

# HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXX. évfolyam  
2025/3. szám

# MGYT

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 68. Nagygyűlése

2025. november 6-8.  
Balatonalmádi,  
Hunguest Hotel Bál Resort\*\*\*\*

# HGYE

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete 30. Őszi Konferenciája

## Tisztelt Kollégák! Tisztelt Szakmai Partnereink!

Újra ünnepel a hazai gyermekgyógyászat.

**A 100 éves Magyar Gyermekorvosok Társasága 2025-ben is folytatja nagyszabású centenáriumi rendezvénysorozatát, amelynek méltó lezárása lesz az év végi szakmai kongresszus.**

**Az eseményt együtt tartja az idén 30 éves Házi Gyermekorvosok Egyesületének 30. Őszi Konferenciájával. A szervezésben az MGYT és a HGYE mellett a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet is részt vesz.**

Prevenció, újdonságok, innováció – mindenről szó lesz az MGYT „Szívvel-lélekkel, tudománnyal” mottóval szerveződő 68. Nagygyűlésén 2025. november 6–8., között Balatonalmádiban, a 2021-ben teljeskörűen felújított, csodálatos balatoni panorámát nyújtó Hunguest Hotel Bál Resortban.

Ezúton tisztelettel meghívjuk a Magyar Gyermekorvosok Társasága legnagyobb éves tudományos tanácskozására, amelynek célja, hogy megosszuk egymással a hazai gyermekorvoslás magas szintű szakmai ismereteit, tudományos eredményeit, munkánk nagyívű fejlődését, és párbeszédet folytassunk a tapasztalt és a fiatal gyermekorvosokkal, beszéljünk hivatásunk jelenéről, jövőképeiről, kitérve a szakmapolitikai fórumainkon a gyermek-alapellátás és a kórházi ellátás aktualitásaira.

A 2025. évi kongresszusunk akkreditált, várhatóan 24 kreditponttal.

Részletes információt itt talál:  
<https://mgyt.clubservice-event.hu>



A konferencia weboldalán bővebben tájékozódhatnak a regisztrációról, a rendezvény szakmai programjáról, a kísérő programokról, a szekciókról, az akkreditációról, a szálláslehetőségekről és a parkolásról is.

<b>Kedvezményes jelentkezés határideje:</b>	2025. szeptember 22.
<b>Csoportos szállásfoglalás határideje:</b>	2025. szeptember 8.
<b>Szállásfoglalás határideje:</b>	2025. szeptember 22.
<b>Az absztraktok beküldésének határideje:</b>	2025. augusztus 18.
<b>A tudományos bizottság visszajelzése az előadás befogadásról:</b>	2025. szeptember 15.

Reményeink szerint tudományos előadásaink, gazdag szakmai, közösségi és kulturális programjaink mind-mind hozzájárulnak ahhoz, hogy még színvonalasabb ellátást biztosíthassunk!



Bízunk abban, hogy emlékezetes és felemelő pillanatokkal zárhatjuk le a százéves Magyar Gyermekorvosok Társasága centenáriumi eseménysorozatát



# Tartalom

## SZAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

Gyermekorvosi alapellátás Magyarországon –  
kihívások és lehetőségek egy élhetőbb jövőért ..... 4

## INTERJÚ

Mindegy, hogy mit csinál az ember,  
csak csinálja jól és odaadón ..... 7

## NAPRAKÉSZEN

Endoszkópos műtétek a gyermeksebészetben 3. .... 11

Szimbiotikumok szerepe a csecsemőtáplálásban (X) .... 17

## GONDOZZUK KERTJEINKET!

Túlsúlyllyal élő gyermekek  
életmódváltásának támogatása ..... 18

## NAPRAKÉSZEN

Anafilaxia ..... 21

## GONDOZZUK KERTJEINKET!

Enyhe és középsúlyos koponyatrauma ..... 23

## TÉNYLEG A LÉNYEG

Állítsuk meg a fellángolást:  
a gyermekkori atópiás dermatitisz proaktív kezelése  
a gyermekgyógyászok feladata is ..... 25

## NAPRAKÉSZEN

Antihisztaminok alkalmazása  
felső légúti fertőzésekben ..... 27

## TÉNYLEG A LÉNYEG

Immunizáció és várandósság ..... 31

## TÉNYLEG A LÉNYEG

Felnőttkori kötelező védőoltások ..... 34

## EGYESÜLETI HÍREK

HAOSZ V. Országos és I. Alapellátási Konferencia  
és Továbbképző Tanfolyam ..... 36

# Impresszum

## Házi Gyermekorvosok Egyesülete

Cím: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E

Telefonszám: +36 30 475 6240

E-mail-cím: 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

Magunk között

Naprakészen

### Dr. Pátri László

Praxismenedzsment

### Braun Helga

Egyesületi hírek

Kitekintő

Hirdetések

## A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:

[jogsegely@hgye.hu](mailto:jogsegely@hgye.hu)

# HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

A Hír Vivő 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](mailto: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, Borkő u. 4-6.

Médiatámogató:  OBSERVER

# Gyermekorvosi alapellátás Magyarországon - kihívások és lehetőségek egy élhetőbb jövőért

A gyermekorvosi alapellátás nemcsak az egészségügyi rendszer egyik alappillére, hanem a társadalom jövőjébe fektetett bizalom szimbóluma is. Magyarországon az elmúlt években számos jel utalt arra, hogy e terület jelentős megújulásra szorul – ugyanakkor egyre több törekvés mutatja, hogy a szakmapolitika képes reagálni a kihívásokra, és olyan jövőt építeni, ahol minden gyermek minőségi ellátásban részesülhet.

## Az ellátás jelenlegi állapota – széttartó tendenciák

A hazai gyermekorvosi praxisok jelentős része előregedett: a házi gyermekorvosok közel 40%-a a nyugdíjkorhatár felett dolgozik, miközben az utánpótlás biztosítása egyre nehezebb feladatnak bizonyul. Az orvoshiány különösen élesen mutatkozik meg a kistélepléseken, ahol előfordul, hogy a legközelebbi gyermekorvos több mint 30–50 kilométerre található.

Számos területen „vegyes praxis” jön létre, ahol a gyermekek ellátását nem szakirányú orvos, hanem felnőtt háziorvos végzi. Bár az alapellátás célja az univerzális hozzáférés, e gyakorlat szakmailag és etikailag is kérdéseket vet fel, mert a specifikus gyermekgyógyászati szemlélet nélkülözhetetlen a korai diagnózisban és megelőzésben.

## A változás szele – kezdeményezések és fejlesztések

A kihívások azonban nem maradtak válasz nélkül. A szakmai szervezetek és az állami döntéshozók egyaránt felismerik, hogy komplex beavatkozásra van szükség. Több irányban történnek előrelépések, amelyek bizakodásra adnak okot:

- **Fiatalok bevonása a szakmába:** Új ösztöndíjprogramok és pályaorientációs kezdeményezések támogatják a rezidensképzésben részt vevő orvosokat a gyermekgyógyászati szakterületen. 2025 júliusában a Belügyminisztérium 25/2025. (VII. 16.) rendelete több területen módosította az alapellátást. A rendelet célja a humán erőforrás-problémák enyhítése: lehetővé tette, hogy csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosjelöltek „feladat- és felelősségtelepítéssel” dolgozhassanak a házi gyermekorvosi körzetekben szakorvosi felügyelet mellett.

- **Digitális modernizáció:** Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) fejlesztése lehetőséget ad a hatékonyabb betegnyilvántartásra, jelenlegi fejlesztést nagyon várjuk, a laborleletek strukturált adatként való megjelenítését és szinkronizálását. A fejlesztésekre való ráhatás és visszajelzések során a célunk, hogy az adminisztrációs teher minél kisebb legyen a napi szakmai munkánkban, illetve annak rovására ne menjen.
- **Rendelők korszerűsítése:** Az alapellátási infrastruktúra megújítása – új eszközök, biztonságosabb környezet, családbarát rendelők – hozzájárulhat a gyermekek és szülők bizalmának megerősítéséhez. Számos kistéleplés azzal próbálja a házi gyermekorvosokat motiválni a vidéki körzetek betöltésére, hogy korszerű, infrastrukturálisan támogatott rendelők, lakóhelyet biztosít.
- **Körzetátalakítás és racionalizálás:** A 4/2000. (II. 25.) EüM-rendelet továbbra is érvényben van, amely szerint a házi gyermekorvosok fő feladata a 14 év alattiak ellátása; 14–18 éveseket csak kérésre kezelhetnek, illetve a körzethatárok optimalizálása is megkerülhetetlen. Mindkét szervező tényezőt jelentősnek tartjuk, az ezekről való egyeztetések során célunk a lakosságközeli, minőségi, esélyegyenlőséget biztosító gyermek-alapellátás biztosítása. Emellett a szakmai kompetenciák és hatáskörök bővítése, a szakmai jogosultságoknak a végzettséghez, nem pedig a munkahelyhez való rögzítése.
- **Oktatás és tutorhálózat kiépítése:** Jelenleg nincs módszertani központ, amely a házi gyermekorvoslást képzéssel, irányelvekkel támogatná. Ennek létrehozása sürgető. Praktizáló gyermekorvos tutorok bevonása az egyetemi és posztgraduális képzésbe – hogy a fiatalok tényleg lássák a gyermek-alapellátás szakmai értékét.

Igyekeztünk választ adni akut, a területről jövő kérdésekre is. Jelenleg az egyik megoldandó feladat az volt, hogy a gyermekek sportolása (ami nagyon kívánatos és támogatott a társadalom és az egészségügy részéről is természetesen) ne jelentsen olyan adminisztratív munkát, aminek

szakmai jelentősége nincs – mivel nem alkalmas rejtett betegségek kiszűrésére, azonban jogi következménnyel járhat. Egy átmeneti megoldás született a Sportkórház – Országos Sportegészségügyi Intézet (OSEI) és a Magyar Labdarúgó-szövetség (MLSZ) felvetésére – ennek részletei a Hírlevélben olvashatók. Hosszú távon a szakmai szempontokat vesszük figyelembe, hiszen a szűrővizsgálatok célja a rejtett betegségek feltárása, az ilyen gyermekek irányítása a neki megfelelő megterhelést jelentő sportok irányába. Kérdés, hogy az alapellátási infrastruktúra, speciális szakismeret erre lehetőséget ad-e.

A másik jelzés volt, hogy egyre nagyobb számban indítanak védőoltás ügyben jogi pert, megkeresést. A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) ezeknek az eseteknek a menedzselését felvállalta. Azonban teljesítőképességük limitált, amit jeleztünk az egészségügyi vezetés felé, a növekvő számú probléma megoldására.

A magyar gyermek-alapellátás is nehéz helyzetben van: települések közel fele nem rendelkezik helyben gyermekorvossal, az orvosok öregednek, és a fiatalok nem választják a pályát. A 2025-ös jogszabályok igyekeznek reagálni erre a helyzetre.

Szakmai szervezatként arra teszünk jelzést, hogy a gyermekorvosi ellátás önállóságát fenn kell tartani, regionális praxisközösségeket kell kialakítani, és olyan finanszírozási és munkaszervezési rendszert kell kialakítani, amely vonzó a fiatal orvosok számára. Csak így biztosítható, hogy a jövőben is magas színvonalú, gyermekközpontú alapellátás működjön Magyarországon, és építsünk egy **koordináltabb, megelőzés-központú és fenntarthatóbb** gyermekellátási modellt.



**HÁZI  
GYERMEKORVOSOK  
EGYESÜLETE**

*A gyerekekért,  
a gyermekorvosokért!*

## Már bankkártyával is kiegyenlítheti HGYE-tagdíját!

**Kedves Kolléga, kedves HGYE-tagtársunk!**

A HGYE weboldalán már lehetőség van a tagdíjat bankkártyás befizetéssel is rendezni. Belépést követően, az OTP SimplePay rendszer használatával, a Személyes/Tagdíjlekérdezés menüben ellenőrizhető is, hogy befizette-e már az adott évi tagdíjat.

Az elmúlt évek tagdíjbefizetéseit ezúton is köszönjük, amely összeggel hozzájárult, hozzájárul az egyesület fenntartásához, magas színvonalú tevékenység végzéséhez. A hírlevelek, a negyedévente megjelenő Hírvivő, jogsegélyszolgálat, konferenciák, webinárok szervezése, szakmapolitikai háttéranyagok, szakmai anyagok készítése folyamatos működési költségekkel járnak, amelynek hátterét igyekszünk támogatásokból és pályázati forrásokból megteremteni, de a biztonságos működésünket nagyban segíti a tagság által befizetett tagdíjak összege is.

Előre is köszönjük a támogatást!

**Tagdíj-befizetésének  
állapotáról a mellékelt  
linken bejelentkezés után  
kaphat információt.**



# GUMIVITAMINOK GYERMEKEKNEK

**Tudjon meg  
többet!**

Csatlakozzon online  
szakmai közösségünkhöz:  
[www.haleonhealthpartner.com/  
hu-hu](http://www.haleonhealthpartner.com/hu-hu)



## ÚJ kiszereelés + ÚJ íz

**3+**  
ÉVESEKNEK  
kicsi és  
puha

### A Centrum Kids gumivitamin

#### A-Vitamint

Hozzájárul az immunrendszer normál működéséhez.

#### B6-Vitamint

A gyerekek energia szükségletének támogatásáért

#### Jód-ot

A jód hozzájárul a gyermekek megfelelő növekedéséhez. „A leggyakoribb hiányállapotok ebben a korcsoportban a D-Vitamin, E-Vitamin és a Jód”<sup>1</sup>

**is tartalmaz**

**Előnyök**



Immunerősítés<sup>1</sup>



Energia<sup>1</sup>



Növekedés és Fejlődés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Az A-, a D- és a C-vitamin valamint a cink hozzájárulnak az immunrendszer normál működéséhez. A D-vitamin a gyermekek csontjainak megfelelő növekedéséhez és fejlődéséhez szükséges. A B<sub>6</sub>-, a B<sub>12</sub>-vitaminok, a biotin, a jód részt vesznek a normál energiatermelő anyagcsere-folyamatokban. <sup>2</sup>Szuboptimális mikroelem-bevitel a gyermekek körében Európában. Boris Kaganov, Margherita Caroli, Artur Mazur, Atul Singhal and Andrea Vania Étrend-kiegészítők. Egyetlen étrend-kiegészítő sem helyettesíti a kiegyensúlyozott, vegyes étrendet és az egészséges életmódot. Forgalmazza: Haleon Hungary Kft., 1124 Budapest, Csörsz utca 43., Tel.: +36 1 225 5800. A védjegyek tulajdonosa vagy engedélyezett használója a Haleon group of companies. PM-HU-CNT-24-00092, Jóváhagyás dátuma: 2024. augusztus

Braun Helga

# Mindegy, hogy mit csinál az ember, csak csinálja jól és odaadóan

*"A jelen és jövő vezetőinek, tanárainak üzenem, aki szárnyalni tud, azt hagyják, akiben kevesebb ez a tehetség, azt segítsék és tanítsák."*

*Interjú Prof. Dr. Molnár Dénessel*



**Az interjú elején szeretnénk kicsit többet megtudni önről, családjáról. Miért ezt a hivatást választotta?**

Családom történetének, illetve saját életrajzom ismertetése meghaladja egy interjú kereteit, így csak egy-egy fontos részletre térek ki.

1951-ben Pécsen születtem. „tüke” pécsi vagyok, hiszen minden ágon már ük- és dédszüleim is itt éltek, tevékenykedtek. Feleséggel, dr. Nagy Eszterrel még az egyetem évek alatt ismerkedtünk meg és házasodtunk össze. Orvosként mindkettőnknek sokat kellett volna ügyelnie, ezért a feleségem inkább elment a MÁV-hoz háziorvosnak, üzemorvosnak, ami ugyancsak járt teendővel, de legalább nem éjszakázott, és nem volt részese a klinikai nyüzsgésnek. Két leánygyermekünk született (Eszter és Gyöngyi), akik már felnőttek, önálló életet élnek. Eszter leányomnál két csodálatos unokám született (Zoltán Dénes 18 éves, Réka Eszter 10 éves), akik sok örömet hoznak az életembe. Eszter feleségemet sajnos elveszítettem 2010-ben. Négy évig egyedül éltem özvegyként, aztán nagy szerencsémre talákoztam a jelenlegi társammal, Ildikóval, aki szintén négy éve volt özvegy, és most ismét kiegyensúlyozott a családi életem. Ő közzgazdászként a banki szférában dolgozott.

Eredetileg állatorvos szerettem volna lenni, de végül az orvosi egyetemre jelentkeztem. Gyermekgyógyász is véletlenül lettem. Kutatóorvosnak készültem, de áldom a gondviselést, hogy a gyermekgyógyászat felé irányított.

**Több évtizedes a táplálkozáshoz köthető megbetegedések, különösen a gyermekkori elhízás kutatásában szerzett eredményeket. Miért pont a gyermekek?**

Mint ahogy említettem elsősorban kutatóorvos (élettanász) akartam lenni, és nagy elánal vettem bele magam

az Élettani Intézet munkájába TDK-s hallgatóként. Ott neuroendokrinológia volt a fő kutatási területem. A főnök, dr. Telegdi Gyula azonban elment Szegedre, és vitte magával az akkori csapat egy részét is. Én még fiatal voltam, így ott maradtam irányítás nélkül, másokhoz meg nemigen akartam csatlakozni. Ezután döntöttem úgy, hogy gyermek-klinikára pályázom, főleg a nagy elődök (Heim Pál, Kerpel-Fronius Ödön) és az akkori intézetvezető, Mestyán Gyula professzor meggyőző, fiatalokat támogató személyisége miatt. Miért a táplálkozástudomány és azon belül is a gyermekkori elhízás? 28 évesen, 1979-ben szakvizsgáztam, és Mestyán professzor kérésére (utasítására) kutatási területet kellett választanom. Én az anyagcsere-kutatást, kiemelten a gyermekkori elhízást választottam. Akkor sokan gúnyosan, illetve kétkedve figyelték tevékenységemet, hiszen ez a terület nem tartozott akkoriban a gyermekgyógyászati kutatások fő áramlatai közé. Döntésemben szerepet játszott az is, hogy ez a terület még nem volt foglalt a klinikán. Ez a választás szerencsés, előre nem látható lehetőségeket (Romhányi professzor szóhasználatával „serendipity”) nyitott meg számomra.

**Sikerült bekapcsolódnia a nagy, európai konzorciumok kutatásaiba, mesélne erről?**

A 70-es, 80-as években a Nyugattól relatíve elzárt rendszerünkben nehéz volt a nemzetközi vérkeringésbe bekapcsolni. Számomra nagy lehetőséget adott a 80-as évek eleji egyéves angolai ösztöndíjam, majd a lausanne-i kapcsolataim segítségével elnyert Nestlé kutatási támogatás,

amelynek segítségével berendeztem az anyagcserelabort. A világ tudományos színpada lassan kitért előttem, és számtalan gyermekkori elhízással foglalkozó munkacsoporttal kerültem közeli kapcsolatba. Ennek eredményeképpen a 90-es évektől kezdve részt vehettem európai uniós pályázatok írásában. Összesen öt nagy EU-pályázatban, továbbá két Erasmus + programban vettünk részt a pécsi csapattal. Mindegyik pályázat gyermekkori elhízással foglalkozott. Nagy szerencse volt, hogy ezek a multicentrikus vizsgálatok felölelték a teljes gyermekkort (2–18 éves) és az elhízás legfontosabb aspektusait (epidemiológia, okok: diéta, fizikai aktivitás, inaktivitás, alvás, genetika, epigenetika, következmények: kardiovaszkuláris, diabétesz, magas vérnyomás, pszichés és intervenciós lehetőségeket). A helyi haszna e pályázatoknak egy stabil, megbízható, kutatásban és intervencióban, gondozásban jártas munkacsoport létrejötte volt, amely már több mint 20 éve együtt dolgozik. Legfontosabbnak azt tartom, hogy a gyermekkori elhízás kutatásai a felnőttkori betegségek gyermekkori megelőzésének lehetőségére hívták fel a figyelmet, és a prevenciónak – mely mindig a pediátria fontos szegmense volt – új dimenziót adtak.

***Létrehozott egy aktív, fiatal munkacsoportot a PTE Gyermekgyógyászati Klinikáján, amelynek tagjai továbbvisszik mindazt, amit képvisel. Hogyan képviseli ezt el?***

Munkacsoportot általában fiatalokból alakít ki az ember, hiszen ők képviselik a jövőt. Én bízom a fiatalokban. Az arctalan tömegből mindig kitermelődik a kemény mag, azok a karizmatikus egyéniségek, akik jó irányba viszik a világot, hazánk és benne a pediátria ügyét. A nagy kérdés, miért csatlakoznak valakihez munkatársak... Ez nyilvánvalóan személyiségfüggő, melynek részletes kifejtésére itt nincs lehetőség. Csupán néhány fontos tulajdonságot sorolok fel: önismeret, az empátia, a motivációs képesség, a hatékony kommunikáció, a felelősségvállalás, a döntésképeség és a rugalmasság. Nem állítom, hogy ezekkel rendelkezem. Számomra sokat segített a munkatársak bizalmának megnyerésében a sürgősségi osztály és a modern intenzív osztály létrehozása. Összességében nem volt egyszerű folyamat, mert a végrehajtásában egyedül maradtam, és akkor még nem voltam intézetigazgató. Ám ennek köszönhetően később többen megkerestek, ha tanácsra volt szükségük, és hozzám csapódtak a tudományos munka területén is. Sikertel tehát bizalmat, tekintélyt szerezni általa. Megnyugtató számomra, hogy egy tehetséges, ambiciózus munkacsoport tovább tudja vinni és fejleszteni a klinikai és tudományos tevékenységemet is.

***Pont tíz éve megalapította a gyermekprevenciók központot, amely Magyarországon egyedülálló.***

Igen, tíz éve alapítottuk meg a Pécsi Gyermekklinika a Gyermekkori Prevenciók Központot. Ennek a központnak az egyik fő profilja a gyermekkori elhízás megelőzése, a súlyproblémákkal küzdő gyermekek kezelése, hosszú távú követése. Arra számítottunk, hogy a példánk nyomán több hasonló központ fog alakulni hazánkban. Sajnos Magyarországon

a NEAK által hivatalosan elismert gyermekkori elhízás-centrumok nem működnek. A meglévő centrumok is mind endokrin-, diabétesz-, gasztroenterológiai szakrendelések égése alatt működnek, egységes minimumfeltételek és egységes, konszenzuson alapuló irányelvek nélkül. Ez nagy hiányosság. A gyermekkori elhízás-centrumok országos hálózatának létrehozása nélkülözhetetlen. A jelenleg már működő centrumok mellett új létrehozása szükséges, hogy hozzáférhetőségük az ország minden területén azonos legyen. Ennek a hálózatnak a házigyermekorvos-praxisok szerves részei kell legyenek. A hálózat létrehozásának fontos és elengedhetetlen elemei az egységes minimumfeltételek és irányelvek kidolgozása.

***Lát-e lehetőséget a közeljövőben egy nemzeti stratégia kidolgozására a gyermekobezitás területén?***

A nemzeti stratégia a fentiekben említett hálózat létrehozásán túlmutat, és központi akarat szükséges hozzá. A nemzeti stratégia kialakításához meg kell győzni a döntéshozókat a gyermekkori elhízás fontosságáról, hogy a befektetett energia egy egészségesebb új generáció felneveléséhez vezet, és sok egészségben töltött életév nyereséget jelent. Ehhez önmagában az egészségügy kevés. A társadalom széles körének, az oktatásügynek, a médiumoknak, helyi döntéshozóknak, civil szervezeteknek a meggyőzése és segítsége szükséges. Rövid élettartamú projektek, kampányok nem vezetnek eredményre. A nemzeti stratégiának hosszú távra, évtizedekre kell szólnia.

***Munkája során milyen kapcsolatot sikerült kialakítani a házi gyermekorvosokkal?***

Fiatal koromban házi gyermekorvosi ügyeket vállaltam, majd hosszú ideig az ambulancia vezetőjeként szoros, napi kapcsolatba kerültem a város, a megye, a régió házi gyermekorvososaival. Intézetvezetőként sokat segítettam a régió gyermekorvosainak továbbképzését. A Pécsi Gyermekgyógyászati Klinika szerencsés helyzetben volt, mivel igen korán integrálta házi gyermekorvosi ügyeletet, és így a klinikusokkal való kapcsolat szorosabbá vált. A házi gyermekorvosi és a klinikai, kórházi orvosok összehangolt, harmonikus együttműködését mindig fontosnak tartottam, és ennek fenntartása, illetve javítása a jövőben is szükséges a jobb gyermekellátás érdekében.

***Hogyan került kapcsolatba a Házi Gyermekorvosok Egyesületével?***

A Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviselői és Szakmai Egyesületével 1995-ös megalakulása óta jó kapcsolatot tartok. Számos alkalommal tartottam előadást a Kávészünet elnevezésű továbbképző rendezvényükön. A Magyar Gyermekorvosok Társasága elnökeként, illetve klinikaigazgatóként aktívan támogattam a Magyar Gyermekorvosok Társaságának keretében létrehozott Házi Gyermekorvosi Szekció megalakulását, amelynek fontos szerepe van az alapellátás szakmai, tudományos szintjének emelésében és jól reprezentálja a gyermekgyógyászat egységét. Nagy örömmel

szolgál, hogy az utóbbi időben a két szervezet közös tudományos konferenciákat szervez.

**A házi gyermekorvosok alapszemlélete a betegségmegelőzés. Lát-e lehetőséget közös együttműködésre, amely tovább erősíti ezt a szemléletet?**

A gyermekgyógyászat egyik fő feladata a kuráció mellett a prevenció, mely egy egészségesebb, mentálisan és fizikálisan fittebb fiatal nemzedék felnevelkedését segíti elő. A primer megelőzés legfontosabb terepe pedig az alapellátás. Éppen ezért tartom elképzelhetetlennek a gyermekkori prevenció, illetve obezitáscentrumok hálózatának létrehozását a házi gyermekorvosok széles körű bevonása nélkül. Jól működő, kompetens, hatékony alapellátás nélkül a gyermekegészségügy egyensúlyát veszti.

**Aki ennyit dolgozik, annak biztos szüksége van feltöltődésre. Hogyan kapcsolódik ki, milyen hobbiból merít energiát?**

Életemet végigkísérte a sport: iskolás koromban kézilabdáztam, szertornáztam, öttusáztam, majd versenyszerűen lovagoltam éveken keresztül. Kertészkedni is nagyon szerettem, volt is egy háromszáz négyszögöles szőlőnk. Tizenöt éven át voltam a permetezés, a metszés, a kapálás és a szüret gazdája, és ilyenkor mindig összegyűlt a rokonság.

Jelenleg Orfűn élem ki a kertészkedési szenvedélyemet, ott van egy kert, és a lakásunknál is egy előkert, amelyek a gondozásom alatt állnak. Legújabb hobbim a horgászat, mely jól illik az emeritusi évekhez. Emellett szeretek olvasni, rendszeresen járunk hangversenyre, színházba, mert a mostani társam, Ildikó rajong a komolyzenéért, az operáért. Az unatkozás ismeretlen előttem, akkor is forog az agyam, ha épp meredek magam elé, olyankor terveket szövögetek. Remélem, lesz időm megvalósítani őket.

## Rövid biográfia

### Molnár Dénes (1951–)

**Tanulmányok:** Pécsi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Kar (1975). Szakképzettség: gyermekorvos 1979, csecsemő- és gyermekintenzív 2010, obezitológus, lipidológus és hipertonológus 2014. Tudományos fokozat: orvostudományok kandidátusa 1988, orvostudomány doktora 1998. Tanulmányút, ösztöndíj: Sheffield 1981–1982, Széchenyi professzori ösztöndíj 1997–2000.

**Kutatási terület:** gyermekkori táplálkozási zavarok, különös tekintettel az elhízásra. Tudományos támogatások: 4 OTKA, 8 ETT, egy biotechnológia, 7 uniós pályázat, Nestlé Research grant.

**Tudományos, társadalmi funkciók:** European Society for Paediatric Research vezetőségi tag, European Childhood Obesity Group tudományos tanácsadó, majd elnök; Magyar Elhízástudományi Társaság alelnöke; ETT TUKEB-tag; Táplálkozási Fórum tagja; SCOPE (Strategic Centre for Obesity Professional Education) alapító tag; Pediatric Obesity, Obesity Facts és Nutr Metab Cardiovasc Dis nemzetközi folyóiratok szerkesztőbizottsági tagja, Annals of Nutrition and Metabolism és Frontiers in Endocrinology társszerkesztője. Magyar Gyermekorvosok Társasága elnöke (2011–2015). 2024-től a Pécsi Akadémiai Bizottság egyik alelnöke. Szakmai elismerések: Petényi Géza-díj, K. Mátyus István-emlékérem 1997 – Magyar Elhízás Ellenes Alapítvány, Szentágothai-díj 2005, Mosonyi László-díj – Magyar Elhízástudományi Társaság 2005, ECOG és a Louis Bonduelle Alapítvány díja 2009, Pro Facultatae díj – AOK, PTE – 2010, MOMOT Egészséges Életért Díja 2014, Szent-Györgyi Albert-díj 2015, Tarján Róbert-díj – Magyar Táplálkozástudományi Társaság 2023, Semmelweis Ignác díj 2024.

**Publikációk:** Nemzetközi, referált folyóiratban megjelent in extenso közlemények száma: 460, IF: 1200, könyv, könyvfejezet: 16, független hivatkozások száma: 11 000, Hirsch-index: 68.

# A COMBIOTIK® hatás

Tökéletes kombináció az egészséges fejlődéshez



Julie,  
10 hónapos baba

## Szimbiotikus összetételű HiPP BIO COMBIOTIK® GOS-szal és *L. fermentum*-mal\*.

- 1. Egészséges bélmikrobióta**, amely jobban hasonlít a szoptatott csecsemőkéhez.<sup>1</sup>
- 2. Erős immunrendszer**, magasabb szekretoros IgA értékkel a székletben.<sup>2</sup>
- 3. Kevesebb hasmenéses és légúti fertőzés.**<sup>2,3,4</sup>

Hivatkozások: **1** Lagkouvardos et al. Am J Clin Nutr 2023; 117(2): 326–339. **2** Piloquet et al. Am J Clin Nutr 2024; 119(5): 1259–1269. **3** Maldonado J et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 54(1): 55–61. **4** Gil-Campos M et al. Pharmacol Res 2012; 65(2): 231–238.  
\*GOS = galacto-oligoszacharidok, *L. fermentum* = *Limosilactobacillus fermentum* CECT 5716



További információk találhatóak a HiPP BIO COMBIOTIK®-ról HCP honlapunkon:

**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 anytej. A szoptatás a legegészségesebb táplálási mód. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anytej, 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. A Metafolin® a Merck KGaA, Darmstadt, Németország bejegyzett védjegye.

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

HiPP Pre COMBIOTIK® Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 3.946 Ft Támogatás összege: 987 Ft Térítési díj normatív támogatással: 2.959 Ft HiPP 1 BIO COMBIOTIK® Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 3.946 Ft Támogatás összege: 987 Ft Térítési díj normatív támogatással: 2.959 Ft HiPP HA1 COMBIOTIK® Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 4.681 Ft Támogatás összege: 1.170 Ft Térítési díj normatív támogatással: 3.511 Ft HiPP 1 BIO Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 3.157 Ft Támogatás összege: 789 Ft Térítési díj normatív támogatással: 2.368 Ft. Közgyógyellátottaknak térítésmentesen rendelhetők és egészségpénztári számlára elszámolhatók.

Forrás: www.neak.gov.hu, Publikus gyógyszertervezés (PUPHA), érvényesség kezdete: 2024. 07. 01. Lezárás dátuma: 2025. 07. 03. Azonosító: HIPPI/HGYE/25/07



hcp.hipp.hu

# Endoszkópos műtétek a gyermeksebészetben 3.

## Laparoszkópia (hasüregi tükrözés)

A gyermeksebészetben napjainkban alapvetőek a korábban minimálisan invazív (minimally invasive surgery, MIS), ma már minimális behatolással járó műtétek (minimally access surgery, MAS). Azaz korábban tényleg az volt a cél, hogy az endoszkópos műtét kis behatoláson keresztül, kis megterheléssel történjen (MIS). Ma már igen nagy, komplex műtétek is elvégezhetők endoszkópos úton (pl. splenectomia és cholecystectomy egy ülésben, vagy Crohn-betegek bélműtétje), de a hagyományos feltárással szemben 3–4 fél–egy centiméter behatolási kapun át (MAS). A korábbi lapszámban a laparoszkópiával végezhető sérv- és gasztrointesztinális traktust érintő műtétekről volt szó, folytatjuk cikksorozatunkat a laparoszkópiával, azon belül is a zsigerek, illetve urológiai és gyakoribb nőgyógyászati műtétekkel. Az alábbi sorozattal készülünk:

- torakoszkópia – lásd 2025/1. lapszám,
- laparoszkópia – lásd 2025/2. lapszám,
- laparoszkópia – urológiai, nőgyógyászati és zsigersebészet,
- speciális endoszkópos műtétek, robotsebészet.

### Bevezetés

A laparoszkópia története kapcsán utalnék az előző számban írtakra. A nagyobb hasüregi szervek endoszkópos műtéti ellátásánál már szükség van nagyobb technikai rutinra, így ezek a műtétek a gyakoribb, valamelyest egyszerűbb műtétek után lettek bevezetve. Amennyiben egy nagyobb szervet vagy szervrészletet (pl. splenectomia, heminephrectomia) kell eltávolítani, adja magát a kérdés: hogyan húzzuk ki azt a 0,5–1 centiméteres behatolási kapun át? Erre jó megoldás az endobag, azaz steril, a hasüregbe laparoszkópos úton, ideiglenesen behelyezett „zacskó”, „szervzsák”. Ebbe lehet az érintett szervet behelyezni, és ha nem indokolt egyben eltávolítani, a zacskón belül történhet az aprítása, morcellálása. Amennyiben egyben kell eltávolítani, pl. ovarium teratomát, akkor jó megoldás egy minilaparotomia, melyen át a laparoszkópos úton rezezált terimét egyben el lehet távolítani.

Napjainkban már feszegetjük a laparoszkópia határait. Fontos azonban, hogy értsük, bár szeretjük – mind a beteg, mind a sebész – ezt a technikát, nem mindenható. Vannak műtétek,

amiket a célszerv, illetve az elváltozás mérete, elhelyezkedése miatt továbbra is csak hagyományos, nyílt úton lehet elvégezni.

### Hasüregi parenchymás szervek endoszkópos sebészete

Az alábbiakban a máj, az epehólyag, az epeutak, a hasnyálmirigy és a lép sebészetéről lesz szó. Ezeknek a szerveknek a sebészeti ellátása felnőttkorban jóval gyakrabban fordul elő, mint gyermekkorban.

Az **epehólyag-kövesség** egyre gyakrabban fordul elő gyermekkorban is. Számtalan okból alakulhat ki: társulhat akut vagy krónikus betegséghez (pl. sepsis, cysticus fibrosis, haemolysissal járó kórképek). Pubertáskorban emelkedik az incidencia. Fontos megkülönböztetni a *néma epehólyag-kövességet* és a tüneteket okozót. A „felnőttsebészeti” ellátásban könnyebb felállítani a műtéti indikációt: a [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) friss ajánlása szerint minden néma epehólyagkő műtéti indikációt jelent 30 éves kor felett. Ennek oka, hogy a cholecystolithiasis krónikus gyulladást okoz, amelynek talaján később malignustranzformáció alakulhat ki. Gyermekkorban fontos a kiváltó tényezőt keresni, és azt kezelni. Javasolt a gasztroenterológus kollégák bevonása a műtéti indikáció felállításába. Apró köves epehólyag műtéti indikációt jelent, de a műtéti előkészítés a choledocholithiasis esélye miatt különös figyelmet igényel. Epeút (d. choledochus) tágulat esetén a műtét előtt indokolt az ERCP (endoszkópos retrográd cholecysto pancreatographia), és adott esetben az EST (endoszkópos sphincterotomia) is. Akut köves cholecystitis esetén – egy heveny féregnyúlvány-gyulladásához hasonlóan – akut műtéti indikáció áll fent. A panaszok kezdete után 24–48 órával javasolt a laparoszkópos cholecystectomy. Subacut szakban viszont a magas szövődmény esélye miatt kontraindikált – ilyenkor konzervatív (antibiotikum, analgesia, diéta) a javasolt ellátás. A legegyszerűbb helyzetet az indikáció tekintetében a gyulladásmentes epehólyaggal, de tünettel bíró kövek jelentik: javasolt a műtéti ellátás. Emellett előfordulhat *epehólyagpolipus* is: ennek ultrahangos követése fontos. A malignus-tranzformáció lehetősége miatt, amennyiben a polipok száma meghaladja a 3–5-öt, illetve a mérete 0,5–1 cm vagy nagyobb, növekedő tendenciát mutat, a cholecystectomy indokolt.

Maga a műtét ugyanaz, mint a felnőttsebészeti gyakorlatban: az optikus portot a köldökbe helyezzük, két munkaport a jobb hypochondriumba és egy epigastrialsan kerül bevezetésre. A műtét lényege a Calot-háromszög felkutatása, a ductus és az arteria cystica lekötése (klippelése) és átvágása, majd a köves epehólyag eltávolítása a máj alsó felszínéről. A szervet érdemes a korábban említett endobagba helyezni, és úgy eltávolítani. Néha nagyon nehéz a hólyag eltávolítása, nagy a kő, a manipuláció során megrepedhet a hólyag, és egy rémálom az elgurult követ, köveket keresni a hasüregben – ezt előzi meg az endobag használata. A klasszikus műtéti leírás alapján a hólyagot az epigastrials seben át távolítják el, de saját gyakorlatomban jobban szeretem a köldökön át – ugyanis, ha a köldök sebet tágtjuk fel, sokkal esztétikusabban lehet a heget elrejtteni.

Az **epeúti** eltéréseket is lehet laparoszópos úton operálni. A **ductus choledochus cysta** vagy az **epeútatresia, -szűkület**

műtéti ellátása centrumban indokolt a kis esetszám és a megfelelően felkészült sebészi team, illetve a társszakmák nyújtotta biztonságos háttér miatt. A bonyolultabb műtétek esetén lehet létjogosultsága a robotasszisztált műtéteknek (pl. Kasai-műtét).

A máj szolid eltérései esetén laparoszópos biopszia történhet. **Májcysta** műtéti eltávolítása, fenesztrációja laparoszópos során egyszerűen elvégezhető. Az **echinococcus cysta** ellátása multidiszciplináris kérdés, amennyiben a társszakmák döntése alapján műtét indokolt, laparoszópos úton kivitelezhető. Viszont a súlyos anafilaxiás reakció lehetősége miatt felkészült aneszteziológiai háttér indokolt!

A **hasnyálmirigyciszták, pseudociszták és szolid elváltozások** műtéti ellátása történhet laparoszópos során (lásd esetismertetés). A műtéti elvek hasonlóak a nyílt, hagyományos műtétekéhez.

### Esetismertetés

A 14 éves, pervazív zavaros, mentálisan retardált leányt intézetünk toxikológiai osztálya vette gondozásba, frissen felismert diabetes miatt. Kivizsgálása során mellékleletként hasi cystára derült fény. Bent fekvése alatt bizonytalan hasi panaszok, emelkedett gyulladási paraméterek alakultak ki, a hasi UH felvetette appendicitis lehetőségét. Az érzékenységet fizikális vizsgálattal a mentális betegsége miatt lokalizálni nem lehetett, így laparoszópos exploratio mellett döntöttünk. A műtét során békés appendixet, ép ovariumokat leltünk, appendectomia nem történt. A colon flexura hepaticájának megfelelően ökölnyi cisztikus terime helyezkedett el, mely felvetette bélduplicatura vagy mesenterialis cysta lehetőségét (1. ábra). Az elváltozás gyulladási eltérést nem mutatott. A posztoperatív szakban lázas, szeptikus állapot alakult ki. A klinikum a képalkotó vizsgálatokkal (ultrahang, CT, MRI – lásd 2. ábra) együtt felvetette a cysta inficiálódásának lehetőségét, az elváltozás eredetét egyik vizsgálati módszer sem tudta meghatározni. Széles spektrumú antibiotikus kezelés során infekciója szanálódott. Gyulladásmentes periódusban UH-vezérelt cysta punctio történt, mely határérték alatti szérums lipáz- és amilázszinteket mutatott. Így a terimét mesenterialis cystának véleményeztük, és a froids szakban exploratiót végeztünk. A műtét során a flexura hepaticának megfelelően egy férfiökölnyi gyulladási konglomerátumot találtunk. A cysta bennéből ismét mintát vettünk, mely magas lipázértéket mutatott. A terime duodenum patkóval való szoros kapcsolata, illetve az emelkedett enzim szintek alapján pancreas pseudocystát véleményeztünk. Így Roux-Y-kaccsal cystoenterostomiát végeztünk. A posztoperatív szak zavartalanul telt, cysta recidiva nem alakult ki.

**1. ábra: Laparoscopus exploratio során előtérben, a későbbiek során pancreas pseudocystaként azonosított laesio, felül a colon transversum**



**2. ábra: A később pancreas pseudocystának véleményezett teriméről készült preoperatív MRI-felvétel**



**3. ábra: 5 × 6 cm víztiszta bennékű ovarium cysta ultrahangképe**



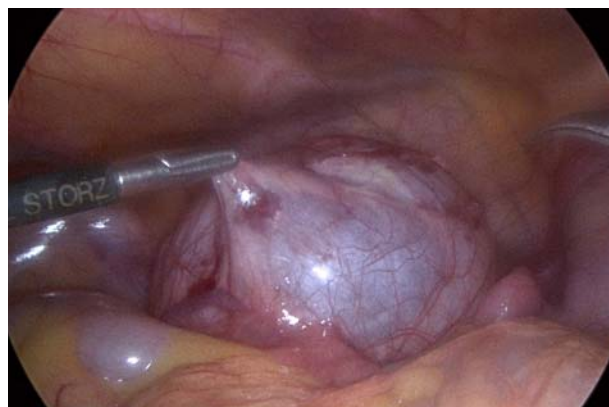
Mind traumás, mind egyéb okból ritkán indokolt a lép műtéti ellátása gyermekkorban. Legtöbbször hematológiai betegség miatt kialakult lépmegnagyobbodás kapcsán indokolt a tervezett **splenectomia**. Ilyen kórkép a sphaerocytosis, sarlósejtes anaemia, thalassaemia. Fontos, hogy a műtéti indikációt a hematológussal közösen kell felállítani! Szükség lehet egyúttal a gyakran társuló epehólyag-kövesség miatt egy ülésben cholecystectomiára is. A splenectomia laparoszkópos úton elvégezhető, 3–5 port alkalmazandó, illetve érdemes speciális vézescsillapító eszközöket használni (pl. ultrahangos vágókészülék). Fontos, hogy először az arteria lienalist lássuk el, hogy a lépben levő vér minél nagyobb része még bekerülhessen a v. lienalison keresztül a keringésbe. Amennyiben a lép képletei és függesztő szalagjai ellátásra kerültek, a lépet endobagba kell helyezni. Vagy a köldökön, vagy egy mini Pfannenstiel-metszésen át lehet eltávolítani a szervet. Arra is van lehetőség, hogy az egyik (leginkább a köldök) port helyén 2–3 cm sebet ejtsünk, az endobag száját itt kinyissuk, és ujjal, makkfogóval roncsoljuk a szervet, és darabokban távolítsuk el. Emellett műtéti indikációt jelenthetnek a **lépciszták** is. Fontos a lép megtartása, így lehetőség szerint ciszta enucleatio vagy fenesztráció, illetve partialis léprezekció végzendő.

A parenchymás szervek sebészete kapcsán mindenképpen említenünk kell az onkológiai vonatkozást. A hasi és retroperitonealis zsigerek szolid tumoros elváltozásai esetén (pl. Wilms-tumor, neuroblastoma) van helye a laparoszkópos biopsziáknak, tumoreltávolításnak. Fontos ezen esetek centralizálása, és alapvető, hogy az onkológiában és a laparoszkópos műtétekben is jártas sebész végezze a beavatkozást. Ilyen esetben nem a minimálisan invazív beavatkozás a cél, hanem az onkológiai szempontból megfelelően biztonságos rezekció. Egyes külföldi centrumokban (pl. Párizs) több száz esetes szériák állnak rendelkezésre a da Vinci robotasszisztált tumorműtétek kapcsán.

### **Gyakori gyermeknőgyógyászati kórképek endoszkópos sebészete**

Az akut hasi kórképek esetén az appendicitis, invaginatio mellett mindig gondoljunk **petefészekkocsány csavarodásra** is, hasonlóan a fiúk herecsavarodásához! Amennyiben a klinikai

**4. ábra: Bal oldali ovarium cysta műtéti képe**



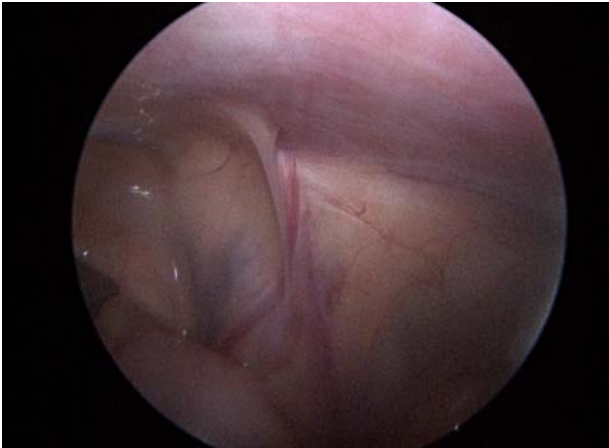
és radiológiai kép alapján felmerül az ovariumtorsio, sürgős laparoszkópos exploratio indokolt! Amennyiben tévedtünk, és nincs ovariumpatológia, akkor gyakorlott kézben a műtét nem vesz igénybe 15–20 percnél többet, de így teljes bizonyosság lehet afelől, hogy nincs az ovariumok területén keringészavar. Amennyiben igazolódik az ovariumtorsio, akkor laparoszkópos detorquatiót kell végezni. Háromportos technikával, két atraumatikus fogóval „kitekerjük” a kocsányt. Gyakran áll a torsio háttérében cysta, ilyenkor annak fenesztrációja, eltávolítása indokolt. Szolid eltérés (teratoma) gyanúja esetén csak a detorsiót szabad elvégezni, majd megfelelő képalakító vizsgálatok (ultrahang, MRI) és tumormarkerek birtokában kell elektív műtétet végezni. A fiúk heretorsiójakor történik fixatio, ovariumok esetében nem. Amennyiben több menstruációs cikluson át 5 cm, vagy annál nagyobb átmérőjű, víztiszta bennékű ovarium cystát lelünk, műtét végzendő (3–4. ábra).

Ilyenkor a ciszta aspirációja (citológia vizsgálat indokolt!) után a petefészekről le kell választani azt, és eltávolítani. **Parovarialis ciszták** esetében a műtét egyszerűbb, hisz csak a vékony összeköttetést kell rezekálni, és egyszerűen el lehet távolítani a laesiót.

**5. ábra: Csecsemőfejnyi ovarium teratoma, melyet a méreténél fogva nem lehetett laparoszkópos úton eltávolítani**



**6. ábra: Nem tapintható here esetén történt laparoszkópos exploratio: jobb oldalon nem azonosítható ductus deferens, a lágyékgyűrűn lép ki érkeplet. Ebben az esetben inguinalis feltárás is történt, herét nem leltünk**



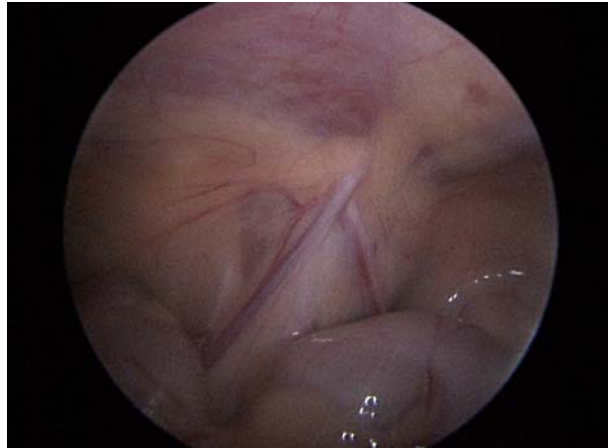
Az ovarium teratomák ellátása a méretük függvényében történhet laparoszkópos úton. A legfontosabb, hogy in toto kell eltávolítani, nem sérülhet a laesio a malignitás veszélye miatt. Néhány centiméteres teratoma biztonsággal ellátható laparoszkópia során. Az 5–10 cm-es teratomák szintén eltávolíthatók laparoszkópos úton, majd endobagbe kell helyezni, és egy mini Pfannenstiel-metszésen át lehet eltávolítani. Az ettől nagyobb teratomák viszont hagyományos úton távolítandók el (5. ábra)! Amennyiben a petefészek nem ismerhető fel, oophorectomia végzendő.

#### **Endoszkópos műtétek a gyermekurologiában**

Az előző cikkünkben említettük a **kommunikáló hydrocelék** ellátását a lágyéksérvek kapcsán. A leggyakoribb urológiai fejlődési rendellenesség a hereleszállási zavar. **Nem tapintható herék** esetében laparoszkópos exploratiót kell végezni (6–7. ábra).

Ha a here a lágyékgyűrű előtt van, akkor hagyományos orchidopexia, esetleg laparoszkópos asszisztenciával elegendő. Ha a here túl magasan van, nem lehet lehúzni a lágyékgyűrűig, akkor többlépcsős laparoszkópos beavatkozás indokolt. Ez lehet a **Fowler–Stevens-beavatkozás**, amikor a funicularis érkepletek átvágásra kerülnek. Az elgondolás alapja, hogy a kollaterális érhálózat megerősödik, így később a here a már nem feszülő funiculushoz hálta, lehozható a zacskóba. A **Shehata-műtétnél**, amennyiben a here funiculusa túl rövid, a here nem ér el az ellenoldali spina iliaca anterior superiorig, akkor kétlépcsős beavatkozást kell végezni. A Shehata-műtét első fázisánál a herét egy percutanöltéssel az ellenoldali hasfalhoz, nagyjából a spina iliaca anterior superior magasságában kirögzítjük, majd visszavonulunk. Majd kb. 8 hét múlva mikorra a funiculus megnyúlik, ezt az öltést átvágjuk, majd laparoszkópos asszisztencia mellett a herét a megfelelő oldali hemiscrotumba helyezzük. Amennyiben az adott oldalon nem leltünk herét, az érkepletek vakon végződnek, „vanishing testis”, azaz „eltűnt herét” diagnosztizálunk.

**7. ábra: Bal oldalon normál anatómiai viszonyok – érkepletek és a ductus deferens is azonosítható, nincs nyitott sérvkapu**



Ilyenkor valószínűleg egy intrauterin heretorsio történt. Amennyiben sem here, sem érkepletek nem vizualizálhatók, hereagenesia véleményezhető. Amennyiben laparoszkópia vagy inguinalis feltárás kapcsán atrophiás, dysgeneticusnak imponáló herével találkozunk, annak eltávolítása indokolt.

A pubertáskorban találkozhatunk a **varicocele**vel, melyek legtöbbször nem igényelnek műtéti ellátást, követésük, majd fiatal felnőttkorban a betegek andrológiai gondozásba irányítása szükséges. A gyermekkori műtéti indikáció kapcsán nem érhető el evidencia. Amennyiben a követés során progresszió, fájdalom, a here méretének csökkenése észlelhető, a műtét javasolt. Ekkor laparoszkópia során felkeressük az (általában bal oldali) vena spermatica internát, és szelektíven elzárjuk (lekötés, koaguláció, klipelés). A modern, nagy felbontású monitorrendszereknek hála, ma már lehetőség van a szelektív ellátásra, a nyirokerek megkímélése mellett. Így a későbbi szövődmények, pl. hydrocele kialakulásának esélye csökkenthető. Lehetőség van indocianin zöld festéssel is kirajzolni a nyirokereket.

Amennyiben konzervatív kezelésre, illetve cisztoszkópos refluxgátló beavatkozás ellenére súlyos fokú **vesicoureteralis reflux** áll fent, műtéti ellátás indokolt. Laparoszkópos úton a **Lich–Gregoire-műtét** végezhető el: az ureter köré muffszerűen raffoljuk a hólyagfalat. **Ureterovesicalis stenosis** esetén szintén a fenti műtét javasolt laparoszkópos úton, de az uretert a hólyagról le kell választani, a szűk szakaszt rezekálni kell, majd neoimplantatiót kell végezni.

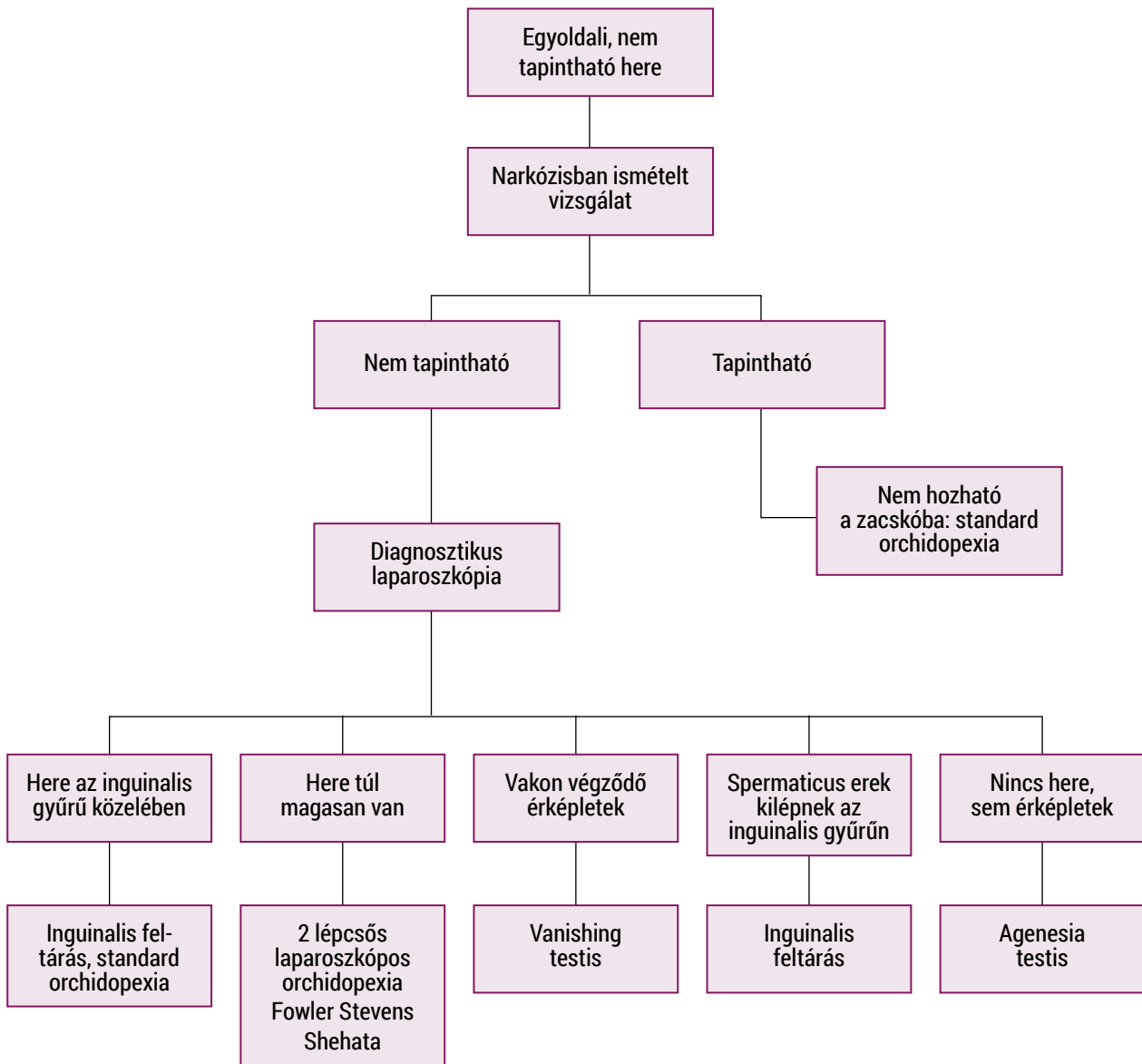
A vese műtéteit laparoszkópos vagy retroperitoneoscopy úton lehet végezni. Hazánkban a gyermeksebészek többsége a laparoszkópiában jártasabb, hisz a legtöbb minimálisan invazív műtétet ezen az úton végezzük, így a nagyobb gyakorlat ebben a megközelítésben van.

Ha a vese nem menthető, és nephrectomia indokolt, laparoszkópos úton elvégezhető. **Kettős üregrendszer**

esetén a heminephrectomia szintén elvégezhető ilyen módon. Pyeloureteralisszűkület esetén a klasszikus **Anderson-Hynes-féle pyelonplastica** kiválóan elvégezhető minimálisan invazív technikával. A beavatkozás endoszkópos

varrattechnikai ismereteket igényel, így gyakorlott sebész kezébe való. A műtét lényege, hogy az érintett ureter kezdeti szakaszát és a vesemedence egy részét rezekálni kell, majd új anastomosist kell képezni.

**8. ábra: A nem tapintható herék kezelési algoritmus**



(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

# SZAKÉRTELEMMEL A CSECSEMŐTÁPLÁLÁSBAN

A Milumil **SZIMBIOTIKUS\*** tápszerek a bélfloóra  
egyensúlyát és helyreállítását támogató  
összetevőket tartalmaznak<sup>1,2</sup>

TEJALAPÚ  
TÁPSZER

RÉSZLEGESEN  
HIDROLIZÁLT  
TÁPSZER

MILUMIL  
CESAR-BIOTIK 1

SZIMBIOTIKUM\*  
+  
HMO



MILUMIL  
HA START PROSYNEO

SZIMBIOTIKUM\*  
+  
HIDROLIZÁLT FEHÉRJE



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

Referenciák: **1.** Chua MC, Ben-Amor K, Lay C et al: Effect of Synbiotic on the Gut Microbiota of Cesarean Delivered Infants: A Randomized, Double-blind, Multicenter Study, JPGN, 2017;65:102-6 **2.** van der Aa LB, Heymans HS, van Aalderen WM, et al. Effect of a new synbiotic mixture on atopic dermatitis in infants: a randomized-controlled trial. Clin Exp Allergy. 2010;40(5):795-804;  
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 címkészőve megtalálható a [www.nutriciamedical.hu](http://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 tápszert 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. Közfelnyújtás 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. Közfelnyújtás 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](http://www.neak.gov.hu), Publikus gyógyszertervezés (PUPHA) 2025.04.01. Promóciós kód: COR25ALLOTH62OFFHU, lezárás dátuma: 2025.04.14. Danone Kft. 1134 Budapest, Váci út 35.



Dr. Sövényházi Ilona | házi gyermekorvos, Tapolca

Dr. György Annamária | irodavezető, Testi-Lelki Egészségfejlesztési Központ, Tapolca

# Túlsúllyal élő gyermekek életmódváltásának támogatása

## a tapolcai 4-es számú házi gyermekorvosi praxisban

A gazdaságilag fejlett országok egyik legnagyobb egészségügyi problémája a lakosság elhízása. Az elhízás számos népbetegség legfontosabb kóroki tényezője, többek között a szív- és érrendszeri betegségek, diabétesz, valamint a mozgásszervi megbetegedések is visszavezethetők az elhízásra.

A túlsúly és az elhízás mai megértése túlmutat az egyszerű kalóriaegyensúly-zavaron, magában foglalja biológiai és pszichológiai tényezők komplex kölcsönhatását. A legfontosabb hozzájáruló tényezők közé tartozik a mikrotápanyag-hiány, a bélflóra diszbiózisa, a modern életmód okozta mikrobiomhiány, a krónikus stressz, a társuló hormonális zavarok, inzulinrezisztencia, amely az elhízás oka és következménye is egyben.

Az elhízás egyre inkább a gyermekkorban kezdődik, súlyos egészségügyi és pszichés problémákat okozhat és hosszú távú negatív hatásokkal járhat. Tapolcán az általános iskolás korosztályban végzett szűrővizsgálatok eredményeként a gyermekek 20%-a túlsúlyos, ezen belül 30% elhízott. A folyamat megállítása azért is szükséges, mert a felnőttkorra kialakult és rögzült életmódbeli szokások megváltoztatása már igen nehéz.

Ezen törekvésünket szeretnénk bemutatni egy vidéki kisváros 1100 fős gyermek praxisának munkájában.

Az alkalmazott újszerű módszertani megközelítésnek köszönhetően jóval eredményesebbek lettünk, mint a korábbi hasonló törekvéseink.

**Előzmények:** egy pályázati felhívással induló Richter Anna-képzés, melyet a Házi Gyermekorvosok Egyesülete (továbbiakban: HGYE) vállalt fel. A képzés elméleti-módszertani részét a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika Tűzoltó utcai részleg életmód-ambulanciáján dolgozó szakemberek fejlesztették ki. Ezt követően a HGYE kínálta fel a területen dolgozó házi gyermekorvosoknak a lehetőséget, hogy a praxisukban alkalmazzák ezt a módszert.

2024 júniusában indult a jelentkezők képzése, mely második lépésben októberben folytatódott, idén októberben tervezik a harmadik alkalmat.

A felkészítésben mindkét esetben jelentős szakmai segítséget kaptunk, a munkához és azóta is elérhető szakmai háttérrel.

### A képzés lényeges elemei:

Célmeghatározásként szerepelt a minimális fogyás megvalósítása, és hogy a testzsírszázalék ne emelkedjen tovább a programban résztvevő túlsúllyal élő gyermekeknél. Hosszú távú cél, hogy a szokások, a gondolkodás, az értékrend változásával elérjük a kívánt életmódváltást. A gyermekeknél mérhető 0,2–0,5 BMI-SD-csökkenés már klinikailag jelentős javulást eredményez a szövődmények szempontjából.

### A felkészítésünk tartalmi részei:

Hasznos tanácsokat kaptunk az étrendi kérdésekben, a mozgás és testedzés, az alvás, higiéné vonatkozásában is. Az eltérő idegrendszeri fejlődés okozta táplálkozási zavarok, a pszichés komorbiditás, ADHD, szorongás, depresszió összefüggése a táplálkozási zavarokkal, melyek következményei, de okai is lehetnek ezeknek.

A gyakorlati teendőket illetően a viselkedésváltozás transzteoretikus modellje szerint vettük át azt a hat lépést, amelynek során viselkedésváltozás érhető el a pácienseknél.

Elsősorban igyekszünk meggyőzni a változás szükségességéről a gyermeket, majd motivációját erősítve hozzá segíteni őt a döntéshez. Legfontosabb a számára vállalható reális célkitűzés.

A megvalósítás során rendszeres kontrollra van szükség, hogy kellő sikerélményhez juttassuk őket és így hosszú távú célokat tudjanak kitűzni.

Érdekes volt számunkra a motivációs interjú felépítése, és az egyes szakaszoknak megfelelő orvosi teendők meghatározása, válasz a beteg viselkedésére.

Felkészítést kaptunk mindazon kihívásokra, várható nehézségekre melyekre a gondozásban számíthatunk.

Ezeket szituációs gyakorlatokban vettük át. Az ambulancián elért eredményeket bemutató történetek is nagyon meggyőzőek voltak.

Összegezve: minden segítséget megkaptunk ahhoz, hogy megfelelő partneri együttműködést alakítsunk ki a beteggel, a kihívásait elismerő empátikus jelenlétben, és kommunikációval fordulhassunk felé, visszaadva a döntés felelősségét az ő kezébe.

## A program megvalósítása:

Az előkészületben a csoport tagjainak kiválasztása 2024 november–decemberében történt. 20 gyermeket és hozzátartozóikat kérdeztünk meg. A megkérdezettek közel fele nem vállalta, vagy nem tartotta szükségesnek a testsúlykontrollal való foglalkozást. A kezdő csoportba végül 11 gyermek került.

Ezzel párhuzamosan zajlott a felkészülés, a szükséges labor- és egyéb vizsgálatok elvégzésével. A gyermekek szülei segítségével táplálkozási naplót vezettek 10–14 napig, az eddigi szokásaiknak megfelelő étrendjükéről. Januárban a részletes anamnézis és helyzetértékelés zajlott a táplálkozási naplók és a gyermek életmódjának elemzésével.

Ezt követően dietetikus bevonásával állapítottuk meg azokat a kisebb nagyobb változtatásokat melyekkel az egyéni célok elérhetőek lesznek. Javasoltuk a családoknak segítő internetes oldalak használatát is, mint pl. a [www.mibolmennyitegyek.hu](http://www.mibolmennyitegyek.hu)-t.

A résztvevők korosztálya 3–15 éves korig terjedt, döntően általános iskolás. Családi anamnézisében 80 százalékban fordulnak elő szív- és érrendszeri betegségek, illetve diabétesz.

A gyermekek egyharmadánál komorbiditás állapítható meg. Két esetben asthmabronchiale diagnózis áll fenn, egy esetben petefészekössejtből kiinduló tumor és egy Stevens–Johnson-szindrómás gyermek is részt vesz a programban. A résztvevők 60 százaléka rendszeresen sportol, illetve versenyez.

**A közös munka menete:** A gyermeket és családjukat régóta ismerő házi orvosként az volt a véleményem, hogy a résztvevőknek célszerű csoporttá szerveződni egymás támogatására. Január végén létre is jött „EZENTÚL egészségesen” néven.

*Ezentúl* a címe annak a kiadványnak, amelyet a Richter Anna-pályázatból kaptunk a gyermekklinika összeállításában – a kiadvány könyvesboltban is kapható. Igen hasznos szakmai anyag, az életmód minden területére kiterjedően a családok és szakemberek számára is.

A csoport tagjai elhatározták, hogy kéthavonta találkoznak. Ezen alkalmakor megbeszélnek egy-egy témát, emellett egészséges ételkóstoló, ötletbörze is volt, mit hogyan lehetne még jobban tenni. A csoportfoglalkozások jó hangulatban zajlottak, szinte mindegyikük részvételével. A kapcsolattartás Messenger-csoportban és időnként e-mailekben valósult meg

1. táblázat: Mérési eredmények összesítése

ssz.	NÉV	Életkor	Dátum	TESTSÚLY	IZOM	TESTZSÍRTÖMEG	ÁSVÁNYI ANYAG	SD	BMI	Testmagasság (cm)
1.	N.D.	10,5	2024-11-08	63.5	19.0	44.6	2.42	3,62	30.2	145
			2025-02-04	64.2	19.8	42.8	2.54		30.5	145
			2025-03-12	62.1	18.6	44.1	2.42	29.5	145	
			2025.04.29	63.6	18.8	45.3	2.32	30.2	145	
			2025.06.17	66.8	21.7	40.1	2.78	3,47	29.7	150
2.	Cs.A.	13,5	2025-02-10	78.2	21.9	37,7	2.99	3,75	32,1	155
			2025.07.15	81,9	21,9	41,6	2.98	4,09	33,2	157
3.	Zs.V.	8	2025-01-28	54.2	14.3	49.7	1.83	5,66	29,3	136
			2025-03-31	54.5	15.6	45.8	1.96		27,8	140
			2025.05.16	55.8	16.3	44.7	2.07	5,29	28,5	
4.	Sz.L.	9	2024-11-20	38.9	13.8	32.1	1.71	2,34	22,7	134
			2025-01-28	38.7	14.2	29.7	1.82		21,6	134
			2025-03-28	38.3	13.9	29.7	1.82	21,3	134	
			2025.05.13	38.1	14.3	28	1.83	21,2	134	
			2025.07.14	40,8	14,6	31,6	1,94	2,34	22,7	134
5.	H.D.	8	2024-11-06	46.8	13.8	43.3	1.72	3,72	24,9	137
			2025-03-19	50.0	14.9	43.5	1.84		26,6	137
			2025.07.15	52,8	14,3	48,8	1,83	5,09	28,1	137
6.	H.T.	10	2024-10-31	76.2	19.3	53.0	2.23	6,48	35,6	140
			2025-02-03	80	21.8	50.1	2.57		6,23	34,9
			2025-03-03	78.5	22.3	47.9	2.80		150	
			2025-03-31	77.7	22.6	46.7	2.79		34,5	150
			2025.05.23	74.3	21.3	47.1	2.67		33	150
			2025.07.11	74.2	20.5	49.3	2.36	5,57	33	150
7.	F.V.	12,5	2024-10-31	76.2	24.6	41.7	2.93	4,1	32,5	153
			2025-02-10	76.8	23.7	44.2	2.91		32,8	153
			2025-04-01	75.6	24.1	42.1	3,13		31,5	155
			2025-07-15	76.8	22.7	46.5	2,79	3,95	32	155
8.	Cs.K.	13	2024-11-22	72.1	18.7	51.5	2.52	3,73	32,9	148
			2025-03-14	71	18.6	51.0	2.51		32,4	148
			2025.05.12	71.3	19	50.3	2.52		32,6	148
			2025.07.14	71.8	18.9	51.1	2.52	3,7	32,8	148
9.	H.A.	14	2025-01-24	63.1	27.0	21.5	3.69	0,51	21,8	170
			2025-07-22	63,5	30,5	8,8	3.75	0,51	19,9	178
10.	K.D.	14,5	2025.05.20	81.0	25.8	42.8	3.26	2,97	30,1	164
			2025.07.15	79,4	25,6	33,3	3,25	2,78	29,5	164
11.	K.B.	15,5	2024-11-25	93	35.1	33.9	4.44	2,95	30,4	175
			2025-01-29	97.7	35.6	36.3	4.45		31,9	175
			2025-02-28	93.5	34.0	36.2	4.31		30,5	175
			2025-03-28	94.0	34.6	35.5	4.33		30,7	175
			2025.04.29	95	34.7	36	4.23		31	175
			2025.05.29	94.7	35.3	34.7	4.44		30,9	175
			2025.06.27	97	35.1	36.5	4.44	3,34	31,7	175
12.	P.B.	3	2024-11-25	22.9					24,8	96
			2025-07-18	21,8					21,8	100

a gyermekorvos és a csoporttagok között. Egyénileg kb. kéthavonta találkoztunk, hogy megbeszéljük a felmerülő kérdéseket, és értékeljük a mérési eredményeket.

A testsúlymérések a tapolcai Testi-Lelki Egészségfejlesztési Központ INBODY 270-es típusú készülékével történtek.

Ez a mérési módszer lényeges része a programnak, mivel a testsúly pontos meghatározása mellett a testösszetevők (testzsír, viscerális zsír, izom, víz, ásványi anyagok) meghatározását is lehetővé teszi. Így megállapítható, hogy a testtömeg változásokban mely összetevők hogyan változnak (1. táblázat).

### Értékelés:

**I. A csoportból nyolc gyermeknél** egyértelműen pozitív változás tapasztalható.

**II. Négy esetben** a testsúly kismértékű növekedése mellett az izomtömeg gyarapodás és testzsírcsökkenés állapítható meg.

**III. Egy gyermeknél** jelentős fogyást értünk el (-5,9 kg). Ő volt a program kezdetén a legnagyobb mértékben elhízott. A program hatására viselkedésében, iskolai magatartásában is jelentős javulás mutatkozott, a korábban jellemző falásrohamok és kontroll nélküli állapothoz képest.

**IV. Két gyermek** testsúlya növekedett, bár elmondásuk szerint tartották az étrendi javaslatokat és sportolnak is. Egyiküknél izomtömeg-növekedés is okozta a testsúlygyarapodást. Ők mindenképp több figyelmet és támogatást igényelnek.

**V. Legfiatalabb páciensünket** csak hagyományos módon mérhettük, sokat nőtt, emellett keveset fogyott is, BMI-értéke jelentősen javult.

**VI. Egy gyermek** jelenleg egyéb egészségügyi probléma miatt nem tud a fogásra koncentrálni.

**VII. Egy gyermeknél** az a speciális helyzet áll fenn, hogy a program kezdete előtti féléves időszakban saját elhatározásból, minden külső támogatás nélkül 40 kg-os testsúlycsökkenést ért el. A programba azért került, hogy ideális testsúlyának megőrzésében segítsük, és motiváljuk az egészséges életmód egyéb területein, mint például a testedzésben. Ennek köszönhetően tartja a súlyát, és testösszetevői is jó irányban változtak.

Az eredményhez nagy mértékben segített egy probiotikum és egy rostkiegészítő fogyasztása. Ezen probiotikum hatékonysága annak köszönhető, hogy természetes, őshonos gyógynövények erjesztésével készül, túlnyomó részt Lactobacillusfajokból áll. Elősegíti a „rebiózist”, vagyis a bélflóra egyensúlyának természetes helyreállítását. Serkenti az általános gyomor-bél motilitást és váladéktermelést, javítva a tápanyagok felszívódását. Az alkalmazott rostkiegészítő egy funkcionális élelmiszer-adalékanyag, amely árpamalátát, zabpehelyt és természetes zeolitot tartalmaz, elsősorban **prebiotikumként** működik, magas béta-glükán-tartalmának köszönhetően táplálja a jótékony bél-mikroorganizmusokat és javítja az emésztési folyamatokat. Úgy tervezték, hogy **optimalizálja a tápanyagok felszívódását, meghosszabbítja a szénhidrátok felszívódását és**

**csökkenti az ételek glikémiás indexét**, ezáltal pozitívan befolyásolja az inzulinválaszt és szabályozza a zsírraktározást. Ennek és a gyermekek viszonylag magasabb fizikai aktivitásának köszönhetően nőtt az izomtömeg és csökkent a zsír, ezzel magyarázhatók a testösszetétel kedvező változásai.

**Segítő partnereink:** Két dietetikus segítette munkánkat. Egyik itt helyben elérhető konzultációs lehetőséget adott, a másikhoz szakmai kérdésekben fordulhattunk. Az iskolai védőnők és a gyermekeket tanító pedagógusok szintén támogatóan álltak a csoport mellett. A közétkeztetésben elértük, hogy a napközis tanulók diétás étrendet kaptak. Az önkormányzat részéről, a város polgármestere a helyi média (újság és városi tévé) bekapcsolásával lehetővé tette, hogy a városban széles körben ismertté váljon a program, és pénzügyileg is támogatta a csoportot. A Testi-Lelki Egészségfejlesztési Központ kollégái helyiséget biztosítottak a találkozónk lebonyolítására, és végezték a méréseket. A családsegítők munkatársai és a gyámhatóság szintén megtették a szükséges lépéseket.

### Eredményeink összegzése:

A csoport minden tagját sikerült megtartanunk, és mérhető eredményt felmutatni. A csoport 80%-ánál elértük a BMI-SD értékének 0,2–0,5 terjedő csökkenését, ami a szövődmények megelőzése szempontjából fontos.

Azt is eredménynek tartjuk, hogy kapcsolatban vagyunk, a családtagokat is sikerült bevonni, elindult egy másfajta gondolkodás, szemléletformálás. Érdeklődést tapasztaltunk városi szinten a tevékenységünk iránt, többen kifejezték csatlakozási szándékukat.

Házi gyermekorvosként egy újszerű kapcsolatot tudtam kialakítani a gyermekekkel és családjaikkal ebben a tevékenységben. Nagy élmény volt számomra. A helyi program sajátossága, hogy 10–11 fős csoportban indult. Lényegesnek tartjuk a csoportta szerveződést egymás kölcsönös támogatásának érdekében. Az utólag jelentkezők a felkészülés, előkészítés fázisaiban vannak. Őket folyamatosan integráljuk a már működő csoportba. A kisvárosi környezet elősegíti a közösségi erők támogató hatásának jobb érvényesülését.

Az első 6 hónapos időszak értékelése során véleménynyilvánító kérdőívet küldtünk ki a résztvevőknek. Ennek alapján elmondható, hogy nagy mértékben elégedettek voltak a programmal, amely változást hozott a család életében is. A jövőben a prevenciók rendelések keretében, illetve online kapcsolat-tartásban látjuk célszerűnek.

### Megfontolásra érdemes:

Hosszabb időt szentelni az előkészítő munkákra, és a gyakorlati lépések pontos meghatározására. A célállásban is a nagyobb pontosságra való törekvés kisebb lépések meghatározásával.

Nagyobb figyelmet fordítani az egyéni mozgásformákra, a fitnesz szint meghatározására az induláskor és később is. A pszichés tényezők körültekintőbb feltárása is segíthet.

---

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

# Anafilaxia

## I. Általános jellemzők

- hirtelen kezdetű, életveszélyes túlérzékenységi reakció
- **1. kritérium:** hirtelen kezdetű bőr és nyálkahártya eltérések
  - generalizált csalánkiütés
  - nyelvduzzanat
    - + következők egyike:
      - légzészavar (dyspnoe, stridor, sípolás)
      - hypotensio vagy ennek tünete (ájulás, szédülés)
- **2. kritérium:** potenciális allergénnel való találkozás után bármely kettő az alábbiak közül:
  - bőr- és/vagy nyálkahártya-eltérések
  - légzészavar (dyspnoe, stridor, sípolás)
  - hypotensio vagy ennek tünete (ájulás, szédülés)
  - gasztrointesztinális tünetek (hányás, hasmenés, hasi fájdalom)
- **3. kritérium:** ismert allergénnel történt találkozás után csökkent vérnyomás vagy ennek tünetei
- **leggyakoribb allergének:**
  - ételek: mogyoró, tojás, tej, hal
  - rovarcsípések
  - gyógyszerek: antibiotikumok, NSAID
  - kolloidoldatok, kemoterápiás szerek
  - kontrasztanyagok
  - monoklonális antitestek

## II. Kezelés alapjai

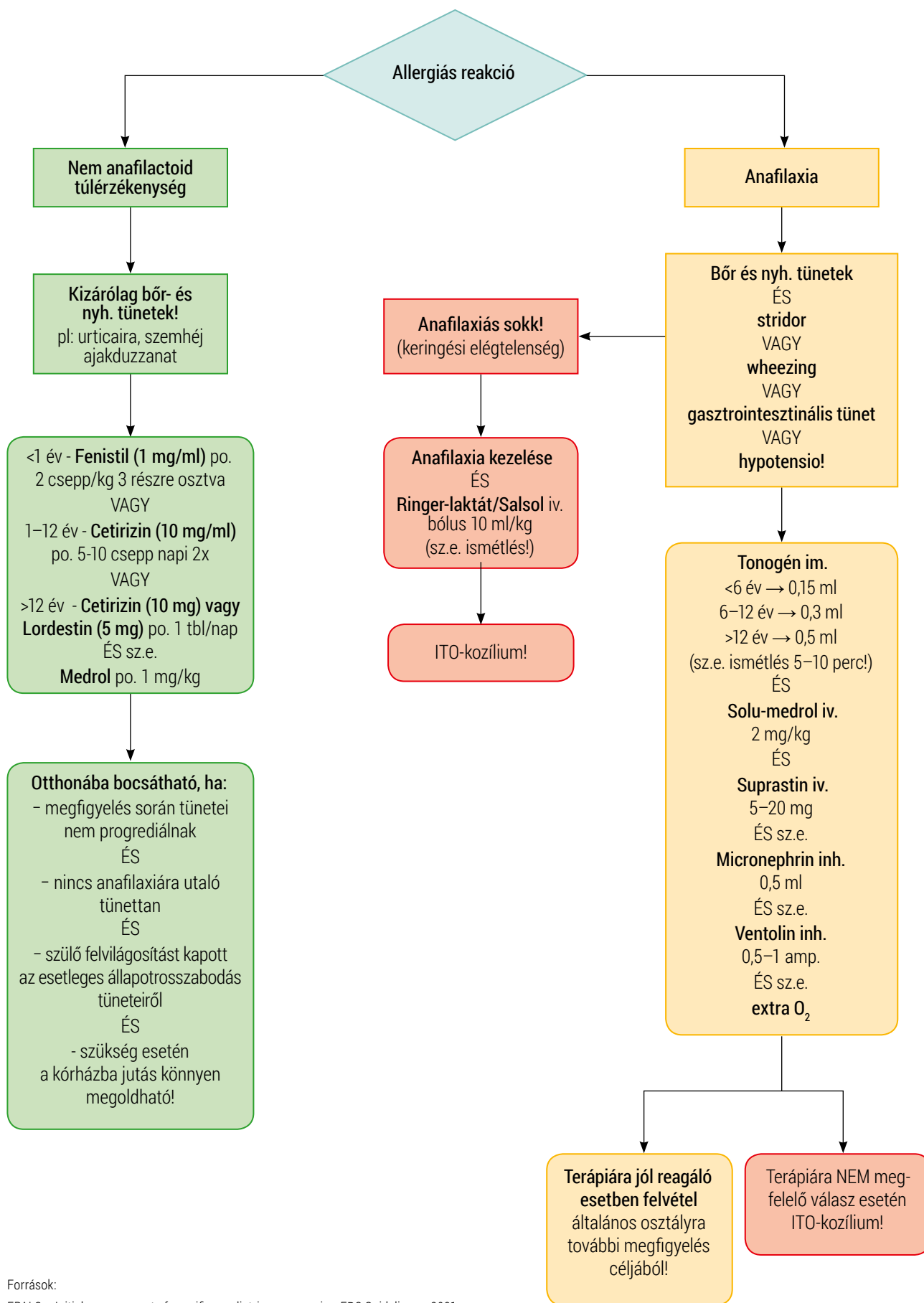
- **bázisterápia:** *inj. Tonogén (adrenalin) im.* 1mg/ml hígítatlanul – 0,01 ml/10 µg/kg
  - <6 év → 0,15 ml im.
  - 6–12 év → 0,3 ml im.
  - >12 év → 0,5 ml im. (maximális dózis!)
  - **mellékhatás:** tachycardia, hypertensio
- **túlérzékenységi reakció gyógyszerei:**
  - *inj. Suprastin (klórpíramin) iv.* 20 mg/ml – lassú bólus!
    - <1 év → 5 mg
    - 1–6 év → 10 mg
    - >12 év → 20 mg
    - **mellékhatás:** hányás, szédülés, hypotensio

- *inj. Solu-Medrol (metil-prednisolon) iv.* 40/125 mg – 1–2 mg/kg
- egyszeri alkalmazás során nem várható mellékhatás
- **tüneti gyógyszerek:**
  - stridor esetén → *sol. Micronephrin 2,25% inh.* – 0,05 ml/kg (max. 0,5 ml)
  - bronchospasmus esetén → *sol. Ventolin (salbutamol) 5 mg/2,5 ml inh.* – 0,5–1 amp.
  - hypotensio esetén → glükózmentes krisztalloid folyadékbólus iv. – 10 ml/kg

## III. Ellátási algoritmus

Az Ellátási algoritmus a következő oldalon! →

### III. Ellátási algoritmus



Források:

EPALS – Initial management of specific paediatric emergencies, ERC Guidelines 2021.

The Royal Children's Hospital Melbourne – Anaphylaxis (2021, Clinical Practice Guidelines)

Goschler Á. – Sürgősségi Gyermekellátás, Az első órák teendői, Szent Márton Gyermekmentő Szolgálat Közhasznú Alapítvány, 2015.

# Enyhe és közép súlyos koponyatrauma

## I. Általános jellemzők

- 1–18 éves kor között vezető halálok!
- gyermekek koponyája nagyobb részt aránylik a testhez, mint felnőttek esetében
- 2 életkori csúcs
  - 0–4 év → leesnek valahonnan, járattanuláskor elesnek
  - >15 év → sport és közlekedési balesetek
- képalkotási aranystandard a koponya CT, azonban minél fiatalabb a páciens annál inkább megfontolandó a sugárterhelés elkerülése
  - ha a tünettan engedi a várakozást és/vagy altatás kivitelezhető, MRI elvégzése előnyös lehet
  - minden esetben radiológiai/aneszteziológiai egyeztetés szükséges
- sem koponyaröntgennek, sem intracranialis ultrahangnak nincs indikációja trauma esetében!
  - extracranialis koponyaultrahang használható csonttörés igazolására

## II. Sérülések típusai

- jellemző a kétszakaszos károsodás
  - elsődleges károsodás → trauma közvetlen hatása
    - epi-, subdurális hematoma, intracerebralis vérzés
    - diffúz axonális károsodás (DAI)
  - másodlagos károsodás → trauma késői hatása (alapja: vér-agy gát és autoreguláció zavara)
    - agyödéma

## III. Súlyosság felmérése

- a súlyosság megítélése elsősorban a GCS (Glasgow Coma Scale) alapján történik
  - enyhe koponyatrauma: GCS 13–15

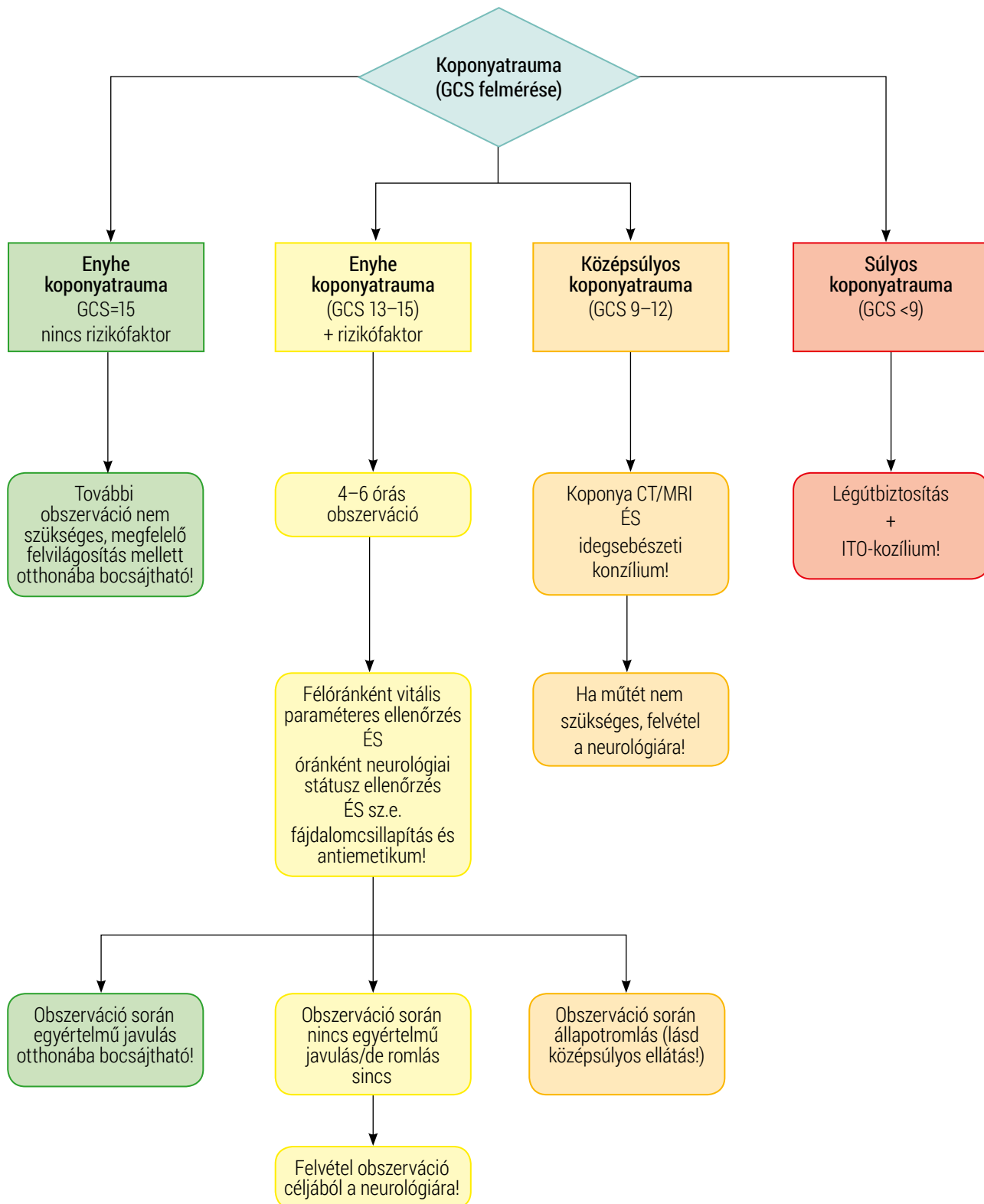
- közép súlyos koponyatrauma: GCS 9–12
- súlyos koponyatrauma: GCS <9
  - helyszíni légútbiztosítást igényel, ellátás intenzív osztályon!
- egyéb rizikófaktorok segítenek differenciálni az enyhe/tünetszegény esetekben
  - baleseti mechanizmus rizikófaktorai (magas energiára utal)
    - esés → > 1 m (<2 év) VAGY >1,5 m (> 2 év)
    - közlekedési baleset során járműből való kiesés, jármű átfordulása
  - tünettani rizikófaktorok
    - fokális neurológiai góctünetek
    - progresszíven erősödő fejfájás
    - eszméletvesztés vagy görcsroham
    - ismétlődő és/vagy 6 órán túli hányások
  - külsérelmi rizikófaktorok
    - újszülött, csecsemő esetében elődomborodó nagykutacs
    - tapintható koponyadefektus, mely koponyatörést valószínűsít
    - nem frontális hematoma
    - koponyaalapi törés jelei (pápaszem hematoma, hemotympanum, liquor otorrhoea, rhinorrhoea)
  - egyéb súlyosbító tényezők
    - alapbetegség, ami növeli a vérzés kockázatát (pl. hematólógiai betegek, VP-shunt)
    - antikoaguláció, trombocitaaggregációt gátló gyógyszeres kezelés

## IV. Ellátási algoritmus

Az Ellátási algoritmus a következő oldalon!

→

#### IV. Ellátási algoritmus



Források:

The Royal Children's Hospital Melbourne – Head Injury (2021, Clinical Practice Guidelines)

Goschler Á. – Sürgősségi Gyermekellátás, Az első órák teendői, Szent Márton Gyermekmentő Szolgálat Közhasznú Alapítvány, 2015.

Dr. Kovács Zsuzsanna | ny. házi gyermekorvos, Budapest

# Állítsuk meg a fellángolást: a gyermekkori atópiás dermatitisz proaktív kezelése a gyermekgyógyászok feladata is

## Referátum

Brittany Vargas | Medscape Pediatrics May 30, 2025 | Pediatricians: Stop Atopic Dermatitis With 'Proactive' Rx

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia (AAP) új klinikai ajánlása Atopic Dermatitis: Update on Skin-Directed Management: Clinical Report | Pediatrics | American Academy of Pediatrics Pediatrics (2025) 155 (6): e2025071812. <https://doi.org/10.1542/peds.2025-071812>

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia (AAP) új klinikai ajánlása szerint bizonyítékokon alapuló vizsgálatok kimutatták, hogy az atópiás dermatitisz fellángolása proaktív kezeléssel megelőzhető azzal, hogy az érintett felületen időszakosan gyulladáscsökkentő szereket alkalmazunk (pl. kortikoszteroid vagy takrolimusz, hetente kétszer).

A munkacsoport emellett újabb szereket is ajánl, mint pl. a Janus-kináz (JAK) inhibitorokat, melyeknek a hosszú távú szteroidkezeléshez képest kevesebb a mellékhatásuk, és hatékonyabbak is.

A dokumentum első szerzője – Schoch professzor asszony – szerint: „Tekintve, hogy a gyermekbőrgyógyászati ellátáshoz jutás nehézkes, hosszúak a várólisták, igen fontos, hogy az alapellátásban dolgozó kollégák is képesek legyenek az enyhe és közepes súlyos atópiás dermatitiszben szenvedő pácienseket kezelni. A gyermekorvosok kulcsszerepet játszanak a lokális kezelés megkezdésében, a családok oktatásában és az életminőség javításában. Az atópiás dermatitisz krónikus állapot, amely folyamatos és proaktív kezelést igényel, és a legtöbb eset hatékonyan kezelhető az alapellátásban.”

Kiemeli, hogy az új irányelv az ismert ápolási módszerek mellett az új terápiák használatát is ajánlja az alapellátásban. „A JAK-inhibitorok különösen előnyösek lehetnek a hagyományos terápiákra nem reagáló betegek érzékeny bőrterületeinek hosszú távú kezelésében. A lokális JAK-inhibitorok bővítik eszköztárunkat, célzott gyulladáscsökkentő hatásuk révén mérséklik a hosszú távú szteroidhasználat okozta kockázatokat.”

Az AAP a fellángolások megelőzése érdekében javasolja az érintett területeken a kortikoszteroidok vagy a kalcineurininhibitorok proaktív alkalmazását is. Egy friss kutatás szerint a szteroidokkal preventíven kezelt betegeknél a betegség súlyosságának csökkenését és az életminőség javulását tapasztalták. Hasonló eredményeket észleltek a nem szteroid lokális szerek proaktív alkalmazásával is.

Az AAP ajánlása szerint az ellátás alappillérei továbbra is a fellángolást kiváltó okok kerülése (pl. az erős mosószerek használata,

a környezet alacsony páratartalma). Kiemelten fontos minden fürdés és kézmosás után a bőr hidratálása illatmentes, sűrű krémmel. Javasolt naponta langyos vízben rövid ideig tartó fürdés, valamint nedves pakolások és enyhén klórozott fürdővíz használata.

### Szociális készségek fejlesztése

Az ajánlás emellett kihangsúlyozza az atópiás dermatitisz pszichoszociális terheit. Az érintett gyermekek szülei, gondozói magas szintű stresszről, szorongásról és akár depresszióról is beszámolnak. A betegség visszatérő, folyamatos jellege súlyos érzelmi és gazdasági terhet róhat az egész családra is.

A szüntelen viszketés jelentősen megzavarhatja az alvást, ami nappali fáradtsághoz, ingerlékenységhez és viselkedési problémákhoz vezethet. A betegség befolyásolhatja a gyermekek iskolai teljesítményét, a kortársakkal való kapcsolatokat és az önbecsülésüket.

Az új ajánlás javasolja a kognitív viselkedésterápiát, relaxációs gyakorlatokat, egészséges alvási szokások kialakítását, a mentális egészségügyi problémákkal is küzdő betegek számára. Emellett az alvászavar enyhítésére melatonin is adható.

Az érintett szakemberek egybehangzó véleménye szerint az irányelv inspirálja a gyermekorvosokat, hogy vállalják az enyhe és közepesen súlyos atópiás dermatitiszben szenvedő betegek kezelését és az ismertett proaktív kezelési módszerekkel segítsék megelőzni a betegség fellángolását.

Tapasztalataik szerint a szakrendelésre érkező betegek többsége hiányos ismeretekkel rendelkezik az alapvető bőrápolási teendőkkel – fürdők gyakoriságával és a megfelelő hidratálókrmek, az enyhén klórozott fürdővíz és a nedves pakolások használatával kapcsolatban.

Ajánlott irodalom: A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az atópiás dermatitisz terápiájáról <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

# INFEKCIÓK ELLEN A RICHTERTŐL



**Immunmoduláns  
és antivirális hatás**  
**Felső légúti vírusok ellen**  
**Fenntartó dózisban is adható**



**LISAC®**  
inosine pranobex

 **Aksolin®**  
amoxicillin + klavulánsav



**Biotech amoxicláv, fenntartható  
módon, vegyszerek nélkül  
gyártva<sup>(1,2)</sup>**  
**Alsó és felső légúti bakteriális  
infekciókra**



**Mikrobiom kímélő  
cefalosporin<sup>(3,4,5,6)</sup>  
kivételes laktamáz stabilitással**  
**Bakteriális légúti és húgyúti  
fertőzésekre**

 **SUPRA®**  
cefixim

## GYORS GYÓGYULÁST KÍVÁN KIS BETEGEINEK A RICHTER GEDEON INFEKCIÓCSAPATA!

### Források:

1. Andria Lynn Deaguero et Al. Improving the enzymatic syntheses of semi-synthetic beta-lactam antibiotics via reaction engineering and data-driven protein engineering; <https://repository.gatech.edu/>; 2011.dec.
2. Sustainability and the environment | Centrient Pharmaceuticals
3. J.M.T. Hamilton, Sarif Shah: Susceptibility patterns of vaginal lactobacilli to eleven oral antibiotics JAC 1994.33.1059-60.
4. Cesare Sarrecchia, Edoardo Valli, University of Rome Tor Vergata; Antibiotic Susceptibility of Lactobacilli Isolated from the Cervix of Healthy Women; Article in Microbial Ecology in Health and Disease, July 2009, DOI: 10.1080/089106002760002702
5. In Vitro Activities of 22 b-Lactam Antibiotics against Penicillin-Resistant and Penicillin-Susceptible Viridans Group Streptococci Isolated from Blood, Fernando Alcaide, Josefine Linares, Antimicrobial agents and Chemotherapy, Oct. 1995, p. 2243-2247 0066-4804/95 Vol. 39, No. 10
6. Cefixime: A Decade of Clinical Success in Treating Community-Acquired Bacterial Infections; Co-Editor Deeter Adam and Richard Quintiliani (Book, Page 29);
7. Az említett termékek alkalmazási előírata, [www.ogyei.gov.hu](http://www.ogyei.gov.hu)

 **RICHTER GEDEON**

Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., [www.gedeonrichter.com](http://www.gedeonrichter.com). Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!  
Mellékhatás / nemkívánatos esemény bejelentése és orvosaknál kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; [medinfo@richter.hu](mailto:medinfo@richter.hu). Document ID: KEDP/DAFRR7, Lezárás dátuma: 2025.07.08.



**Aksolin® 400 mg/57 mg/5 ml por belsőleges szuszpenzióhoz**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=151093](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=151093)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2023.04.03.  
**Teljes ár/TB támogatás/Téritési díj:**  
(1x35ml üvegben): 924 Ft/228 Ft/696 Ft; Eü. 50%: 924 Ft/456 Ft/468 Ft,  
(1x70ml üvegben): 1823 Ft/456 Ft/1367 Ft; Eü. 50%: 1823 Ft/911 Ft/912 Ft



**Lisac® 50 mg/ml szirup**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=210420](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=210420)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2023.06.22.  
**A Lisac® 50 mg/ml szirup:** támogatással nem rendelkező gyógyszer.



**Aksolin® 875 mg/125 mg por belsőleges szuszpenzióhoz tasakban**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=143122](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=143122)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2023.04.24.  
**Teljes ár/TB támogatás/Téritési díj:** 2604 Ft/651 Ft/1953 Ft



**Suprax® 100 mg/5 ml por belsőleges szuszpenzióhoz**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=14690](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=14690)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2024.03.05.  
**Teljes ár/TB támogatás/Téritési díj:** Por szuszpenzióhoz 26,5 g:  
++V 1870 Ft/468 Ft/1402 Ft, Eü 50%: 1870 Ft/935 Ft/935 Ft

# Antihisztaminok alkalmazása felső légúti fertőzésekben

Az őszi-téli szezonban egy egészséges immunitású, óvodás vagy kisiskoláskorú gyermeknél évente 8–10 felső légúti fertőzés is előfordulhat. A betegség 10 napon belül magától gyógyul, azonban a tünetek a gyermek és a család számára több napos kellemetlenséget okoznak, az infekciók magas száma pedig jelentős terhet ró az alapellátásra. A vírusok okozta kórkép (rhinovírus, koronavírusok, influenza vírus, RSV, adenovírus), tüneteinek kezelésére egyre több készítmény áll rendelkezésre, azonban ezek hatékonysága legtöbb esetben nem vagy alacsony evidenciaszinten igazolt.

A lázcsillapítók mellett leggyakrabban alkalmazott tüneti szerek egyedileg vagy kombinációban a decongestansok (orrspray formájában vagy per os), köhögéscsillapítók, mucolitikumok/expertoransok és antihisztaminok. Ezek a betegség időtartamát nem rövidítik le, hatásosságuk nem bizonyított, de egy részük enyhítheti a tüneteket. Az utóbbi években számos publikáció hívja fel a figyelmet arra a jelenségre, hogy felső légúti fertőzésekben egyre nagyobb számban alkalmaznak antihisztaminokat orvosi javaslatra, annak ellenére, hogy ezek hatékonyságára nem állnak rendelkezésre egyértelmű evidenciák. Sőt, a szisztematikus összefoglaló közlemények, ill. a metaanalízisek eredményei azt mutatják, hogy az antihisztaminok nem mutatnak érdemi hatást a rhinopharyngitis tüneteinek csökkentésében. Közleményünk célja az erre vonatkozó összefoglaló tanulmányok szemlézése ennek részletesebb alátámasztására.

Az utóbbi évtizedben az antihisztamin-hatású szerek egyre szélesebb körben történő használata figyelhető meg a nyugati világban, nem allergiás betegségekhez kapcsolt indikációkban. Az allergiás folyamatok gátlására a H1 receptor antagonisták használata, amelyek a hisztaminmolekula H1 receptorhoz történő kötődését gátolják (a felszabadulását nem). Az első generációs, ún. szedatív hatású készítmények átjutnak a vér-agy gáton, ezért álmoságot, koncentrációs zavart okoznak, ill. antikolinerg hatásuk is van (szájszárazság, szédülés, vizeletretenció), használatuk ezért csak néhány napig javasolt. A 2. generációs, nemszedatív készítmények lipofób karakterűek, a vér-agy gáton sokkal kisebb mértékben jutnak át. Allergiás eredetű, hisztamin felszabadulással járó folyamatokban hatékonyan gátolják az allergiás tüneteket (orrfolyás, orrdugulás, tüsszögés, szemviszketés, könnyezés). Vírusinfekciók kapcsán azonban az ehhez hasonló tünetek nem hisztaminhatás,

hanem elsősorban a vírusinfekció kiváltotta gyulladásozó immunválasz és citokinhatás okozza, így az antihisztaminok alkalmazására nincs javallat (off-label). A leggyakrabban használt antihisztaminokat az 1. táblázat foglalja össze.

## 1. táblázat:

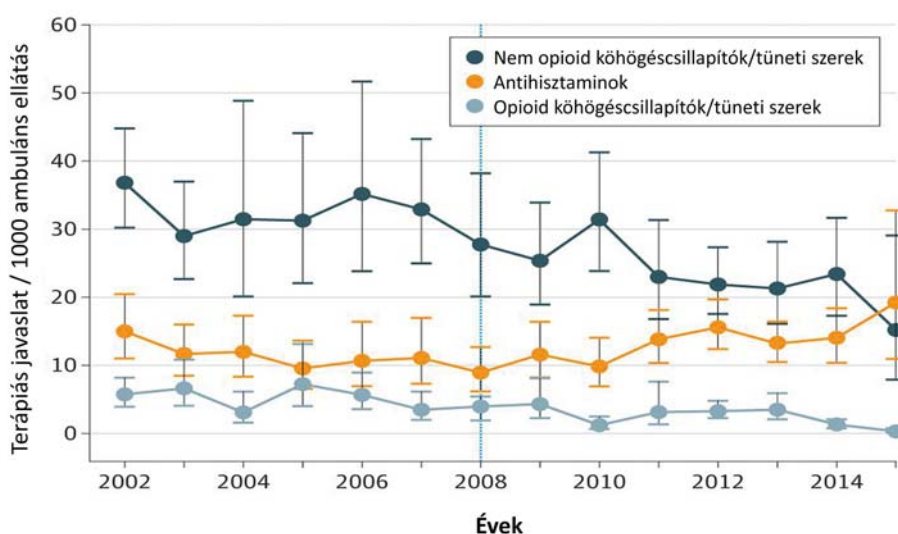
### Első és második generációs antihisztaminok

Első generációs antihisztaminok	
dimetindene	Fenistil
chlorpyramine	Suprastin
diphenhydramine	Supraderm
chlorphenyramine / bromphenyramine	Grippostad / Dimetapp *
Második generációs antihisztaminok	
cetirizine	Zyrtec
levocetirizine	Xyzal, Histisynth
loratadine	Claritine
desloratadine	Aerius, Lordestin
bilasztin	Lendin, Bilergin
rupatadine	Tamalis
fexofenadine	Allegra, Telfast

\* Magyarországon nincs forgalomban

Horton és mtsai. (USA) a 2002–2015 közötti időszakban ambulánsan ellátott gyermekkori felső légúti betegségek terápiai javaslatait összegezték. A vizsgált 14 éves periódusban 3,1 milliárd alapellátási és sürgősségi osztályos vizit eredményei azt mutatták, hogy az ún. meghűlésre és köhögésre adható tüneti szerek (CCM = cold and cough medicines) alkalmazása csökkent az évek során valamennyi korosztályban, különösen a 2 év alatti gyermekeknél, ami összhangban van az időközben megjelent Amerikai Gyógyszerügynökség (FDA) és az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia (AAP) ajánlásaival. Ezzel szemben 2010 után az antihisztaminokra vonatkozó orvosi javaslatok száma többszörösére emelkedett, különösen a 6–11 éves korcsoportban (1. ábra).

1. ábra Tüneti kezelés alkalmazása felső légúti betegségekben 2002–2014 között (USA)



Sutter és mtsai. (2015) a Cochrane-adatbázis feldolgozásával 18 olyan randomizált kontrollált vizsgálatot tekintettek át, ahol monoterápiában alkalmaztak antihisztamint felső légúti infekcióban (4342 beteg, ebből 212 gyermek). A szénanáthás, asztmás és ekcémás betegeket vizsgáló tanulmányokat kizárták a vizsgálatból. Az eredmények azt mutatták, hogy felnőtteknél rövid távon a tünetek súlyosságát enyhítette a kezelés: a terápia 1–2. napján 45% vs. 38% jelzett kedvező hatást antihisztamin, ill. placebokezelés mellett. Középtávon (3–5 nap) és hosszú távon (6–10 nap) azonban nem volt megfigyelhető különbség a két csoport között. A tüneteket külön-külön értékelve az orrfolyás és a tüsszögés a 3. napon mutatott különbséget a placebohoz képest szedatív antihisztaminok alkalmazása esetén, de a különbség nem volt klinikailag szignifikáns. Egyéb tünetek (orrduugulás, köhögés) és a nonszedatív antihisztaminok használata során nem regisztráltak érdemi

eltérést a két csoport között. Az antihisztamin-csoportban gyakrabban jelentettek mellékhatásokat, de a különbség itt sem volt szignifikáns. A gyermekeket vizsgáló két tanulmány eredményei ellentmondásosak voltak.

A szerzők úgy összegzik eredményeiket, hogy a kezelés első két napján felnőtteknél az antihisztaminoknak lehet limitáltan kedvező hatása a tünetek összességére, de közép- és hosszabb távon (3–10 nap) hatástalanok, ill. klinikailag nem szignifikáns a hatásuk az egyes tüneteket külön értékelve. Gyermekeknél nincs bizonyíték az antihisztaminok hatékonyságára rhinopharyngitis esetén.

Sharfstein és mtsai. (NEJM 2007) arra hívták fel a figyelmet, hogy az USA-ban évente mintegy 95 millió esetben alkalmaznak tüneti szereket gyermekeknél, amelyek változó összetételben tartalmaznak mukolitikumot, köhögéscsillapítót

2. ábra Terápiás ajánlások rhinopharyngitis esetén

**Evidenciaalapú ajánlások tüneti kezelésre**

<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> </div> <p><b>Orrfolyás, orrdugulás:</b> Sóoldatos orrspray, ormosás</p> <div style="border: 1px solid white; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Alacsony kockázatú kezelés. Korlátozott evidencia a tünetek enyhítésében a kezelés nélküli esetekhez képest.</p> </div>	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> </div> <p><b>Köhögés, torokfájás:</b> Méz</p> <div style="border: 1px solid white; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Alacsony kockázatú kezelés. Enyhítheti a köhögés gyakoriságát és súlyosságát. (hányinger előfordulhat). 1 éves kor alatt nem adható.</p> </div>	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> </div> <p><b>Láz:</b> paracetamol, ibuprofen</p> <div style="border: 1px solid white; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Megfelelő dózisban használva enyhítik a láz és fájdalom tüneteit. Aspirin nem adható 12 éves kor alatt!</p> </div>
<p>Vény nélkül kapható tüneti szerek: köhögéscsillapító, köptető 6 éves kor alatt, decongestans orrspray 12 éves kor alatt nem javasolt. Antihisztaminok adására nincs ajánlás.</p>		
<p>A felső légúti fertőzés 10 nap alatt magától is meggyógyul. A tüneti kezelés nem rövidíti le a betegség időtartamát, de a tünetek csillapításával enyhítheti a diszkomfortot.</p>		

### 3. ábra Antihisztaminok hatása az egyes tünetekre légúti betegségekben a Cochrane-adatbázis alapján



(dextrometorphane), decongestant: pl. pseudoephedrine, phenylphrine) vagy antihisztamint. Ezek hatékonyságára vonatkozóan nincs evidencia, biztonságossági és farmakokinetikai tanulmányok is csak ritkán, vagy egyáltalán nem állnak rendelkezésre a gyermekpopulációban. Ugyanakkor ilyen kezelések miatt évente kb. 750 000 túladagolással, mérgezéssel járó esetben fordultak orvoshoz (pl. orrspray-ek okozta arrhythmia, antihisztamin okozta hallucinációk, vagy köhögéscsillapítók kiváltotta tudatzavar, encephalopathia miatt). Hivatkoznak továbbá 6 placebo-kontrollált, randomizált tanulmányra amelyek egyike sem tudta igazolni ezen szerek hatékonyságát a 12 év alatti korosztályban

Clemens és mtsai., valamint Hutton és mtsai. a 6 hónapos–5 éves korosztályban vizsgálták antihisztamin- és dekongesztánstartalmú készítményeket, és nem tudtak szignifikáns hatékonyságot igazolni a placebokezelt vagy kezeletlen betegcsoportokhoz képest. Paul és mtsai. 6–18 éves korosztályban vizsgálták a dextrometorphane és

a diphenhydramine éjszakai köhögésre gyakorolt hatását, de nem találtak szignifikáns különbséget a placebohoz képest.

Összességében valamennyi vizsgálat azt igazolta, hogy nincs tudományos bizonyíték az antihisztaminok hatékonyságára vírusos felső légúti fertőzésekben, ellenben számolni kell a kedvezőtlen mellékhatásokkal, ami különösen a 2 év alatti korosztályban válhat súlyossá. Hasonlóan hiányoznak az evidenciák az egyéb tüneti szerek hatékonyságára, farmakokinetikai jellemzőire és dózírálására vonatkozóan. Ezek miatt a nemzetközi ajánlások többsége a megfűlés kezelésére vény nélkül kapható készítmények (ún. cough and cold medicines, CCM) megfontolt alkalmazására figyelmeztet, és használatukat szigorúbb életkori határokhoz kötik: az AAP a váladékoldókat és köhögéscsillapítókat 6 éves kor felett, a decongestanshatású orrspray-eket pedig 12 éves kor felett javasolja, míg az antihisztaminok nem szerepelnek az ajánlásokban.

Az Uptodate portál kiemeli, hogy felső légúti infekciókban nincs bizonyított a hatása az antihisztaminoknak, nasalis steroidoknak, köhögéscsillapítóknak/köptetőknak, bronchodilatátoroknak, mentol/kámfor tartalmú kenőcsöknek, a C-vitaminnak, cinknek és néhány gyógynövénynek (Echinacea, Pelargonium). Szemben az AAP ajánlásával, a köhögésre ható vény nélküli készítményeket 12 éves kor felett ajánlják. Amennyiben fiatalabbnál mégis sor kerül ezek alkalmazására, akkor a legprominensebb tünet ellen ható készítményt önmagában javasolják használni, a kombinációk kerülésével.

Összefoglalva: bár az allergiás és vírus indukálta felső légúti tünetek hasonlóak lehetnek, a háttérben álló mechanizmusok eltérőek (hisztaminhatás H1 receptoron keresztül vs. citokinhatás). Mivel gyermekkorban nincs evidencia az antihisztaminok hatékonyságára rhinopharyngitisben, ezért használatuk nem javasolt ilyen indikációban. Az ésszerű használattal jelentősen csökkenthetőek a kedvezőtlen mellékhatások, és megfordítható az a trend, ami az antihisztaminok túlzott és felesleges alkalmazásához vezetett az utóbbi években. Amennyiben a betegség lefolyása alapján a házi orvosban felmerül az allergia gyanúja és az antihisztamin kezelés szükségessége, javasolt tüneti napló vezetése és egyidejűleg a beteg beutalása allergológia szakrendelésre.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

# Októbertől a támogatási rendszerben!

ESTD  1962

# Kendamil<sup>®</sup>

## Prémium csecsemőtápszer kiváló minőségben



TELJES TEJBŐL



NÖVÉNYI EREDETŰ DHA<sup>1</sup>



PÁLMAOLAJ NÉLKÜL



OLIGOSZACHARIDOK

[www.kendamil.hu](http://www.kendamil.hu)

Fontos figyelmeztetés: A csecsemők táplálásának legjobb módja a szoptatás. A csecsemőtápszer csak orvos tanácsára szabad használni. Az anyatej-helyettesítő tápszer csak vegyes és kiegyensúlyozott étrend részét képezhetik. Felhasználási mód és egyéb információk a csomagoláson. Különleges táplálkozási célú élelmiszer. \*HMO (3'GL) <sup>1</sup>DHA-t tartalmaz (ahogy a törvény minden anyatej-helyettesítő tápszerre előírja).

# Immunizáció és várandósság

Európa járványügyi helyzete megváltozott, a klasszikus fertőző betegségek visszatérésével kell számolnunk. A tendencia miatt a prevenció gyakorlatunk átalakul.

Családtervezéskor, várandósság alatt, illetve szülést követően az immunizáció a várandós nő, a magzat és az újszülött védelmét biztosíthatja. Az anyai immunizáció vertikális ellenanyag-transzport révén az újszülött számára védeltséget ad a potenciálisan végzetes kimenetelű fertőzésekkel szemben.

## 1. Oltási gyakorlat alapszabályai várandósság előtt, alatt és szoptatás időszakában

- Minden fogamzóképes korú nőnél a vakcina beadása előtt a várandósság lehetősége rákérdezéssel tisztázandó.
- Inaktivált oltóanyag biztonságosan alkalmazható várandósság előtt, alatt és a szoptatás időszakában.
- Inaktivált oltóanyagok intervallum tartása nélkül alkalmazhatók várandósság előtt.

- Élő, gyengített kórokozó tartalmú védőoltások (MMR, VZV, sárgaláz) családtervezéskor, várandósság előtt minimum 4 héttel, vagy a szülést követően a szoptatás időszakában alkalmazhatók.
- A feltételezett magzatkárosító hatás miatt élő, gyengített kórokozót tartalmazó védőoltás (MMR, VZV, sárgaláz) alkalmazása a terhesség során kontraindikált.
- Terhesség alatt történő véletlenszerű immunizáció esetén (MMR, VZV, sárgaláz), mivel az élő vírustranszmisszió teoretikus, a várandósság terminálása nem ajánlott. A lehetséges fertőzés következménye egyértelműen felülírja az oltóanyagvírus átvitel feltételezett rizikóját.
- Várandós nő környezetében élő, gyengített kórokozót tartalmazó védőoltások (MMR, VZV, sárgaláz) alkalmazhatók.

**Évente aktualizált Felnőttkori hivatalos oltási naptár gyakorlati útmutatóval megtalálható:** [www.nnk.gov.hu/images/dokumentumok/Felnotttek\\_oltasi\\_ajanlasi\\_2024\\_final.pdf](http://www.nnk.gov.hu/images/dokumentumok/Felnotttek_oltasi_ajanlasi_2024_final.pdf)

1. táblázat: Várandósságot tervezők számára ajánlott védőoltások

Vakcina	Javaslat	Megjegyzés
Influenza	Minden várandósságot tervező nő számára az influenzaszezonban	6 hónapos kor felett minden családtag számára javasolt
dTap (diphtheria–tétanusz–pertussis)	Emlékeztető oltás (dTap, dTap-IPV) közvetlen családtagoknak 5 évente	Az anya oltása várandósság alatt szükséges (26–32. gh)
MMR	Oltatlan, vagy szerostátusz alapján fogékony családtervező 28 nappal a tervezett várandósság előtt	Véletlenszerű oltásnál terhességmegszakítás nem indokolt
Varicella	Oltatlan vagy szerostátusz alapján fogékony családtervező 28 nappal a tervezett várandósság előtt	Oltási sor 2 oltás, minimum 4 hetes időközzel Véletlenszerű oltásnál terhességmegszakítás nem indokolt

**2. táblázat: A várandósok számára ajánlott, fertőzésveszély esetén adható védőoltások**

Vakcina	Javaslat	Megjegyzés
Influenza	Trimesztertől függetlenül az influenza szezonban	6 hónapos kor felett minden családtag számára is javasolt
dTap (diphtheria–tetanusz–pertussis)	26–32. gesztációs héten ajánlott, (legkésőbb 36. g. héten lehetséges) járványhelyzettől függően akár minden terhességnél.	A családtagoknak 16 éves kor felett emlékeztető oltás javasolt (5 évente)
Tetanusz	Posztexpozíciós profilaxisra a várandósság bármelyik időszakában	Kombinált dTap–IPV alkalmazása javasolt
RSV	24–36. gesztációs héten (javasolt 30–32. gh)	Vertikális ellenanyag transzport újszülöttnék
Veszettség	Posztexpozíciós profilaxisra a várandósság bármelyik időszakában alkalmazható	Egyetlen ellenjavallata a korábban az oltóanyaggal elszenvedett anafilaxia
Hepatitis A	Rutinszerűen nem javasolt Aktív immunizáció poszt-expozíciós profilaxisként járványügyi indokból. Elkerülhetetlen utazás endémiás területre	Családtervezés idején javasolt
Hepatitis B	Rutinszerűen nem javasolt Hepatitis B-expozíció után korábban oltatlan várandósnak aktív/passzív immunizáció szükséges Tartós expozíció esetén a várandósság előtt megkezdett oltási sort várandósság alatt be kell fejezni	HBsAg-szűrés védetségéről információt nem ad
Meningococcus	Rutinszerűen nem javasolt Elkerülhetetlen utazás, hosszabb tartózkodás endémiás területen	Post expositioo profilaxisra antibiotikum (ceftriaxon) szükséges
Hastífusz	Rutinszerűen nem javasolt Elkerülhetetlen utazás, hosszabb tartózkodás endémiás területen.	Járványügyi indokból posztexpozíciós profilaxisként alkalmazható
Pneumococcus	Rutinszerűen nem javasolt	
Polio	Rutinszerűen nem javasolt Elkerülhetetlen utazás, hosszabb tartózkodás endémiás területen	dTap-IPV alkalmazása javasolt

**3. táblázat: A várandósok számára ELLENJAVALLT védőoltások**

Vakcina	Javaslat	Megjegyzés
HPV (humán papillomavírus)	Nem javasolt	A várandósság előtt elindított oltási sort a szoptatás időszakában kell befejezni
Sárgaláz	Ellenjavallt	Endémiás területre utazáskor egyéni mérlegelés szükséges
MMR	Ellenjavallt	Véletlenszerű oltásnál terhességmegszakítás nem indokolt
Varicella (VZV)	Ellenjavallt	Véletlenszerű oltásnál terhességmegszakítás nem indokolt
Japán encephalitisz	Rutinszerűen nem javasolt	Endémiás területre utazáskor egyéni mérlegelés szükséges

## 2. A várandósság alatti vakcináció immunológiai háttere

Az anyai vér és a magzati szövetek közötti kapcsolatot a chorionbolyhokat borító epitheliális sejtek, a syncytiotrophoblastok biztosítják. Ezek a sejtek bonyolítják le az anyai immunoglobulinok szelektív és aktív, pH-függő transzplacentáris transzfermechanizmusát is a neonatális Fc-receptorok segítségével. Az immunoglobulin molekula a syncytiotrophoblastok apikális felszínén endocitózissal kerül felvételre, majd a lizoszóma savas pH-jú környezetében a neonatális Fc-receptorokhoz kötődve eljut a bazális felszínhez, ahol a semleges pH-jú környezetben leválik a receptorról, és bejut a magzati keringésbe. Ez a természetes mechanizmus biztosítja egy újszülött számára, hogy a születésétől kezdve az anyai specifikus ellenanyagok segítségével védekezni tudjon a kórokozókval szemben, hiszen kezdetben az újszülöttek immunrendszerük éretlensége miatt rendkívül sérülékenyek, a védekezésben nagymértékben támaszkodnak az anyai ellenanyagokra. Az IgG átvitele anyáról a magzatra már a terhesség 13. hetében minimálisan megkezdődik, de a legnagyobb mennyiségben a harmadik trimeszterben valósul meg. A magzati IgG-koncentráció a 17–22. héten az anyai szintnek csak 5–10%-a, 28–32. héten eléri az anyai koncentráció 50%-át, születéskor akár 20–30%-kal meg is haladja azt. A transzplacentáris aktív transzport dinamikájának ismerete határozza meg, hogy a magzat védelmében melyik gesztációs héten érdemes anyai védőoltást alkalmazni, hogy a vertikális passzív immunizáció eredményes legyen.

### Immunizáció várandósság alatt

Az élet első hónapjaiban az újszülött immunrendszerre az anyai eredetű ellenanyagokra támaszkodik, amíg saját immunoglobulin-szintézise be nem indul, illetve amíg a csecsemőkori aktív immunizáció és a környezeti antigéningerek révén adaptív immunitása nem alakul ki. A maternális immunizáció egyik alapvető célja az anyai védelem biztosítása az anyai specifikus ellenanyag-szintek emelésével és az újszülött passzív védelmének kialakítása az élet első, vulnerábilis hónapjaiban. Az anyai ellenanyagok néhány hónap alatt kiürülnek a csecsemő szervezetéből, féléletidejük függ az átjutó mennyiségtől, az IgG-alsztálytól, az anya vakcinációs státuszától. Jelenlegi gyakorlatban szezonális influenza, pertussis (tetanusz) és RSV-fertőzés megelőzésére alkalmazzuk rutinszerűen a vertikális passzív immunizációt. Covid-19 pandémia idején a várandósok SARS-CoV-2 elleni oltásával nagyszámú eredményes direkt és indirekt védelem valósult meg.

Terhesség alatt és közvetlenül a terhesség után a fertőzések az egészséges átlag populációhoz képest nagyobb valószínűséggel súlyosabb megbetegedéshez vezethetnek a várandós megváltozott fiziológiai és immunológiai állapota miatt. Az anya infekciója kedvezőtlen hatással van

a magzati fejlődésre, visszafordíthatatlan kongenitális fejlődési zavarhoz, károsodáshoz, koraszüléshez vezethet. A várandósok rutinszerű immunizációja csak olyan fertőzésekkel szemben javasolt, ahol a védőoltások elmaradása, a fertőzés elleni védetség hiánya az anyát és magzatát veszélyezteti (járványhelyzet, megváltozott élethelyzet, alapbetegség).

A felnőttkori védőoltások komplettálása, a védőoltással megelőzhető fertőzésekkel szembeni védetség kialakítása illetve a fogékonyság (szerostátusz) tisztázása a családtervezés időszakában javasolt. Várandósság alatt szerostátusz vizsgálat kizárólag referencia laboratóriumban javasolt. Az eredmény értékelése várandósság alatt infektológus szakorvos kompetenciája. A terhesség terminálása kizárólag szerológiai eredmény alapján nem javasolható.

### 3. Biztonságosság

A várandósság alatti immunizáció biztonságossága alapvető követelmény. Az oltóanyag biztonságosságot az infekció terhességre és a magzatra gyakorolt hatásának függvényében kell értékelni, miközben az oltás által okozott kockázat feltételezés. Nehéz elválasztani a terhességgel járó egészségügyi kockázatokat a vakcinációt követő eseményektől, ezért az oltást követő nemkívánatos események értékelésénél figyelembe kell venni a terhesség során felmerülő, oltás nélkül is várható kockázatok előfordulását. Nincs bizonyíték arra, hogy az immunizáció kedvezőtlen hatást gyakorolna a terhesség kimenetelére, a magzat fejlődésére. A világ vezető egészségügyi szervezetei által létrehozott GAIA (Global Alignment of Immunization Safety Assessment in Pregnancy) összehangolt, globális adatgyűjtéssel folyamatosan vizsgálja az anyai immunizáció biztonságosságát.

### 4. Immunizáció családtervezéskor, várandósság előtt

A gyermekkori immunizáció védőhatása idővel csökken, a fiatal családtervezők újra fogékonyak lehetnek bizonyos fertőzésekkel szemben (pl. pertussis, kanyaró, rubeola, tetanusz), így emlékeztető oltásokra lehet szükség. Amennyiben a fertőzés átvészeltisége tisztázatlan vagy adott fertőzés ellen csak immunizáció történt, teherbeesés előtt szerostátusz-vizsgálattal tisztázni kell a fogékonyságot (bárányhimlő, rubeola, kanyaró, hepatitis A és B).

### 5. Védőoltás várandósság után a szoptatás időszakában

A szoptatás önmagában nem jelent oltási ellenjavallatot. Szoptatás alatt a sárgaláz elleni oltás kizárólag indokolt esetben alkalmazható. A várandósság előtt megkezdett oltási sorokat a szoptatás alatt lehet befejezni. Az elmaradt oltásokat pótolni kell, különös tekintettel az influenza, pertussis, bárányhimlő elleni oltásra. A szoptató anya környezete bármilyen oltást kaphat.

## 6. Fészekvédelem – immunizáció a várandós környezetben

Az esendő várandós és újszülöttjének védelme a környezet által erősíthető. Az életkor szerint javasolt védőoltásokon túl a szezonális influenza elleni oltás minden 6 hónaposnál idősebb családtagnak ajánlott. A pertussisvédelem érdekében minden 16 évesnél idősebb családtag emlékeztető dTap-oltása javasolt. Javasolt minden bárányhimlőre fogékony családtag immunizációja.

## 7. Utazás családtervezéskor, várandósság alatt

A nemzetközi járványhelyzet hazánktól eltérő. Védőoltással megelőzhető fertőzéseken túl egyéb, a terhesség kimenetelét befolyásoló körülményekről, teendőkről, erre felkészült szakember segítségét kell kérni. Utazás tervezésekor mindenképpen fel kell keresni erre szakosodott nemzetközi oltóközpontot.

## 8. Immunmoduláló kezelés mellett vállalt terhesség prevenciós lehetőségei

### 1. Primer prevenció lehetősége immunmoduláló kezelés, biológiai kezelés mellett

Immunmoduláló kezelés mellett a fogékony várandós posztexpozíciós profilaxisát passzív immunizációval végezhetjük el (Hepatitis A, morbilli, tetanusz).

Passzív immunizáció bárányhimlő fogékonyság esetén csak az újszülött számára érhető el amennyiben az anya a perinatális időszakban (szülés előtt 5,

szülés után 2 nap), bárányhimlőt akvirált. A nemzetközi gyakorlatban 20. gesztációs hét előtt alkalmazható passzív immunizáció várandós számára rutinszerűen hazánkban nem érhető el. A várandós posztexpozíciós profilaxisa antivirális szerrel végezhető. Expozíció után 7 nappal kezdve 4 × 800 mg acyclovir 7 napig.

### 2. Immunmoduláló kezelést kapó nők várandósságából született újszülött védőoltása

Az immunmoduláló és immunszuppresszív szerek várandósság alatti alkalmazása egyre szélesebb körben elterjedt, elsősorban az anyai alapbetegség remissziójának fenntartása céljából, gyakran egészen a terminusig. Mivel az immunmoduláló szereknek a magzati és újszülöttkori immunrendszerre gyakorolt hatása nem zárható ki, a terhesség második és harmadik trimeszterében alkalmazott immunmoduláló vagy immunszuppresszív terápia esetén:

- az újszülött BCG-oltása kontraindikált, 6 hónapos kor után pótolható szülészeti intézményben
- Rotavírus elleni oltást 3. hónaptól (2 oltásos sémával javasolt megkapnia) – oltást követően a pelenkázást gumikesztyűben kell végezni 10–14 napig.
- egyéb életkor szerinti kötelező és javasolt oltásokat az anya kezelése nem befolyásolja,

A fogantatást és várandósság megtartását elősegítő immunmoduláló kezelés az első trimeszterben nem jelent elővigyázatosságot az újszülött oltásánál.

TÉNYLEG A LÉNYEG | DR. RÓSA ÁGNES ROVATA

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

# Felnőttkori kötelező védőoltások

Kivonat a Védőoltási Módszertani Levélből várandósok oltásaira vonatkozólag

## 4. Várandósság

Élő ágenst tartalmazó oltóanyaggal történő immunizáció és a tervezett várandósság között 1 hónap várakozás javasolt. Élő kórokozó tartalmú oltóanyaggal várandósság alatt - tervezetesen - immunizáció nem végezhető. Ha a várandósság a védőoltás beadása után derül ki, nem szükséges annak megszakítása.

Várandósság alatt mérlegelni kell a megelőzendő fertőzés veszélyét. Amennyiben a fertőzés megelőzése egyértelmű előnnyel jár (tetanusz vagy a veszettség posztexpozíciós profilaxisa, influenza, hepatitis A, meningococcus, pertussis, COVID-19 elleni oltás) az immunizáció az első trimeszterben is elvégezhető. Bizonyos esetekben (pl. pertussis) az oltás túlmutat a várandós nők védelmén és pozitív hatással van mind a magzatra, mind a megszületett csecsemőre.

Várandós környezetében bármilyen védőoltás alkalmazható. Az 1-4. pontban felsorolt kontraindikációk egy része átmeneti (láz, várandósság), mások (immundeficiencia, korábbi súlyos, oltást követő nemkívánatos esemény) állandók.

Amennyiben az oltóorvos bizonytalan egy esetleges oltási kontraindikáció megítélésében, akkor javasolt a klinikai védőoltási szaktanácsadás, vagy a vármegyei kormányhivatal járványügyért felelős osztálya segítségének igénybevétele. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 58. § (3a) bekezdése szerinti, védőoltás alóli mentesítéshez benyújtott, a mentesítést alátámasztó orvosi szakvélemény szakmai megalapozottságának kétsége esetén javasolt, hogy az eljáró járási/kerületi népegészségügyi hivatal, vagy a másodfokon eljáró hatóság kérje meg a klinikai védőoltási szaktanácsadó véleményét.

g) Megalapozott megbetegedési veszély gyanúja esetén a veszettség elleni vakcinával történő aktív immunizálás indokolt esetben bármely életkorban, bármilyen alapbetegségben

szenvető betegnél, vagy várandós nő esetén is elvégezhető. Az oltási indikáció felállításához a sérülést/expozíciót ellátó orvos minden esetben kockázatértékelést végez annak megítélése céljából, hogy fertőződhet-e az expozíciót elszenvedett személy a veszettség vírusával. A kockázatértékeléskor figyelembe kell venni az expozíciót okozó állat fajtát, viselkedését - háziállat esetén -, megfigyelhetőségét, oltottságát, az expozíció jellegét (harapásos, nem harapásos expozíció, ritka átviteli mód) és az állati veszettség területi járványügyi helyzetének alakulását.

A 2025/2026. évi influenzaszézonra történő felkészülés során térítésmentesen végezhető influenza elleni védőoltás.

- Várandós és gyermekvállalást tervező nők, szoptatós anyák egészségi állapotuktól függetlenül – várandós nők; mind az anya magasabb kockázata, mind a megszületett csecsemő akár 6 hónapig tartó védeltsége érdekében; – azok a nők, akik a gyermekvállalást az influenza szezonális időszakára tervezik; – azok a nők, akik szoptatnak, ezáltal csökkentve nemcsak az anya, hanem a csecsemő anya általi influenza fertőzésének kockázatát.

10) Varicella A munkáltatónak biztosítani kell az immunhiányos betegek, továbbá a várandós nők és az újszülöttek, csecsemők ápolását/gondozását végző, bárányhimlő megbetegedést át nem vészelt, illetve védőoltásban nem részesült egészségügyi dolgozók varicella elleni védőoltását.

### 1. Diftéria-tetanusz-acelluláris pertussis elleni oltóanyagok (dTap) emlékeztető oltásra

A **Boostrix** csökkentett mennyiségű diftéria és tetanusz toxoidot továbbá pertussis antigéneket tartalmazó oltóanyag emlékeztető oltásra. A vakcina négy éven felüli, diftéria, pertussis, tetanusz elleni alapimmunizálásban részesült személyek emlékeztető oltására alkalmazható. A vakcinával olthatók a pertussis elleni alapimmunizálásban egyáltalán nem részesült személyek is. Az oltóanyag egyszeri adagja 0,5 ml, intramuscularisan, mélyen az izomba kell beadni, lehetőleg a deltoid régióba. A **Boostrix Polio** vakcina a dTap komponensek mellett inaktivált poliovírust tartalmaz. A készítmény 3 éves kortól adható. Az **Adacel** csökkentett mennyiségű diftéria és tetanusz toxoidot, valamint pertussis antigéneket tartalmazó oltóanyag, aktív immunizálásra valamint emlékeztető oltásra 4 éves kortól. Az **Adacel Polio** csökkentett mennyiségű diftéria és tetanusz toxoidot, valamint pertussis antigéneket tartalmazó oltóanyag, aktív immunizálásra valamint emlékeztető oltásra 3 éves kortól. Mind a négy oltóanyag alkalmazható tetanusz-fertőzésre gyanús sérülés ellátására olyan személyeknél, akik előzőleg a tetanusz toxoidot tartalmazó teljes oltási sorozatot megkapták. **Az újszülöttek**

**pertussis elleni védelme érdekében dTap oltóanyag beadása javasolt a várandósság 3. trimesztere alatt lehetőség szerint a szülés időpontja előtt minimum két héttel. A védőoltás nem szükséges, amennyiben családtervezés keretében a várandósság előtt a pertussis elleni immunizálás már megtörtént. A várandósok oltására mind a négy oltóanyag alkalmazható.**

### 10. Élővírus-tartalmú kombinált kanyaró, mumpsz és rubeola elleni oltóanyagok

A **vakcina nem adható** várandós nőknek. A gyermekvállalást tervező nőket figyelmeztetni kell arra, hogy védőoltás beadását követően 1 hónapos várakozás szükséges.

### 14. RSV-vakcina

Az **ABRYSVO** a légúti óriássejtes vírus (respiratory syncytial vírus, RSV) elleni bivalens, rekombináns oltóanyag, mely anti-génként az RSV A és RSV B alcsoport stabilizált prefúziós F fehérjét tartalmazza (60+60 mikrogramm mennyiségben). Gyógyszerforma: por és oldószer oldatos injekcióhoz (0,5 ml/adag). Az ABRYSVO-t intramuscularisan kell beadni a felkar deltaizomába. Az ABRYSVO javasolt: Várandósoknak: Egyetlen 0,5 ml-es dózis alkalmazása javasolt a várandósság 24-36. hete között. Az anyai aktív immunizálás célja a csecsemők passzív védelmének biztosítása a respiratorikus syncytialis vírus (RSV) által okozott alsó légúti megbetegedéssel szemben a születéstől kezdve a csecsemő 6 hónapos koráig. Az ABRYSVO-val beoltott anyáktól született csecsemőknél az RSV-vel összefüggő alsó légúti megbetegedéssel szembeni védeltség a védőoltás hatására termelődött neutralizáló antitestek méhlepényen való átjutásának köszönhető.

A **Synagis** 50 mg/0,5 ml, 100 mg/1 ml oldatos injekció palivizumab elnevezésű monoklonális ellenanyagot tartalmaz. Az oltóanyag a légúti óriássejtes vírus (respiratory syncytial vírus, RSV) által okozott, kórházi kezelést igénylő súlyos alsó légúti megbetegedések megelőzésére ajánlott az alábbi fokozottan veszélyeztetett csecsemőknek és kisgyermekeknek: - RSV-járvány idején a várandósság 35. hetében vagy korábban született, hat hónaposnál fiatalabb csecsemőknek, - kétévesnél fiatalabb gyermekeknek, akik a megelőző hat hónapban bronchopulmonális diszplázia miatt kezelést igényeltek, - kétévesnél fiatalabb, súlyos, veleszületett szívbetegségben szenvedő gyermekeknek. A Synagis vakcinát havonta egy alkalommal javallott alkalmazni (ajánlott dózisa 15 mg/ttkg) az RSV-fertőzések szezonális időszakában, október és március között. A veszélyeztetettek védelmének biztosítása öt hónapig javasolt havi egy injekció intramuszkuláris beadásával. A profilaxisra társadalombiztosítási finanszírozással térítésmentesen is van lehetőség, neonatológus szakvéleménye alapján.

FELNŐTTKORI OLTÁSOK  
ÜTEMEZÉSÉNEK AJÁNLÁSA 2024



GYAKRAN ISMÉTELT KÉRDÉSEK  
A GYERMEKKORI VEDŐOLTÁSOKRÓL



ÉLETKORHOZ KÖTÖTTEN KÖTELEZŐ  
VEDŐOLTÁSOK JOGI SZABÁLYOZÁSA



Dr. Fáth Beáta | házi gyermekorvos, HGYE vezetőségi tag, Kaposvár

# HAOSZ V. Országos és I. Alapellátási Konferencia és Továbbképző Tanfolyam

Balatonalmádiban közel 630 regisztrált résztvevővel rendezték meg 2025. június 12–14 között a konferenciát, amelyen először vettek részt az alapellátó fogorvosok, valamint szakdolgozók. Az előadások párhuzamosan mentek két-három teremben.

Kiemelt figyelmet fordítottak a praxisközösségekben rejlő potenciál kiaknázásának lehetőségeire, az alapellátó praxisok finanszírozási modelljének átalakítására, az indikátor rendszer és a finanszírozási technikák jövőbeli irányaira. Fókuszban volt a mentális egészségünk, a krónikus betegek gondozása, a digitalizáció adta lehetőségek kiaknázása. Színesítették a programot különböző műhelymunkák, workshopok, szimulációs gyakorlatok. Üde színfolt volt a self-care szoba, ahol vezetett vagy villámmeditációkon, személyes coachfoglalkozáson lehetett részt venni.

Az első napon szó volt a telemedicináról szóló rendelet egyes aspektusairól, bemutatkozott a „Felzárkózó településprogram”, amelyet a Magyar Máltai Szeretetszolgálat üzemeltet, ezzel közel 300 települést telemedicina útján háziorvoshoz juttatva.

Szó volt a digitális kommunikáció, a mesterséges intelligencia a telecare-szolgáltatások adta lehetőségekről is.

**Dr. Pilling János** pszichiáter hatékony stresszkezelési módszerekre, a „jelenben élesre” tanított minket.

**Dr. Csató Gábor**, az OMSZ Főigazgatója beszámolt az alapellátási ügyeletek eddigi tapasztalatairól. Elmondta, hogy eddig közel 4500 háziorvos kötött ügyeleti szerződést – a mentesítésről és a függőben levő szerződésekről rákérdezésre sem kaptunk választ. Az ügyeleten ellátottak értékelés alapján a betegelégedettség 3,8-es osztályzatot kapott.

**Kőrösi László**, a NEAK ellátási főigazgató-helyettese bemutatta az „Alapellátás fejlesztése RRF-8.1.1-25” projektet, amelyre 27,3 milliárd forint a támogatás összege.

Elsőként a háziorvosi és házi gyermekorvosi kollegiális praxisközösségekben való eszközfejlesztésről beszélt. Ez a pont Budapestet, illetve Pest megyét érinti (ahol eddig

nem volt eszközfejlesztés). Ez a szoros praxisközösségben dolgozó fogorvosokat is érinti, valamint a területi és iskolai védőnők laptopbeszerzését jelenti.

Második pontban a NEAK ellátási főigazgató-helyettese a krónikusbetegség-menedzsment programot említette – amelyből sajnos a házi gyermekorvosok kimaradtak. Szoros praxisközösségben dolgozó felnőtt- és vegyes háziorvosok vehetnek részt benne – COPD, kardiovaszkuláris betegségek, hypertonia, cukorbetegség megelőzése, feldeírítése, gyógyítása, gondozása a feladat. Praxisonként száz beteget lehet beválogatni, erre 40 000 Ft/fő/év támogatás jár.

Harmadikként pedig a képzésekre fordított keretről ejtett szót Kőrösi. Ez az eszközbeszerzéshez, a krónikus betegségmenedzsmenthez kapcsolódó képzéseket jelenti, valamint az emelt jártassági továbbképzéseket.

Az ebédszünet után szinte telt háznál **Pál Feri** atya a háziorvosi gyakorlatban hatékony segítség jellemzőiről, a segítő, az ember, a szakértő szerepkörökről adott útmutatót.

A délután legjobban várt programpontja az alapellátás szervezeti struktúrájának jövőjéről szóló kerekasztal-beszélgetés volt, ahol **prof. dr. Balogh Sándor**, **prof. dr. Betlehem József**, **Láng Róbert**, **dr. Kóka János**, **dr. Kőrösi László** vett részt. A felek egyetértettek abban, hogy az alapellátást meg kell erősíteni, de heves vita alakult ki a tekintetben, hogy finomhangolás szükséges-e, vagy az egész rendszer újrakezítésére lenne-e szükség. A szoros praxisközösségek nem töltik be funkciójukat, tartalommal kellene megtölteni őket. Határozott céltudatos lépések szükségesek szakmai összefogással, valamint az alapellátás átpozicionálására.

A második napon szintén két teremben zajlottak a szakmai-szakmapolitikai előadások, a harmadik teremben különböző workshopokon lehetett részt venni: sebkezelési, EKG-, a Bálint-csoport szervezte programon, beteg-együttműködést növelő kommunikációt segítő kurzuson, test-súly-menedzsmenttel lehetett foglalkozni, valamint

ABCDE- és tüdőultrahang-képzésen fejleszthették magukat a jelenlévők.

A péntek reggel a betegjogok, ellátott jogok, gyermekjogok szekciójával kezdődött, ahol két nagyon jó előadást hallhattunk.

**Dr. Novák Krisztina** az Integrált Jogvédelmi Szolgálat (IJSZ) vezetője beszélt a betegjogokról, a panaszkezelési utakról, a panaszok keletkezésének fő okairól, a kommunikációs hibákról, konfliktusforrásokról. Javaslatá szerint az egészségértés, a betegedukáció fejlesztése nagyon fontos lenne, hogy empátiával forduljunk a páciensek felé, továbbá jól strukturált online felületek legyenek hozzáférhetőek a betegek részére, hangsúlyozta az etikus viselkedés fontosságát. Az ijsz.hu honlapján sok hasznos információt találni a gyermekjogokkal kapcsolatban, ilyenek például az edukációt segítő letölthető plakátok, amelyeket kihelyezhetünk a várókba.

**Dr. Szabados György** igazságügyi orvosszakértő tanulságos esetekről számolt be, valamint felhívta a figyelmet a dokumentáció fontosságára, miszerint a szóbeli tájékoztatást is dokumentálnunk kell. Elmondta, hogy sajnos a büntetőperek száma növekedett, a polgári perek száma változatlan.

**Révész Máriusz** az Aktív Magyarország programról tartott tájékoztatót: készül a „Monspart Sarolta aktív életmód stratégia”, amelynek célja, hogy négy év alatt 15%-kal csökkenjen a nem sportoló emberek száma. Elindult a Mozgás receptre, a Mozdulnék program is az aktívabb munkahelyekért. Nagy sikere van a Gyerünk, apukám! elnevezésű programnak, ez Magyarország legnagyobb mozgásra ösztönző játéka, 464 ezer regisztrálttal. Révész Máriusz felhívta a figyelmet, hogy a gyermekek 6–7 órát ülnek a képernyő előtt, 25–30 százalékuk túlsúlyos, romlik a fizikai állapotuk, csökken az alvásidejük, (emiatt) csökken a kognitív képességük, drámaian romlik a mentális állapotuk.

Hogy egyszerűbb legyen a mozgásszervezés, tizenöt jogszabályt terveznek módosítani. Például meghatározott méretű (nagyobb) bevásárlóközpontokban biztosítanak a sportolási lehetőséget: „Ne csak fogyassz, fogyassz is” címmel.

A délelőtti szekcióban **Puskás Zsolt Péter** az EESZT múlt évi eredményeiről beszélt, majd a jövőbeli újításokról tájékoztatt minket: a strukturált adatok, a laborleletek, a lakossági csatornák fejlesztésére helyezik a hangsúlyt, az Egészségablak további korrekciójáról is szó volt: háziiorvosi időpontfoglalást vezetnének be, továbbá az oltásrögzítés kiterjesztését is tervezik fejleszteni.

**Dr. Kádár Magdolna** az egészségügyi alapellátásban való a digitális fejlesztéseket vázolta. Elmondta, hogy

2025 szeptemberétől kötelező lesz az iskolákban a KRÉ-TA adminisztrációs rendszer használata.

Ezt követően **Molnár Karolina** a járóbeteg-irányítási rendszerrel kapcsolatos tapasztalatokról számolt be, miszerint az Egészségablak mobilalkalmazás egyedülálló Európában, az applikációt már 4 millióan letöltötték, továbbá a várandósgondozási kiskönyv is megtalálható a felületen.

Az ebédszünet után **dr. Fehér Judit** a Belügyminisztérium kórházi, szakrendelői ellenőrzéseiről tájékoztatt minket, majd Szarka Kálmán, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) ellenőrzési tapasztalatairól beszélt. Elmondta, hogy számos alkalommal nem volt rendelés a rendelési időben, olyan is előfordult, hogy a megadott helyen nem volt rendelő, vagy hiányzott a megfelelő a kiírás, a tájékoztatás. A feltárt hiányosságokból származó szankció majdnem 130 millió forint volt. Az ilyen típusú ellenőrzéseket folytatják, a következő vizsgálat Somogy vármegyét érinti.

A délutáni szekcióban **Takács Péter** államtitkár tartott előadást, az alapellátást érintő kérdéseket érintve. Felőtt-vegyes TEK-es háziiorvosi szolgálatból 724 betöltetlen, házi gyermekorvosi vonalon 231 a betöltetlen. A helyettesítő orvosok száma felnőttvonalon 580, gyermekorvosi tekintetben 223. Szavai szerint a betöltetlen körzetek működtetése sok esetben nem méretgazdaságos, ezért szükséges a „körzetrendezés”, amelynek célja az optimális üzemméretű körzetek kialakítása. A körzet-összevonásokat érintő döntéseket az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) az egyes önkormányzatokkal egyeztetve, egyetértve hozza meg: ahol megszűnik a körzet, ott az értettek kártalanítva lesznek. A jelenlegi háziiorvosi hatáskörök korlátozottak, ezt szeretnék bővíteni, és a járó-, fekvőbeteg-ellátásból az alapellátásra áthelyezni a súlypontot. Az indikátorfinanszírozás is változik, az 50% és az a fölött teljesítők kapnak pontot, ezzel egyidejűleg a keretet is emelik 1,3 milliárd forintra. A gyermekindikátoroknál a vérzsírtükrő-vizsgálat és a túlsúlyos betegek gondozása visszakerül – azt nem tudni, mikortól.

A gyógyszerfelírást kiterjesztik: DDP-4-gátlók, SGLT-2-gátlók, LMWH a kezelést követően felírható lesz háziiorvos által; szakorvosi javaslat csak egyszer lesz szükséges Kreon, NSAID, Epipen, clopidrorel, ezetimib, pelenka felírásához. Ez sajnos csak felnőtt háziiorvosi vonalra vonatkozik, a gyermekorvosokra nem. Kiterjesztik a laborvizsgálatokat: PSA-, LDL-, csontsűrűség-vizsgálatokra, illetve házi gyermekorvosi vonalon IgA-, IgE-re, kérésre – ezt sem tudni pontosan, mikortól. Szó volt az RRF-8.1.1-25 programról, amelyet előző nap Kőrösi László is ismertetett. A krónikusbetegség-menedzsment program kapcsán az államtitkár kérdésre elmondta, hogy megvizsgálják, házi gyermekorvosi vonalat be tudják-e vonni a szegmensbe.

Szó volt arról is, hogy a POCT-vizsgálatok (Point of Care Testing, azaz minilabor-vizsgálat) a krónikus betegség gondozásban elszámolhatók lesznek, a licence-vizsgák helyett inkább a jártassági vizsgákat preferálják.

A harmadik nap **dr. Altorjai Péter** esetbemutató előadásával kezdődött a gyermeksürgősségi állapotok ellátásáról. Szó volt a légúti, akut hasi és traumás fejsérülések, az anafilaxia ellátásáról.

Majd a házi gyermekorvoslás jövőjéről tartott kerekasztal-beszélgetés zajlott **dr. Kovács Tamás, dr. Bogdányi Katalin, dr. Tordas Dániel, dr. Altorjai Péter** részvételével. A pódiumon egyebek mellett megfogalmazták, hogy szükség lenne hatáskörbővítésre, nehezményezték, hogy a hazai gyermekgyógyász szakvizsgánk nincs kihasználva, emiatt szükség lenne a képzés során ösztönzőkre, ugyanis a klinikusoknak nem érdekük, hogy a házi gyermekorvosokat képezzék tovább, mert jelenleg a hatásköri kompetencia az épülettől függ. Elhangzott az is, hogy a gyermekellátás minden szinten alacsony prioritású, nagy nehézséget jelent a helyettesítés megoldása, mert csak gyermekgyógyász szakorvos helyettesíthet minket. Mivel egyre több gyermeket látnak el vegyes háziorvosi praxisban – jelenleg a gyerekek 20%-át – fontos lenne a vegyes praxisú háziorvosok gyermekgyógyászati képzése – emellett fontos lenne jól működő élő kapcsolat a vegyes praxisú háziorvosoknak is a gyermekgyógyászati klinikusokkal, kórházi gyermekorvosokkal. Szükség van házi

gyermekorvosokra, nem szabad elengednünk! Talán a csoportpraxis lehet a hosszú távú megoldás?

Érdekes előadásokat hallottunk a hatékony gondozás menedzsmentjéről, a jól működő „körzeti kávéházról”, a háziorvosok testmozgással kapcsolatos attitűdjéről, a körökben készült kiégésről szóló felmérés eredményéről, továbbá a nyári viharokról, a hipertóniagondozás és a nem komplikált alsó húgyúti fertőzések telemedicinális ellátási módjairól, az ágy melletti UH-vizsgálat aktualitásairól az alapellátásban, valamint a háziorvos-utánpótlás motívációs lehetőségeiről.

Összességében tartalmas, információgazdag, feszített program volt, melyet színesített **Boldizsár Kata** műsorvezető, a balatonalmádi zeneiskolások műsora, a társasági programok, a self-care szoba, a reggeli jóga és az áhítat is. Az egyetlen hiányérzet abból adódott számomra, hogy a házi gyermekorvosok helyzetét hátrányosnak éreztem, a konferencia során csupán egyetlen szakmai előadás szólt a gyermekgyógyászokhoz, a szakmapolitikában is csak érintőlegesen szerepeltünk. A konferencia mottója a „Hol van az alapellátás helye és feladata a jövő egészségügyi ellátórendszerében?” volt. Én azt kérdezném: hol van a házi gyermekorvos helye a jövő alapellátásában? Nagyon fontos lenne a gyermekorvosi alapellátás megerősítése és szerepének megőrzése!

# LÁZ (lapozó)

AMIT A LÁZRÓL TUDNI ÉRDEMES  
A LEGFRISSEBB SZAKMAI IRÁNYELV ALAPJÁN

Ha egy gyermek belázasodik, az alábbi kérdések szinte minden szülőben felmerülnek – jogosan:

- ☑ Kell-e azonnal csillapítani a lázat?
- ☑ Mit használhatunk lázcsillapításra, és hogyan alkalmazzuk?
- ☑ Mire figyeljünk, ha lázas a gyermekünk?
- ☑ Mikor szükséges orvosi vizsgálat?

2025 márciusában új hazai szakmai irányelv készült a gyermekkori lázas állapot ellátásáról. Az ajánlás fontos útmutatásokat tartalmaz többek között:

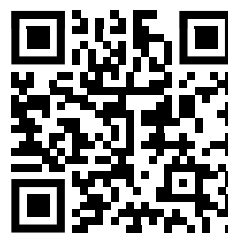
- ☑ a láz méréséről
- ☑ az otthoni ellátásról
- ☑ a gyógyszerek helyes használatáról
- ☑ arról, mikor szükséges azonnali orvosi vizsgálat
- ☑ és hogyan érdemes felkészülni a szakemberrel történő konzultációra.

A szakmai irányelv legfontosabb üzeneteit foglalta össze Dr. Schmalcl Erika, házi gyermekorvos a szülők számára érthetően, gyakorlatiasan. A cél: a szülői tudás és magabiztosság erősítése – hogy a nehezebb napokban is tudják, mire figyeljenek, és mikor kérjenek segítséget.

Forrás: A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a lázas állapot ellátásáról gyermekkorban – Egészségügyi Közlöny, 2025/4. (002308–2025 számú szakmai irányelv)



**MENTSÉK EL!  
OSSZÁK MEG!**



# Ne adjunk

## köhögés elleni gyógyszereket gyermeknek!



A köhögés rendszerint a szervezet normális védekező mechanizmusa és többnyire akut légúti fertőzésekhez kapcsolódik.

- A köhögés elleni gyógyszerek hatékonysága nem bizonyított és súlyos mellékhatásokat okozhatnak.
- Sok ilyen készítmény egynél több összetevőt tartalmaz, ami növeli a véletlen túladagolás kockázatát, leginkább abban az esetben ha más gyógyszerekkel is kombinálják őket.

### HOGYAN TÁJÉKOZTASSUK A GYERMEKEKET ÉS A SZÜLŐKET A KÖHÖGÉS ELLENI GYÓGYSZEREKRŐL?

- A köhögés rendszerint a szervezet normális védekező mechanizmusa.
- Néhány kutatás azt mutatta ki, hogy a megfázás esetén használt köhögés elleni gyógyszerek - mind a kémiai úton előállítottak, mind a növényi alapúak - nem hatékonyak, és súlyos mellékhatásokkal járhatnak.
- Sok köhögéscsillapító készítmény több összetevőt tartalmaz, ami növeli a véletlen túladagolás kockázatát, különösen abban az esetben, ha más gyógyszerekkel kombináljuk őket.

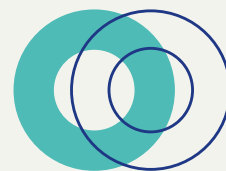
### A KÖVETKEZŐ TANÁCSOKAT ADHATJUK:

- Kerüljük a cigarettafüstöt!
- Biztosítsunk 50–60% páratartalmat és kb. 18°C szobahőmérsékletet!
- Emeljük meg a gyermek felsőtestét alváskor!
- Alkalmazzunk orröblítést sóoldattal!
- **Adjunk mézet a 12 hónaposnál idősebb gyermekeknek!**

Próbáljuk meg a korszerű „wait and see”, azaz a „várni és követni” szemléletmódot, és néhány hét múlva értékeljük újra a klinikai képet.



European Academy of Paediatrics  
Paediatric Section of U.E.M.S



### Dr. Török Violetta

házi gyermekorvos,  
HGVE-vezetőségi tag, Győr  
(a felhasznált szakirodalom a HGVE-nél elérhető)

EZ A HGVE-AJÁNLÁS ÖSSZHANGBAN VAN AZ EAP  
CHOOSING WISELY AJÁNLÁSAIVAL.

LEGKORSZERŰBB  
FORMULÁNK

SINERGITY™

Nestlé  
**BEBA**

EGYEDÜLLÁLLÓAN\*  
5 HMO  
KEVERÉKKEL\*\*

5  
HMO

## SUPREME<sup>pro</sup> 1



Tejalapú anyatej-helyettesítő tápszer  
fehérje-hidrolizátumból

### FŐBB ÖSSZETEVŐK:

6  
HMO  
keverék\*

SZINERGIKUS  
SZIMBIOTIKUS  
HATÁS\*\*\*

B.infantis  
probiotikum

B.lactis  
probiotikum

OPTIPRO\*\* HA\*\*  
fehérje

## OPTI<sup>pro</sup>® 1



Tejalapú anyatej-helyettesítő tápszer

### FŐBB ÖSSZETEVŐK:

5  
HMO  
keverék\*\*

KOMPLEMENTER  
SZIMBIOTIKUS  
HATÁS\*\*\*

L.reuteri  
probiotikum

OPTIPRO\*\*  
fehérje

\*5 HMO keverék\*\* tartalmaz egyedülként a Magyarországon elérhető anyatej-helyettesítő tápszer között. \*2'-Fukozil-laktóz (2'FL), 3-Fukozil-laktóz (3FL), Difukozil-laktóz (DFL), Lakto-N-tetraóz (LNT), 3'-Sziialil-laktóz (3'SL), 6'-Sziialil-laktóz (6'SL), amely oligoszacharidok szerkezetileg teljesen identikusak az anyatejben megtalálhatókkal. \*\*2'-Fukozil-laktóz (2'FL), Difukozil-laktóz (DFL), Lakto-N-tetraóz (LNT), 3'-Sziialil-laktóz (3'SL), 6'-Sziialil-laktóz (6'SL), amely oligoszacharidok szerkezetileg teljesen identikusak az anyatejben megtalálhatókkal. \*\*\*A komplementer szimbiotikus hatást<sup>1,2</sup> eredményező összetevők az 5 HMO keverék és az L.reuteri probiotikum \*A Nestlé egyedülálló fehérjetechnológiája állítja elő az OPTIPRO® fehérjét. \*\*Fehérje-hidrolizátum \*\*\*A szinergikus szimbiotikus hatást<sup>1,2</sup> eredményező összetevők az 6 HMO keverék és a B.infantis probiotikum. 1. Swanson KS, et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2020;17:687-701. 2. De Bruyn F, et al. Abstract presented at ESPGHAN 2023.

BEBA SUPREME<sup>pro</sup>® 1, 400 g, Közfiranszírozás alapjából elfogadott ár: 3 615 Ft, TB támogatás összege (25%): 904 Ft, Térítési díj: 2 711 Ft; BEBA OPTI<sup>pro</sup>® 1, 600 g, Közfiranszírozás alapjából elfogadott ár: 3 142 Ft, TB támogatás összege (25%): 786 Ft, Térítési díj: 2 356 Ft; NEAK végleges publikus gyógyszerterzs (PUPHA), érvényesség kezdete: 2025.07.01.

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 címkeszöveg.

**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.

Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadálya van, a tápszert 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.

Ha a csecsemő bizonyítottan tehéntejfehérje-allergiás a BEBA SUPREME<sup>pro</sup> 1 nem alkalmazható.

Nestlé Hungária Kft. Lezárás dátuma: 2025.07.22. BEBA\_H\_202507/1