóló szakmai tájékoztató anyag illetéktelen személyek általi felhasználásáért.

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

Anyatej-helyettesítő tápszer: Az anyatej a legjobb a csecsemő számára, 6 hónapos korig a kizárólagos szoptatás a legideálisabb táplálási mód. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadálya van, az anyatej-helyettesítő tápszert a gyermekorvos utasítása szerint és ellenőrzése mellett ajánlott alkalmazni.

Forrás: www.neak.gov.hu, Publikus gyógyszertervezés (PUPHA), érvényesség kezdete: 2024. 04. 01.

HiPP Pre BIO Combiotik®: Közfinszírozás alapjól elfogadott ár: 3.946 Ft, Támogatás összege: 987 Ft, Térítési díj normatív támogatással: 2.959 Ft

HiPP 1 BIO Combiotik®: Közfinszírozás alapjól elfogadott ár: 3.946 Ft, Támogatás összege: 987 Ft, Térítési díj normatív támogatással: 2.959 Ft

HiPP HA 1 Combiotik®: Közfinszírozás alapjól elfogadott ár: 4.681 Ft, Támogatás összege: 2.575 Ft, Térítési díj normatív támogatással: 2.106 Ft

HiPP 1 BIO: Közfinszírozás alapjól elfogadott ár: 3.157 Ft, Támogatás összege: 789 Ft, Térítési díj normatív támogatással: 2.368 Ft

hcp.hipp.hu

Dr. Kovács Zsuzsanna | ny. házi gyermekorvos

A képernyő előtt töltött idő és a szülő-gyermek kommunikáció közötti összefüggések 12-36 hónapos gyermekek körében

Referátum

Brushe M. E., Haag D. G., Melhuish E. C., Reilly S., Gregory T.: Screen Time and Parent-Child Talk When Children Are Aged 12 to 36 Months
JAMA Pediatr. Published online March 4, 2024. doi:10.1001/jamapediatrics.2023.6790

Közismert, hogy a korai életévekben különösen fontos a nyelvben gazdag otthoni környezet. Számos szakmai bizonyíték támasztja alá, hogy pozitív összefüggés van a korai nyelvi expozíció és a gyermekek idegrendszeri, nyelvi, szociális, érzelmi fejlődése, IQ-ja között. Ennek eredményeként egyre népszerűbbé váltak azok a programok, amelyek célja, hogy növeljék a szülő és a gyermek közötti kommunikációt a kisgyermekes családok körében. A gyermekekkel való beszélgetés könnyű és magától értetődő tevékenységnek tűnhet, bár a családok mindennapi életében ez nem mindig egyszerű. Kulcsfontosságú azon tényezők feltárása, amelyek az otthoni környezetben is megzavarhatják a szülő és gyermekek közötti interakciót és beszélgetést. Ezzel támogathatjuk a családokat a zavaró tényezők elhárításában és a gyermekek nyelvi fejlődését segítő, nyelvben gazdag környezet kialakításában. Egyre több vizsgálat igazolja, hogy összefüggés van a képernyő előtt eltöltött idő és a szülő-gyermek interakciók között.



Egy új fogalom, a technoferencia (technológiai okból kialakuló interferencia) nevesíti ezt a jelenséget. Számos vizsgálat igazolta, hogy a családok képernyőhasználatja eltérli a gyermekek figyelmét, megzavarja a napi beszélgetést, elmaradnak a gyermek kérdéseire adandó válaszok. A szülők és a gyermekek között kevesebb odafigyelést, keményebb reakciókat, kevesebb verbális és nonverbális kommunikációt tapasztaltak, sőt az okostelefon-használat a szülők reakciókészséget is csökkentette.

Jelen tanulmány célja, hogy objektív mérésekkel igazolja a megfigyeléseket. Az Ausztráliában 2017-ben elindított Language in Little Ones (LiLO) tanulmány egy prospektív kohorszvizsgálat, amely két évente gyűjtött adatokat gyermekek körében 6 hónapos kortól iskoláskoruk eléréséig. Összefüggést kerestek a képernyő előtt töltött idő és a szülő-gyermek kommunikáció között a gyermekek életének első három évében. A szülő-gyermek interakciók három fajtáját mérték:

1. felnőtt szavak,
2. gyermekhangok,
3. szülő-gyermek interakciók vagy párbeszéd.

A szülő-gyermek beszélgetést 6 havonta egyszer, 16 órán keresztül rögzítették a LENA (Language Environment Analysis) nevű fejlett beszéd felismerő technológia segítségével. Ez a technológia automatikusan számszerűsíti a felnőtt szavakat, a gyermek által kiadott hangokat, valamint a felnőtt és gyermek közötti beszélgetéseket. Azt is kiszámította, hogy mennyi ideig voltak kitéve a gyerekek televíziós vagy elektronikus zajnak. 2018-tól az Electronic Use in Little Ones (EUiLO) tanulmányban ez kiegészült a képernyő előtt töltött idő mérésével. 2018. január 1-től 2021. december 31-ig televíziós- és elektronikus zaj-adatokat mértek, így rögzítették a képernyő előtt töltött időt. A vizsgálatban

azok a gyermekek vehettek részt, akik 2017-ben, a terhesség 37. hetében vagy utána születtek, és angolul beszéltek (a LENA technológia miatt). Nem vehettek részt a vizsgálatban az ikrek és azok, akiknél nyelvi károsodást diagnosztizáltak.

Egy speciálisan kialakított pólót vagy mellényt adtak a gyermekeknek, az elülső zsebébe egy kis digitális nyelvi proceszort (DLP) helyeztek el, amely 16 órán keresztül rögzítette a hangokat. A LENA szoftver ezután algoritmikus beszédjelelemzéssel dolgozta fel a hangokat, és automatikusan megszámlálta a felnőttzavakat, melyek a gyermektől kb. 3 méteres távolságon belül hangzottak el, a gyermek hangját, a beszélgetési fordulatokat, valamint a televíziós vagy elektronikus zajnak való kitettséget. A családokat arra kérték, hogy a gyermek egy átlagos otthoni napon viselje a pólót és a mérőeszközt, ne viselje óvodában és hangos nyilvános eseményen. A vizsgálatban részt vevő gyermekeknek 5 hullámban, 12, 18, 24, 30 és 36 hónapos korban végezték a méréseket. Az etikai szabályok betartásával zajló vizsgálatban 220 család vett részt, 120 gyermek lány volt (54,6%), a gyermekek átlagosan a 39,3. héten születtek, az anyák átlagos életkora szüléskor 31,3 év volt, 109 gyermek (49,5%) volt elsőszülött. 133 anya (60,5%) tartozott a felsőoktatást végzett csoportba, és 190 anya (86,4%) dolgozott a várandósság előtt.

A gyermekek 12 hónapos korukban átlagosan 1 óra 28 perc képernyőidőnek voltak kitéve. Naponta 14 997 felnőttzót hallottak, átlagosan 1394 hangot produkáltak, és átlagosan 370-szer hallatszott párbeszéd. A gyermekek korának előrehaladásával egyaránt nőtt a képernyő előtt eltöltött idő és

a megszólalások és párbeszédetek száma, a felnőttzavak száma csak kismértékben nőtt. 36 hónapos korban naponként csaknem 3 óra képernyőidőnek voltak kitéve, átlagosan 16 302 felnőttzót hallottak, átlag 3300 szót mondtak, és 734-szer kapcsolódtak párbeszédbe. Az eredmények azt mutatták, hogy a képernyőexpozíció percekben mérhető növekedésével párhuzamosan mind a szülők, mind a gyerekek kevesebbet beszéltek és kevesebb interakciót produkáltak. Még világosabbá vált ez az összefüggés, amikor az olyan tényezőket is figyelembe vették, mint az anya iskolai végzettsége, szorongása, a gyermek neme, az otthon végzett egyéb tevékenységek. A kiigazított modelleknél 1 extra perc a képernyő előtt azt eredményezte, hogy a 36 hónapos gyerekek óránként 6,6-del kevesebb felnőttzót hallottak, 4,9-del kevesebb hangot adtak ki, és 1,1-del kevesebb párbeszédet folytattak.

Az Egészségügyi Világszervezet irányelve szerint 36 hónapos korban napi 1 óra képernyő előtt töltött idő elfogadható. A jelen tanulmány szerint még ennyi idő is csökkenti a szülő-gyermek kommunikáció mennyiségét. Emellett mind a jelen tanulmány, mind a nemzetközi becslések szerint a gyermekek általában ennél több időt töltenek képernyő előtt. Irreális azt elvárni, hogy a családok abbahagyják a digitális eszközök használatát. Ehelyett arra kellene ösztönözni őket, hogy együtt töltsék el az időt a képernyő előtt, és azt használják a gyermekükkel való interakcióra. Emellett ajánlott a képernyőn keresztül olyan, a gyermekek életkorának megfelelő, magas színvonalú oktatási programokat közvetíteni, melyek elősegítik a kicsik nyelvi fejlődését.

Hazai vonatkozások: <https://www.alfageneracio.hu>



TÉNYLEG A LÉNYEG!

Leaflet melléklet a Hírvivőkben!

2023 nyár óta a Hírvivő valamennyi számához mellékelünk egy leafletet, melyen egy-egy gyakori betegség, állapot diagnosztikáját és terápiáját algoritmusszerű tömörséggel összefoglaló – a nemzetközi szakirodalom újdonságaival harmonizáló –, a mindennapi gyakorlatban hasznos segédletet adunk a kollégáknak.

Hiszen egyikünk sem jut el valamennyi továbbképzésre, és rövid a nap 24 órája arra, hogy valamennyi témakörben naprakészen kövessük a szakirodalmat.

Az eddigi számokban az **allergia**, a **tejlétra** és az **icterus** témáit dolgoztuk fel.

Keresd, gyűjtsd és hasznosítsd!

Ételallergia diagnosztikájának nehézségei a mindennapokban

Egy átlagos gyermek-gasztroenterológiai rendelésen a megjelenések 20-30%-a az ételallergia kérdésköréhez kapcsolódik. Számos tünet kapcsán érkeznek a szülők azzal a kérdéssel, hogy ételallergiás-e a gyermekük. Gyakran érezzük a mindennapokban, hogy az ételallergia diagnózisa nem könnyű, erről az útvestőről lesz szó a következőkben a leggyakoribb ételallergén, a tehéntejfehérje kapcsán.

Epidemiológia

Az Európai Gyermek-gasztroenterológiai, -hepatológiai és táplálkozástudományi Társaság (ESPGHAN) 2023-ban megjelent irányelvének első megfogalmazott állítása, hogy a tehéntejfehérje-allergia esetében gyakori a túldiagnosztizálás, és a tehéntejfehérje-allergia prevalenciája kisebb mint 1% gyermekkorban.^[1] Több tanulmány is felhívja a figyelmet arra, hogy tíz, a szülők által tejfehérje-allergiásnak tartott gyermeknél kettős vak-, placebokontrollált vizsgálattal csak egynél igazolható tehéntejfehérje-allergia.^[2]

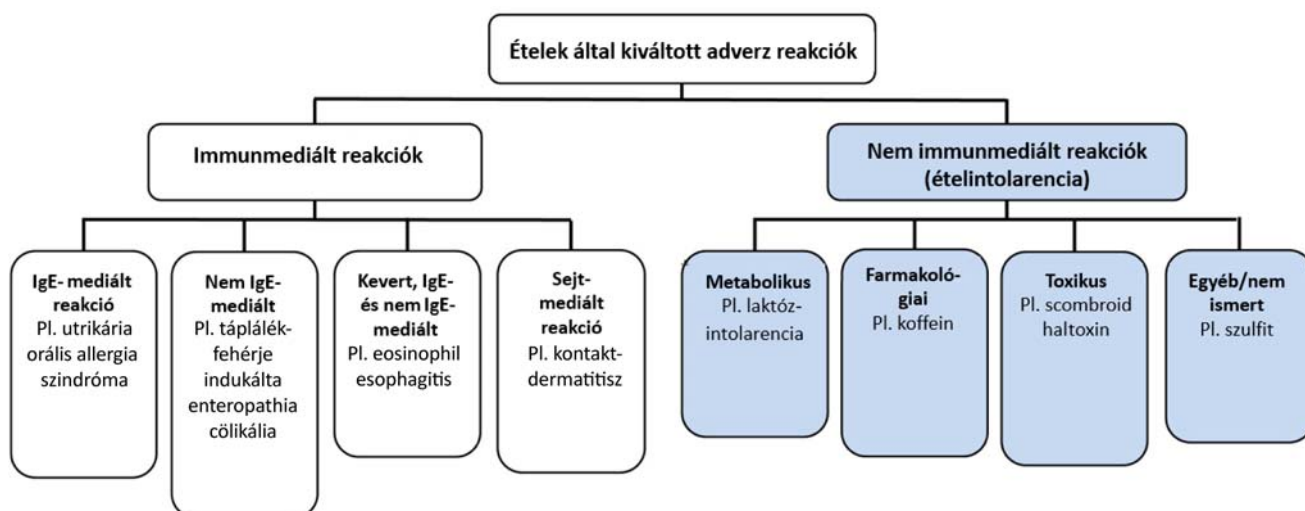
Alapismereteink röviden

Az ételekre adott adverz reakció háttérben állhatnak immunmediált és nem immunmediált mechanizmusok. Az immunmediált reakciók közé tartoznak az autoimmun

cöliákia mellett az ételallergiák, melyeket csoportosíthatunk aszerint, hogy IgE- vagy nem IgE-mediált, esetleg kevert IgE- és nem IgE-mediált folyamat áll a háttérben^[3] (lásd 1. ábra). Az ételallergia diagnózisának felállítását megnehezíti, hogy a tünetek nem specifikusak, valamint nincsenek megfelelő szenzitivitású és specifitású diagnosztikus eszközeink. Kiemelten igaz ez a csecsemőkori tehéntejfehérje-allergia kapcsán, ahol az allergiához köthető tünetek (regurgitáció, kólika, diszkézia) az egészséges csecsemők körében is gyakoriak. Nem ritka sem az alul-, sem a túldiagnosztizálás. Fontos, hogy a felesleges, hosszan tartó eliminációs diéta ugyanúgy hordoz veszélyeket, mint tehéntejfehérje-allergia felismerésének hiánya.

Az IgE-mediált és nem IgE-mediált ételallergia tünetei eltérnek időbeli megjelenésükben. Az IgE-mediált allergia esetén a tünetek néhány perccel, de maximum két órával az allergén elfogyasztását követően jelentkeznek, a nem IgE-mediált allergia esetén a tünetek akár 24-72 órával később is megjelenhetnek. A két allergiatípusnak vannak hasonló tünetei (ekcéma, hasmenés), azonban megfigyelhetünk kifejezetten az azonnal típusú allergiára jellemző tüneteket (urtikária) és a késői típusúra jellemzőeket (székrekedés) is (lásd 1. táblázat). A tehéntejfehérje okozta tünetek

1. ábra: Élelmiszerek által kiváltott adverz reakciók^[3]



1. táblázat: Tehéntejfehérje-allergiára utaló tünetek az ESPGHAN-ajánlás alapján^[1]

	IgE-mediált	Nem IgE-mediált
Általános	Anafilaxia	Kólika, irritabilitás Súlygyarapodási zavar Vashiányos anémia
Gasztrointesztinális	Regurgitáció, hányás Hasmenés	Táplálékelutasítás Diszfágia Regurgitáció, hányás Hasmenés Székrekedés, perianális fissúra Hematokézia
Légúti	Rinitisz és/vagy konjunktivitisz Asztma	Rinitisz Zihálás Krónikus köhögés
Bőrtünet	Ekcéma (atópiás dermatitisz) Urtikária, angioödéma Orális allergia szindróma	Ekcéma Hematokézia

különbözők lehetnek életkoronként is. Jól ismert, hogy csecsemőkorban a véres széklet gyakori manifesztáció, egy kamasz esetében viszont a véres széklet kapcsán fissura ani, gyulladós bélbetegség merül fel. Bár a tünetek nem specifikusak, ez nem jelenti, hogy bármilyen tünet lehet ételallergia tünete. Nagyobb gyermeknél a szülők gyakori kérdése a felkaron látható keratosis pilaris kapcsán, hogy lehet-e ételintolerancia tünete. Ilyenkor fontos tájékoztatni a szülőt, hogy ez a bőreltérés nem tünete az ételallergiának, szemben például az urtikárával vagy az ekcémával.

Az ételallergiák diagnózisának első lépése a megfelelő anamnézis. Az elfogadott diagnosztikus tesztek közé az IgE-alapú vizsgálatok tartoznak (Prick-teszt, illetve specifikus IgE-szintek meghatározása vérből). A molekuláris allergiatesztek számos további információt nyújthatnak többek között arról, hogy a gyermek tolerálja-e azokat az ételeket, melyek az allergént hőkezelt formában tartalmazzák, vagy várható-e, hogy kinövi az allergiát. A tehéntejfehérje-allergia esetén fontos, hogy a kazeinre érzékeny gyermekek-nél a hőkezelt tejfehérjét tartalmazó ételek is panaszt okozhatnak, a lakalbuminra érzékenyeknél viszont nem (lásd 2. ábra). Az ételallergiák végleges diagnózisa 2-4 hét eliminációt követően az orális provokációs teszten alapul, kivéve anafilaxia vagy nagyon magas tejfehérje-specifikus IgE-szint esetén.

Táplálékfehérje indukálta allergiás proctocolitis

A táplálékfehérje indukálta allergiás proctocolitis (food protein induced proctocolitis – FPIAP) gyakran jelentkezik véres-nyákos hasmenéssel egészségesnek imponáló csecsemőknél. A zöld vagy nyákos széklet egyedüli tünetként (pl. súlyállás, ekcéma nélkül) nem tekintendő a tehéntejfehérje-allergia tünetének.^[1] A FPIAP rendszerint az élet első

heteiben jelentkezik, és a késő csecsemőkorra megszűnik. A disztális vastagbél gyulladását nem IgE-mediált mechanizmussal egy vagy több táplálékfehérje okozhatja.

Véres széklettel jelentkező csecsemő esetén elsőként tisztázandó, hogy valóban vér van-e a székletben. Ha valóban vér látható a pelenkában, akkor fontos a vérzés mértékének megítélése: masszív hematokézia, meléna esetén az invagináció, Meckel-divertikulum lehetőségének is fel kell merülnie, vérpöttyök, -csíkok, nyák esetén inkább infekció, allergia valószínű (lásd 3. ábra). Amennyiben a vérzés nem súlyos, széklettenyésztés, a fissura ani kizárása, anyatejes csecsemőnél a K-vitamin adásának ellenőrzése javasolt.

Eset 1.

2,5 éves kisdud érkezett a gasztroenterológiai szakrendelésre véres széklet, súlyállás miatt. Véres székleteit már egy éve észlelték, akkor az alapellátásban tehéntejfehérje-mentes diétát javasoltak. Átmeneti javulás után 3 hónappal később egy akut infekció kapcsán vették fel a területi kórházba, ahol észlelték véres székleteit, de a szülő ezek visszatérését a terheléshez kötötte. Készült hasi UH, széklettenyésztés negatív eredménnyel, a diéta folytatását javasolták, illetve visszarendelték gasztroenterológiai szakvizsgálatra. 8 hónappal a véres székletek megjelenése után a perzisztáló tünetek kapcsán felmerült a korai indulású gyulladósos bélbetegség lehetősége, melyet később endoszkópos vizsgálat igazolt, a gyermeknek Crohn-betegsége volt. Tanulság: 12 hónapos koron túl újonnan megjelenő véres széklet esetén ne a tehéntejfehérje-allergia legyen a munkahipotézis.

α -laktalbumin Bos d5	β -laktalbumin Bos d5	Kazein Bos d8	
+	+	-	Nyers tej kerülése „Sült” tejtermékkel szembeni tolerancia Orális terhelés kipróbálható Valószínűleg kinövi
+	-		
-	+	-	
+/-	+/-	+	Nyers és sült tejfehérjét is kerülje Valószínűleg nem növi ki

2. ábra: Molekuláris allergiateszt jelentősége tehéntejfehérje-allergiában

Terápia FPIAP esetén

Hazánkban rutinszerűen tehéntejfehérje-mentes diéta indul véres széklettel jelentkező csecsemőknél, bár sok helyen vitatják ennek szükségességét.^{[4], [5]} Az ESPGHAN legfrissebb ajánlása szerint atópiás tünetek hiányában anyatejes csecsemőnél enyhe tünetekkel jelentkező FPIAP esetén egy hónapig követés javasolt a diétás restriktió bevezetése előtt.^[1] Az irodalmi adatok alapján az anyatejes csecsemőknél a kórkép gyakran spontán oldódik. Elhúzódó, illetve súlyos hematókázia vagy súlyállás esetén javasolt elsősorban az anyai tehéntejfehérje-mentes diéta. Mesterségesen táplált csecsemők esetén is vitatott, hogy szükséges-e a tehéntejfehérje eliminációja. Egy tanulmány szerint a FPIAP összefüggést mutatott az IgE-mediált tehéntejfehérje-allergia kialakulásával.^[6]

Amennyiben eliminációt indítunk (anyai diéta, tápszerváltás), akkor fontos, hogy 2-4 hét után legyen visszaterhelés. Egyre több fenntartás fogalmazódik meg a hosszú távú eliminációs diétákkal szemben. Úgy tűnik, hogy tartós diéta kapcsán fokozódik az IgE-mediált reakciók kockázata.^[6] Továbbá csecsemőkorban az aminosav-alapú, extenzíven hidrolizált tápszerek befolyásolhatják az ízpreferencia fejlődését. Az eliminációs diéta hozzájárulhat evészavarok, szorongásos tünetek kialakulásához, valamint az eliminációs diéták hiányállapotok kialakulásához is vezethet.^[1]

Tehéntejfehérje-allergia és a funkcionális gasztrointesztinális tünetek

Csecsemők esetében különösen nehéz a tehéntejfehérje-allergia kérdése, amikor olyan tünetekkel érkeznek a szülők, mint a sírás vagy a hasfájás. Ezek gyakorisága egészséges csecsemők körében eléri a 25%-ot. Az eliminációs diéta javíthat a tüneteken, de ez feltehetően nem immunológiai mechanizmusokhoz köthető. Ismeretes, hogy a hidrolizált tápszerek gyomorürülése gyorsabb a standard csecsemőtápszerekkel összehasonlítva, lehet az eliminációnak placebohatása is, továbbá a funkcionális tünetek spontán

is javulnak az idővel, ezért az elimináció kapcsán tapasztalt javulás fenntartással kezelendő.^[7] Általánosságban elmondható, hogy funkcionális tünetek esetén csak akkor érdemes eliminációs diétát kezdeni, ha a szokásos terápia nem hoztak javulást, és mindenképpen javasolt 2-4 hét múlva visszaterhelés. E tünetek értékelésében alapvetően megfogalmazható, hogy egy tünet esetén kisebb az esélye a tehéntejfehérje-allergiának, a több (több szervrendszert érintő) tünet – bukás, súlyállás, hasfájás – együttes jelenléte ese-

tel valószínűbb a tehéntejfehérje-allergia. A CoMiSS kérdőív (Cow's Milk-related Symptom Score) csecsemők esetében segíthet a nem specifikus, diverz tünetek értékelésében. Az ESPGHAN-irányelv javasolja a CoMiSS kérdőívet a beteg tüneteinek objektív felmérésére, illetve követésére az elimináció során, azonban nem javasolja, hogy a diagnózist a CoMiSS-pontszámokra alapozzuk.^[1] Csecsemőkoron túl a funkcionális hasfájás hátterében tehéntejfehérje-allergia nem valószínű.

Újonnan jelentkező tehéntejfehérje-allergia csecsemőkoron túl

Egy összefoglaló közlemény szerint a szülőket kérdező tanulmányokban a gyermekkori tehéntejfehérje-allergia gyakorisága 6% (95% CI: 5,7–6,4), a kettős vak-, placebokontrollált vizsgálatok alapján a gyakoriság 0,6% (95% CI: 0,5–0,8%) alatt van.^[2] Nagyobb gyerekek is gyakran érkeznek olyan tünetekkel, melyek nem szerepelnek az ételallergia tünete között (pl. keratosis pilaris, „csípte a nyála”, „puffadás”). Gasztrointesztinális tünetek (hasfájás, hasmenés, puffadás) esetén gyermekkorban a laktóztolerancia sokkal gyakoribb, mint a tehéntejfehérje-allergia. Fontos a szülőknek világossá tenni, hogy a laktóztolerancia nem hozható összefüggésbe bőrtünetekkel, illetve az ételallergia bőrtünetei jellegzetesek: urtikária, ekcéma – ha nem jellegzetes bőrtüneteket látunk, ételallergia nem valószínű.

3. ábra: Véres széklet: vérpöttyök, illetve meléna



Eset 2.

12 éves, túlsúlyos leány érkezett a gastroenterológiai szakrendelésre hasfájás, puffadás panaszával, egyéb alarm tünete nem volt. Elmondása szerint laktózmentes diéta mellett panaszai javultak. Laboratóriumi vizsgálataiban kóros eltérés nem volt. A laktózterhelés azonban teljesen negatív eredményt adott. Az eredményt látva a szülő elmondta, hogy a laktózmentes tejből készült sütemény nem okoz problémát a gyermeknek, de a nyers laktózmentes tejtermék igen. Szerinte a gyermek tejallergiás. Az elmondottak alapján molekuláris allergológiai vizsgálatot javasoltunk, mely nem erősítette meg ezt. Így a szülő elfogadta, hogy a gyermek puffadásos panaszait nem tehéntejfehérje-allergia okozza. A gyermek példája mutatja, hogy a részletes anamnézis segíthet a tünetek és a tehéntej közötti kapcsolat tisztázásában.

Tejfehérje és a gastrointesztinális traktus

A fentiek alapján a tehéntej többféle mechanizmussal okozhat adverz reakciókat a gastrointesztinális traktusban. A laktózintolerancia lényegében relatív vagy abszolút laktázenzimhiány következtében okoz gastrointesztinális tüneteket, egyéb szervrendszert (bőr, légút) ez az állapot nem érint. A tehéntejfehérje-allergia IgE-mediált, nem IgE-mediált és kevert formája is ismert. Amint láthatuk a fentiekben, a tünetegyüttesek klinikai megjelené-

se különböző, életkori megjelenésük eltérő. Érdekes azonban, hogy úgy tűnik, nem csak a két előző mechanizmussal okozhat a tehéntej gastrointesztinális tüneteket. Néhány tanulmányban felvetették, hogy a tehéntejben található béta-kazein két formája (A1 és A2) közül az A1 kazein hatással lehet a gastrointesztinális traktusra: lassítja a gastrointesztinális tranzitidőt, fokozza a gyulladással kapcsolatos markerek expresszióját.^[8] Ezek a mechanizmusok magyarázhatják az irritábilisbél-szindróma-szerű tüneteket (hasfájás, puffadás) egyes egyéneknél.

Összefoglalás

A tehéntejfehérje-allergia és az egyéb ételallergiák manapság gyakran vetődnek fel lehetőségként szerteágazó tünetek kapcsán. Kiemelten fontos, hogy csak releváns tünetek esetén legyen eliminációs diéta, és minden esetben történjen visszaterhelés (kivéve anafilaxiakockázat esetén). Az eliminációs diéták számos hátránya közé tartozik a mikronutriens hiánya, az ízpreferencia megváltozásának, az evészavaroknak a kockázata mellett az azonnali típusú allergiák kialakulása. Továbbá az eliminációs diéta szorongást okoz a családok életében amellet, hogy jelentős anyagi vonzata lehet. Mindezek miatt törekedni kell az ételallergia korrek diagnózisára és az indokolatlan, tartós eliminációs étrend kerülésére.

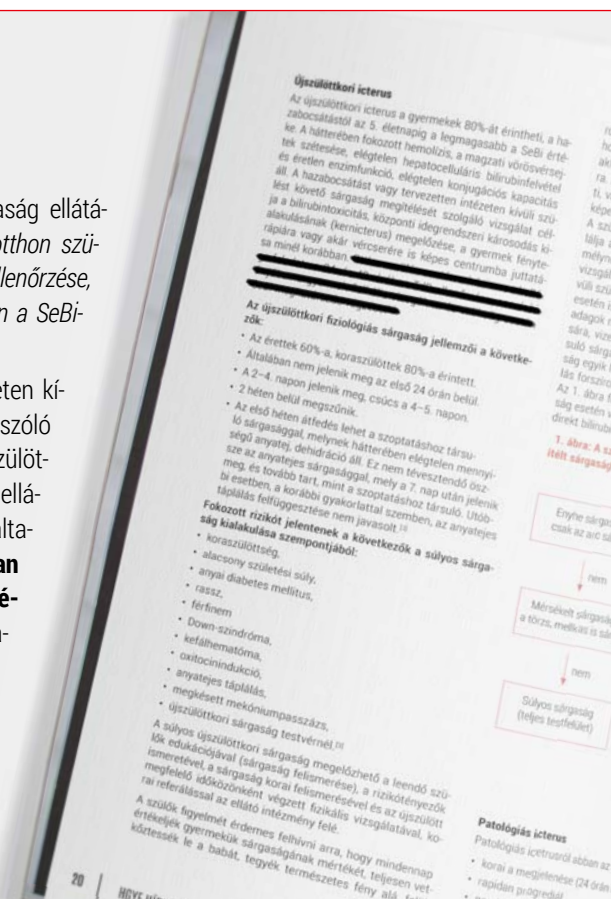
(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Helyesbítés

A Hírívó 2024/1. számában megjelent, Az újszülöttkori sárgaság ellátása az alapellátásban című cikkben tévesen szerepelt, hogy „*otthon szülés esetén a háziorvos kolléga feladata a 24. és 48. órában TdB ellenőrzése, ennek hiányában a gyermek fizikális vizsgálata és szükség esetén a SeBi-meghatározás végzése*”.

Természetesen a 35/2011. (III. 21.) kormányrendelet az intézeteken kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló jogszabály alapján a tervezetten intézeteken kívül született újszülöttek első 72 órájának történései, a szükséges vizsgálatok és ellátás megszervezése az intézeteken kívüli szülést levezető szolgáltató és annak gyermekgyógyászának feladata. **Ebben az időszakban a házi gyermekorvosnak, háziorvosnak feladata, kötelezettsége nincs.** (A nem tervezetten intézeteken kívüli szülés mentési kategória, a szülő és újszülött szülészeti intézménybe szállítandó, további ellátása, megfigyelése ott történik.)

A cikkben maradt helytelen állításért elnézést kérünk.
Szerkesztőbizottság



Innováció a kólika kezelésében

A felnőttkori bélflóra lényegében már hároméves korban kialakul, vagyis az első 1000 napban lehet alapvetően kedvező irányba befolyásolni az intesztinális mikrobiótát. Ebben a legnagyobb jelentősége a fél évig tartó kizárólagos anyatejes táplálásnak van, többek között azért, mert annak oligoszacharidjai (HMO) fontos táplálékát jelentik az előnyös hatású bifidus- és Lactobacillus-flórának, ami gátolja a patogén baktériumok elszaporodását a bélben. Mind ebből következik, hogy a funkcionális hasi fájdalom kezelésében mindenképpen fontos szerepe van a bélflóra kedvező irányba való modulálásának. Funkcionális hasi fájdalom esetén nyilvánvaló, hogy az experimentális, majd klinikai vizsgálatokban igazolt probiotikumok használatának nagy jelentősége lehet.

A probiotikumok olyan élő mikroorganizmusok, amelyek adekvát mennyiségben adva a szervezet számára egészségi előnyt jelentenek. Nem helyes általában probiotikumokról beszélni, hanem mindig egy konkrét probiotikum vagy több ismert probiotikum együttes hatását kell meghatározni egy adott kórkép kezelésében vagy megelőzésében.

AB-Kolicare

A közelmúltban az érdeklődés előterébe került a Bifidobacterium longum (BI) KABP™042 és a Pediococcus pentosaceus (Pp) KABP™041 probiotikum-keverék alkalmazása, elsősorban csecsemőkori kólikában és funkcionális székrekedésben. In vitro vizsgálatokban igazolást nyert, hogy a BI KABP™042 jól bontja az anyatej oligoszacharidjait, ennek során rövid szénláncú zsírsavak képződnek, amelyek kedvezően hatnak a bélnyálkahártya működésére.^[2] Előnyös az is, hogy ez a bontás homofermentatív módon történik, vagyis nincs gázképződés, ami puffadást okozhatna.

A két probiotikum külön vagy együtt tenyésztett kultúrájának a felülűszója is gátló hatást fejt ki számos patogénre, és ez akkor is észlelhető, ha a probiotikum és a patogén közös kultúrájának a felülűszóját alkalmazták. Érdekes módon a felülűszók proteinázzal való kezelése sem neutralizálta teljesen a külön vagy együtt tenyésztett probiotikum szupernatáns gátló hatását, sőt előfordult, hogy a két probiotikum felülűszója még hatékonyabb volt. Mindez arra utal, hogy BI KABP™042 és Pp KABP™041 szinergista hatású, és hogy abban nemcsak az általuk termelt fehérjéknek, hanem kis molekulású vegyületeknek, így például a rövid szénláncú zsírsavaknak is jelentősége

van. Ugyancsak igazolást nyert, hogy ez a két probiotikum szinergista módon fokozza az epiteliális sejtek közötti tight junctionök expresszióját, ami fokozza intesztinális barrier integritását.^[3]

A BI KABP™042 és a Pp KABP™041 keveréke egérkísérletben fokozta az IL-10-szekrúciót a dextrán-szulfát-nátriummal (DSS) kiváltott intesztinális gyulladásban, ami szerepet játszik a probiotikum-keverék gyulladást csökkentő hatásában.^[4]

Santas és munkatársai 2015-ben végzett pilot vizsgálatban igazolták, hogy ez a probiotikum-keverék csökkentette a csecsemőkori hasi kólikában a placebóval kezettekhez képest a napi sírás időtartamát és a sírási epizódok számát.^[5] 2021-ben Chen és munkatársai randomizált, dupla vak-, placebokontrollált vizsgálatban igazolták, hogy a két probiotikummal kezelt csecsemőkben 7 nap után szignifikánsan csökkent a sírások időtartama és a sírási epizódok száma, és ugyanez volt megfigyelhető 14 és 21 napos kezelés után is.^[6] Asto és munkatársai igazolták azt is, hogy a BI KABP™042 és a Pp KABP™041 keveréke a csecsemőkori kólika mellett funkcionális székrekedésnél is hatékony.^[3]

Összefoglalás

A bemutatott experimentális és klinikai vizsgálatok alapján kijelenthető, hogy az ismertett két probiotikum kedvező hatásokkal bír, és adásuk ajánlható – különösen az első 1000 napban – csecsemőkori kólikában és funkcionális székrekedésben. A készítmény profilaktikus alkalmazása elősegíti a csecsemők kedvező bélflórájának kialakulását, a császármetszéssel született csecsemők esetében is.

A cikk közzétételét a LimePharma támogatta.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)



AB-BIOTICS
Part of KALPEKA Corporation

Hitek és tévhitek a kólika kezelésében

A kólika a leggyakoribb oka a csecsemőkori hasfájásnak, amit újabban elsősorban funkcionális kórképnek tartunk, ezért biopszicho-szociális megközelítésben kell kezelni, és a jellemző tünetek esetén a Róma IV. kritériumok szerint nem kizárásos kórképként is kimondhatjuk meglétét.^[4] Ritkábban előfordulhatnak szervi okok is a panaszok hátterében, amiket főleg alarmírózó tünetek esetén ki kell zárni. A hasfájás szervi oka esetében a bélfal feszülése okoz fájdalmat, a kólika esetében viszont mind a mai napig nem pontosan ismeretes az ok. A tehéntej-allergia lehet oka a csecsemőkori hasfájásnak, de a kólika hátterében álló szerepe kétséges, akárcsak a laktózintoleranciáé, így elsősorban differenciáldiagnosztikai okból jönnek szóba.^[3]

Funkcionális gasztrointesztinális kórkép

A csecsemőkori kólikát újabban tehát a funkcionális kórképek közé soroljuk, jellemző lehet rá a bélmotilitás zavar, viszcerális hiperszenzitivitása, enyhe gyulladása, valamint a bél mikrobióta-összetételének eltérése^[4]. A krónikus, tehát 2-3 hónapnál régebb óta fennálló hasfájás hátterében egyébként későbbi életkorokban is az esetek 40-70%-ában funkcionális kórképet kell gyanítani, és csak alarmírózó tünetek esetén keresni az organikus okot. Ilyen alarmírózó tünetek lehetnek: 1. családi anamnézispozitivitás (előforduló IBD, cöliákia, autoimmun betegség), 2. progresszív tünetek (idővel fokozódó fájdalom, hasmenés), 3. extraintesztinális tünetek (fogyás, láz, szem-bőr-ízületi panaszok), 4. fizikális vizsgálat eltérése (lokálizálható hasi fájdalom, perianális eltérés), 5. véres széklet megléte (ha nincs szemmel látható, hemotestzt végzése szükséges).^[5]

Tehéntejfehérje-allergia, laktózintolerancia

A tehéntej-allergia lehet oka a csecsemőkori hasfájásnak, de a kólika hátterében álló szerepe kétséges, akárcsak a laktózmalabszorpcióé. Tehéntej-allergia tünete lehet egyébként a véres széklet, de 2-4 hét alatt anyai tejmentes diétára vagy tejmentes tápszerre váltással a panaszok megszűnésével jár. A csecsemőkori allergiák közül a leggyakoribb a tejallergia 90%-ban. A 4 év alatti gyermekek 2%-a érintett, de 80%-ban kinövik kisiskoláskorra. Széles tüneti skála lehet annak megfelelően, hogy IgE-mediáltan (anafíliaxia, urtikária, angioödéma, kiütések és hasmenés), nem-IgE mediáltan (enteropátia, reflux, kólika, obstipáció, pulmonáris Heiner-szindróma) vagy vegyes mechanizmussal (eozinofil enteropátia, atópiás dermatitisz, asztma) jön létre. A csecsemőkori ételallergia egy gyakori, de általában jóindulatú megjelenési formája a hematokézia vagy az allergiás vagy eozinofil kolitisz miatt jelentkező friss, piros véres széklet. Az anyai tejmentes diétára a szoptatás mellett is szűnik legtöbbször a panasz, a szoptatás elhagyása súlyos hiba. Amennyiben 4 hét alatt sincs javulás, akkor a diétahibák

mellett fel kell hogy merüljön annak a lehetősége is, hogy más allergénnel állunk szemben, így a lehetséges allergének egyesével való elhagyása segíthet az ok megtalálásában (tehéntej után gyakorisági sorrendben tojás, szója, olajos mag, gabona, hal).^[6]

Ezzel szemben csecsemőkorban gyakorlatilag nem fordul elő a laktózmalabszorpció. A tejcukor felszívódási zavarra laktózintolerancia formájában extrém ritkán jelentkezik, autoszomális recesszívén öröklődő betegség, és az első szoptatást követően, de legkésőbb a 10. életnapon jelentkező vizes hasmenés a tünete. Ez a kórkép olyan ritka, hogy hazánkban gyakorlatilag nem fordul elő, ezért csecsemőkorban erre nem kell gondolni. A felnőttkori laktózmalabszorpció viszont minden 2-3. embert érint Magyarországon. Laktózmentes diétával vagy laktáz enzim pótlásával ellensúlyozható felnőttkorban. Genetikai vizsgálat gyerekkorban nem indokolt, hiszen az esetleges későbbi panaszok kialakulását valószínűsítheti csak, a fennálló tüneteket többnyire nem magyarázza. A diagnózis kimondása a tünetek alapján, de elsősorban hidrogénkilégzési teszttel végezhető, amely kisebb gyermekben nemcsak a kórkép valószínűtlen előfordulása, de kooperáció hiányában sem javasolt.

Diszbiózis, bélgyulladás

Újabb vizsgálatok alapján feltételezik a bélflóra kóros irányú eltolódását, a diszbiózist a kólika hátterében, de emellett a gyomor-bélrendszer éretlenségét, enyhe gyulladást, a bélmotilitás zavarát és túlzott érzékenységet is leírták már.^[8] A diszbiózis szerepét feltételezik a bél-agy-mikrobiom tengely zavarként is értelmezhető funkcionális gasztrointesztinális kórképeken túl egyre több kórképben is, elsősorban idegrendszeri és pszichiátriai betegségekben is.^[9]

A kólikában esetlegesen meglévő bélgyulladásra gyanús, hogy a székletkalprotektin, ami a bélgyulladás markere, egy szentitív, de nem specifikus markerként magasabb kólikás kisdedekben, szemben az ilyen tüneteket nem mutató újszülöttekkel. Függetlenül attól, hogy a csecsemő anyatejrel, tápszerrel vagy mindkettővel volt táplálva, ez a kalprotektinszint magasabb a kólikás csecsemőkben, de nem alkalmas annak igazolására vagy kizárására.^[10] A diszbiózis másik bizonyítékaként kólikás csecsemők székletében jellemző volt a csökkent mikrobióta-diverzitás és a vajsavat (butirátot) előállító gyulladáscsökkentő hatású törzsek (Lactobacillus, Bifidobacterium) alacsonyabb, a gyulladást fokozó baktériumok (Escherichia, Klebsiella, Serratia, Vibrio, Pseudomonas) magasabb száma.^[11] Ezzel összhangban a gyulladást citokinek szintje emelkedett kólikában, de ez a proinflammatorikus citokinszint lecsökkent, amennyiben tejsavtermelő (pl. Bifidobacterium infantis) törzseket adtak csecsemőknek.^[12]

A diszbiózis, ami kólikában is jellemző, helyreállítható lehet probiotikumokkal, amelyek megfelelő mennyiségben adva a gazdaszervezet számára egészségi haszonnal járhatnak.^[13] Így főként a Lactobacillusok és Bifidobacteriumok esetében feltételezik, hogy az anyatej számos kedvező hatását közvetíthetik, mint a fertőzések, az allergiás megbetegedések, az autoimmun kórképek, a bélgyulladás, valamint a kardiovaszkuláris és metabolikus betegségek kockázatának a csökkentését.^[14] Az Európai Gyermekegészségügyi Társaság (ESPGHAN) ajánlja az antibiotikum-asszociált hasmenés és az akut gastroenteritisz mellett a csecsemőkori kólika kezelésére a probiotikumokat (Lactobacillus és Bifidobacterium törzseket).^[15] Feltételezett hatásukat többek között azáltal fejthetik ki, hogy szabályozzák a bélmotilitást, helyreállítják az intesztinális barriert, zsigeri fájdalomcsillapítóként hatnak, és széles spektrumú antimikrobás szereket termelve a káros baktériumok elpusztításában, posztbiotikumaiuk segítségével pedig a jó hatású bélflóratagok számának emelésében lehetnek segítségére.^[16]

Ezenfelül a legújabb adatok szerint az anyatej-oligoszacharidok (HMO) hasznosulását is elősegíthetik, amelyek feladata az epitélium, az immunrendszer és a mikrobiom modulálása, és így a diszbiózis megelőzése vagy helyreállítása. A leggyakoribb HMO-k közel azonos mennyiségben fordulnak elő minden anyatejben, de minden édesanya csak adott oligoszacharidokat tud expresszálni, így az anyatejben lévő HMO-k, a mikrobiom struktúrájához hasonlóan ujjlenyomat-szerűen egyediek lesznek.^[17] A HMO-knak emellett nagy szerepük lehet a széklet mikrobiom-egyediségének kialakításában, mivel az emberi szervezet önmagában nem képes lebontani a HMO-kat, csak akkor tudja hasznosítani, ha rendel-

kezésre áll a megfelelő bélflóra. A probiotikus hatású bélbaktériumok (főleg Bifidobacteriumok) a rá jellemző enzimek révén képesek az adott HMO-t lebontani prebiotikus hatású rövid szénláncú zsírsavakká (SCFA), melyek gyulladáscsökkentő, immunvédekező és a metabolizmusban jótékony hatásúak.^[18] Bifidobacteriumok hiányában a HMO-k szinte kiürülnek, hiányoznak, ugyanis ilyenkor a metabolizmusukhoz szükséges enzimek, így a bélflóra integritása sérülhet.^[20]

Összefoglalás

A csecsemőkori kólika elhúzódó hasi panaszokkal, sírással járó, elsősorban funkcionális kórképnek tartott tünetegyüttes, melynek kezelésében bio-pszichoszomatikus, komplex megközelítést javasolnak. A szervi okok közül a differenciáldiagnosztikában meg kell említeni a tejallergiát, ami ebben az életkorban előfordulhat, de ekkor nem jellemző a gyakran feltételezett laktózintolerancia. A kólika hátterében friss adatok alapján bélgyulladás és bélflóra-eltolódás, diszbiózis is állhat, amely azonban további vizsgálatokat igényel. Eddigi adatok alapján az anyatejben jelen lévő oligoszacharidok segíthetnek a bélgyulladás csökkentésében a mikrobiom helyreállításával. Ennek megvalósulásához, vagyis az anyatej-oligoszacharidok lebontásához rövid szénláncú zsírsavakra van szükség, így hatásuk kifejtéséhez szükséges a bontó enzimekkel rendelkező bélflóratagok, így főleg Bifidobacterium törzsek jelenléte. A csecsemőkori bélflóra-eltolódás, diszbiózis helyreállítása a jóhatású bélbaktériumok pótlásával, így akár probiotikumokkal is megvalósulhat, amelyek így a védő hatású anyatej-oligoszacharidok specifikus hasznosításához is hozzájárulhatnak.

A cikk közzétételét a Bioray támogatta.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)



HMO bontó enzimmel rendelkező bélflóra törzseket: Bifidobaktérium infantist, Bifidobaktérium bifidumot, Bifidobaktérium longumot, valamint 7 féle Lactobacillus törzset tartalmazó csepp csecsemők részére

Alkoholmentes • GMO mentes • Gluténmentes
Szója mentes • Tejszármarék mentes • Vegetáriánus

Megvásárolható webáruházunkban:

www.bioray.hu

vagy személyesen:

MAGYARORSZÁGI KÉPVISELET

1158 Budapest, Késmárk utca 16.

mobil: +36 70 605 6265

info@bioray.hu

BIO2024/004



Sokoldalúság és biztonság egy törzsbe zárva

A *Lactobacillus* – újabb taxonómiai besorolás szerint *Limosilactobacillus reuteri* Protectis probiotikumtörzs 175 klinikai vizsgálattal a világ egyik legtöbbet kutatott és legjobban dokumentált baktériumtörzse, biztonságosságát és hatékonyságát különféle indikációkban számos vizsgálat bizonyítja. Ez a hatékonyság nem véletlenszerű, a bélre, a mikrobiomra és az immunrendszerre is kedvező hatással van. Fontos jellemzője, hogy a vastagbélbe jutva kolonizálni képes, a patogének szaporodását gátolja, szabályozza a gyomor-bélrendszer motilitását, direkt fájdalomcsillapító hatással is rendelkezik, emellett egyes indikációkban kihasználhatjuk antibiotikum rezisztenciáját is. A többféle kedvező hatásmechanizmusnak köszönhetően különböző pathomechanizmussal kialakuló betegségek kezelésében is kedvező hatást tapasztalunk.

A probiotikumok **akut fertőzések eredetű hasmenés megelőzésében és kezelésében** betöltött szerepével kapcsolatban számos vizsgálat történt. A *L. reuteri* Protectissal történt vizsgálatok és metaanalízisek alapján használata során az akut hasmenés időtartama és súlyossága csökkent, kevesebb hányás jelentkezett már a kezelés 2. napjától. A hasmenés kezelésében a probiotikum több kedvező hatását is kihasználjuk. A bélfóra károsodása esetén a felszabadult élőhelyet kolonizálják, kiszorítva a kórokozókat, kompetíció zajlik az élőhelyen kívül többek között a nutriensekért, az adhéziós faktorokért, a receptorokért is. A másik mechanizmus a probiotikus törzsek által termelt anyagok (különféle rövid szénláncú zsírsavak és egyéb organikus savak) hatásainak köszönhető. Egyes törzsek kis bakteriocid aktivitással rendelkező peptidokat termelnek (pl. *L. reuteri* - reuterin), más törzsek reaktív oxigéngyökök (pl. hidrogén-peroxid) előállításával okoznak oxidatív stresszt a patogén törzsekben. A rendelkezésre álló eredmények alapján az ESPGHAN és a WGO pozitív ajánlást fogalmazott meg a *L. reuteri* Protectis használatával kapcsolatban akut hasmenés esetén.

Hasmenésre gyakorolt kedvező hatása az **antibiotikum-asszociált gasztrointesztinális mellékhatások** vonatkozásában is megfigyelhető, ezen kedvező hatáshoz hozzájárul egyedi antibiotikum-rezisztenciája is. Négy nemzetközi RCT vizsgálat és egy nagy esetszámú hazai vizsgálat alapján szignifikánsan kevesebb hasmenés és egyéb gasztrointesztinális mellékhatás (haspuffadás, hasi fájdalom, gázképződés) jelentkezett a *L. reuteri* Protectis használatának köszönhetően.

A hasmenéssel járó betegségek mellett fontos szerepe van a funkcionális gasztrointesztinális betegségek kezelésében is.

A **csecsemőkori kólika** miatt szenvedő csecsemők bélfőrája különbözik az egészségesekétől, melynek szerepe lehet a dysmotilitás, a gázképződés és az enyhe emésztőszervi gyuladás kialakulásában. A *L. reuteri* Protectis a gyomorürülés gyorsításával csökkenti a regurgitációs epizódok számát, a vékonybélben a tranzitidő növekedésével hozzájárul a megfelelő felszívódáshoz, a vastagbél motilitásának optimalizálásával a széklet ürülését segíti elő. Speciális zsigeri fájdalomcsillapító hatását az enterális idegrendszer fő fájdalomcsillapító receptorainak (TRPV1) gátlása révén éri el. 13 különböző randomizált, kontrollált vizsgálat és 12 metaanalízis támasztja alá, hogy használata során a sírási idő szignifikánsan csökken, a családok életminősége nő.

A motilitásra gyakorolt kedvező hatásának köszönhetően **regurgitáció** miatt kezelt betegeknél a terápia alatt 75%-kal kevesebb regurgitációs epizód jelentkezik, mely kedvező hatás preventív alkalmazás során is tapasztalható.

A **gyermekkori funkcionális székrekedés kezelésében** tapasztalt hatékonyságot két randomizált, kontrollált, egy preventív és egy szisztematikus áttekintő vizsgálat írja le. A kezelés alatt a gyermekeknél szignifikánsan több bélmozgást, gyakoribb székletürítést, a széklet állagának javulását tapasztalták, mely javulás egyenértékű volt a laktulóz használatánál tapasztaltakkal. A *L. reuteri* Protectis hatékonysága gyermekkori funkcionális székrekedésben egyedülálló.

Az immunrendszer modulálásának köszönhetően szerepet játszik a **fertőzések megelőzésében** is. Több randomizált, kontrollált vizsgálat alapján megállapítható, hogy a *L. reuteri* Protectis használata mellett kevesebb a hasmenések és a légúti fertőzések száma, az antibiotikum használata csökken, a gyermekek kevesebbet hiányoznak a közösségből, így a szülők munkahelyi távolmaradása is kedvezőbb.

A *Limosilactobacillus reuteri* Protectis egy természetes, anyatejből izolált, csecsemő- és gyermekkorban is biztonságosan használható probiotikus törzs. Akut hasmenésben, csecsemőkori kólikában, regurgitációs panaszok, funkcionális székrekedés fennállása esetén, valamint fertőzések megelőzése céljából adva hatékonysága igazolt.

A cikk közlését a Biogaia támogatta.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

A European Academy of Pediatrics 10 fontos ajánlása gyermekorvosok számára

Referátum

Jankauskaitė L., Wyder C., Del Torso S., Mamenko M. E., Trapani S., Grossman Z., et al.: Over-investigation and overtreatment in pediatrics: a survey from the European Academy of Paediatrics and Japan Pediatric Society.

Frontiers in Pediatrics 2024;12. PMID: 38455393; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38455393/>

A túlzott kivizsgálás és túlkezelés az egészségügyben világszerte nagy probléma, ennek elkerülése céljából nemzetközi kampány indult Bölcs választás (Choosing Wisely) néven. Az alábbi tanulmány összefoglalja a gyermekgyógyászati ellátás során előforduló leggyakoribb és legfontosabb klinikai kihívásokat. A vizsgálatban 45 ország – ebből 36 európai ország, köztünk hazánk – szakemberei vettek részt.

Az eredmények alapján 10 fontos gyermekgyógyászati ajánlást tett közzé az EAP.

1. Nem ajánlott a köhögés elleni gyógyszerek felírása.

- A köhögésre ható gyógyszerek hatékonyságát nem igazolták, viszont súlyos mellékhatásai lehetnek.
- Sok készítmény több hatóanyagot tartalmaz, ami növeli a túlادagolás kockázatát, különösen, ha kombinálják más gyógyszerekkel.

2. Bronchiolitisben ne használjunk rutinszerűen szteroidot és bronchodilatátort.

- Az akut bronchiolitisz elsősorban 2 évesnél fiatalabb gyermekeknél előforduló légzési nehézséggel járó vírusfertőzés.
- Kezelése: hidratálás, oxigénellátás, szükség esetén légzés-támogatás.
- A bronchodilatátor és/vagy szteroid nem javítja az oxigénszaturációt, nem csökkenti a kórházi felvételek számát és a kezelés időtartamát. A szalbutamol viszont mellékhatásokat okozhat: tachycardia, oxigéndeszaturáció, tremor.

3. Súlyos infekciók (pl. pyelonephritis, osteomyelitis, súlyos pneumonia) esetén ne használjunk rutinszerűen hosszan tartó intravénás antibiotikum-kezelést.

- Amint a gyermek klinikai állapota megengedi, térjünk át per os adagolásra, ha:
 - nincs szövődményre utaló jel;

- a klinikai tünetek javulásra utalnak: a gyermek láz-talan, fájdalma kezelhető, a per os kezelést jól tolerálja, és a hemokultúra steril;
- a CRP-vizsgálat értékei süllyednek.
- Az empirikus antibiotikum-kezelés megkezdése után 48–72 órával az új klinikai és laboratóriumi értékek ismeretében újra kell értékelni a terápiát, és ha szükséges, célzott szerre váltani.
- Szorítkozzunk a lehető legrövidebb ideig tartó antibiotikum-kezelésre, hogy csökkentsük a rezisztencia kockázatát, minél kevesebb kárt okozunk a betegnek, valamint csökkentjük a költségeket, és ezáltal is biztosítjuk a gyógyszer elérhetőségét mások számára.
- Számos vizsgálat igazolja, hogy a per os kezelés épp olyan hatásos és biztonságos, mint az iv. terápia, emellett rövidíti a kórházi tartózkodás idejét, kevesebb mellékhatása van, tehát mind a beteg, mind a kórház számára előnyös.

4. Akut otitis media esetén ne adjunk rutinszerűen antibiotikumot, ha spontán gyógyulás várható. Az úgynevezett figyelő várakozás stratégiát egyeztessük a szülőkkel, ha a tünetek továbbra is fennállnak, 48–72 óra múlva kontrollvizsgálat szükséges.

- Az indokolatlan antibiotikum-használat kedvezőtlen hatásokkal jár: allergiás reakciók, gasztrointesztinális tünetek, antibiotikum-rezisztencia.
- Amennyiben szükséges, a hazai szakmai protokollnak megfelelő antibiotikum felírása javasolt.

5. Ne adjunk az újszülöttnak antibiotikumot, ha nem észlelhetők szepszis klinikai tünetei.

- Az újszülöttkori szepszis ritka, de életveszélyes állapot, ezért előfordulhat túldiagnosztizálás és túlkezelés. Az újszülöttosztályokon az antibiotikum a leggyakrabban használt gyógyszer.

- A kora gyermekkori antibiotikum-használat megzavarja a bélflóra kialakulását, ami később előidézheti különböző betegségek – diabétesz, elhízás, gyulladásoos bélbetegség, asztma, allergia – kialakulását. Emellett hozzájárulhat az anya-gyermek szeparációhoz, a hosszabb kórházi kezeléshez és a szoptatási arány csökkenéséhez.
- A főlöleges antibiotikum-használat mellékhatásokat okozhat, és hozzájárul a multirezisztens kórokozók kialakulásához.

6. Lázás csecsemőt rutinszerűen ne tartsunk a kórházban, ha jó állapotban van, a bakteriológiai vizsgálat több mint 24–36 órája negatív, és az ambuláns ellátása megoldható.

- Ne tartsuk 24 óránál tovább a kórházban a súlyos bakteriális fertőzés gyanúja miatt beutalt 1–12 hónapos csecsemőket, különösen azokat, akik jó állapotban vannak, csak azért, mert meg akarunk győződni arról, hogy a bakteriológiai vizsgálat negatív. Ez a gyakorlat kevés hasznot hoz, ugyanakkor egy szekunder fertőzés esélye miatt ártalmas is lehet.
- Egy multicentrikus retrospektív keresztmetszeti vizsgálat szerint a vér bakteriológiai vizsgálata az esetek 90%-ában már 15,41 órán belül elkészül. Egy másik vizsgálat szerint 24 órán túl csak az esetek 0,5%-ában kell várni az eredményre.
- A jó állapotú csecsemők esetében az antibiotikum-kezelés 24–36 órán belüli befejezésének eredménye rövidebb kórházi kezelés, kisebb gyógyszerfogyasztás és kevesebb szövödmény.

7. Szepszis gyanúja esetén az újszülött antibiotikum-kezelése ne tartson 36–48 óránál tovább, ha nem igazolható a bakteriális fertőzés.

- Arany szabály, hogy az újszülöttkori szepszis diagnózisának alapja a hemokultúra.
- Az empirikus antibiotikum-kezelés csak addig tartson, amíg meg nem érkezik a negatív hemokultúra-lelet.
- Mivel nagyon finom tünetek vezetnek az újszülöttkori szepszis diagnózisához és az antibiotikum-kezelés megkezdéséhez, elengedhetetlen az antibiotikum-terápia azonnali felfüggesztése, ha megérkezik a negatív hemokultúra-lelet.
- Az érvényes irányelv 36 órában határozza meg az antibiotikum-kezelés időtartamát, ha a csecsemő tünetmentes, és a hemokultúra negatív.
- A főlöleges antibiotikum-használatnak számos káros következménye van (lásd 5. pont).

8. Ne végezzünk ételallergiára irányuló szűrőpanel-vizsgálatot (IgE-tesztet), ha nincs ételallergiára utaló speciális tünet.

- A specifikus IgE-szintek megemelkedhetnek klinikailag igazolható okok nélkül, vagy akár álpozitívak is lehetnek. Ez főlöleges és esetleg ártalmas étrendi megszorításokhoz vezethet, és szükségtelen szorongást okozhat a családnak.

- Kiterjedt szűrőpanel helyett a klinikai tünetek alapján célzott tesztek végzése ajánlott.

9. Ne kérjünk vizelettenyésztéses vizsgálatot, ha a 2 hónapnál idősebb lázas csecsemőnek légúti fertőzése van.

- 2 hónaposnál idősebb egészséges csecsemő vagy kisgyermek esetében a szimultán légúti és húgyúti fertőzés valószínűsége nagyon alacsony.
- A fals pozitív eredmény, akár tünetmentes bacteriuria, akár szennyeződés miatt, főlöleges antibiotikum-kezeléshez vezethet.
- Az érvényes irányelv tünetmentes bacteriuria esetén nem javasolja az antibiotikum felírását, mivel nagy az álpozitív eredmény kockázata.
- Húgyúti fertőzés kockázati tényezőivel rendelkező vagy toxikus állapotban lévő gyermekek esetében indokolt a vizelettenyésztés.

10. Csecsemő gastroözofoageális refluxa esetén ne adjunk rutinszerűen savközbömbösítő és motilitásra ható gyógyszereket.

- Fiziológias gastroözofoageális reflux az első 2 hónapban a csecsemők 70-85%-ánál észlelhető, és 1 éves korig 95%-nál mindenféle beavatkozás nélkül megszűnik.
- A protonpumpagátlók a savas refluxot nem savasra változtatják anélkül, hogy csökkenne a diszkomfort, a sírás tartama vagy az etetési nehézség. Emellett összefüggésbe hozhatók súlyos fertőzésekkel, és befolyásolják a bélflóra kialakulását.
- A motilitásra ható szerek jótékony hatására nem találtak kellő bizonyítékot, viszont szívre és idegrendszerre ható mellékhatásokat észleltek.
- Amennyiben a regurgitáció problémát okoz, ne gyógyszeres, hanem egyéb megoldást keressünk, például pozicionálást, speciális tápszert.

Az ajánlás valamennyi pontnál részletezi, hogyan tájékoztassuk a szülőket, milyen tanácsokat adjunk, és hogyan nyugtassuk meg őket.



Krónikus gyermekkori fájdalom kezelése

Gyermekkorban az orvoslátogatás leggyakoribb okai között szerepel a fájdalom. Nagyon fontos különbséget tenni az akut és krónikus fájdalom között, mivel kezelésük jelentősen eltér. Az akut fájdalom legtöbbször valamilyen akut szövetskárosodáshoz társul, figyelmeztető szerepe van, időbeli lefolyását tekintve néhány másodperctől néhány hétig áll fenn. Ezzel szemben a krónikus fájdalom több mint 3 hónapja fennáll, vagy a normál gyógyulási időn túl is fennmarad.

Krónikus fájdalom esetében a fájdalom elveszítette vészjelző működését, és így nem pusztán egy szövetsérülés vagy gyulladással járó betegség jele, hanem maga a fájdalom a betegség. A panaszok jellemzően hónapok vagy akár évek óta fennállnak számos kezelési kísérlet ellenére. A krónikus fájdalom egy önálló kórállapot, mely során megváltozik az idegrendszer fájdalommal kapcsolatos működése, így terápiája is jelentősen különbözik az akut fájdalométól.

A magyar tizenévesek körében a krónikus fájdalom előfordulása 31,1%. Gyermekkorban a leggyakrabban előforduló fájdalom a fejfájás, ezt követi a hasi fájdalom, a derék-, valamint a muszkuloszkeletális fájdalom. Godó és munkatársai 2020-as kutatása azt igazolta, hogy a krónikus fájdalommal élő tizenéves magyar diákok 30,9%-a fordult már orvoshoz a problémáival, és 75,5%-uk szed valamilyen fájdalomcsillapító gyógyszert a fájdalom enyhítése céljából.

A krónikus fájdalom súlyos formájában jellemző az egészségügyi rendszer kiterjedt igénybevétele és a rendszeres fájdalomcsillapító-használat. A kórkép jelentősen befolyásolhatja a gyermekek iskolai és mindennapi teljesítőképességét, a társas kapcsolatok hiányához vezet, így a testi, pszichés és szociális fejlődésre és a későbbi munkaképességre is negatív hatást gyakorol, emiatt kiemelten fontos foglalkozni a fájdalomkezeléssel.

A Bethesda Gyermekkorházban 2013 óta működik a Fájdalomkezelő Ambulancia, ahol interdiszciplináris, multimodális, több szakterületet a kezelésbe egyszerre bevonó fájdalomkezelés valósul meg. A gyógyítás során egyaránt figyelembe vesszük a testi, lelki és társas szempontokat.

Egy szakorvos és egy klinikai szakpszichológus közösen vezeti a terápiás folyamatot, amelyben lehetőség szerint az egész család részt vesz. Az első találkozás fő célja a krónikus fájdalom természetének azonosítása, a gyermek és szülei oktatása a krónikus fájdalom bio-pszicho-szociális modelljéről, megfelelő kezelési javaslatok megfogalmazása, a gyógyszerszedés racionalizálása, valamint a szükségtelen diagnosztikai vagy orvosi beavatkozások megelőzése.

A páciensek általában fél-egy éven keresztül állnak gondozásunk alatt, kontrollvizsgálatokra két-három havi rendszerességgel kerül sor, melyek során nyomon követjük és összefoglaljuk a pácienseinknek előírt esetleges további diagnosztikai folyamatok eredményeit, a szükséges kezelési és terápiás folyamatokat (pl. mozgásterápia, gyógytorna, egyéni pszichoterápia, csoportterápia, családterápia, relaxációs vagy autogétnéning-folyamat, szuggesztív technikák elsajátításának folyamata, gyógyszeres terápia, tanulási készségek fejlesztése stb.).

Az ambuláns ellátás mellett ambuláns terápiás csoportokat is indítunk. A csoportterápiás alkalmak során elsősorban pszichodramatikus eszközökkel dolgozunk, emellett a csoport lehetőséget nyújt relaxációs alaptechnikák elsajátítására, valamint hipnoterápiás sajátélményben való részvételre is, amely bizonyítottan hatékony a fájdalomkezelésben és a stresszel való megküzdésben.

A súlyosabb esetekben intenzív interdiszciplináris, multimodális fájdalomkezelő héten is lehetőség van részt venni, mely során több szakterület összehangolt munkájának segítségével komplex terápiában részesülnek. A csoportterápiás alkalmak során jól hasznosítható gyakorlati eszköztárat nyújtunk a résztvevőknek a fájdalmukkal való hatékonyabb megküzdéséhez, illetve a biztonságos kereteken belül lehetőség nyílik a mélyebb önismeret megszerzésére is. Mindezek mellett napi gyógytorna-foglalkozásokon igyekszünk a fizikai aktivitást is elősegíteni. A komplex program részét képezi a krónikus fájdalommal kapcsolatos pszichoedukáció, tanulástechnikai tréning és művészetterápiás eszközök alkalmazása is.

Fájdalomkezelő Centrumunkat elsősorban fejfájás, hasi fájdalom és ízületi fájdalmak miatt keresik fel a gyermekek és családjuk. Ellátunk továbbá különféle alapbetegségeket (pl. krónikus gyulladással járó bélbetegség, autoimmun ízületi gyulladás, dagantatos betegség) mellett jelentkező krónikus fájdalommal élő gyermekeket is.

2023 szeptemberében centrumunk gondozásában megjelent a Fájdalomkezelő kisokos, emellett honlapunkon elérhető Rachel Zoffness Fájdalomkezelő munkafüzete is, mely kognitív viselkedésterápiás és mindfulness alapú gyakorlatokon keresztül segíti a krónikus fájdalommal élő tizenéveseket a fájdalmukkal való megküzdésében.

Az ambulanciánkra való bejelentkezésre a fajdalomterapia@bethesda.hu címen van lehetőség.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

HOGYAN VÁLASSZUNK TÁPSZERT?

Elsőfokú rokonnak (szülő, testvér)
van-e valamilyen **allergiás betegsége?**

NINCS

**NEGATÍV CSALÁDI
ANAMNÉZIS**

**ALLERGIÁRA
NEM VESZÉLYEZTETETT**

TEJALAPÚ TÁPSZER¹

**MILUMIL
CESAR-BIOTIK 1**

**SZIMBIOTIKUM*
+
HMO**

**LEGÚJABB
INNOVÁCIÓ!**



VAN

**POZITÍV CSALÁDI
ANAMNÉZIS**

**ALLERGIÁRA
VESZÉLYEZTETETT**

**IGAZOLT HATÉKONYSÁGÚ
RÉSZELEGEN HIDROLIZÁLT
TÁPSZER²**

**MILUMIL
HA START PROSYNEO**

**SZIMBIOTIKUM*
+
HIDROLIZÁLT FEHÉRJE**



***Prebiotikus** oligoszacharidokat (scGOS/lcFOS) és **probiotikus** Bifidobaktériumot tartalmaz.

Referenciák: **1.** Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0-12 hónapos) táplálásáról. Egészségügyi Közlöny, 2019; LXIX(18): 2016-2076. **2.** Szakmai konszenzus a korai táplálás szerepéről és jelentőségéről az allergiás megbetegedések relációjában, 2023. November 13. Tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek részére. A Danone Kft. kizárja a felelősségét az egészségügyi szakembereknek szóló szakmai tájékoztató anyag illetéktelen személyek általi felhasználásáért. A jelen kiadványban ismertetett termékek címkészővege megtalálható a www.nutriciamedical.hu weboldalon. Fontos figyelmeztetés! Az anyatej a legjobb a csecsemő számára, 6 hónapos korig a kizárólagos szoptatás a legideálisabb táplálási mód. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadálya van, az anyatej-helyettesítő tápszer a gyermekorvos utasítása szerint és ellenőrzése mellett ajánlott alkalmazni. A termék alkalmazása előtt annak megfelelő elkészítésére, tárolására és megsemmisítésére vonatkozó információkért olvassa el a termék címkéjét. Ne térjen el a címke szerinti használati utasítástól, mert az zavart okozhat a kisbaba fejlődésében. Milumil Cesar-Biotik 1 400g, tejalapú, anyatej-helyettesítő tápszer. Közfinszírozás alapjául elfogadott ár: 2709 Ft*, támogatás mértéke (25%): 677 Ft, térítési díj: 2032 Ft. A termék a nem szoptatott csecsemők számára azok születésétől kezdve megfelelő és 6 hónapos korig kizárólagos táplálékként adható, 6 hónapos kort követően vegyes táplálékkal kiegészítve adható. Milumil HA Start Prosyneo 400g tejalapú, anyatej-helyettesítő tápszer. Közfinszírozás alapjául elfogadott ár*: 3409 Ft, támogatás mértéke (25%): 852 Ft, térítési díj: 2557 Ft. A termék a nem szoptatott csecsemők számára azok születésétől kezdve megfelelő és 6 hónapos korig kizárólagos táplálékként adható, 6 hónapos kort követően vegyes táplálékkal kiegészítve adható. *Forrás: www.neak.gov.hu, Publikus gyógyszertervezés (PUPHA) 2024.04.01. Promóciós kód: PEADSYN24ADVPEAD23HU, lezárás dátuma: 2024.04.24. Danone Kft. 1134 Budapest, Váci út 35.

Dilemmák a csecsemők táplálása és táplálásterápiája területén

Hazánkban az utóbbi években az egészséges és a beteg csecsemők táplálásának és táplálásterápiájának elrendelése során számos dilemmával szembesülnek a gyermekgyógyászok, különösen, ha összehasonlítják a hazai és a nemzetközi gyakorlatot. Az ideális állapot a prevenció és a gyógyítás szempontjából az lenne, ha a hazai irányelvek naprakészen, rendszeresen frissítve követnék a nemzetközi ajánlásokat, figyelembe véve a helyi adottságokat, továbbá az egyes állítások magas evidenciaszinttel lennének alátámasztva.^{[1], [2]} Ezzel szemben az tapasztalható, hogy a hazai irányelvek lassan, többéves lemaradással követik az európai ajánlásokat, és a bennük szereplő állítások többsége mellé nem lehet erős evidenciákat hozzárendelni, így a bizonyítékok szintje alacsony. Sajnos nem állnak rendelkezésre kellő számú és megfelelő minőségű kutatások. A szakmai irányelvek folyamatos frissítése nagy kihívás az egyes szakterületek számára, egyrészt rengeteg munkaórát igényel a tartalmi rész összeállítás, frissítése, másrészt jártasság is szükséges az irányelvek megírásában.^{[1], [2]} A csecsemők táplálására vonatkozó kutatások megtervezése során az egyik legnehezebb kérdés a kontrollcsoport meghatározása. A gyógyszerkutatásokkal ellentétben itt nem egyszerű randomizált, kettős vakpróbákat megvalósítani, hisz a csecsemők egészséges fejlődését folyamatosan biztosítani szükséges.

A fenti dilemmák képezik az alapját annak, hogy az utóbbi hónapokban a csecsemőtáplálás területén gyakrabban tettek fel konferenciákon, továbbképzéseken, konszenzusos megbeszéléseken a következő kérdéseket. Prevenció táplálással megelőzhető a tehéntejfehérje-allergia? Létezik prevenció táplálás? Ha igen, akkor milyen erős evidenciák állnak az ajánlások

mellett? Ezek a kérdések egyrészt akkor merülnek fel, amikor az egészséges csecsemőnek nem elegendő az anyatej mennyisége, vagy elkezdődik a hozzátáplálás időszaka, továbbá amikor a csecsemő táplálásterápiás intervenciót igényel speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszerrel. A táblázat bemutatja a hazai szakmai irányelvben lévő állításokat és a hozzájuk rendelhető evidenciaszinteket az allergiaprevencióra vonatkozóan.^[1]

Dias és munkatársai több szakmai ajánlást és a bennük lévő állítások erősségének áttanulmányozását követően a következőket emelték ki. Az allergiával összefüggő családi anamnézis és a diszbiózist elősegítő tényezők – nevezetesen a szülés előtti, peri- vagy posztpartum antibiotikum-expozíció és a császármetszés – meglétét értékelni kell a csecsemő első orvosi vizitje során az allergia kockázatának megállapítása érdekében. A szakértők egyetértettek abban, hogy a prebiotikumokkal, probiotikumokkal vagy szinbiotikumokkal dúsított tápszerek használatát meg kell fontolni az allergia kialakulásának kockázatával küzdő csecsemőknél.^[3]

Akik mélyebben érdeklődnek a tehéntejfehérje-allergia prevenciója, diagnosztizálása és táplálásterápiás intervenciója iránt, javaslok az erre vonatkozó ESPGHAN-féle szakmai ajánlás, Cochrane-adatbázis és a klinikai kutatásokat összefoglaló adatbázis áttanulmányozását.^{[4], [5], [6]}

A cikk közlését a Danone Kft. támogatta.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Táblázat. Allergiaprevencióra vonatkozó ajánlások és evidenciaszintjük

Az ajánlást megfogalmazta	Ajánlás	Evidenciaszint
Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról (2019)	Magas allergiarizikójú csecsemőknek prevenció célból a hozzátáplálás megkezdéséig részlegesen hidrolizált, hipoallergén tápszerek javasoltak	D
	Egészséges, allergiarizikó által nem érintett csecsemők esetében a hidrolizált tápszer prevenció jótekonny hatása nem igazolt, így adása sem indokolt	D
	A hozzátáplálás elkezdését követően – betöltött 4 hónapos kortól – már semmilyen esetben nem indokolt prevenció céljal hidrolizált tápszer adása	D
	Allergia szempontjából magas rizikójú csecsemőknél prevenció célból csak olyan hidrolizált tápszer adása ajánlható, melynek hatékonyságát előzőleg klinikai vizsgálatok igazolták (pl. az atópia gyakorisága az adott fehérjehidrolizátum alkalmazása esetén ritkább), mivel önmagában sem a fehérjeforrás, sem a hidrolizáltság mértéke alapján nem dönthető el, hogy az adott tápszer hatékony-e	D

Rendek-Forró Lídia | közgazdász, egészségügyi menedzser, PhD-hallgató, Pécsi Tudományegyetem

Változásmenedzsment a praxisban, avagy orvosok vagy vezetők?

Cikksorozatunk célja az egészségügyi rendszer aktuális reformjából kiinduló, háziiorvosi praxist is érintő változások, változtatások definiálása, interpretálása, továbbá a praxist koordináló orvosvezetői attitűd szükségességének feltárása. Első cikkünkben tesszük ezt a téma általános megközelítésével, a változtatásokkal járó, de nem minden esetben látható, viszont annál fontosabb folyamatok ismertetésével. Továbbiakban célunk egy-egy változáseleméleti modell bemutatása, amely a praxisban dolgozó kollégák döntéstámogató eszközeként is szolgálhat.

Az ember létezése óta idéz elő változásokat. Ezek a változások a múlt évszázad második felétől látványosan fokozódnak. Rendkívüli mértéket öltött a változások gyakorisága és az emberiségre gyakorolt hatása. A változások mindennapi életünkhöz tartoznak, tőlünk függetlenül, nem irányíthatóan és nem befolyásolhatóan történnek. A változás mindennapjaink részévé vált, akár csak a rá reflektáló tudatos reakcióink mind a magánszférában, mind pedig az üzleti életben. Természetesen nincs ez másként az államigazgatás, az egészségügy területén sem. Sok esetben azt gondolják, a változás és a változtatás szónak egy és ugyanaz a jelentésköre, ezért először nézzük meg, miként definiálhatók ezek a kifejezések.

Változás: A változás olyan folyamat, ami tudatos elemeket nélkülöz.^[1] Elősegítheti vagy gátolhatja napi tevékenységeinket, felboríthatja megszokott rutinjainkat és terveinket. A Hérakleitosz görög filozófusnak tulajdonított mondás, a „panta rei” – azaz „minden folyik”, „minden változik” – örökérvényű. Magánemberként is néha kívánjuk, hogy történjen valami, néha stabilitásra vágyunk, a minket érő behatásoknak ellenállunk, és szeretnénk megakadályozni a változásokat. Érzékeljük a klímaváltozás okozta felmelegedés következményeit, és megtapasztaljuk a közel-keleti politikai válság hatására a világban kialakuló migrációs helyzetet, tapasztaljuk a külpolitikai átalakulásokat, a gazdasági és világgpiaci feszültségeket vagy éppen a jelenleg is zajló egészségügyi reform hatásait.

Változtatás: A változtatás alatt a környezeti változások hatására vagy belső készítésre való tudatos, akaratlagos cselekvést értjük. John P. Kotter^[2] szerint „a külső változásokat észre kell vennünk ahhoz, hogy cselekedni tudjunk”, továbbá „a külső változást mindig belső változásnak kell követnie”. Az angol change szó magyar fordítása egyaránt jelenthet változást és változtatást, amelynek jelentéstartalma általános értelemben lefedi a sikeres megvalósítás céljából kialakított stratégiákat, struktúrákat, rendszereket és viselkedési mintákat.

Az aktuális egészségügyi reform által is elindult egyfajta változás, amelynek következményeként változtatások sorával kell megbirkózniuk a rendszerben dolgozóknak. Nagy feladat hárul a praxisban dolgozó orvosokra, hiszen a változtatásokat nekik kell vezetniük és a praxis további szereplőivel elfogadtatniuk. Itt joggal merül fel a kérdés: egy változtatást „vezetni” kell? A praxisban dolgozó orvos vezető? Természetesen igen, mert ebben az esetben a siker érdekében elkerülhetetlen a tudatos irányítás, illetve az orvos nem maradhat önmagában gyógyító szakember, akaratlanul is vezetővé válik, hiszen a praxisa az ő „vállalata”.

Változásvezetés (leading change): A változtatások vezetése az emberi erőforrások, esetünkben a praxisban dolgozók viselkedésének megváltoztatására irányul. A nem minden esetben jó vagy hasznos, illetve aktualitását veszített, meggyökeresedett viselkedésmódok fellazítása, megváltoztatása, elhagyása, amelynek következménye egy új magatartás meggyökeresítése. A folyamatban kiemelt szerep jut a praxist vezetőnek a változtatási folyamat megtervezése és tudatos irányítása során.

Változásmenedzsment (change management): A változtatásmenedzsment mint szervezeti folyamat a változtatások vezetésével összevetve sokkal tágabban értelmezhető, a környezet hatására bekövetkező alapvető képességbéli változások kezelése, amely az emberek viselkedésének megváltoztatásán túl szervezeti felépítési, technológiai, eljárásombeli változtatásokat is jelenthet.

Tehát a változás folyamatát tekintve a praxist vezető orvosok esetében is elengedhetetlen a rendszerelvű, komplexitásban való gondolkodás. A rendszer egészét egyben kell vizsgálni. Az összetettség megértéséhez szükséges egy rövid kronológiai kalauz az egészségpolitika múltjába, politikai nézettől függetlenül, állásfoglalás nélkül, kizárólag a szakirodalom által összegyűjtött tényekre alapozva.

Napjainkban meghatározó célkitűzés egy egészségbarát kormányzás kialakítása, de mit is jelent ez? Egy olyan kormányzási módot, amely kiterjed valamennyi szektorra, és az egész társadalom bevonásával valósul meg az egészség fejlesztése érdekében. A szektorok és az irányítási szintek (országos, regionális, helyi) együttműködése jellemzi. A szakpolitikák együttműködésük révén egymás kedvező egészséghatását erősítik, amely érdekében koordinált, integrált kormányzati beavatkozások történnek. A kormányzat számos eszközt használ a lakosság bevonására, viszont nem kizárólag szabályoz, hanem igyekszik támogató környezetet, illetve érdekeltségi rendszereket kialakítani.^[3]

Az egészségügy teljesítményének növelése a világ valamennyi országában prioritás. Ennek érdekében vezetnek be reformokat. A legfontosabb elem a hatékonyság, illetve a hatékonyságnyerés, ami azt jelenti, hogy az ebben a rendszerben elköltött vagy befektetett pénz egyre többet ér, a befektetés általános termelékenysége nő. A folyamat sikeressége soktényezős, de nagyon fontos elem a megfelelő adatoknak a megléte, transzférálhatósága. A tudományos alapokon álló egészségpolitika kizárólag nemzetközi összefogásban valósulhat meg. A nemzetközi szakirodalomban számos tudományos evidencia leírja, hogy a hatékonyságmérésben két terület munkája az, ami konstruktív, ezek pedig az egészségügyi közgazdaságtan és az egészségügyi technológia elemzése. Az említett két terület célja a döntéshozatal segítése.^[4]

2008 márciusában a magyar kormány felkérésére a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) közreadott egy tanulmánykötetet, amely a magyar reformfolyamatokat elemezte. Ebben helyet kapott az egészségügy reformja is, mely már akkor a legnagyobb kihívást jelentette, hiszen az egészségi állapot javítása igényelte volna a közkiadások növelését, amire azonban már akkor sem volt lehetőség. A tanulmány rávilágított arra, hogy a kilencvenes évek óta az államháztartási hiány csak növekszik minden választási évben. Ennek oka, hogy az egészségügy minimális szinten részesült a kormányzati osztogatásokból.^[5]

Orosz Éva 2009-es tanulmányában^[6] leírja, hogy az egészségügyi rendszer nem kielégítő hatékonysága mögött egymással összefüggő problémák állnak: az egészségpolitika, egészségügyi igazgatás szabályozó és ellenőrző tevékenységének hiányosságai; az intézményhálózat elavult, aránytalan szerkezete (pl. szétaprózott kórházi kapacitások); a szolgáltatók közötti koordináció hiánya; a finanszírozó és a szolgáltató intézmények elégséges autonómiájának, illetve a velük szembeni megfelelő számonkérési lehetőségnek a hiánya. A magyarországi egészségügyi ellátórendszer – mindenekelőtt a kórházi rendszerre gondolva – strukturális átalakításért kiált már a kilencvenes évek óta. 2009-re nagymértékben kiéleződött a probléma az egészségügyi szükségletek és a gazdasági mozgástér között, továbbá az elavult intézményi struktúra és a rendelkezésre álló források között. A 2009-et megelőző évtizedekben oly mértékben javult az orvosi technológia, hogy számos betegség terápiája már nem igényel kórházi ellátást, illetve radikálisan csökkent a kórházi tartózkodási idő. A speciális, kevesebb beteget érintő, drága technológiát igénylő szolgáltatások viszont az erőforrások – esetünkben a kórházak – koncentrálását kívánják meg. A kórházi struktúra változása érdekében tett kísérletek viszont csak az ágyak számának csökkentésére redukálódtak, ami tovább súlyosbította a helyzetet. Ilyen volt a 2007-es kapacitásátalakítás, aminek következtében kevesebb lett az ágyszám, mint amit a minimálisan szükséges személyzetnek a hatékony foglalkoztatása indokolna. A 2005-ben és 2007-ben megfogalmazott reformkonceptiók egymással ellentétesek voltak. Az előbbi a „kínálati oldalnak” adott prioritást, az utóbbi pedig a „piaci típusú” biztosítási rendszernek. A tanulmány kitér arra, hogy a bizonytalan gazdasági feltételek mellett is készíthetők lennének szcenáriók a fej-

lesztés irányaira, a GDP-hez viszonyított arányának kívánatos alakulására.^[6] A politikai közállapotok azonban nem kedveztek a hosszabb távú stratégia kialakításának.

Látható, nem új keletű annak gondolata és vizsgálata, hogy szükséges az egészségügy megreformálása, hogy valamilyen muszáj meghozni az elkerülhetetlen, nem minden esetben az egész szektor számára kedvező döntéseket. 2022-ben megalapozottnak érezték egy hosszú távú stratégia elindítását. Új egészségügyi törvényt fogadtak el, amely drasztikus változást hozott a rendszer valamennyi divíziójában. Ekkor szembesültek a járóbeteg-szakellátók, praxisok is az őket érintő változásokkal.

Hogyan reagálunk, éljük meg a változtatásokat?

Függetlenül attól, hogy a változtatások egy praxis életében fejlődési lehetőséget vagy újabb kihívást jelenthetnek, a legtöbb dolgozóból az átalakítás bizonytalanságot, félelmet vagy akár ellenállást válthat ki, mert az érintettek többnyire – adódik ez az emberi természetből – nem szeretnének változtatni a megszokott dolgokon.

Bakacsi Gyula a változtatások során észlelt ellenállásnak kétféle eredetét differenciálja: a szervezeti és az egyéni ellenállást.^[7] Az ellenállás személyi okait szemügyre véve a következő lehetséges okokat azonosította: lustaság, félelem, bizalmatlanság és anyagi okok. Az újabb kutatásaiban ez kiegészül a következő tényezőkkel: félelem az ismeretlentől, a szokás hatalma, félelem az anyagi érdekek veszélyeztetése miatt, félelem a munkahely elvesztésétől, a szelektív észlelés, amikor nem látjuk, miért van szükség a változásra, az outsider effektus („ti akartátok, csináljátok is meg” álláspont), a bizalmatlanság. A megfigyeléseken alapuló pszichológiai vizsgálatokat végző Elisabeth Kübler-Ross szerint a szervezeti változások megtapasztalása – legyenek azok negatívak vagy pozitívak – a gyászfolyamattal párhuzamos. A status quo megváltozott, és már nincs mód a régi, megszokott dolgok visszaállítására. Amennyiben a praxisban dolgozót negatívan érinti a változtatás, abban az esetben a vezetőnek számíthatnia kell arra, hogy minden, a változtatásban érintett dolgozója keresztülmegy a gyászfolyamaton, és a folyamat kezdetén mindig visszaesik a teljesítmény. Emellett a közvetlen érintettek nagyobb ellenállást fejtenek ki, mint a kevésbé érintettek.

Az angol Chartered Management Institute 2014-es felmérése^[8] alapján a 21. századi szervezeteknél, esetünkben a praxis-közösségeknél bekövetkező változtatások kivitelezése különböző képességek meglétét kívánja, mint például a kommunikációs képességeket (a döntések háttérének effektív közlése), a problémamegoldó és elemző képességeket (a folyamatok hatékonyságának pénzügyi és rendszerelemzése), az emberekkel kapcsolatos képességeket (motivációs és emberi kapcsolatok alakítása, csapatmunka elősegítése), a mások motiválásának képességét (a nekünk dolgozó csapat ráhangolása a célok megvalósítására).

Felmerül a kérdés, rendelkezünk-e ezekkel a képességekkel.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

HALEON

NEOTUSS

ProNatural

KÖHÖGÉS
ELLENI SZIRUP



Gyógyászati segédeszköz.



KÍNZÓ KÖHÖGÉS?
SEGÍTS RAJTA A TERMÉSZET EREJÉVEL!

NeoTuss ProNatural köhögés elleni szirup. Gyógyászati segédeszköznek minősülő orvostechnikai eszköz.
Forgalmazza: Haeon Hungary Kft. 1124 Budapest, Csórsz u. 43. Tel.: +36 1 225-5800 • A védjegyek tulajdonosa
vagy engedélyezett használója a Haeon group of companies. PM-HU-NEOCT-24-00003, Jövähagyás dátuma: 2024. január

A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót,
vagy kérdezze meg kezelőorvosát!

Dr. Kántor Irén | házi gyermekorvos, HGYE-elnök, Nyíregyháza

HGYE-küldöttgyűlés, 2024

Az utóbbi évek fő feladata volt menedzselni az egyesület ismertségét, gazdasági egyensúlyát, szakmapolitikai, szakmai szempontok érvényesítését. A mintegy 30 éves HGYE stabil tagsággal és működési feltételekkel rendelkezik. Ez fontos teljesítmény, van mire alapozni a jövőnk, noha az alapellátó gyermekorvosok átlagéletkora növekszik. A szervezeti és szakmai fejlődés a cél, emiatt folyamatosan kitörési pontokat kell keresni, ami az egyesülettől aktív munkát igényel. Szakmánk minőségi munkájától 1 millió gyermek egészsége és jövője függ. Klinikai gyakorlatunk, szakmai képzettségünk, esetleges további képzettségünk mindezekre feljogosít. Néhány, a munkánk súlyát, volumenét jellemző adat: évi 9-10 millió orvos-beteg találkozó van a gyermek-alapellátásban, amely ha megszűnne, akkor a kórházi gyermekosztályok betegforgalmát napi 250-nel emelné.

A **HGYE célja**, hogy segítse azt a folyamatot, amely során kijelöljük a kompetenciák határait, a nem orvosi feladatokat át tudjuk adni a szakdolgozóknak. Ennek érdekében lobbizuk a döntéshozóknál, hogy pontosan meg legyen határozva a szakdolgozók hatásköre és kompetenciája; speciális, a gyermekasszisztensekre szabott képzés készüljön, amely lehetővé teszi, hogy telefonos vagy személyes megjelenés során szakmai alapon pontosan triázsolhassanak, a praxisközösségi szűrővizsgálatokban részt vehessenek, ápolási, táplálási tanácsokat is adhassanak. Amennyiben ez meg tud valósulni, a gyermekszakorvosnak marad ideje, hogy a vegyes körzeteknek esetleg szakmai konzultációs háttérrel biztosítson, védőnőkkel szakmai kapcsolatot tartson vagy a rezidensek oktatásában részt vegyen.

Utánpótlás kérdése: Kérdőíves felmérést végeztünk, hogy megismerjük a fiatal gyermekgyógyászok motivációját, amiből a motiváció lemorzsolódása tűnt ki. A holisztikus szemléletet a képzés során egyre inkább átveszi a specializáció igénye, és az is kiderült, hogy nem ismerik pontosan az alapellátói munkát, ami a tutorálás jelentőségét kiemeli.

További célja az egyesületnek, hogy a **gyermekszakvizsga jelentősége kitűnjön a hatásköri listában is**, a gyermekorvos hatásköre a gyermekek vonatkozásában szélesebb körű legyen.

PoCUS-képzés: Folyamatban van a szakmai radiológiai társasággal egyeztetés, melynek során jártasságot adó, speciális gyermekgyógyászati ultrahangra fókuszáló képzést szervezünk. Ezek jelenleg is zajlanak, a szokásos felületen, az Oftexen lehet jelentkezni.

Megújult a házi orvosok tananyaga. A papíralapon és bővített formában e-könyvként is megjelenő új tankönyv gyermekgyógyászati fejezeteit házi gyermekorvosok készítették vagy segítettek a megírásában.

A Hírvivőben sorozatot indítottunk: Tényleg a lényeg címmel, mely az alapellátásban leggyakrabban előforduló megbetegedések szakszerű, a friss guideline-oknak megfelelő, gyors diagnosztikát és kezelést lehetővé tevő segítséget ad.

Eredményként könyveljük el, hogy **közhasznúvá minősítettük az egyesületet**, ami lehetővé teszi, hogy az 1%-os kampányban is részt vegyünk. A befolyt összeget a szakmai publikációk támogatására, illetve az ukrajnai gyerekek oltásainak a finanszírozására fordítjuk.

Támogattuk egy interaktív mesekönyv megjelenését, mely a kisgyermekes szülőknek segít a kicsi gyermekek egészséges életmódjának a kialakításában.

A HGYE és a Semmelweis Egyetem Gyermekklinikájának együttműködésével obezitásmegelőző projekt indul, mely során a praxisközösségi teendő korszerű megközelítését tanítjuk meg a gyermekorvosoknak.

Megújult a weboldal, színesebb, tartalmasabb lett.

Az egyesület küldöttgyűlésén Havasi Katalin elnök ismertette a szervezet **múlt évi beszámolóját**, amelyet a küldöttek ellenszavazat nélkül, egyöntetűen elfogadtak.

Az egyesület gazdálkodása gazdaságilag kiszámítható és stabil. A felügyelőbizottság és a közgyűlés a pénzügyi beszámolót és a jövő évi költségvetést ellenszavazat nélkül elfogadta.

A HunPedNet vezetője, dr. Stunya Edina klinikai vizsgálatokat szervez az alapellátásban. A szervezet a HGYE része önálló költségvetéssel. Költségvetése egyensúlyban van. A küldöttek a beszámolót ellenszavazat nélkül elfogadták.

A HGYE négyévente új vezetőséget választ. Ez évben technikai, logisztikai és anyagi okok miatt a tisztújítás tavaszra lett áttéve. További oka, hogy elnökünket megválasztották a Magyar Gyermekgyógyászati Társaság főtítkárának. Az új vezetőséget egyöntetűen, ellenszavazat nélkül választották meg. Mandátuma 2028. május 2-áig tart.

Az új vezetőség:

Elnök: Kántor Irén

Tanácsadó elnök: Havasi Katalin (választás nélkül, az alapszabálynak megfelelően)

Alelnökök: Rósa Ágnes, Pátri László

Vezetőségi tagok: Ács Beáta, Bogár Andrea, Fáth Beáta, Májer Éva, Méryi Ágnes, Sándor György, Stunya Edina, Török Violetta

A felügyelőbizottság tagjai: Fábrián Dóra, Kollár László, Muzsai Géza

Dr. Kántor Irén | házi gyermekorvos, HGYE-elnök, Nyíregyháza

Beszámoló az EAP 2024 Mastercourse-ról

Idén az észak-portugáliai Portoban rendezték meg a European Academy of Paediatrics EAP 2024 Mastercourse elnevezésű kurzusát.

Az EAP az európai gyermekgyógyászat szakmai és főleg szakmapolitikai szervezete. A szakmai konferenciákon és edukációs alkalmakon túl a gyermekek és a gyermekgyógyászat helyzetét méri fel európai szinten, és ennek eredményei alapján ad visszajelzést, javaslatot a döntéshozóknak.

Ez év október 17-e és 20-a között az EAP és az EAPS közös tudományos konferenciát szervez Bécsben. Fő témája a neonatológia és az alapellátás lesz, emellett számos workshop is helyet kap.^[1]

A portugáliai eseményen beszámoltak egy egységes európai gyermekgyógyászati vizsgáról, mely a saját tudás felmérését szolgálja. Van egy felkészítő teszt sorozat, klinikai esetsorozat, amely segíti a gyermekgyógyászati általános képzést és a szakvizsgára való felkészülést.^[2] Akik elvégzik, részletes visszajelzést kapnak a teljesítményükről, és egy diplomát, hogy letették a vizsgát. Egyre több Európán kívüli orvos is jelentkezik. Bárki részt vehet, aki európai szintű gyermekgyógyászati szakvizsgát akar tenni. Ez nem helyettesíti a nemzeti gyermekgyógyászati szakvizsgát. Törekvések vannak rá, hogy a nemzeti vizsgabizottságok elismerjék gyermekgyógyászati szakvizsgaként, ebben a tárgyalásban a legtovább a holland szervezettel jutottak.

Az Európai Unió az orvostechológiai eszközök szabályozásánál nem vette kellő súllyal figyelembe a gyermekek ellátásához szükséges eszközök engedélyezési folyamatát és költségeit. Az EAP jelzést tett erről. Felmerült, hogy a társadalmak gyermekekről való gondoskodása privilegizált terület kell legyen, s kiadtak egy állásfoglalást, miért alapvető fontosságú a gyermekek és a társadalom jövője szempontjából a gyermekek és a serdülőkorúak előtérbe helyezése.^[3] A gyermekgyógyászat számos európai országban szenved az átalakuló egészségügy problémáitól: finanszírozási gondok, utánpótlás hiánya, kompetencia és hatáskörök megalapozott irányvonala. A közeljövőben átfogó és egységes felmérés készül az európai országokban a gyermek-alapellátás helyzetéről, és ennek megfelelően stratégiát dolgoznak ki a gyermekgyógyászat helyzetének stabilitásáért.

A szervezet visszajelzést adott az Egészségügyi Világszervezet új cöliakiaguideline-jával kapcsolatosan. Az EAP sze-

rint a guideline-ban szereplő megállapítások és irányelvek vitathatók, mivel a bizonyítékok szintje és az ajánlások erőssége nem támasztja alá őket.

Az EAP oktató webinariumokat készít, ezeken lehetőség van kérdés feltevésére. A hipertenzió az egyik első téma, amivel részletesen foglalkoznak, az ABPM, a vérnyomás értékelése, a hipertenzióval kapcsolatos egyéb tudnivalók, kivizsgálási, továbbküldési indikációk olvashatók, láthatók a weboldalon.^[4]

A szervezet hívja a fiatalokat, hogy kapcsolódjanak be a munkájába. A fiataloknak külön szekciójuk is van yEAP (Young EAP) néven, tagdíj nincs. A közösség nyitott, kezdeményező, számos szakmai kezdeményezés tőle indul, emellett nemzetközi kapcsolatok kialakításának is terepe. A yEAP lehetőségeket és forrásokat biztosít a gyermekgyógyász-rezidenseknek és fiatal szakorvosoknak az oktatás, az innováció, az érdekérvényesítés és a hálózatépítés terén. Az EAP álláspontja szerint a gyermekgyógyász-rezidenseknek hasznos, ha van egy olyan fórum, ahol találkozhatnak egymással, valamint az EAP-n belüli szakértőkkel, hogy erősítsék szakmai és társadalmi hálózatukat.^[5]

Az EAP 2024 Mastercourse kiemelt szakmai témája az infektológia volt.

Az első szekcióban a pneumococcus elleni oltásokról esett szó, a poliszacharid és a konjugált vakcinák indikációjáról, európai adatokról, indikációról. A konjugált vakcina hosszú távú immunitást ad, valamint a hordozói állapottól is véd. Új vakcinák vannak fejlesztés alatt: a PCV24 és a PPV23, illetve olyan vakcina, ami szerotípus-independens, hiszen a pneumococcusnak több mint 100 szerotípusa ismert. A 2 éves életkor alatti oltási séma a legtöbb országban 2+1, néhány országban 1+1 oltási sorozatból áll. Az előadó, az Egyesült Királyságból érkezett Shamez Ladhani véleménye, hogy személyi és populációs védettséget is ad a 2+1 oltás, a néhány országban alkalmazott 3+1-es séma indokolatlan.

Az RSV-prevenció témájában elhangzott, hogy Spanyolország Galicia autonóm közösségének oltóprogramjában kötelezővé tették a nirsevimab monoklonális antitest oltást a veszélyeztetett csoportokban. Ahogy várható volt, csökkent a gyermekek SBO-n való megjelenések száma, az alapellátásban bronchiolitisz miatt ellátott gyermekek száma,

az antibiotikum-használat és a morbiditás. Kérdés, hogy vajon meddig tart ez a fajta immunvédelem. A következő időszak feladata ezt megválaszolni.^{[6], [7]}

A meningococcusvakcinák kapcsán szó volt arról, hogy az egyes országokban eltér a különböző szerotípusok előfordulása, ezért eltér a vakcinációs stratégia is. Ettől függetlenül javasolt 14 éves korban az A, C, W, Y szerotípusok elleni oltás beadása, illetve a MenB elleni vakcinák közül a Trumenba, ennek oltóanyaga szélesebb immunitást és védelmet ad, mivel ez proteinalapú vakcina – hangsúlyozta Shamez Ladhani. A kérdés ebben az esetben is az, hogy megmarad-e a hordozói állapot; egy ausztrál tanulmány szerint igen. Egy új-zélandi kutatás eredménye azt mutatta, hogy azok a gyerekek, akiket átoltottak a Neisseria meningitidis ellen, azok a Neisseria gonorrhoeae ellen is védettebbek voltak. A pentavalens vakcinák immunogenitásáról egyelőre várják a hosszú távú adatokat.

A legérdekesebbek mindig az esetismertetések, amelyek igazán mastercourse-segítséget adnak. A szokásos, banális kezdetű légúti infekciós esetként induló megbetegedések, valamint a csont- és ízületi infekciós megbetegedések voltak a fő téma. Az esetismertetések célja a differenciáldiagnosztika és a diagnosztikus beavatkozások indikációjának ismertetése strukturált ábrákkal. Leginkább egy stratégiai gondolkodásmód kialakításában segítenek, illetve hogy a terápiás döntéseket is a guideline-oknak és a Cochrane-féle evidenciaadatoknak megfelelően hozzuk. Ezek az adatbázisok könnyen kereshetők, érdemes a legújabb klinikai adatokat átnézni a döntés meghozatala előtt (pl. azitromicin vagy klaritromicin). Nemcsak különleges kórokozók fordulhatnak elő, hanem különleges helyen lévő infekzív góccok is lehetnek. A szekció fő tanulságai: az antibiotikum-rezisztencia megállítására sokkal nagyobb hangsúlyt kell fektetni, illetve ha infekzív esetünk van, mindig találjuk meg a gócot. Amikor antibiotikus kezeléssel döntünk, gondoljuk végig az 5D (disease, drug, dose, duration, delivery) mentén, hogy a betegségre a megfelelő antibiotikumot választottunk-e, megfe-

lel-e az adagolási mennyiség, gyakoriság, az adagolás időtartama és a gyógyszerbeadás módja (iv. vagy p. o.), valamint formulája (szirup, tableta).

Az MSD által szponzorált előadások a vakcinával kapcsolatos kommunikációhoz adtak gyakorlati segítséget. A felmérések azt mutatják, hogy jó, ha a kommunikáció, a szülő meggyőzése indítványozó jellegű.

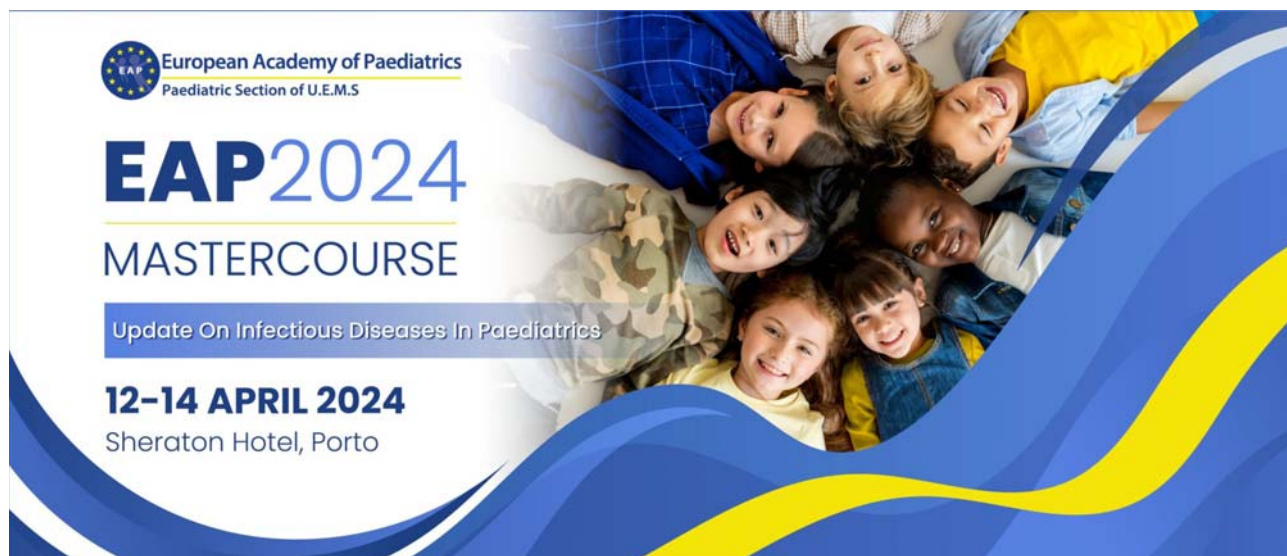
Érdekes téma volt az orális folyadékpótlás menedzselése az angol gyermekszürgősségi osztályon. Nagyon bátran használják az ondanszetront, és a lehető legritkább esetben adnak parenterális folyadékpótlást. Nazális szondát vezetnek le, és azon keresztül pótolják a megfelelő ozmolalitású, ion- és cukortartalmú folyadékot.

A mesterséges intelligencia alkalmazásáról is hallottunk. Nemcsak adatelemzésre, hanem klinikai döntéshozatalra is segítségül lehet hívni a platformokat. Ezt akkor fogjuk tudni használni a jövőben, ha az adatgyűjtés megfelelő színvonalú lesz.

Nagyon szimpatikus volt, hogy sok fiatal előadó a kisbabájával jött el, előfordult, hogy a prezentáció alatt is ott volt a babakocsiban a kisbaba. Mama és baba is ügyes volt, mert a kicsi nem zavarta meg az anyukáját és az előadás menetét.

Összefoglalásként elmondható, hogy a fiataloknak nagyon javasolt ez a fajta konferencia, mert a nemzetközi guidelineok kritikai bemutatása által és az esetismertetésekkel sokat lehet tanulni. Ismerek néhány fiatal kollégát, és bizonyos vagyok benne, hogy megállták volna a helyüket előadóként egy ilyen eseményen. Emiatt is biztatom őket, hogy vegyék fel a kapcsolatot a HGYE-vel.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)



Dr. Rósa Ágnes | házi gyermekorvos, HGYE-alelnök, Szeged

25. Kávészünet konferencia



Idén immár 25. alkalommal rendeztük meg a HGYE hagyományos Kávészünet konferenciáját. Szinte nem volt olyan év, amikor ne lettek volna forrongó kérdések, bőrünkre menő változások vagy sürgősen megoldandó problémák, akár a Kávészünet idején is.

Úgy gondoltuk, idén viszonylag nyugodtabb vizeken evezve járhatjuk végig az előadók által ajánlott utat, persze az utolsó pillanatban kicsit megborzosolta a hullámokat, kedélyeket egy – teljesen indokolatlan – adatszolgáltatási feladatszámbás.

Mint minden évben, idén is Prekongresszus vezette be a Kávészünetet. A délután során az igazi kávéházi hangulatról az Almási Attila – Kovács Erik jazzduó gondoskodott.

A délután fókuszába a kamaszkori problémákat állítottuk, de első vendégként Pál Feri atya korosztálytól függetlenül rendkívül szuggesztíven osztotta meg gondolatait arról, hogy mi segít át az élet megoldhatatlan helyzetében. Kovács-Gál Nóra gyermekjogi szakértő kitekintést adott a gyermekek mentális egészségére vonatkozó felmérések eredményeinek alapján, Labancz Dániel szakpszichológus pedig azt járta körül, hogy vajon látjuk, halljuk-e a kamaszokat, problémáikat, hogyan vesszük észre, hogy egy kamasz gondokkal küzd. Lehet, hogy manapság már a kicsit narcisztikus kamasz a „normális” állapot? Bagdy Emőke szakpszichológus-pszichoterapeuta a bizalom, a személyes jelenlét és a kapcsolat mindenhatóságát hangsúlyozta.

Havasi Katalin elnök megnyitója után a konferencia első szekcióját az egészségügyi adatoknak és a mesterséges intelligenciának szenteltük. Szócska Miklós azt mutatta meg, hogy a különféle ellátóknál rögzített mérhetetlen mennyiségű egészségügyi adat feldolgozásával, amelyre a mesterséges intelligencia jelenléte ad lehetőséget, mennyire előre le-

het jelezni rendszer- és egyéni szinten is egészségügyi folyamatokat, az egészségi állapot alakulását, ami rendkívül fontos az ellátásszervezés szempontjából. Az adatelemzés ugyanakkor azzal is jár, hogy a mi tevékenységünk is látthatóvá, értékelhetővé válik az általunk rögzített adatok feldolgozásával. (Adja magát a kérdés: nem használható ez a fajta adatelemzés korrekt, valóban szakmai tevékenységet mérő indikátorok képzésére?)

Bereczki Csaba napjaink gyermekgyógyászatában helyezte el a gépi tanulás szerepét. Hadzsiev Kinga, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Orvosi Genetikai Intézetének munkatársa pedig a ritka betegségekre, jelesül a Fabry-kórra jellemző jelek és tünetek korai felismerésének jelentőségére hívta fel a figyelmünket.

Onozó Beáta előadása alapján nyilvánvalóvá vált, hogy a meningococcusról sosem szabad megfeledkeznünk, hiszen alattomosan, kezdetben tünetszegényen itt van közöttünk. Fel kell ismerjünk, hiszen a betegség előrehaladtával csökken a túlélés esélye. A megelőzésre kell a hangsúlyt fektetni, ebben élen jár Csehország, ahol valamennyi jellemző szerocsoport elleni védelem biztosítva van, és finanszírozottan elérhető mind csecsemő-, mind kamaszkorban. Az előadó beszámolt az idén 10 éve a nemzeti immunizációs programba emelt HPV-megelőzés eredményeiről és a pneumococcusprevencióra rendelkezésre álló vakcinákban foglalt szerotípus változásairól.

Pölöskei Péter és Bogdányi Katalin is az RSV-fertőzésekkel foglalkozott előadásában, kiemelve, hogy a fejlett országok csecsemőinek körében kialakuló bronchiolitiszek 60-70%-át, a pneumóniák 40%-át okozza RSV, és a koraszülöttek védőoltási programja mellett már magzati korban kialakítható a védettség védőoltással.



Szokó Márta, a Fejér Vármegyei Szent György Kórház csecsemő- és gyermekgyógyásza összefoglalta az akut és visszatérő légúti kezelésben és megelőzésben alkalmazható oki és tüneti kezelést jelentő gyógyszereket, gyógyhatású készítményeket és vakcinákat. Hangsúlyozta a felesleges és indokolatlan antibiotikum-felírás veszélyeit és következményeit.

Csapataink folyamatosan harcban állnak az igazolásfronton, a következő szekció résztvevői – Kollárovcics Nóra, Balázs Judit, az ELTE PPK Pszichológiai Intézetének munkatársai – azonban kitekintést adtak arra, hogy a visszatérő hiányzások hátterében az iskolával összefüggő szorongásos zavarok is állhatnak, és hogy szorongás mellett más mentális zavarok is társulhatnak pszichoszomatikus betegségekkel, ezért fontos a pszichiátriai kivizsgálás szükségességének átgondolása a gyakori hiányzások hátterében. Az elkerülő viselkedés hosszú távon hátráltatja a gyógyulást, az iskolai reintegráció elérendő cél, gyógyulást segítő folyamat.

A mikrobiom, a pre-, pro- és szimbiotikumok jelentőségével, szerepével számos előadó foglalkozott. Reiger Zsolt, a Debreceni Egyetem infektológusa racionális, infektológiai szemléletű, az evidenciák figyelembevételével alkalmazott antimikrobás és probiotikus kezelés jelentőségére hívta fel a figyelmet, valamint arra, hogy a probiotikus kezelés is mindig orvosi javaslatra vagy ajánlásra kezdődjön. Radánovics-Nagy Dániel fogorvos elborzasztó képeket vetített fel, milyen fogászati kórfolyamatokhoz vezethet a szájfloóra egyensúlyának felborulása, emellett még gasztroenterológiai és fül-orr-gégészeti elváltozások hátterében is állhat ez a probléma. Jánosi Olivér a tápszerek és az allergiaprevenció kérdéskörét járta körül. Arató András professzor két új baktériumtörzs jelentőségét emelte ki a csecsemőkori kólika kezelésében.

Szűcs Dániel egyrészt a hasmenés és székrekedés kezelésével, másrészt a krónikus hasfájással foglalkozott. Kiemelte, hogy a Róma IV. kritériumrendszer már nem kizárásos diagnózisokat, hanem diagnosztikai kautélákat tartalmaz, a gyermekkori krónikus hasfájás diagnosztikájának első lépése az organikus betegség fennállásának megítélése. Hamarosan nem gyermekkori funkcionális gasztrointesztinális betegség (FGID) elnevezéssel fogunk találkozni, az új meg-

nevezés a bél-agy interakció rendellenessége (disorders of gut-brain interaction – DGBI).

Az estét Udvaros Dorottya és Hrutka Róbert produkciója zárta.

A szombati nap kezdetén a gyermekgyógyászat határterületei kaptak szót. A házi gyermekorvosi praxisokba is került ultrahangkészülék, amelynek alkalmazási lehetőségeiről beszélt Xantus Gábor taksonyi háziorvos gyakorlati példákkal megerősítve. Külön köszönet Ács Beáta kolléganőnk 9 éves fiának, Róbertnek, aki „testét és szívét adta” a gyakorlati bemutatóhoz, amely aztán a valódi kávészünetben folytatódott az érdeklődők számára.

Wenhard Andrea az eKRÉTA újabb lehetőségeit mutatta be, és irigykedve figyeltük, hogy az általuk javasolt és kért fejlesztések milyen gyorsan beépülnek ebbe az informatikai rendszerbe, nagyban segítve, gyorsítva, egyszerűsítve és csökkentve az adminisztratív teendőket. Van ilyen rendszer is...

Az iskoláskorú gyerekek 22%-át érinti valamilyen krónikus betegség, ami korlátozza mindennapi tevékenységében. A tanulásához való joguk azonban nem sérülhet. Ehhez teljes oktatási rehabilitáció szükséges, ami az egészségügy, az oktatás és a szociális szféra együttműködésével valósulhat meg. Ehhez járul hozzá a KórházSuli program. Mindezekről Tóthné Almássy Monika beszélt.

Az SMA-szűrés tapasztalatairól Mikos Borbála számolt be. Arról pedig, hogy a gyermeknőgyógyászat milyen helyet foglal el az alapellátásban, Krasznai Zoárd.

A szekció végén Serfőző Csilla a gyermekkori rövidlátásról beszélt, amelynek gyakorisága globálisan növekszik. A jelenleg 30%-os arány 2050-re várhatóan 50%-ra nő, így a myopia századunk legjelentősebb szemészeti kórképévé vált, mivel növeli a zöld hályog, a szürke hályog, a retinaleválás és a makuladegeneráció kockázatát.

Következtek a meghökkentő mesék, melyeket Constantin Tamás kezdett az autoinflammatorikus betegségek gyermekkori megjelenésének jellemzőivel, példával illusztrálva. Hangsúlyozta az anamnézis és a fizikális vizsgálat mellett a láz- és tüneti napló vezetésének fontosságát. Nem meghökkentő módon a korrekt anamnézis és fizikális vizsgálat megkerülhetetlen volta több előadásban is szóba került, le-



gyen szó a mesterséges intelligencia vagy a kórállapotok témájáról.

A Semmelweis Egyetem Bókay utcai gyermekklinikájának fiatal orvosai következtek esetbemutatókkal. Láthattuk, hogy a Duchenne–Becker-féle izomdisztrófia hogyan érinthet lányokat is; hogy Thaiföld szép és izgalmas lehet, de szüvenírként dengue-lázat hozhat haza a turista; hogy az akut retinanekrózis gyermekkorban is előforduló ritka, de súlyos betegség, amelyet legnagyobb arányban a VZV és a HSV-1-2 okoz, és a vízus hirtelen romlása sürgősségi szemészeti indikáció. A neonatális kolesztázisra utaló tünetek észlelése, a hiperbilirubinémia értékelése és monitorozása, az újszülött székletének figyelemmel kísérése megkönnyíti a diagnózis minél hamarabbi felállítását, ami a máj kilitásai szempontjából meghatározó.

Délután két szokásosan kitűnő, képekkel és gyakorlati tanácsokkal tűzdelt előadást hallhattunk Csoma Zsanett-től a gyermekbőrgyógyászat újdonságairól és a topikális terápia aktuális kérdéseiről. Kiemelendő, hogy a gyermekbőrgyógyászatban a gyári, valamint a gyógyszerári originális és magisztrális helyi készítmények lényeges részei a terápiás arzenálnak és jelentős számban állnak rendelkezésre. A közepesen súlyos és súlyos atópiás ekcéma kezelésében a biológiai terápiák nagyobb szerepet kaptak.

Szabó Tamás professzor folytatta a tanulságos esetek bemutatását, majd Kovács Gábor professzor a 21. századi hematológiát, benne a célzott kezeléseket és a diéták szerepét villantotta fel.

Nemcsak Bókay-klinikán, hanem a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben is sok-sok lelkes fiatal rezidens van, akik Fekete Ferenc koordinálásában érdekes megtévesztő eseteket mutattak be számunkra. Vacsora előtt pedig Szabó Léna elgondolkoztatott bennünket, mikor gondoljunk ritka genetikai betegségekre, és részletesen foglalkozott a Friedreich-ataxia gyermekkori felismerésének jelentőségével.

Grillparti, születésnap tortája és kareoke zárta az estét.

Vasárnap a kardiológiai előadások előtt meghallgathattuk Helfferich Frigyest a gyógynövények alkalmazásának lehetőségeiről és helyéről a légúti gyulladásokban, és meg-



jegyezhetjük, hogy „a legnagyobb alkoholtartalmú zöldség a falra hányt borsó”.

A gyermekkori ritmuszavarok nem gyakori kórképek, viszont diagnosztikájukban nélkülözhetetlen az EKG, ami a házi gyermekorvosi ellátásban nem minimumfeltétel, ezt érdemes lenne átgondolni. A ritmuszavarok fajtáit, megjelenését és a terápiás teendőket összegezte Kovács Tamás.

A sokarcú gyermekkori hipertóniát mutatta be Reusz György, hangsúlyozva, hogy a hipertónia értékét és mértékét mindig az életkorral és a szomatikus adatokkal együtt kell figyelembe venni. A serdülőkor előtt felfedezett hipertónia leggyakrabban renális eredetű, a pubertást követően viszont a túlsúlyra vezethető vissza. Katona Márta professzor a mellkasi fájdalom differenciáldiagnosztikáját mutatta be, gyakori tünet gyermekkorban, és az esetek döntő többségében benignus, kezelést nem igényel. Gyakorisági sorrend alapján a muszkuloszkeletális, a pulmonális, a pszichés, az idiopátiás, a gasztrointesztinális okot követi a kardiális.

A várandósok körében észlelt fertőzéseket és következményeket mutatta be Orvos Hajnalka. Tudtuk, mégis érthetetlen, hogy az első trimeszterben a hepatitisz B- és a szifilisz-szűrővizsgálat kötelező, azaz finanszírozott szűrővizsgálat, a toxoplazmaszűrés viszont csak ajánlott. Ugyancsak nem kötelező a CMV-ellenanyag-vizsgálat. Ezzel együtt elmondható, hogy a magzat fejlődésben való elmaradásának 5-10%-át a malária, a CMV, a rubeola, a toxoplazma, a varicella és a szifilisz okozza. Sajnálatos, hogy a szifilisz várandósok száma megnőtt, és látható, hogy a fertőzés kizárására az első trimeszteri szűrés nem elegendő.

A Kávészünet utolsó szekciójában az örökzöld csecsemőkori kólikával és a mikrobiom szerepével foglalkozott Cseh Áron, Szabó Dolóresz pedig a mikrobiom és az anyatej kapcsolatával. Impresszionáló adatokkal szolgált Decsi Tamás professzor a méhen belüli éhezés és a felnőttkori csípőkőrfogat, valamint a testtömegindex értéke alakulásának kapcsolatáról, a kisebb születési súly és a korai, 65 év előtti szíveredetű halálozás összefüggéséről, arról, hogy a gyermekkori éhezés szignifikánsan növeli a T2D és a kardiovaszkuláris szindróma kialakulásának kockázatát, a szoptatás pedig szignifikánsan csökkenti a felnőttkori elhízás kialakulásának rizikóját.

A hagyományosan konferenciázáró és a magyarországi anyatejgyártók által szponzorált előadásában Gárdos László a korai antigén-prezentáció jelentőségét hangsúlyozta, és az anyatejes táplálás felbecsülhetetlen voltát, hiszen az anyatejben mai tudásunk szerint nemcsak ellenanyagok, hanem többek között hemopoetikus őssejtek, lipidburokba zárt mikro-RNS-ek vannak, amelyek a védelem újabb távlatainak megismerését nyitják meg.

Havasi Katalin zárszavával és tesztírással ért véget a 25. Kávészünet.

Köszönet a konferencia szervezőinek, Gesztes Évának és csapatának, az Emetin Kft. munkatársainak és Nektek, résztvevőknek, hogy velünk voltatok!



Nem kell tovább keresni!




Babapopsik ápolására:

Sudocrem®

90
ÉVE

AZ ANYUKÁK SEGÍTŐJE

A **Sudocrem®** védi és nyugtatja a kipirosodott bababőrt:

-  védőréteget képez az irritáló anyagokkal szemben
-  nyugtatja a bőrt, csillapítja a bőrpírt, irritációt
-  támogatja a bőr normál állapotának fenntartását

Valamennyi bőrtípusra, érzékeny bőrre is.



KOZMETIKAI TERMÉK

Forgalmazza: Teva Gyógyszergyár Zrt., 4042 Debrecen Pallagi út 13.

Az anyag lezárásának dátuma: 2024.05.31. SUD-HU-00092

teva

BioGaia®



BioGaia Protectis Baby 5 csepp - 5 indikáció

- ♥ a tudomány igazolta
- ♥ a gyakorlat hitelesítette
- ♥ a családok megszerették



Nemzetközi ajánlások
a *L. reuteri* Protectis® vonatkozásában



Indikáció	Ajánló szervezet	Klinikai vizsgálatok száma
	EPA/UNEPSA	
Csecsemőkori kólika	WGO ESPGHAN	12 klinikai vizsgálat + 12 meta-analízis
Akut gastroenteritisz	ESPGHAN WGO	11 klinikai vizsgálat + 1 meta-analízis
Antibiotikum asszociált hasmenés	WGO	7 klinikai vizsgálat
Fertőzés megelőzés	WGO	16 klinikai vizsgálat
Funkcionális székrekedés	WGO	12 klinikai vizsgálat

EPA/UNEPSA - Európai Gyermekgyógyász Társaság / Nemzeti Gyermekgyógyász Társaságok szervezete,
WGO - Nemzetközi Gasztroenterológiai Társaság
ESPGHAN - Európai Gyermekgyógyászati, Hepatológiai és Táplálkozástudományi Társaság,

Lezárás dátuma: 2024.04.22. Sorszám: 2024/O/16