

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXX. évfolyam
2025/4. szám

A NEOCATE AMINOSAV ALAPÚ TERMÉKCSALÁD

0-6 éves korig megoldást kínál a tejfehérje-allergia és többszörös táplálék-allergiák diétás ellátásában



0-1
ÉVES KORIG



1-6
ÉVES KORIG

A táplálékallergiás gyermekeknél nagyobb az alultápláltság és a növekedési elmaradás kockázata¹⁻⁴

Referencia: 1. Christine L et al. J Am Diet Assoc 2002;102:1648-51. 2. Flammarion S et al. Pediatr Allergy Immunol 2011;22:161-5. 3. Metha H et al. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2013;13(3):275-9. 4. Meyer R et al. Pediatric Allergy and Immunology 2012;23:307-14

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

Fontos figyelmeztetés! A speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer kizárólag a gyermekorvos javaslatára, orvosi ellenőrzés mellett, a címke szerinti használati utasítás szerint alkalmazható. Alkalmazás előtt olvassa el a termék címkéjén feltüntetett adhatósági és elkészítési útmutatót! Ne térjen el a használati utasítástól, mert az zavart okozhat a kisbaba fejlődésében. A jelen kiadványban ismertetett speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer gyermekek elől elzárva tartandó. A jelen kiadvány elválaszthatatlan részét képezi a címkeszöveg, mely a www.nutriciamedical.hu oldalon olvasható el. A csecsemő számára a legjobb táplálék az anyatej. A leg egészségesebb táplálási mód a szoptatás. Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, vagy a szoptatásnak más akadálya van, a speciális élelmiszer kizárólag a gyermekorvos javaslatára, orvosi ellenőrzés mellett, a használati utasítás szerint alkalmazható. **Neocate LCP** 400 g, speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer tehéntejfehérje-allergia, többszörös táplálékfehérje-allergia diétás ellátására, illetve egyéb indikációk esetén, ahol elementáris táplálás szükséges, 0-12 hónapos csecsemőknek. Iható tápszer és speciális élelmiszer, enterális táplálásra, parenterálisan nem alkalmazható. Kizárólagos és kiegészítő táplálásra egyaránt alkalmazható. Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár*: 9261 Ft, támogatás mértéke (90%): 8335 Ft, térítési díj: 926 Ft. EÜ pont: EÜ90 15. A Neocate LCP iható és szondatáplálásra egyaránt alkalmazható. **Neocate Junior** 400 g, speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer tehéntejfehérje-allergia, többszörös táplálékfehérje-allergia diétás ellátására 1 éves kor felett. Iható tápszer és speciális élelmiszer, enterális táplálásra, parenterálisan nem alkalmazható. Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár*: 12.000 Ft, támogatás mértéke (90%): 10.800 Ft, térítési díj: 1200 Ft. EÜ pont: EÜ90 24/a2. 1 éves kor felett vegyes táplálékkal kiegészítve használható, nem alkalmas 6 hónapos kor előtt anyatej helyettesítésére. A Neocate Junior iható és szondatáplálásra egyaránt alkalmazható. *Forrás: neak.gov.hu, Publikus gyógyszertervezés (PUPHA) Érvényesség kezdete: 2025.01.01. Promóciós kód: ALL25ALLSPE22OFFHU Lezárás dátuma: 2025.02.12. Danone Kft. 1134 Budapest, Váci út 35.

Tartalom

SZAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

A gyermekekért és a gyermek-orvosokért –
kihívások és megoldások a gyermek-alapellátásban 4

INTERJÚ

Interjú prof. dr. Decsi Tamás
egyetemi tanár, klinikaigazgatóval 7

NAPRAKÉSZEN

Endoszkópos műtétek a gyermeksebészetben 3. 11

A hazai A-csoportú Streptococcus
(GAS-) járvány jellemzőia gyermek-alapellátásban
2023-ban 15

Mozgás Receptre – az egészség receptje 25

Korszerű terápiás szemlélet
az antibiotikum-rezisztens kórokozók ellen (X)..... 27

TÉNYLEG A LÉNYEG

Allergia és zaklatás –
a gyermekkori allergiák mentális hatásai 29

WHO-„ébresztő”:
25 éve nem látott rekordot döntött
a kanyaró Európában 31

NAPRAKÉSZEN

Agitáció, agresszió ellátása 32

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Görcsroham, status epilepticus 34

PRAXISMENEDZSMENT

Komplexitás és együttműködés: a kora gyermekkori
intervenció elméleti és gyakorlati aspektusai I. 36

EGYESÜLETI HÍREK

Jubileumi eseményhez méltó szakmai program
és ünneplés a HGYE XXX. Őszi Konferenciáján 41

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

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

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

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

Kiadó: Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete

Felelős kiadó: Dr. Kántor Irén, elnök

Lapigazgató: Braun Helga

ISSN szám: 1417-0795

Dizájn, nyomdai munkák: PRESENT Kft.

1222 Budapest, Borkő u. 4–6.

Médiatámogató: BSERVER

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

A gyermekekért és a gyermekorvosokért - kihívások és megoldások a gyermek-alapellátásban

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE) megalakulása óta ugyanazt az elvet követi: „A gyermekekért és a gyermekorvosokért.” Ez a mottó nem csupán szlogen, hanem a mindennapi munka alapja. Az egyesület meggyőződése, hogy minden olyan lépés, amely a gyermekorvosok szakmai biztonságát, hatáskörét és megbecsülését erősíti, végső soron a gyermekek egészségét és jólétét szolgálja. Ezen erkölcsi és szervezeti alapok vezetnek a HGYE tevékenységét, különösen az utóbbi hónapokban, amikor számos új kihívás merült fel a magyar gyermek-alapellátásban.

Sportorvoslás: közös megoldás a gyermekek érdekében

Az egyik legaktuálisabb kérdés a sportorvoslás szerkezetének átalakulása volt. Az év elején az Országos Sportegészségügyi Intézet (OSEI) új szabályokat és finanszírozási kereteket vezetett be, amelyek szerint a Bozsik-programban részt vevő gyermekek orvosi alkalmassági vizsgálata az alapellátás hatáskörébe került volna.

Ez a változás azonban nem volt teljesen előkészítve. Az OSEI, az MLSZ (Magyar Labdarúgó-szövetség), valamint a HGYE és más szakmai testületek (köztük a MOK Alapellátási Szekciója és a Házi Gyermekorvosi Szakmai Kollégium) álláspontjai nem voltak összhangban. A HGYE ezért kezdeményezte a kerekasztal-egyeztetést, hogy közösen találjanak megoldást, a gyermekek érdekeit szem előtt tartva.

Mivel a sportidény szeptemberben kezdődött, és a jogi egyeztetésre nem maradt elég idő, átmeneti megoldás született: a gyerekek a korábbi, alapellátási vagy iskolai státuszvizsgálatok alapján kaphatták meg a rajtengedélyt. Az egyeztetések azonban nem zárultak le.

A HGYE célja, hogy hosszú távon egységes, gyermekbarát és jogilag is stabil megoldás szülessen. Ennek folytatására a MGYT-HGYE közös konferenciáján is sor kerül, ahol a szakmai párbeszéd minden érintett számára nyitott lesz.

Oltásellenesség és jogi támadások: védelem az orvosoknak

Az elmúlt években világszerte, így Magyarországon is erősödött a vakcinaellenes mozgalom. Ez a tendencia sajnos

nem csupán közösségi médiában, hanem jogi terepen is megjelent. Egyre több oltásellenes csoport indít jogi eljárásokat az oltást végző egészségügyi dolgozók – köztük házi gyermekorvosok, iskolaorvosok és védőnők – ellen.

Ezek az eljárások sokszor megalapozatlanok, de időt, energiát és stresszt rónak az érintett szakemberekre. A HGYE ezért felvállalta, hogy segít jogi és szakmai védelmet biztosítani a gyermekorvosoknak. A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógy-szerészeti Központ (NNGYK) támogatásával webináriumot szerveztek, amelyen jogász és szakmai vezetők tájékoztatták az orvosokat a védekezési lehetőségekről és a szükséges adminisztrációs lépésekről.

A legfontosabb üzenet az volt: senki sincs egyedül. Az oltást végző orvosok jogi és szakmai értelemben is védelmet élveznek, hiszen kötelező állami feladatot látnak el. A HGYE javaslatára a rendeletmódosítások is abba az irányba mutatnak, hogy ne lehessen orvosokat indokolatlanul elvonni a betegellátástól pusztán jogi zaklatások miatt.

Jogszabályi változások: bővülő hatáskör, nagyobb önállóság

Az elmúlt hónapokban a gyermek-alapellátás szabályozásában is jelentős változások történtek. A HGYE hosszú ideje szorgalmazza, hogy a gyermekgyógyászati szakvizsga birtokában a házi gyermekorvosok szélesebb hatáskörrel láthassák el betegeiket.

Az új jogszabály-módosítások célja, hogy az ellátás gyorsabb és betegközelibb legyen. Ennek részeként:

- több, korábban szakorvosi javaslatához kötött gyógyszer és speciális tápszert írhatnak fel a házi gyermekorvosok;
- bővül a laborvizsgálatok köre, amit önállóan kérhetnek;
- részletesen rögzítették a házi gyermekorvosi feladatleírásokat;
- a teljesítményértékelési rendszer is változik: például újra bekerült az obezitásindikátor, amely a túlsúlyos gyermekek szűrését és gondozását értékeli.

Ez a szabályozás nemcsak a gyermekorvosok munkáját könnyíti meg, hanem a szülők számára is gyorsabb hozzáférést biztosít a szükséges ellátáshoz, vizsgálatokhoz és terápiákhoz. Emellett tehermentesíti a kórházakat és a szakorvosi rendelkezéseket is.

Tartós kihívások: utánpótlás, területi egyenlőtlenség, adminisztráció

Mindezek ellenére a magyar gyermek-alapellátás előtt továbbra is hatalmas problémák állnak. A HGYE többször felhívta a figyelmet arra, hogy:

- Súlyos utánpótláshiány jellemzi a házi gyermekorvosi szakmát.
Az orvosok átlagéletkora 60 év felett van, sok praxis üresen áll, különösen vidéken. Egyes térségekben 40–50 kilométeres körzetben sincs gyermekorvos. Az utánpótlás biztosításához elengedhetetlen a vonzerő növelése, finanszírozási és szervezeti reformokkal.
- Területi egyenlőtlenségek nehezítik a gyermekek ellátáshoz való egyenlő hozzáférését.
A nagyvárosokban többnyire elérhető a szakszerű ellátás, míg a kisebb településeken a feladatok egyre gyakrabban az általános házi orvosokra hárulnak. Ez nemcsak szakmai, hanem etikai kérdéseket is felvet.
- Adminisztratív terhek továbbra is túlzottak.
A gyermekorvosok idejének jelentős részét kötelező dokumentáció, adatszolgáltatás és adminisztráció viszi el, ami csökkenti a betegellátásra fordítható időt. A HGYE szerint sürgető a digitális folyamatok egyszerűsítése és az adminisztratív teher csökkentése.

- A védőnői és gyermekorvosi szolgálat együttműködése még nem elég gördülékeny.

A feladatmegosztás, adatmegosztás és kommunikáció terén hiányzik az egységes protokoll, holott mindkét szakma közös célja a gyermekek egészségének védelme.

A jövő iránya: együttműködés, szakmai egység, biztonság

A HGYE szerint a jövő kulcsa az, hogy a szakmai közösség együtt lépjen fel a problémák megoldásáért. A gyermekorvosi alapellátás nem pusztán egészségügyi szolgáltatás, hanem társadalmi biztonsági háló, amely a gyermekek fizikai, mentális és szociális jóllétét is védi.

Ehhez elengedhetetlen:

- a praxisközösségek erősítése,
- a védőnői hálózat és az alapellátás integrációja,
- a fiatal orvosok bevonása és támogatása,
- a jogi és szakmai védelem fenntartása,
- valamint a betegellátás digitalizációjának fejlesztése.

A HGYE számára továbbra is világos az irány: a gyermekekért és a gyermekorvosokért dolgozni. Minden tárgyalás, szakmai egyeztetés, jogszabályi javaslat mögött ugyanaz a meggyőződés áll – hogy ami jó a gyermekorvosnak, az végső soron a gyermekeknek is jó.

A gyermek-alapellátás jövője azon múlik, hogy sikerül-e fenntartani a szakma szakmai integritását, növelni a társadalmi megbecsülést, és olyan rendszert kialakítani, ahol minden gyermek egyformán jó minőségű, elérhető egészségügyi ellátást kap – függetlenül attól, hol él.



Kedves Kollegák!

Békés karácsonyi ünnepeket és sikerekben, egészségben gazdag új esztendő-t kíván a HGYE vezetősége Önnek és családjá minden tagjának!

Köszönjük minden házi gyermekorvosnak, támogatóinknak, partnereinknek, hogy egész évben támogatták munkánkat, és lehetővé tették, hogy elérjük vagy közelebb kerüljünk kitűzött közös céljainkhoz!

2026-ban megyünk tovább a közös utunkon!



Köhögj fel
okosan!

Mucopront

...és pont

Karbocisztein hatóanyagával
segít megszabadulni
a hurutos köhögéstől

KISIKNEK ÉS NAGYOKNAK!



Karamell ízű

Karbocisztein hatóanyagú, köptető hatású vény nélkül kapható gyógyszer.
További információ: Bausch Health Magyarország Kft., 1134 Budapest, Váci út 33/B.
MUC-2025-06-06 | Lezárás dátuma: 2025.06.30.

A KOCKÁZATOKRÓL ÉS A MELLÉKHATÁSOKRÓL
OLVASSA EL A BETEGTÁJÉKOZTATÓT, VAGY KÉRDEZZE MEG
KEZELŐORVOSÁT, GYÓGYSZERÉSZÉT!

Braun Helga

Interjú prof. dr. Decsi Tamás egyetemi tanár, klinikaigazgatóval

Az országban mindenütt a fekvőbeteg-intézetekben dolgozó gyermekorvosok mindent megtesznek a házi gyermekorvosokkal való lehető legszorosabb együttműködés érdekében. Itt nemcsak kollegialitásról van szó, hanem a beteg gyermek érdekében való közös munkálkodás szükségességéről.



Mi vonzotta a gyermekgyógyászathoz?

Tíz éve igazgatom a Pécsi Gyermekgyógyászati Klinikát, ez alatt az idő alatt nagyon sok hozzánk jelentkező, frissen végzett kolléganőnek és kollégának tettem fel hasonló kérdést. A válasz szinte mindig tartalmaz utalást a jelentkező családjában élő fiatal gyermekek iránti szeretetre, az ezen keresztül kialakuló motivációra. Én egyedüli gyermek voltam, sőt édesanyám és édesapám is egyedüli gyermek volt, így aztán a felnövekedésem során nálam fiatalabb gyermekekkel alig-alig találkoztam. Úgy is mondhatnám, hogy a szigorló évben kerültem először csecsemők és fiatal gyermekek közé, akiknek azonnal megfogott a betegségből fakadó kiszolgáltatottságuk. Valahogy megéreztem azt is, hogy ezen a klinikán kicsit másként tekintenek a beteg gyermekekre, mint ahogyan más klinikákon a beteg felnőttekre.

Persze 25 évesen nem elsősorban szakmát, hanem munkahelyet és munkahelyi vezetőket választ magának a pályakezdő. Édesapám a Pécsi (Orvostudományi) Egyetem farmakológus docense volt, jól ismerte az egyetem intézeteit és klinikáit. Én 1982-ben végeztem, amikor a pécsi klinikák között a Mestyán Gyula professzor által irányított Pécsi Gyermekgyógyászati Klinika bizonyosan egyike volt a legmagasabb színvonalon dolgozó klinikáknak. A Kerpel-Fronius Ödön nemzetközi ismertsége és elismertsége megeremtette alapokon Varga Ferenc és Mestyán Gyula klinikaigazgatók egyaránt számos fiatal kollégát indítottak el a tudományos kutatómunka útján. Abban az időben már reális lehetőség volt, hogy a klinika orvosai a kezdeti hazai tudományos szárnypróbálgatást követően külföldi, az akkori szóhasználatnál „nyugati” tudományos

ösztöndíjhoz jussanak. Mivel a külföldi ösztöndíjasok a kor szokásának megfelelően általában egy új autóval tértek haza, a gyermekgyógyászati klinika tréfás jelképévé vált a klinikaudvaron egy időben parkoló bogárhátú Volkswagen flottája. Én az egyetemi évek alatt mindig jó tanuló voltam, Országos Tudományos Diákköri Konferencián első díjat kaptam, felsőfokú angol nyelvvizsgám volt, úgyhogy sikerült is bekerülnöm az „elit” klinika orvoskarába.

1999 óta a Magyar Tudományos Akadémia doktora. Milyen tudományos kérdések foglalkoztatták, hallhatnánk-e kutatási területeiről, eredményeiről?

A fokozat megszerzéséhez szokásos életkorhoz képest fiatalon, néhány nappal a negyvenedik születésnapom előtt nyújtottam be az akadémiai doktori értekezésemet, hogy aztán két akadémiai évet átívelő folyamat után megkapjam a minősítést. De kezdjük az elejéről! A tudományos diákkörben élettani vizsgálatokat végeztem, ami a gyermekgyógyászati klinikán nem volt folytatható. Néhány esetismertetés elkészítése után a klinikai kutatómunkában a koraszülöttek táplálásának és növekedésének kérdéseivel kezdtem el foglalkozni, ami jól illeszkedett a második szakvizsgaként választott neonatológusképzésemhez. Ebben a témakörben védtem meg az akkori szóhasználatnál kandidatúrának hívott PhD-értekezésemet, 1992-ben. Még abban az évben megkezdhettem a két éves tanulmányutamat a müncheni Lajos-Miksa Egyetemen (németül Ludwig-Maximilians-Universität), ahol az akkor Németország legfiatalabb orvosprofesszorának számító Berthold Koletzko irányítása alatt zsírsavanalitikai vizsgálatokkal kezdtem el foglalkozni.

Hazatérésem után a müncheni tapasztalatokra alapozva a Gyermekgyógyászati Klinikán zsírsavanalitikai laboratóriumot és munkacsoportot hoztunk létre, megteremtve egy elég kiterjedt klinikai kutatási profil alapját. Például a világon az elsők között vizsgáltuk az anyatejpotló csecsemőtápszer hosszú szénláncú, többszörösen telítetlen zsírsavakkal, mindenekelőtt dokozahexaénsavval történő kiegészítésének a hatásait időre született, egészséges újszülöttekben és csecsemőkben. Ezek a korai vizsgálatok is hozzájárulhattak az Európai Parlament és az Európai Tanács évtizedekkel későbbi döntéséhez, miszerint az EU-ban csak olyan anyatejpotló csecsemőtápszer és követő csecsemőtápszer hozható forgalomba, amely dokozahexaénsavat is tartalmaz. Ezzel a döntéssel Európában a dokozahexaénsav a csecsemőtápszernek ugyanúgy kötelező alkotóelemévé vált, mint a C-vitamin vagy éppen a vas.

A zsírsavanalitikai módszerekkel nemcsak egészséges csecsemőktől származó mintákat és anyatejet vizsgáltunk, hanem különböző betegcsoportokban is tanulmányoztuk a kórállapot a zsírsavellátottsággal való összefüggését. Így például alultáplált és elhízott gyermekekben, vagy éppen diabetes mellitusban szenvedőkben is végeztünk kiterjedt vizsgálatokat. A munkacsoportunkhoz diákkörösként csatlakozók közül időközben többen habilitáltak, és sokan doktori fokozatot szereztek.

Idén százéves a nagy múltú visszatekintő pécsi Gyermekgyógyászati Klinika. Milyen fejlesztésekre nyílt mód a közelmúltban, s igazgatóként hogyan látja, mint készülnek az előttünk álló időszakra?

A klinikaigazgatói feladatkört 2015-ben vettem át Molnár Dénes igazgató úrtól. A legsürgetőbb feladat az egykori Baranya megyei Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkorház több ezer négyzetméteres, egyébként üresen álló főépületének egyetlen helyiségében működő gyermekdialízis-állomás elhelyezése volt. Egy hosszú átmeneti időszakot követően végül 2024-ben sikerült a gyermekgyógyászati klinika főépületében, az intenzív osztály tőszomszédságában, méltó körülmények között elhelyezni az ország utolsó, vidéken működő önálló gyermekdialízis-részlegét.

Ugyancsak tovább már nem halasztható feladat volt az újszülöttintenzív-ellátás strukturális átalakítása. A perinatális intenzív centrumok magyarországi kialakításának hőskorában Pécs városán belül a gyermekgyógyászati klinikán is és a szülészeti és nőgyógyászati klinikán is létrejött jelentős neonatológiai intenzívbetegellátó-kapacitás. A 2010-es évek közepén a két klinika között mintegy 1/3 a 2/3-hoz arányban oszlott meg a betegforgalom. Ugyanakkor nyilvánvaló volt, hogy két helyszínen nem biztosítható megfelelő színvonalon az intenzív újszülöttellátás személyi háttere. Nagyjából 2020-ra sikerült kialakítani azt a megoldást, amelynek keretében a Perinatális Intenzív Centrum teljes egészében átkerült a Szülészeti

és Nőgyógyászati Klinikára a Gyermekgyógyászati Klinika szakdolgozóinak egy jelentős csoportjával együtt. Azonban három ágy fennmaradt a gyermekgyógyászati klinika intenzív osztályán belül az újszülöttsebészeti ellátást igénylő betegek műtét előtti és műtét utáni kezelésére.

A gyermekgyógyászati klinika korábbi perinatális intenzív osztályának felszabaduló helye lehetőséget teremtett arra, hogy az akkor még mindig a volt Baranya megyei Kerpel-Fornius Ödön Gyermekkorház pavilonépületében működő pulmonológiai osztály a gyermekgyógyászati klinika főépületébe költözzön. Egy nagyságrendileg 100 millió forintos belső beruházás megvalósítása után, 2021 tavaszán az ideális helyen, közvetlenül az intenzív osztály mellett folytathatta működését a pulmonológiai osztály.

A fentebb leírt folyamatok is világosan mutatják, hogy a gyermekgyógyászati klinika főépülete bővítésre szorult. 2015-ben megkezdődött a klinikaépület korszerűsítésének és bővítésének az országos elképzelésekhez illeszkedő folyamata. Az ún. EFOP-2.2.7 projekt keretében a klinika udvarának korábban be nem épített részén, új épülettömbként létrejött egy 25 ágyas gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály. A mintegy 1 milliárd forint európai uniós és kormánytámogatás biztosította lehetőség nagyjából ezer négyzetméterrel bővítette a klinika területét. Az újonnan kialakított osztályon nemcsak a betegek és az őket ellátók elhelyezése valósulhatott meg a legkorszerűbb körülmények között, de lehetőség nyílt és nyílik arra, hogy a legsúlyosabb állapotban lévő betegeket speciális, biztonsági kórteremben helyezzük el.

Az elmúlt évek másik sikeres strukturális fejlesztése a gyermektraumatológiai és gyermekszürgősségi betegellátás megújítása volt (EFOP 2.2.101 projekt). A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának támogatásával együtt az összességében mintegy 3 milliárd forint költségvetésű beruházás mindenekelőtt lehetővé tette egy – nagyjából 1500 négyzetméter alapterületen – új épülettömbben műtöbök és kiszolgáló létesítményeinek létrehozását. További mintegy ezer négyzetméter átépítés és felújítás pedig végre megvalósította a gyermeksebészeti betegek és hozzátartozóik kétágyas, szállodaiszoba-szerű kórtermekben történő elhelyezését.

E fejlesztéseknek köszönhetően a klinika betegeinek nagyjából fele vagy újonnan épített, vagy nemrég felújított kórtermekben fekszik. A következő évek feladata az eddig meg nem újított részeknek a XXI. század követelményeivel való igazítása.

Az orvosláson belül a gyermekgyógyászat is folyamatosan új kihívásokkal szembesül. Említhetnénk a mesterséges intelligencia (MI vagy AI) térfoglalását, nem fertőző megbetegedések előretörését, vagy a gyermekek életmódjának átalakulását, pl. az étkezés, a testmozgás, a képer-

nyőhasználat területén. Milyen pontokon és hogyan változtatják meg e tényezők a napi munkavégzést?

A technika fejlődése, és azon belül mindenekelőtt az információátvitel és információtovábbítás eszköztárának gyökeres átalakulása alapvetően változtatta meg a mindennapi orvosi munkavégzést is. Én még emlékszem arra az időre, amikor az otthonról behozott igen kezdetleges számítógépre a kollégáimmal készítettünk egyszerű programokat annak érdekében, hogy az egyes laboratóriumi műszerekről leolvasott adatokból ne kézzel kelljen értékelhető paramétert számítani. Ezzel egy időben ún. különlenyomatokat kérő levelezőlapok útján próbáltunk tájékozódni a szakirodalom újabb fejleményeiről. Ma elképzelhetetlen orvosi munkahely nagy teljesítményű számítógép nélkül, a PubMed adatbázisában pedig mintegy 3 millió gyermekgyógyászati témájú közlemény hozzáférhető minden érdeklődő számára. A technikai lehetőségek és a szaktudás bővülése pedig együtt járt a betegellátás minőségének igen jelentős javulásával. A gyermekkori leukémiának immár magasan 90% fölötti az 5 éve betegségmentes túlélési aránya, vagy éppen a 751 és 1000 gramm közötti születési súlyú koraszülöttek ugyancsak 90%-ot meghaladó túlélése világosan jelzi a gyermekgyógyászat fejlődését.

A gyermekgyógyászati betegellátás lehetőségeinek igen jelentős fejlődése mellett a társadalom változásaival és annak a gyermekek egészségére gyakorolt sokszor kedvezőtlen hatásaival is szembe kell néznünk. A gyermekkori túlsúly és elhízás sajnos már évtizedekkel ezelőtt a gyermekgyógyászat egyik legfontosabb és lesúlyosabb megoldatlan kérdésévé vált. A Pécsi Gyermekgyógyászati Klinika a világon az elsők között kapcsolódott be a gyermekkori elhízás okainak és megelőzési, kezelési lehetőségeinek a kutatásába. De évtizedek óta a mindennapi betegellátásunknak is fontos része az elhízottak kezelése, szinte nincs olyan nap, hogy ne végeznének legalább egy-két orális glükóztolerancia-tesztet.

A másik egyre nagyobb hangsúlyt kapó és nagyon nehéz betegellátási terület a pszichés zavarokban, nemegyszer a felnőtt pszichiátriában is ismert kórképekben szenvedő gyermekek ellátása. A 25 ágyas fekvőbeteg-osztályunk gyakorlatilag mindig teljes kapacitással működik, és sajnos a speciális biztonsági kórtermeket is sokkal többször kell igénybe vennünk, mint azt szeretnénk. E területen azonban önmagában a gyermekgyógyászat lehetőségei korlátozottak. Akár a drogprevencióra, akár a nehéz családi helyzet lelki következményeinek enyhítésére gondolunk, a társadalmi bajokat csak társadalmi szintű eszközökkel lehet orvosolni.

Hogyan értékeli a házi gyermekorvoslást, valamint a klinikum kapcsolatát? Milyen eszközökkel lehet tartalmasabbá tenni ezt?

Bizonyos vagyok abban, hogy nemcsak az általam közelről ismert Pécssett, de az országban mindenütt a fekvőbeteg-intézetekben dolgozó gyermekorvosok mindent megtesznek a házi gyermekorvosokkal való lehető legszorosabb együttműködés érdekében. Itt nemcsak kollegialitásról van szó, hanem a beteg gyermek érdekében való közös munkálkodás szükségességéről. A nagyobb diagnosztikai lehetőségek és talán a szélesebb körű tapasztalat valószínűleg a fekvőbeteg-intézetekben van, azonban az alapellátás nélkül magas színvonalú gyermekegészségügyet nem lehet fenntartani.

A házi gyermekorvosokkal közösen kialakított programú és közösen megszervezett szakmai rendezvények a kapcsolattartás alapelemei. Ide sorolhatók még a különböző továbbképző kurzusok, köztük a kötelező tanfolyamok helyének, idejének és tematikájának közös kidolgozása is.

A gyermekgyógyászat egyik alapkérdése az utánpótlás? Hogyan látja ennek lehetőségeit klinikaigazgatóként, valamint a szakma egyik országosan meghatározó szereplőjeként?

Megítélésem szerint a gyermekgyógyászat jövőjét Magyarországon alapvetően meghatározza majd, hogy megfelelő választ tudunk-e adni a gyermekgyógyász szakorvosokkal való ellátottság gondjaira. Klinikai orvosként én nem tudom a választ arra a kérdésre, hogy fenntartható-e a gyermekgyógyász házi orvosi rendszer. Abban azonban biztos vagyok, hogy ezt a kérdést fel kell tenni, és meg kell válaszolni. Nem elkerülhető a kórházi ellátást igénylő gyermekek betegútjainak újragondolása sem. A Pécsi Gyermekgyógyászati Klinika 60 kilométeres körzetében 5 fekvőbeteg-osztály lát el gyermekbetegeket. Ez így van évtizedek óta, de ha a magyar gyermekgyógyászat fényes jövőjét biztosítani kívánjuk, akkor nem maradhat így – nemhogy további évtizedeken keresztül, de talán már évek során át sem.

HiPP prémium BIO minőség



- Közel 70 év tapasztalat a biogazdálkodásban.
- A jogszabályban előírtnál szigorúbb határértékek alkalmazása.
- Megújuló energiaforrások használata és folyamatos kutatás a fajok megőrzése és a biológiai sokféleség elősegítése érdekében.

"Mert azt szeretnénk, hogy gyermekeink és unokáink egy élhető világot örököljenek. Ezt személyesen garantálom!"

Stefan Hipp



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

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

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

HiPP Pre COMBIOTIK® Közfínanszírozás alapjából elfogadott ár: 3.946 Ft Támogatás összege: 987 Ft Térítési díj normatív támogatással: 2.959 Ft HiPP HA1 COMBIOTIK® Közfínanszírozás alapjából elfogadott ár: 4.681 Ft Támogatás összege: 1.170 Ft Térítési díj normatív támogatással: 3.511 Ft HiPP 1 BIO Közfínanszírozás alapjából 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: 2025. 10. 01. Lezárás dátuma: 2025. 10. 08. Azonosító: HIP/HGYE/25/10

A HiPP Kft. magyarországi kommunikációs partnere:

hcp.hipp.hu

Endoszkópos műtétek a gyermeksebészetben 4.

Speciális endoszkópos műtéti lehetőségek

A gyermeksebészetben napjainkban alapvetőek a korábban minimálisan invazív (minimally invasive surgery, MIS), ma már minimális behatolással járó műtétek (minimally access surgery, MAS). Azaz korábban az volt a cél, hogy az endoszkópos műtét kis behatoláson keresztül, kis megterheléssel történjenek, igazából a kisebb és közepes megterheléssel járó műtéteket lehetett így elvégezni. (MIS). Napjainkban nagy, komplex műtétek is elvégezhetőek endoszkópos úton (pl. splenectomia és cholecystectomy egy ülésben, vagy Crohn-betegek bélműtétje), de a hagyományos feltárással szemben 3-4 fél-egy cm-es behatolási kapun át (MAS). A korábbi lapszámban a laparoscópiával végezhető műtétekről volt szó, folytatjuk cikksorozatunkat a speciális, ritkábban alkalmazott beavatkozások ismertetésével. Azon belül is a robotasszisztált sebészet, cystoscopia, retroperitoneoscopia, vesicoscopia, fistuloscopia (PEPSiT) lesz röviden ismertetve. A hysteroscopia a nőgyógyász kollégák alkalmazzák, így erről itt csak említést teszünk. A természetes testüregen át történő műtétek (Natural orifice transluminal endoscopic surgery, NOTES) nem terjedtek el a gyermeksebészetben.

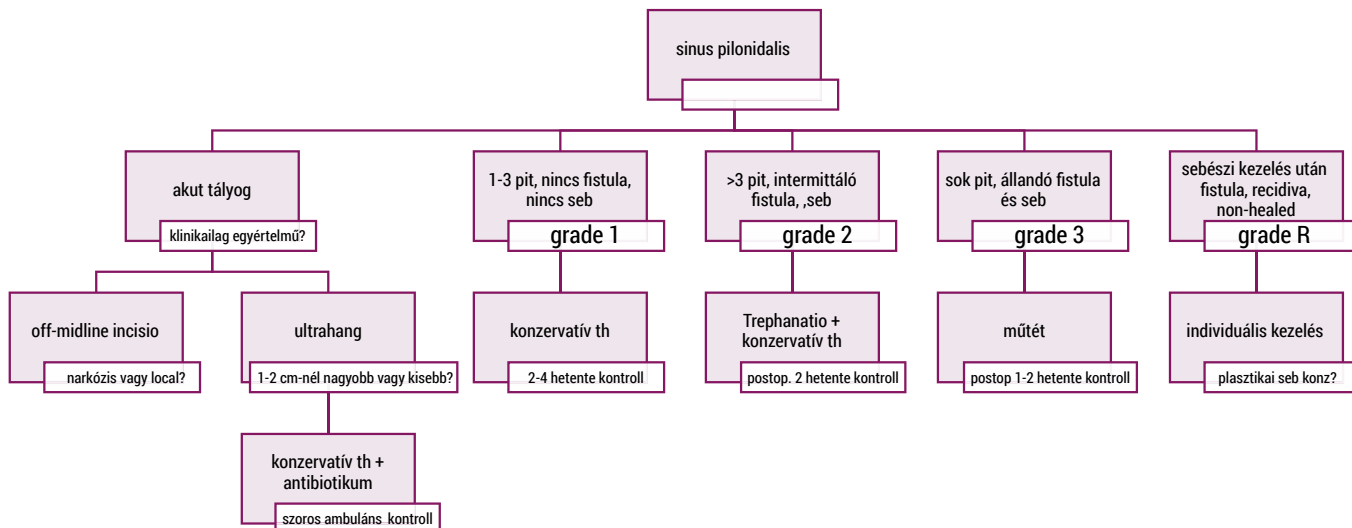
Bevezetés

A gyermekurologiai műtétek esetén több irányból is meg lehet közelíteni a húgyúti és ivari szerveket: a húgycsővön, húgyhólyagon, retroperitoneumon vagy a hasüregen át. Számtalan nagy feltárással járó műtét esetében igazolódott, hogy van minimálisan invazív lehetőség a kiváltásokra. A Da Vinci – mint a gyermeksebészetben leggyakrabban alkalmazott robot – világszerte elterjedt. Napjainkra kezd kikristályosodni, milyen műtétek esetén van létjogosultsága alkalmazni, de a magas fenntartási költségek korlátozzák a hozzáférhetőséget.

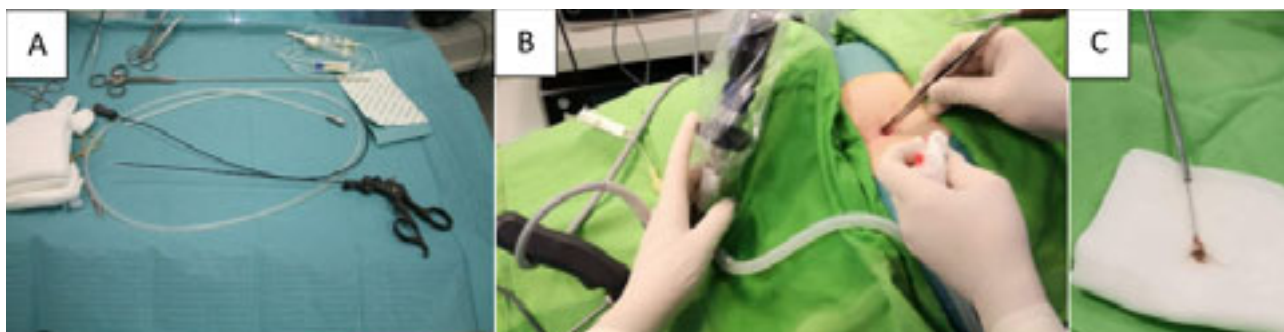
Sinus pilonidalis fistuloscopos műtete

A keresztcsonti régiót érintő kórkép lényege, hogy a besüppedő szőrszálak és az általuk okozott idegentest-reakció hatására a bőr alatt egy járatot alakul ki. Ez a sipoly(rendszer) egyre nő, a járat fala behámosodik. Két fő formája van: a tályog és krónikus sipoly. A választható kezelési módot meghatározza a pilonidalis betegség súlyossága (1. ábra).

1. ábra: A sinus pilonidalis súlyosság szerinti besorolása és az ajánlott kezelési vezérfonal



2. ábra: A fistuloscopia során alkalmazott eszközök – fogó, kefe, diatermiás eszköz (A), a sipolyba vezetett csipesz (B), a kefével eltávolított szőr (C)



Az endoszkópos műtét a legsúlyosabb grade 3 (gr. 3.) és bizonyos recidív betegek esetén ajánlott. A fistuloscopos megközelítést 2014-ben Meinero írta le, majd gyermekekre 2017-ben Esposito adaptálta. Nagy büszkeség, hogy hazánkban először, már 2019-ben, munkacsoportunk – a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben –, bevezette ezt a műtétet. Az eljárás angol nevének rövidítése a PEPSiT (Pediatric Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) honosodott meg nálunk is. A műtét lényege, hogy hason fekvő helyzetben a sipolyba vezetjük a fistuloscopot, mely 5 mm átmérőjű, 3 mm munkacsatornával (2. ábra). A sipolyt fiziológias sóval töltjük, és azt áramoltatjuk vizuális kontroll mellett, endoszkópos fogóval és hüvelyébe visszahúzható kefével, távolítjuk el a szőrszálakat és a sarjszövetet (3–4. ábra). A műtét következő lépése a járat koagulálása egy endoszkópos diatermiás eszközzel. Végül revízió történik, a folyadékot leengedjük, a sebe(ke)t nyitva kezeljük. A műtét előnye a a minimálinvazivitás: a korábbi széles feltárással szemben fél-egy cm-es sebeken át történik az ellátás. A fájdalom minimális, akár már 1–2 nappal a műtét után tud iskolába menni a gyermek. A beavatkozást – amennyiben minden feltétel adott – lehet egynapos sebészet keretein belül végezni. Korábban több napot feküdtek bent a gyermekek, a nagy sebfelszín miatt

csak 1–2 hét után tudtak a közösségbe visszatérni. Viszont a korai nemzetközi adatokkal szemben nem sikerült szignifikánsan csökkenteni a recidívák számát. Egy saját vizsgálatunk a magas (akár 20%) recidívák hátterében a műtét utáni inadekvát szőrtelenítést tárta fel. Ennek háttere az, hogy a betegség kialakulásában a fő tényező a dús szőrzet, így a kialakulást, illetve a kiújulást leginkább adekvát (lézeres) szőrtelenítéssel lehet megelőzni.

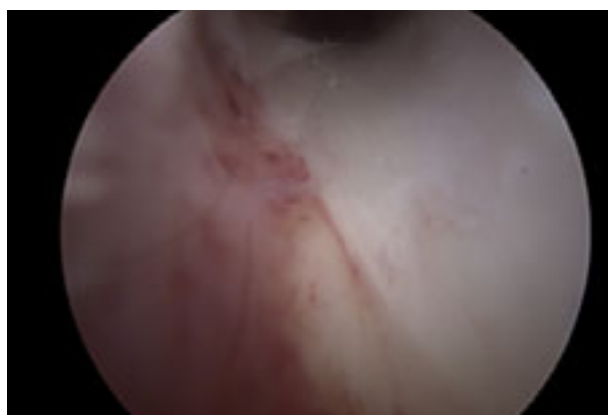
Urológiai műtétek

A gyermekurologia egyik leggyakrabban alkalmazott behatolási módja a **cystoscopia**. Ilyenkor merev endoszkópot vezetnek a húgycsőn át a húgyhólyagba, amit fiziológias sóoldattal töltenek fel, így végezvén exploratót. A cystoscopia lehet diagnosztikus és terápiás is. Az újszülöttek hátsó húgycsőbillentyű-műtéte is egy speciális cystoscopos eszközzel, ún. **rezektoszkóppal** történik. Ilyenkor hideg késsel, lézerral vagy diatermiás kaccsal történik a billentyű bemetszése. Talán a legtöbb gyermekkori cystoscopia a vesicoureteralis reflux kapcsán történik. A műtét indokolt az antibiotikum profilaxis ellenére visszatérően kialakuló húgyúti infekciók, illetve a konzervatív kezelés mellett nem javuló reflux esetén. Az endoszkópos refluxgátlás a legegyszerűbb műtéti

3. ábra: A sinus pilonidalis sipolyba vezetett fistuloscop



4. ábra: Fistuloscopia, recidív sinus pilonidalis esetén a műtéti kép. Láthatók a szőrszálak és a korábbi PEPSiT-beavatkozás kapcsán kialakult heges sipolyfal



megoldási lehetőség. Ilyenkor cystoscopia során az érintett ureter szájadékba submucosusan nem felszívódó anyagot (hialuronsav-polimert) fecskendeznek. Dupla J-katéter felvezetés és eltávolítás is általában cystoscopia segítségével történik. Azonban az eltávolításhoz nem minden esetben van szükség cystoscopos segítségre, mivel egy transurethralisan bevezetett hurokkal sok esetben eltávolítható.

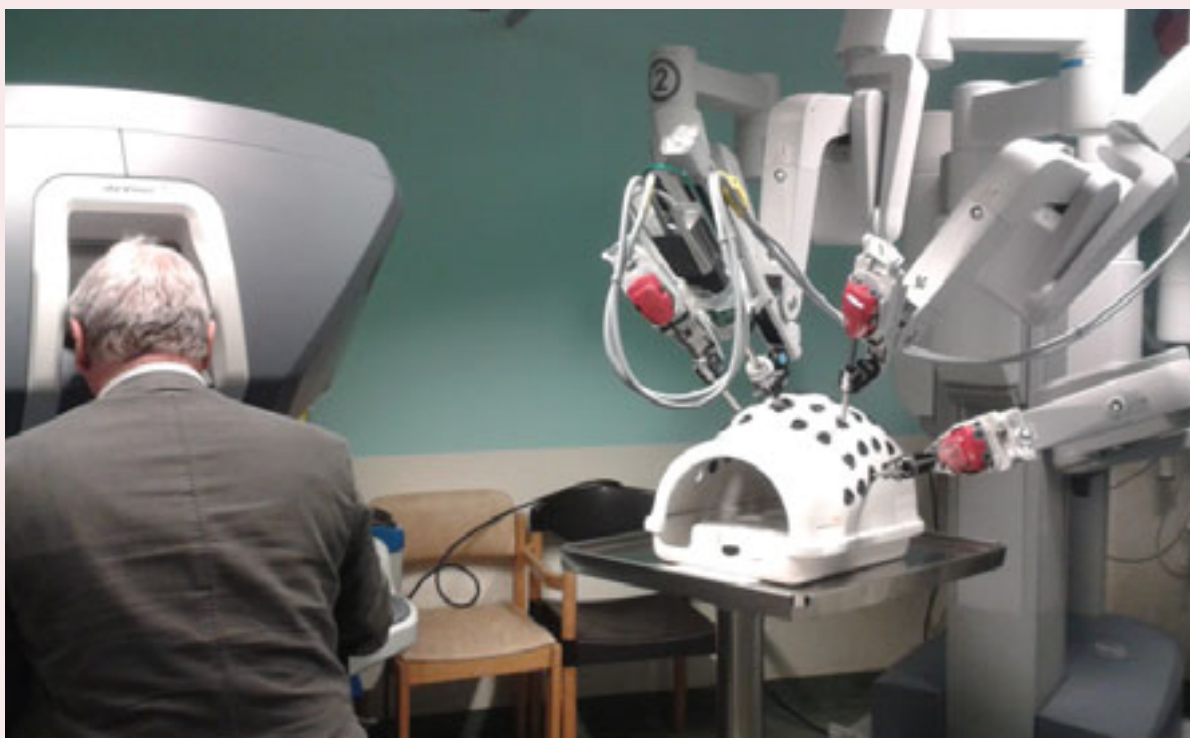
A **retroperitoneoscopia** a laparoszkópia alternatívája lehet urológiai műtétek során. Főleg felnőttek esetében elterjedt gyakorlat, a gyermeksebészek hazánkban alapvetően lapa-

roszkópos úton végzik a gyermekurologiai beavatkozásokat, hisz ebben van nagyobb jártasságuk az egyéb hasüregi műtétek kapcsán. Mivel hazánkkal ellentétben a világ más tájain jóval elterjedtebb bizonyos centrumokban a gyermekek esetén a retroperitoneoscopia, így alább rövid összefoglaló olvasható. A transperitoneális laparoscopiához képest a vese retroperitoneoscopos megközelítése számos potenciális előnnyel járhat. A legtöbb urológus ismeri a vese retroperitoneális oldalsó megközelítését gyermekeknél, és a retroperitoneális disszekció során

Belgiumi tanulmányút

A hazai gyermeksebészet szakorvosképzés része a kötelező, legalább egy hónapos külföldi tanulmányút. Jómagam 2016-ban, Brüsszelben a Fabiola Királyné Gyermekkórházban (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, HUDERF) töltöttem ezt a gyakorlatomat. Az osztály laparoszkópos és robotsebészeti képzőközpont volt. Az infrastruktúra jóval fejlettebb volt, mint amihez itthon szoktunk. Természetesen legjobban a Da Vinci vonzott, amelyet volt alkalmam kipróbálni, sőt egy kurzuson is részt venni. Ami számomra megdöbbentő volt, hogy a robot a sarokban állt, egy hónap alatt egy műtét sem végeztek vele! A kollégák, hogy megmutathassák a működését, egy appendectomián gondolkoztak... Végül ez sem történt meg. Ami viszont nagyon hasznos, hogy számtalan szimuláció, oktató szituáció, varratgyakorlási lehetőség és több műtéti szimuláció is be van töltve a robotba. Azaz a pilótákhoz hasonlóan van lehetőség minden „alap”-műtétet begyakorolni rajta. Ma már ugyanez megtehető laparoszkópos szimulátorok formájában is. Remélem, hogy a közeljövő sebész- és gyermeksebészképzésének kötelező eleme lesz, hogy az „éles” műtét előtt szimulátorban kelljen bizonyos számú beavatkozást elvégezni. Nekünk, tapasztaltabb sebészeknek is hasznos segítség lehetne ez a ritkább műtétekre való felkészüléskor.

**5. ábra: A belgiumi tanulmányutam során látott Da Vinci-rendszer az oktatáson.
Bal oldalon a konzol, jobb oldalon a tréningdobozba dokkolt robotkarok**



jellemzően először a vesehilumot találják meg. A gyermekeknél jelen lévő kevesebb retroperitoneális zsír szintén javítja a vese láthatóságát. A transzperitoneális úttal ellentétben a retroperitoneoscopia nem igényli a vastagbél mobilizálását ellentétben a laparoszkópos megközelítéssel. A retroperitoneoscopia hátrányai közé tartozik a meredek tanulási görbe, a korlátozott munkatér, a nehezebb hozzáférés, a port elhelyezése (a transzabdominális megközelítésekhez képest), valamint a szubkután emfizéma. A fentiek alapján is látható, hogy hazánkban alapvetően azért nem terjedt el széles körben a retroperitoneoscopia, mivel a gyermekurologiai kórképek többségét gyermeksebész, nem pedig urológus operálja. A gyermekpopulációban jelenleg általánosan alkalmazott retroperitoneoscopus technikák a következők: nephrectomia, nephroureterectomia, heminephroureterectomia vagy részleges nephrectomia, valamint vesebiopszia.

Különleges, de hazánkban egyelőre nem alkalmazott lehetőség a **vesicoscopia**. Az ureter neoinplantatiók egy megoldási lehetősége. Ilyenkor a hólyagot cystoscopia során folyadékkal töltik, majd a felfújott hólyagba vezetik a trokárokat a hasfalon át, cystoscopus ellenőrzés mellett. Ha ez megtörtént, a cystoscopot eltávolítják, és a húgyhólyagot szén-dioxiddal töltik fel. Így történik az ureterek mobilizálása, pozicionálása és neoinplantációja is.

Robotsebészet

Ahogy a laparoszkópia, úgy a robotsebészet is később került a gyermeksebészeti ellátás eszköztárába. Fontos volt az instrumentárium miniaturizálása. Napjainkban vannak országok, ahol felnőttellátásban már kötelező robotasszisztenciával végezni bizonyos műtéteket, ilyen pl. Belgium, ahol a prosztatatarák műtéti ellátása esetén alapvető fontosságú a robot. Több rendszer ismert, a gyermeksebészek körében talán a leggyakrabban használt a Da Vinci.

Korábban bizonyítást nyert, hogy a laparoszkópia előnye a nyílt beavatkozásokkal szemben a rövidebb kórházi tartózkodás, a kisebb megterhelés és a kisebb, esztétikusabb sebek. De bizonyos komplexebb műtétek nagy nehézségek árán és hosszú műtéti idővel végezhetőek el laparoszkópos úton, mivel nehéz pl. egy bélanastomosis megvarrni. Az ilyen helyzetekre adaptálták a robotokat. Ugyanis azon túl, hogy speciális kamerarendszerük miatt háromdimenziós képet ad, az kézi eszközök 360°-ban forgathatók. A sebész csuklója erre nem képes! Alapvetően minden műtét elvégezhető robot segítségével, ami laparoszkóposan is elvégezhető. Természetesen egy appendectomiát nem célszerű így megoperálni, hisz a laparoszkópos portolás néhány percet vesz igénybe, míg a robotnál a „dokkolás” sokkal hosszabb folyamat, akár 30 perc is lehet. A beteg mellett állnak a bemosakodott orvosok és mütősök, de maga az operatőr akár egy másik szobában vagy másik kontinensen is tartózkodhat!

A gyermeksebészeti beavatkozások többségét már elvégezték robot segítségével, és kezd letisztulni a kép, hogy milyen beavatkozások esetén van tényleges relevanciája ennek a módszernek:

- pyelonplastica,
- ureter neoinplantatio (Lich–Gregoir),
- Mitrofanoff appendicovesicostomia,
- funduplicatio,
- choledochocystostomia,
- robot asszisztált Soave-műtét (Hirschsprung-betegség),
- szolid tumorok sebészete,
- cholecystectomia és splenectomia egy ülésben,
- bélműtétek (IBD).

A fenti listából látható, hogy a robotsebészetnek a ritkábban előforduló, nagyobb műtétek esetén van létjogosultsága. Így egyértelmű, hogy alapos mérlegelést igényel, hogy hol van telepítve robotsebészeti műtő. Egyértelmű a centralizáció igénye ebben a tekintetben is. A hazai viszonyok között a gyermeksebészetben a robotasszisztált műtétek helye nagy centrumokban lehetne, ahol a felnőttsebészek és urológusok is ugyanazt az instrumentáriumot használják – hiszen a Da Vinci robot fenntartása és telepítése jelentős anyagi erőforrásokat igényel.

Cikksorozatunkat ezennel zárjuk. Remélem, hogy sikerült a korábban jövőnek tekintett, de ma már a jelentő jelentős minimális behatolással járó sebészetbe bepillantást adni. Célunk az volt, hogy az alapellátásban dolgozó kollégák a betegeknek, szüleiknek megfelelő információt tudjanak adni műtéttel kapcsolatos kérdés esetén. Evidencia, hogy a cholecystectomia, appendectomia és a nagyobb urológiai műtétek esetében a laparoszkópia a választandó eljárás. A leggyakrabban végzett gyermekkori műtét a lágyéksérv műtét: ebben a tekintetben nincs evidencia, mind a hagyományos, mind a laparoszkópos beavatkozás hasonló előnyökkel jár. A robotsebészet hazánkban még a jövőt jelenti, de remélem, hogy a hamarosan a szakma által rég igényelt centralizáció meg fog történni és ennek folyamánaként Magyarországon is megkezdődhet a gyermeksebészet robotizálása. A jövőbe tekintve meg kell említsük a mesterséges intelligenciát is, amely a radiológiában már egyértelmű segítséget nyújt, de a gyermeksebészetben még nem tudjuk, hol lesz a helye. A diagnosztikában? A terápiás terv felállításában? A kutatásban?

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

Dr. Karászi Éva, Dr. Kassa Csaba, Dr. Tóth Kinga, Dr. Onozó Beáta, Dr. Erlaky Hajna, Dr. Lakatos Botond

A hazai A-csoportú *Streptococcus* (GAS-) járvány jellemzői a gyermek-alapellátásban 2023-ban

Orvosi Hetilap 2025; 166(19): 719-727.

Karászi Éva dr.¹  ■ Kassa Csaba dr.² ■ Tóth Kinga³
Onozó Beáta dr.^{4, 5} ■ Erlaky Hajna dr.⁶ ■ Lakatos Botond dr.^{7, 8}

¹Budapest Főváros XXII. kerület Budafok-Tétény Önkormányzata,
3. sz. házi gyermekorvosi körzet, Budapest

²Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet,
Szent László Kórház Telephely, Gyermekhematológiai és Óssejt-transzplantációs Osztály, Budapest

³Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ,
Bakteriológiai, Mikológiai és Parazitológiai Laboratóriumi Osztály, Budapest

⁴Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata, 32. sz. házi gyermekorvosi körzet, Miskolc

⁵Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház, Velkey László Gyermekégeszségügyi Központ, Miskolc

⁶Budapest Főváros XII. kerület Hegyvidéki Önkormányzat, 7. sz. házi gyermekorvosi körzet, Budapest

⁷Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház Telephely,
Infektológiai Osztály, Budapest

⁸Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika,
Infektológiai Tanszéki Csoport, Budapest

Bevezetés és célkitűzés: Az A-csoportú *Streptococcus* okozta infekciók száma 2022 óta Európa számos országában jelentősen megemelkedett. A magas esetszámokon túl a progrediáló, súlyos lefolyású, invazív esetek aránynövekedése aggasztó problémaként jelent meg. Kutatásunk célja a hazai *Streptococcus pyogenes* járvány jellemzőinek bemutatása a gyermek-alapellátásban, egy országos reprezentációjú gyermekpopulációban végzett adatgyűjtés alapján.

Módszer: 21 tételből álló, strukturált kérdőívet küldtünk ki a házi gyermekorvosi hálózat platformján 2024 májusában országsszerte, gyermekorvosi praxisban dolgozó orvosok számára. A kérdőív retrospektív jelleggel, a 2023. január 1. és december 31. között azonosított streptococcalis kórképek valós diagnosztikai és kezelési stratégiáit mérte fel.

Eredmények: Összesen 72 gyermekorvosi praxisban ellátott 71 600 fős gyermekpopulációra vonatkozó adatok alapján, a vizsgált gyermekek 8,5%-ában (95% konfidenciaintervallum: 7,1–9,9%) diagnosztizáltak tonsillitist és/vagy skarlátot (n = 6110), ezen belül a fertőzöttek negyede (2,1%; 95% konfidenciaintervallum: 1,74–2,46%) mutatta a skarlát tüneteit (n = 1515). A betegek 83%-a az 5–10 éves korosztályból került ki. A páciensek 0,6%-ánál alakult ki peritonsillaris tályog (41 eset), 9 gyermeknél diagnosztizáltak invazív megbetegedést, 2 gyermeknél jelentkezett poststreptococcalis glomerulonephritis, míg reinfekciót átlagosan 15%-ban észleltek. A gyanús esetek közel felénél (47%) történt diagnosztikus mikrobiológiai vizsgálat. A terápia kapcsán a leggyakrabban használt antibiotikum az amoxicillin-klavulánsav volt (41%), azonban a szűkebb spektrumú béta-laktámok (penicillin, amoxicillin, cefprozil) együttes alkalmazása elérte az 50%-ot. Makrolidot 6%-ban, cefiximet 3%-ban alkalmaztak a gyermekorvosok.

Megbeszélés: Az invazív *S. pyogenes* betegség korai, rendelőben történő diagnózisának és az adekvát antibiotikumválasztásnak meghatározó szerepe van mind a kimenetel, mind az antibiotikumrezisztencia alakulása szempontjából. Eredményeink alapján a gyorstesztelés nagyobb arányú alkalmazása és igazolt esetben a korai, szűk spektrumú antibiotikumkezelés propagálása szorgalmazandó.

Következtetés: Közleményünk visszajelzésként szolgál az alapellátás számára az *S. pyogenes* járvány diagnosztikus és terápiás gyakorlatáról, hangsúlyozza az adekvát antibiotikumválasztás és az időben felismert invazív infekciók jelentőségét.

Orv Hetil. 2025; 166(19): 719–727.

Kulcsszavak: *S. pyogenes*, gyermekkor, járvány, invazív fertőzés, antibiotikumhasználat

Characteristics of the group A streptococcal (GAS) epidemic in the pediatric primary care in Hungary in 2023

Introduction and objective: A rising number of group A streptococcal infections has been observed all over Europe since 2022. In addition to the high number of patients, the increase in the proportion of progressive, severe, invasive cases has been noticed as an alarming problem. The aim of our study was to describe the characteristics of the Hungarian *Streptococcus pyogenes* epidemic in the paediatric primary care setting, based on a questionnaire covering a large cohort of paediatric patients.

Methods: A 21-item structured questionnaire was sent out on the general physician network platform to primary care paediatricians nationwide in May 2024. The questionnaire was retrospective, assessing actual diagnostic and treatment strategies for streptococcal diseases identified between 1 January and 31 December 2023.

Results: Based on data from a total of 71,600 children in 72 paediatric practices, 8.5% (95% confidence interval: 7.1–9.9%) of the enrolled children were diagnosed with streptococcal tonsillitis and/or scarlet fever (n = 6110), of which a quarter of the infected children (2.1%; 95% confidence interval: 1.74–2.46%) showed symptoms of scarlet fever (n = 1515). 82% of the patients were in the age group 5–10 years. Peritonsillar abscesses developed in 0.6% of patients (41 cases), invasive disease was diagnosed in 9 children, post-streptococcal glomerulonephritis occurred in 2 children, while reinfection was observed in an average of 15%. In nearly half of the suspected cases (47%), diagnostic microbiological tests were carried out. In terms of therapeutic strategy, the most commonly used antibiotic was amoxicillin-clavulanic acid (41%), but the combined use of narrower spectrum beta-lactams (penicillin, amoxicillin, cefprozil) reached 50%. Macrolide was used by 6%, cefixime by 3%.

Discussion: In the current streptococcal epidemic point-of-care diagnosis, early recognition of invasive diseases and appropriate antibiotic selection are crucial for both clinical outcome and antibiotic stewardship. Our results suggest that greater use of rapid testing and the promotion of early, narrow-spectrum antibiotic treatment in proven cases should be encouraged.

Conclusion: Our study provides feedback to primary care paediatricians on diagnostic and therapeutic practices and emphasizes the importance of adequate antibiotic selection and early recognition of invasive *S. pyogenes* infections.

Keywords: *S. pyogenes*, children, epidemic, invasive infection, antibiotic use

Karászi É, Kassa Cs, Tóth K, Onozó B, Erlaky H, Lakatos B. [Characteristics of the group A streptococcal (GAS) epidemic in the pediatric primary care in Hungary in 2023]. *Orv Hetil.* 2025; 166(19): 719–727.

(Beérkezett: 2025. március 7.; elfogadva: 2025. március 17.)

Rövidítések

BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; CDC = (Centers for Disease Control and Prevention) Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (USA); CI = (confidence interval) megbízhatósági tartomány; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; ECDC = (European Centre for Disease Prevention and Control) Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ; GAS = (group A *Streptococcus*) A-csoportú *Streptococcus*; iGAS = invazív A-csoportú *Streptococcus*; MBL = (mannose-binding lectin) mannózkötő lektin; NM = Népjóléti Minisztérium; NNGYK = Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ; RSV = (respiratory syncytial virus) légúti óriássejtes vírus

A *Streptococcus pyogenes* (A-csoportú *Streptococcus*, GAS) okozta fertőzések klinikai megjelenése a tünetmentes hordozástól a lokális, felületes infekciókon (például pharyngitis, impetigo) keresztül az invazív megbetegedésig (pneumonia, szepszis, meningitis, fasciitis necrotisans, toxikus sokk szindróma) változhat. Emellett a fertőzést követően késői, immunmediált szövődmények is kialakulhatnak, a leggyakrabban poststreptococcalis glomerulonephritis, reumás láz vagy reumás carditis formájában.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) már 20 évvel ezelőtt publikált adatai szerint *S. pyogenes* fertőzés következtében globálisan évente több mint 600 millió pharyngitis és 100–150 millió bőrfertőzés fordult elő. A súlyos megbetegedések incidenciája kb. 1,8 millió volt, aminek következtében a halálesetek száma meghaladta a félmilliót évente. Ezzel az *S. pyogenes* a fertőző betegségek okozta halálozás terén az első tíz kórokozó között szerepel [1, 2]. A betegek nagy száma jelentős terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre, és a fertőzöttek kezelése szignifikáns antibiotikumfogyasztást generál.

Az új esetek számát és a betegség súlyosságát a kórokozó antigénszerkezetének változása, virulenciafaktorai és a populáció immunitása együtt határozzák meg. Az *S. pyogenes* megjelenését 4–6 éves periodicitás jellemzi, éves szinten pedig tél végi, tavaszi szezonálisitást mutat a megbetegedés. A nyugati világban az 1950-es évektől az esetek számának csökkenése volt látható, míg az utóbbi 20 évben tendenciózus emelkedés figyelhető meg. Kiugróan magas esetszámokat a legutóbbi nagyobb járványok során 2017/2018-ban és 2022/2023-ban észleltek, ekkor az elmúlt 50 év legmagasabb értékeit regisztrálták [3–5]. Az amerikai és az európai Betegségmegelőzési és

Járványügyi Központ (CDC, ECDC), továbbá a WHO is közleményeket adott ki 2022-ben, amelyek az invazív infekciók időben történő felismerésének fontosságára hívták fel a figyelmet, illetve a korai, szűk spektrumú antibiotikumkezelést javasolják [6, 7].

A 2022/2023-as járványügyi évben mind a skarlát, mind az invazív GAS-fertőzések esetszáma megemelkedett, és a korábbi évekhez képest az invazív megbetegedés szokatlanul nagy arányban fordult elő a gyermekpopulációban [8–11]. Változott a betegség klinikai megjelenése is: közel háromszorosára nőtt a gyermekkori pleuropneumonia, empyema előfordulása az invazív betegségeken belül. Ennek háttérében felvetik a légúti-vírus-koinfekciók szerepét: több tanulmány szerint az iGAS-esetek 25–60%-ában igazolódott például RSV-, influenza- vagy metapneumovírus-koinfekció [12–14]. Bár a gyermekkori halálos esetek száma nagyobb volt a korábbi évekhez képest, ez az összes eset nagyobb számából adódott, az iGAS-megbetegedésen belül a halálos arány nem emelkedett szignifikánsan [10, 11].

Az *S. pyogenes* egyik legfontosabb virulenciafaktora az M-protein, amelynek szerepe van az adhézióban, valamint a phagocytosis és a komplementrendszer gátlásában. A fehérjét kódoló gén vizsgálatával több mint 220 *emm* genotípus különíthető el. Az *emm* típusok vizsgálata a jelenlegi járványban új törzs megjelenését nem igazolta, azonban változott a már ismert törzsek megoszlása: az Egyesült Királyságban és több nyugat-európai országban a gyermekkori invazív izolátumok mintegy kétharmadában az *emm1* genotípus volt kimutatható [15]. Ezen belül az M1_{UK} ipervirulens klón nagy arányát észlelték, amelyre a *SpeA* erythrogen toxin fokozott termelése jellemző. Az antibiotikumrezisztencia érdekében nem változott, a törzsek megőrizték penicillinérzékenységüket.

A 2023. évi járvány hazai vonatkozásai

Magyarországon a regisztrált skarlát-esetszám 2023-ban a korábbi évek két-háromszorosára emelkedett: a 2015–2019-es években a betegek száma évente 2643–4776

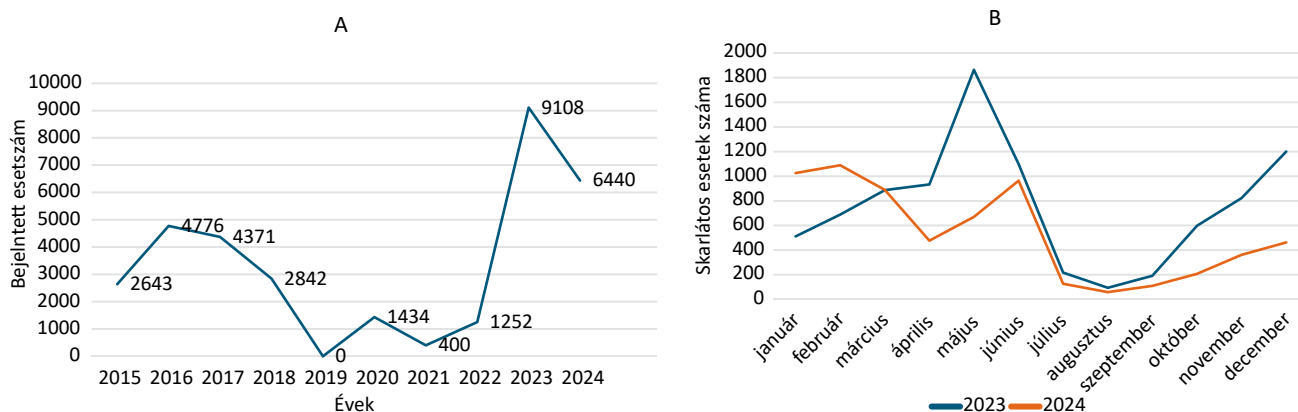
között változott, 2023-ban ezzel szemben 9108 beteget regisztráltak, közülük 9014 (98%) 18 év alatti gyermek volt. Bár 2024 első két hónapjában több skarlátot jelentettek, mint 2023 azonos időszakában, összességében 2024-ben csökkent a betegek száma (összesen 6440 bejelentett eset) (1. ábra) [16]. Az NNGYK adatai szerint Magyarországon 2023-ban és 2024 elején (2023. 01. – 2024. 05.) az invazív izolátumokban szintén az *emm1* genotípus volt túlsúlyban. A 18 éven felüli betegekből izolált *S. pyogenes*ek 42%-a (93/222) bizonyult *emm1* típusúnak, ezen belül az M1_{UK} gyakorisága 67% volt. A gyerekekből izolált *S. pyogenes*ek 69%-a (27/39) volt *emm1* típusú, és ezen belül az M1_{UK} gyakorisága 52% volt [17]. A gyermekkori súlyos, gyors állapotromlással járó iGAS-esetek halmozódására egy hazai esettanulmány is felhívta a figyelmet [18].

2023 áprilisában a magyar alapellátók számára megjelent egy diagnosztikus és terápiás javaslat, amely a szövödmények megelőzésének és a járványterjedés csökkentésének érdekében az időben megkezdett antibiotikumkezelés jelentőségét hangsúlyozta *S. pyogenes* okozta pharyngitis és skarlát esetén [19].

Közleményünk célja a hazai gyermek-alapellátásban diagnosztizált GAS-fertőzések epidemiológiai jellemzőinek és szövödményeinek bemutatása, valamint a házi gyermekorvosi praxisok diagnosztikus és terápiás gyakorlatának felmérése több tízezer fős gyermekpopuláció adatainak feldolgozásával.

Módszerek

Retrospektív tanulmányunkban egy 21 tételből álló online kérdőív platform segítségével értékeltük az országszerte, 2023. január 1. és december 31. között *S. pyogenes* okozta betegséggel diagnosztizált 0–18 éves gyermekek adatait (1. melléklet) (kérdőívtípus: www.survio.com, Brno, Csehország, C 59684). Felmérésünkben anonimizált módon regisztráltuk és dolgoztuk fel a következő paramétereket: a háziorvos által ellátott körzet jellemzői: földrajzi elhelyezkedés, vármegye, az ellátott gyermekek száma; a diagnosztikai vizsgálatok (Strep A gyorsteszt

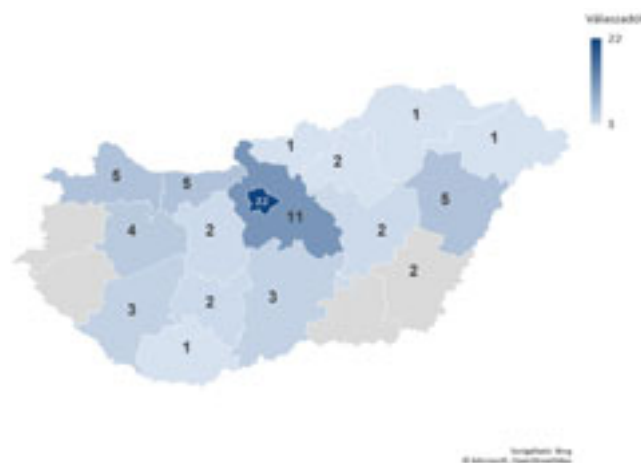


1. ábra | A) A bejelentett skarlát-esetek száma évenként Magyarországon (2015–2024). B) A skarlát-esetszámok havi bontásban 2023-ban és 2024-ben (a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ adatai alapján készített saját ábrák) [17]

1. melléklet | A felmérésnél alkalmazott kérdőív kérdései

- Hol található a praxis, amelyben dolgozik?
- Milyen típusú praxisban dolgozik?
- Hány 0–18 éves beteg tartozik a praxisba?
- A 2023-as évben hány *Streptococcus pyogenes* pharyngitis/ tonsillitis esetet diagnosztizált a 0–18 éves korosztályban? (skarlát nélkül)
- A 2023-as évben hány skarlát esetet diagnosztizált a 0–18 éves korosztályban? (BNO: A38H0)
- Melyik korosztályban volt a leggyakoribb a *Streptococcus pyogenes* fertőzés?
- A *Streptococcus pyogenes* fertőzésre gyanús betegek kb. hány százalékánál alkalmazott a diagnosztika során StrepA gyorsesztesztet és/vagy torokváladék-tenyésztést?
- A *Streptococcus pyogenes* infekciók (tonsillitis + skarlát) hány százalékánál észlelt recidívát?
- Hány betegnél alakult ki lokális szövődményként tályog a *Streptococcus pyogenes* fertőzöttek között 2023-ban?
- Hány betegnél alakult ki invazív betegség a *Streptococcus pyogenes* fertőzöttek között 2023-ban? Például (pleuro)pneumonia, sepsis, meningitis, TSS, fasciitis necrotisans
- Az invazív GAS (A-csoportú *Streptococcus*) fertőzéssel diagnosztizált betegek mely korosztályból kerültek ki? (ha több ilyen betege is volt, több korosztályt is megjelölhet)
- Az invazív GAS-fertőzés klinikailag milyen formában jelentkezett?
- Az invazív GAS-fertőzéssel diagnosztizált betegeknél fennállt-e bármilyen alapbetegség?
- Az invazív GAS-betegeknél zajlott-e megelőzően vagy a betegséggel egy időben igazolt vírusinfekció?
- Mi volt az invazív GAS-fertőzések kimenetele?
- Hány betegnél alakult ki szövődményként poststreptococcalis glomerulonephritis (PSGN)?
- Saját praxisában mely antibiotikummal kezelte leggyakrabban a GAS-infekciót (tonsillitist, skarlátot)?
- Saját praxisában a GAS tonsillitises/skarlátos esetek kb. hány százalékánál alkalmazott amoxi-clav terápiát? Amoxicillin/Klavulánsav
cefprozil terápiát?
penicillin vagy amoxicillin terápiát?
cefixim terápiát?
makrolid terápiát?
clindamycin terápiát?
- Van-e tudomása súlyos (invazív) *Streptococcus pyogenes* infekcióról a fertőzött gyermek szülei, családtagjai körében?
- A StrepA gyorsesztesztet használatát ki finanszírozta?
- Ha van bármilyen további észrevétele a GAS-infekciókkal/járvánnyal kapcsolatban, kérjük írja le tapasztalatait!

vagy torokváladék-tenyésztés) alkalmazásának gyakorisága; a diagnosztizált *S. pyogenes* esetek megoszlása a klinikai kép alapján: (tonsillo)pharyngitis, az A38H0 BNO-kóddal jelentett skarlát, valamint az invazív betegségeknek ([pleuro]pneumonia, szepszis, meningitis, toxikus sokk szindróma, fasciitis necrotisans), a szövődményeknek (tályog, poststreptococcalis glomerulonephritis) és a rekuráló eseteknek az aránya. Rögzítettük az invazív infekciókban szenvedő betegek esetleges hajlamosító tényezőit, illetve az egyéb konkurens infekciókat és a kimenetelt. A terápia tekintetében, az antibiotikumkezelési stratégiákat, az amoxicillin-klavulánsav alkalmazásának gyakoriságát mértük fel. A diagnózist a házi gyermekor-



2. ábra | A válaszadók számának megoszlása vármegyéenként (n = 72)

vos állapította meg a klinikai tünetek, a 'score' rendszerek és/vagy a mikrobiológiai vizsgálatok alapján. A betegadatokat retrospektív módon és teljesen anonim rendszerben analizáltuk több tízezer fős populációban, így etikai jóváhagyásra nem került sor. Az adatok feldolgozását a Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA, 2021) táblázatkezelő programmal végeztük.

Eredmények

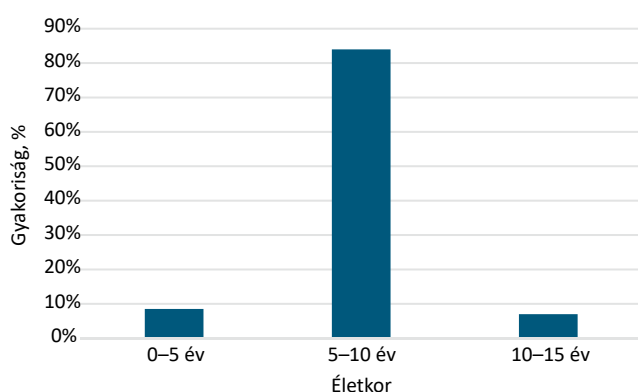
72 házi gyermekorvosi praxisban összesen 71 600 fős gyermekpopuláció adatait dolgoztuk fel. Válaszadás három vármegye kivételével az ország valamennyi vármegyéjéből érkezett (2. ábra). A praxisokban a kártyaszám 400–1800 között változott, az átlagos páciensszám 996 fő/praxis volt.

Esetszám, gyakoriság: A vizsgált gyermekpopulációban 2023-ban a páciensek 8,5%-ánál diagnosztizáltak *S. pyogenes* okozta fertőzést (95% CI: 7,1–9,9%), ezen belül 6,4%-nál pharyngitis (95% CI: 5,1–7,7%) és 2,1%-nál skarlát (95% CI: 1,74–2,46%) fordult elő. Az esetszámok tekintetében ez a 72 praxisban összesen 4595 GAS-pharyngitises és 1515 GAS-skarlátos megbetegedést jelentett (összesen 6110 GAS-fertőzés). A kizárólag bőrre lokalizálódó fertőzéseket nem regisztráltuk (1. táblázat). Az életkori megoszlás alapján saját felmérésünkben a GAS-fertőzéssel diagnosztizált gyermekek (n = 6110)

1. táblázat | A tonsillopharyngitis és a skarlát esetszáma és aránya a vizsgált gyermekpopulációban (n = 71 600) 2023-ban

	Tonsillopharyngitis	Skarlát	<i>S. pyogenes</i> infekció összesen
Esetszám/év	4595	1515	6110
Százalékos arány (átlag és 95% CI)	6,4% (5,1–7,7)	2,1% (1,7–2,5)	8,5% (7,1–9,9)

CI = megbízhatósági tartomány



3. ábra | Az *S. pyogenes* fertőzött gyermekek életkori megoszlása (n = 6110)

83%-a 5–10 éves, 9%-a 0–5 éves és 8%-a 10–18 éves volt (3. ábra).

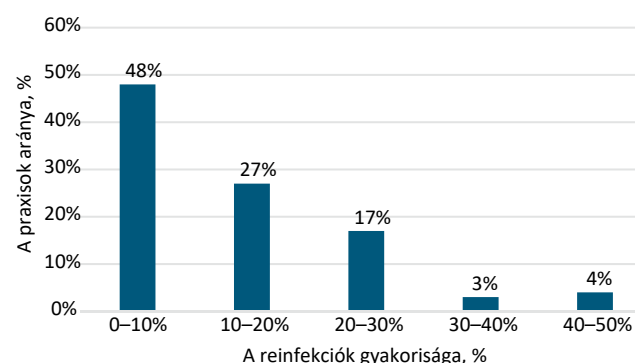
Szövődmények: A vizsgált populációban 41 esetben fordult elő suppuratív szövődményként peritonsillaris tályog (0,6%). Poststreptococcalis glomerulonephritis 2 gyermekben jelentkezett. Reumás lázat nem regisztráltak (egy ízületi fájdalom háttérében reaktív arthritis igazolódott) (2. táblázat). 9 esetben diagnosztizáltak invazív betegséget (0,01%) a következő megoszlás szerint: 4 pneumonia, 2 szepszis, 2 fasciitis necrotisans és 1 toxikus sokk szindróma pleuropneumoniával. 3 pneumóniás gyermek esetében víruskoinfekcióról is beszámoltak. A gyermekek kétharmada 2–5 éves, egyharmada 5–10 éves volt. A kalkulált gyakoriság az iGAS vonatkozásában 100 000 fős populációra vonatkoztatva 11/100 000 lakosnak adódott. A földrajzi megoszlást tekintve az invazív infekciók nem korlátozódtak egy régióra: 5 budapesti, 2 Pest vármegyei, valamint 1 Fejér és 1 Győr-Moson-Sopron vármegyei esetet regisztráltak. Halálozás nem történt, minden gyermek maradványtünet nélkül gyógyult (3. táblázat).

Rekuráló betegség átlagosan 15%-ban fordult elő (5–50%) ebben a kohorszban. A praxisok csaknem felében 0–10%, közel negyedében 10–20% és a körzetek 17%-ában 20–30% volt a visszatérően jelentkező betegség gyakorisága (4. ábra). Néhány gyermeknél ismétlő-

2. táblázat | A szövődménnyel járó *S. pyogenes* fertőzések típusa, száma és aránya a GAS-fertőzött gyermekek körében (n = 6110)

A szövődmény típusa	Az esetek száma	A szövődményes esetek aránya a GAS-fertőzöttek között
Tályog	41	0,6%
Poststreptococcalis glomerulonephritis	2	<0,01%
Reumás láz	0	0%
iGAS	9	0,01%

GAS = A-csoportú *Streptococcus*; iGAS = invazív A-csoportú *Streptococcus*



4. ábra | A visszatérő fertőzések gyakorisága a részt vevő praxisokban

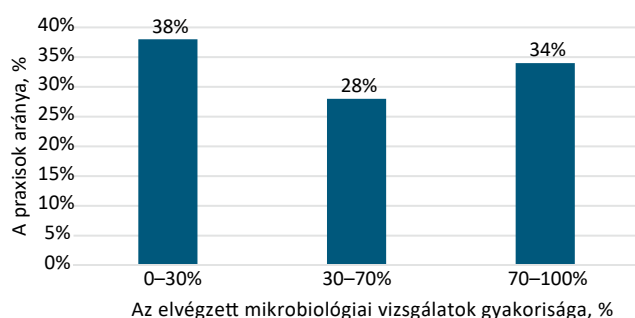
dően, 3–4 alkalommal is megfigyelhető volt újr fertőzés a vizsgált időszakban.

A diagnosztikus gyakorlat felmérése arra irányult, hogy milyen arányban törekedtek a kollégák mikrobiológiai diagnózisra. A diagnosztikai vizsgálat az esetek 95%-ában Strep A antigéngyorsteszt, 5%-ában pedig torokváladék-tenyésztés volt. A visszajelzések alapján átlagosan a GAS-gyanús esetek 47%-ánál történt mikrobiológiai vizsgálat, a következő megoszlás szerint: a praxisok kb. harmada (34%) a gyanús betegek 70–100%-ában, 28%-a a betegek 30–70%-ában, míg a praxisok 38%-a a gyanús esetek mindössze 0–30%-ában végzett vizsgálatot (5. ábra). A betegek másik felénél (53%) a diagnózist a klinikai tünetek alapján állapította meg a házi gyermekorvos.

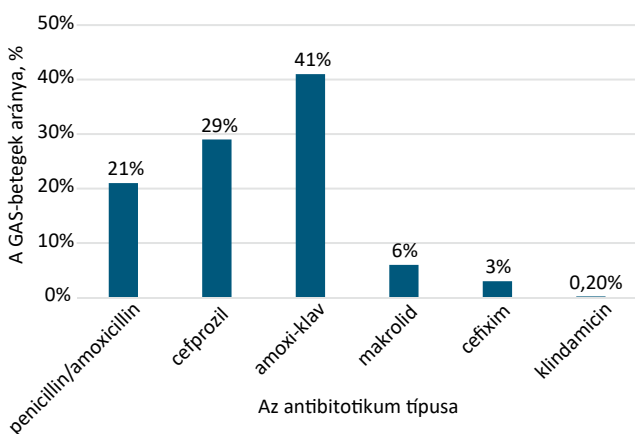
3. táblázat | Az invazív GAS-fertőzések megoszlása (n = 9) és jellemzői: életkor, hajlamisító tényezők, kimenetel

	Esetszám	Életkor	Megjegyzés	Kimenetel
Összes iGAS-esetszám	9	2–10 év		
Pneumonia	4	2–5 év	3 esetben víruskoinfekció	
Szepszis	2	2–5 év		Maradványtünet nélkül gyógyultak
Fasciitis necrotisans	2	2–5 év és 5–10 év		
Toxikus sokk szindróma és pleuropneumonia	1	5–10 év	Alapbetegség: asztma és MBL-deficiencia	

iGAS = invazív A-csoportú *Streptococcus*; MBL = mannózkötő lektin



5. ábra | A diagnosztikus mikrobiológiai vizsgálatok alkalmazásának aránya a részt vevő praxisokban



6. ábra | Az egyes antibiotikumok alkalmazásának megoszlása a vizsgált GAS-betegek körében.
GAS = A-csoportú *Streptococcus*

A kezelési stratégiák felmérése alapján a leggyakrabban használt antibiotikum az amoxicillin-klavulánsav volt (41%), a második helyen a cefprozil állt (29%), amelyet az amoxicillin és a penicillin (21%) követett. A fenti, szélesebb spektrumú béta-laktám antibiotikumok együttes alkalmazása (50%) meghaladta az amoxicillin-klavulánsav használatát. Makrolidot a betegek 6%-ában, cefiximet a 3%-ában alkalmaztak a házi gyermekorvosok ebben az indikációban (6. ábra).

Megbeszélés

Országos lefedettségű kutatásunkban a részt vevő házi gyermekorvosok által a 2023-as naptári év folyamán diagnosztizált és kezelt, *S. pyogenes* által okozott infekciók jellemzőinek felmérése történt meg. Összességében azt találtuk, hogy diagnosztikus mikrobiológiai vizsgálatot az esetek mintegy felénél alkalmaztak a házi orvos kollégák, és az antibiotikumkezelés megközelítőleg minden második betegnél széles spektrumú volt.

A 2022/2023-as évben kialakult GAS-járvány több tényezőre vezethető vissza: a fogékony populáció nagyobb mérete, a vírusok egyidejű jelenléte és a virulensebb *S. pyogenes* törzsek terjedési előnye járulhatott hozzá a kiugróan nagy esetszámokhoz. A járványt a

gyermekek megszokottnál nagyobb érintettsége és az invazív fertőzések, főként a pleuropneumoniák nagyobb aránya jellemezte [10].

A COVID-19-pandémia kapcsán a kórokozóval történt kismértékű érintkezés miatt az 5–10 éves korosztályban a fogékony egyének száma kétszeresére, háromszorosára növekedhetett. Ez a GAS szempontjából immunológiaiailag naiv gyermekpopuláció egy időben fertőződhetett meg 2023-ban [8]. Ugyanakkor a COVID-19 miatti lezárások kapcsán olyan GAS-variánsok (klónok) szelektálódhattak, amelyek túlélési előnyre tettek szert virulenciafaktoraik révén. A lezárások megszüntével ezek a patogénebb, nagyobb invazivitású típusok váltak dominánssá. A gyermekkori iGAS-fertőzések esetén nemzetközi és hazai vizsgálatok is az *emm1* genotípus dominanciáját igazolták 2023-ban [15, 16]. 2024-ben az invazív esetek számának csökkenése mellett Hollandiában és az Egyesült Királyságban az *emm3* genotípus vált a leggyakoribbá a teljes populációban [5, 20].

2023-ban, közel 72 000 fős hazai gyermekpopuláció adatainak elemzésével, a gyermekek 8,5%-át (95% CI: 7,1–9,9%) érintette a fertőzés, melynek negyede skarlát, háromnegyede pharyngitis volt. Irodalmi adatok szerint átlagosan a gyermekpopuláció 10–15%-a fertőződik meg járványos időszakban, és a skarlát esetek aránya ezen belül 10–15% [21]. Saját anyagunkban a skarlát gyakorisága a fertőzöttek között 25% volt (95% CI: 21,5–28,5%), ez a toxintermelő törzsek nagyobb arányát jelezheti ebben a járványban.

A nagyarányú átfertőződés részben magyarázza a nagy gyakorisággal észlelt reinfekciókat is, melyek a betegek 15%-ában jelentkeztek átlagosan (5–50%). Az újrafertőződés oka lehet magas szintű közösségi terjedés mellett a noncompliance, azaz a nem megfelelő dózisban vagy ideig szedett antibiotikum (erre vonatkozóan nem történt adatgyűjtés). Az irodalom szerint előfordulhat béta-laktamáz-termelő törzs a garatflórában, amely a penicillin/amoxicillin kezelés hatástalanságát okozhatja [22]. Fontos differenciálni a valódi reinfekciót az *S. pyogenes* hordozás mellett akvirált vírusinfekcióktól. Ilyenkor a klinikai kép és a tünetmentes szakban vett pozitív tenyésztési eredmény segíthet az elkülönítésben. A hordozók kezelése nem szükséges, de egészségügyi dolgozóknál megfontolandó, javasolt továbbá az anamnézisben szereplő reumás láz esetén vagy reumás láz járványos előfordulása kapcsán [23]. A visszatérő betegség kezelése megegyezik az első infekció kezelésével, bár vannak javaslatok antibiotikumváltásra (szélesebb spektrumú antibiotikum), illetve egyes tanulmányok szerint a cefalosporinok alkalmazása esetén kisebb a reinfekciók aránya, azonban egyértelmű evidencia nem áll rendelkezésre [24]. Jó általános állapotú gyermek többször ismétlődő infekciója esetén vannak ajánlások a kezelés néhány napos halasztására is, ami lehetővé teheti az immunválasz kialakulását és a kórokozó eradikálását [23].

A szövődményeket tekintve 41 esetben alakult ki peritonissillaris tályog (0,6%), ami jó korrelációt mutat a nem-

zetközi irodalomban található arányokkal: 0,2–2% [21], míg poststreptococcalis glomerulonephritis 2 gyermeknél fordult elő. Bár a suppuratív szövődmények (tályog, otitis media) és a reumás láz kialakulását az antibiotikumkezelés megelőzheti, poststreptococcalis glomerulonephritis esetén erre vonatkozóan nincs egyértelmű adat. A peritonsillaris tályogokban a leggyakoribb aerob kórokozó az *S. pyogenes*, ahogy ezt egy hazai mikrobiológiai vizsgálat is igazolta [25]. Az invazív infekciók aránya 0,01% volt a fertőzöttek körében (9 beteg). Saját adataink alapján az iGAS kalkulált gyakorisága 11/100 000 lakos volt a 0–18 éves korosztályban. Az Egyesült Királyságban ebben az időszakban az 1–4 éves korosztályban 7,3/100 000, az 5–9 éves korosztályban 15,7/100 000 volt az invazív fertőzés előfordulása [11], mely 2024-ben már <5/100 000 lakos értékre csökkent ezekben a korcsoportokban [5]. A hajlamosító tényezők vizsgálata során a pneumoniák 60%-ánál fordult elő víruskoinfekció, ami megfelel az irodalmi adatoknak [15]. 1 betegnél MBL-deficientia és asztma igazolódott alapbetegségként, azonban a többi, invazív infekcióval diagnosztizált gyermek korábban egészséges volt. Fontos kiemelni, hogy míg a pharyngitisek kapcsán a gyermekek 82%-a az 5–10 éves korosztályhoz tartozott, addig az invazív infekciónál az átlagéletkor lényegesen alacsonyabb volt: a gyermekek kétharmada a 2–5 éves korosztályból került ki. Ezek alapján az invazív infekció irányában történő monitorozás kiemelten fontos az 5 év alatti gyermekek esetén, továbbá azoknál, akiknél egyidejű légútvírus-infekció vagy varicella zajlik. Mivel a GAS ellen egyelőre nem áll rendelkezésre vakcina, fontos, hogy a rizikótényezőket csökkentjük az influenza elleni oltással és a varicella elleni vakcinációval a 2018. augusztus előtt született gyermekeknél.

A diagnosztikus gyakorlat felmérése alapján a gyanús esetek közel felénél (47%) történt mikrobiológiai vizsgálat, mely az esetek 95%-ában Strep A gyorsteszt volt, és kb. 5%-ban végeztek torokváladék-tenyésztést. A diagnosztikus tesztek szenzitivitását növeli, ha a klasszikus tüneteket mutató, illetve 'score' rendszerek alapján (például Centor score) a kritériumoknak megfelelő betegpopulációban történik a vizsgálat [19]. Az exsudatív tonsillitisek elkülönítő diagnosztikája során a Strep A antigéngyorsteszt alkalmazásával jelentősen csökkenthető az indokolatlan antibiotikumhasználat [26].

Az antibiotikumterápia során a leggyakrabban használt antibiotikum az amoxicillin-klavulánsav volt (41%), azonban összesítve a szűkebb spektrumú béta-laktám antibiotikumokat, ezek használata nagyobb arányban fordult elő (50%). Makrolidot kb. 6%-ban alkalmaztak a kollégák. Az amoxicillin-klavulánsav használatát egy korábbi hazai tanulmány is hasonlóan gyakorinak találta gyermekkori tonsillitisek kezelése kapcsán (47%) [26]. 2023-ban az antibiotikumválasztást befolyásolhatta, így az eredményeket torzíthatta a penicillin és az amoxicillin átmeneti hiánya [27, 28]. A kezelés hatástalanságának kockázatát növeli a makrolidok vagy a klindamicin

választása, melyekre a hazai izolátumok 13–14%-a rezisztens a 2023. évi adatok alapján (eritromicin: 14,8%, klindamicin: 13,1%) [29]. Az Egyesült Államokban ugyanakkor a makrolid- és klindamicinrezisztens törzsek aránya meghaladja a 30%-ot [30]. Eredményeink alapján a házi gyermekorvosoknál nem a makrolid-túlhasználat volt a probléma ebben az indikációban, hanem a széles spektrumú amoxicillin-klavulánsav indokolatlanul gyakori választása. Az elsőként választandó szer jelenleg is a penicillin vagy az amoxicillin, ezek hiányában a cefprozil.

A betegek a fertőzőképesség ideje alatt, azaz az antibiotikumkezelés megkezdése után 24–48 óráig nem látogathatják a közösséget, általános állapotuktól függően. A terápia kezdete után 24 órával az esetek több mint 90%-ában negatív a gyorsteszt [31]. (Magyarországon a 18/1998. [VI. 3.] NM rendelet értelmében a skarlátos gyermek számára 6 napig szükséges izoláció.)

Az invazív GAS-fertőzés kontaktjai esetén posztexpozíciós profilaxis ajánlott a következő nagy kockázatú betegek részére [32]: szülést követően az anya és az újszülött részére a postpartum 0–28. napban, várandósoknak, 75 év felettieknek és varicellás kontaktoknak, ha a varicellás személy az iGAS-beteggel a tünetei kezdete előtt 7 nappal vagy az antibiotikumkezelés megkezdése utáni első 2 napban találkozott. A profilaxis megegyezik a kezeléssel (10 napig penicillin vagy amoxicillin). Azoknál a nem nagy kockázatú iGAS-kontaktoknál, akik tonsillitis tüneteit mutatják, szintén javasolt a kezelés megkezdése, teszteléstől függetlenül.

Vizsgálatunk korlátai lehetnek a következők: a felmérésben kizárólag házi gyermekorvosi praxisok vettek részt, és nem kerültek be egyes praxisok adatai, ahol szintén történik gyermekellátás. Az adatszolgáltatás önkéntes volt, ezért felmérésünk nem feltétlenül reprezentatív. További limitáció lehet, hogy az adatgyűjtés retrospektív jellege miatt nem alkalmaztunk egységes diagnosztikus 'score' rendszert, a betegbevonás tartalmazhatott szubjektív tényezőket.

Összefoglalva, az alapellátásban évente több tízezer GAS-fertőzés kezelése történik, a betegek nagy száma miatt az antibiotikumválasztás befolyásolhatja a rezisztenciaviszonyok változását. Eredményeink visszajelzésként szolgálnak az alapellátás számára: a penicillin és az amoxicillin hiánya szűkítette a kezelés lehetőségeit, a hozzáférés javulásával azonban kulcskérdés e szűkebb spektrumú antibiotikumok preferálása.

A járvány mértéke továbbra is meghaladja a megelőző évek esetszámait, így jelenleg is fontos a korai antibiotikumkezelés megkezdése a járványterjedés mérséklése és a szövődmények megelőzése céljából. Az invazív infekciók nagy száma miatt az iGAS lehetőségének a diagnosztikus gondolkodás előterében kell állnia, főként hajlamosító tényezők fennállása esetén (életkor, alapbetegségek). Az alapellátó orvosnak döntő szerepe van a súlyos szövődmények korai felismerésében és a beteg azonnali beutalásában a gyorsan progrediáló kórképeknel.

Következtetés

Kutatásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a házi gyermekorvosoknak első ellátóként fokozott figyelmet kell fordítaniuk a súlyos invazív infekciók időben történő felismerésére, különösen rizikótényezők fennállása esetén, akár gyorsesztek szélesebb körű alkalmazásával. Rámutatunk továbbá, hogy a szűk spektrumú antibiotikumok preferálásával csökkenthető az inadekvát antibiotikumhasználat, melynek a betegek nagy száma miatt hatása lehet a rezisztenciaviszonyok kedvezőbb alakulására. Az epidemiológiai trendek és az aktuális ajánlások követésével csökkenthető az *S. pyogenes* okozta betegség kockázata.

Anyagi támogatás: A szerzők a jelen közleménnyel kapcsolatos munkájukért semmilyen anyagi támogatásban nem részesültek.

Szerzői munkamegosztás: K. É. részt vett az adatok gyűjtésében és feldolgozásában. L. B.: Konceptióalkotás, a kézirat megírása. Valamennyi szerző részt vett a közlemény megírásában. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki a Házi Gyermekorvosok Egyesülete vezetőségének a kérdőívek megosztásában nyújtott segítségért és 72 házi gyermekorvos kollégának az adatszolgáltatásért. Köszönetet mondunk dr. Tóth Ákosnak (Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Bakteriológiai, Mikológiai és Parazitológiai Laboratóriumi Osztály), aki szakmai észrevételeivel segítette közleményünk megírását.

Irodalom

- [1] Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, et al. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis.* 2005; 5: 685–694.
- [2] Bloom DE, Titball RW, Carapetis J. Strep A: challenges, opportunities, vaccine-based solutions, and economics. *NPJ Vaccines* 2024; 9: 81.
- [3] Barnett TC, Bowen AC, Carapetis JR. The fall and rise of group A *Streptococcus* diseases. *Epidemiol Infect.* 2018; 147: e4.
- [4] Lamagni T, Guy R, Chand M, et al. Resurgence of scarlet fever in England, 2014–16: a population-based surveillance study. *Lancet Infect Dis.* 2018; 18: 180–187.
- [5] GOV.UK. Group A streptococcal infections: fifth update on seasonal activity in England, 2023 to 2024. Updated: 25 July 2024. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/group-a-streptococcal-infections-report-on-seasonal-activity-in-england-2023-to-2024/group-a-streptococcal-infections-fifth-update-on-seasonal-activity-in-england-2023-to-2024> [accessed: February 25, 2025].
- [6] European Centre for Disease Prevention and Control. Increase in invasive group A streptococcal infections among children in Europe, including fatalities. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/increase-invasive-group-streptococcal-infections-among-children-europe-including> [accessed: February 25, 2025].
- [7] World Health Organization. Increased incidence of scarlet fever and invasive group A *Streptococcus* infection – multi-country. 15 December 2022. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429> [accessed: February 25, 2025].
- [8] Jain N, Lansiaux E, Reinis A. Group A streptococcal (GAS) infections amongst children in Europe: taming the rising tide. *New Microbes New Infect.* 2022; 51: 101071.
- [9] Ramos Amador JT, Berzosa Sánchez A, Illán Ramos M. Group A *Streptococcus* invasive infection in children: epidemiologic changes and implications. *Rev Esp Quimioter.* 2023; 36(Suppl 1): 33–36.
- [10] Guy R, Henderson KL, Coelho J, et al. Increase in invasive group A streptococcal infection notifications, England, 2022. *Euro Surveill.* 2023; 28: 2200942.
- [11] GOV.UK. Group A streptococcal infections: activity during the 2022 to 2023 season. 15th update on seasonal activity in England. Updated: 29 June 2023. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/group-a-streptococcal-infections-activity-during-the-2022-to-2023-season/group-a-streptococcal-infections-15th-update-on-seasonal-activity-in-england> [accessed: February 25, 2025].
- [12] Holdstock V, Twynam-Perkins J, Bradnock T, et al. National case series of group A *Streptococcus* pleural empyema in children: clinical and microbiological features. *Lancet Infect Dis.* 2023; 23: 154–156.
- [13] de Gier B, Marchal N, de Beer-Schuurman I, et al. Increase in invasive group A streptococcal (*Streptococcus pyogenes*) infections (iGAS) in young children in the Netherlands, 2022. *Euro Surveill.* 2023; 28: 2200941.
- [14] Lassoued Y, Assad Z, Ouldali N, et al. Unexpected increase in invasive group A streptococcal infections in children after respiratory viruses outbreak in France: a 15-year time-series analysis. *Open Forum Infect Dis.* 2023; 10: ofad188.
- [15] Vieira A, Wan Y, Ryan Y, et al. Rapid expansion and international spread of M1_{UK} in the post-pandemic UK upsurge of *Streptococcus pyogenes*. *Nat Commun.* 2024; 15: 3916.
- [16] Hungarian National Center for Public Health and Pharmacy. Epidemics. Infectious diseases. Yearly reports. [Nemzeti Népegészségügyi Központ. Járvány. Fertőző betegségek. Éves jelentések.] Available from: https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/Fertozo_betegsegek/Fertozo_eves_jelentesek [accessed: February 25, 2025]. [Hungarian]
- [17] Tóth K, Ungvári E, Mányoki-Vincze A, et al. Results of molecular epidemiological surveillance studies of *Streptococcus pyogenes*, Hungary, January 2023 – May 2024. [*Streptococcus pyogenes* molekuláris epidemiológiai surveillance eredményei, Magyarország, 2023. január – 2024. május.] *A Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság 51. Kongresszusa, Székesfehérvár, 2024. 09. 26. Előadás.* [Hungarian]
- [18] Lábodi A, Balogh T, Schnur J, et al. Accumulation of severe *Streptococcus pyogenes* infections among children admitted to the pediatric department of a county hospital. [*Streptococcus pyogenes* okozta súlyos fertőzések halmozódása egy kórházi gyermekosztályra felvett betegek között.] *Orv Hetil.* 2025; 166: 154–159.
- [19] Karászi É, Kovács Á, Altorjai P, et al. Recognition and treatment of group A *Streptococcus* infections. [Az A csoportú *Streptococcus* (GAS) infekciók felismerése és kezelése.] *A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete Házi Gyermekorvosi Szekciójának szakmai javaslata alapellátó gyermekorvosok / háziorvosok részére. Gyermekgyógyászat* 2023; 74: 257–263. [Hungarian]
- [20] Davies MA, de Gier B, Guy RL, et al. *Streptococcus pyogenes emm* Type 3.93 Emergence, the Netherlands and England. *Emerg Infect Dis.* 2025; 31: 229–236.

- [21] Miller KM, Carapetis JR, Van Beneden CA, et al. The global burden of sore throat and group A *Streptococcus* pharyngitis: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2022; 48: 101458.
- [22] Brook I. Overcoming penicillin failures in the treatment of Group A streptococcal pharyngo-tonsillitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007; 71: 1501–1508.
- [23] UpToDate. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children. Available from: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children?search=strep%20throat%20treatment&source=search_result&selectedTitle=2%7E117&usage_type=default&display_rank=2 [accessed: February 25, 2025].
- [24] Van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 9: CD004406. Update: *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 3: CD004406.
- [25] Erdélyi E, Ambrus A, Szabó L, et al. The role of microbiological examination in treating peritonsillar abscess based on the retrospective analysis of data from six years. [A mikrobiológiai vizsgálatok szerepe a peritonsillaris tályog kezelésében hat év anyagának retrospektív elemzése alapján.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 1877–1883. [Hungarian]
- [26] Takács A, Szűcs D, Terhes G. Exudative tonsillitis in children. How can we reduce the unnecessary antibiotic consumption? [Lepedékes tonsilla gyermekkorban. Hogyan csökkenthető az indokolatlan antibiotikumfelhasználás?] *Orv Hetil.* 2020; 161: 50–55. [Hungarian]
- [27] Ramgopal S, Rosenman M, Zhang L, et al. Alternative antibiotic selections during the 2022 amoxicillin shortage in the United States. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2025; 14: piae122.
- [28] Lakatos B, Kassa Cs, Kulcsár A, et al. Resolution of the Hungarian Society of Infectology and Clinical Microbiology regarding the temporary nationwide shortage of amoxicillin and ampicillin supply. [A Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság szakmai állásfoglalása az amoxicillin és ampicillin átmeneti országos ellátási hiánya kapcsán.] Available from: <https://infektologia.hu/hirek.aspx?nid=117767> [accessed: February 25, 2024]. [Hungarian]
- [29] National Bacteriological Surveillance 2023: *Streptococcus pyogenes* and *Streptococcus agalactiae*. [Nemzeti Bakteriológiai Surveillance 2023: *Streptococcus pyogenes* és *Streptococcus agalactiae*.] Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ Népegészségügy. Available from: <https://www.nnk.gov.hu/index.php/mikrobiologi/nemzeti-bakteriologiai-surveillance-nbs/category/393-streptococcus-pyogenes-es-streptococcus-agalactiae.html> [accessed: February 25, 2024] [Hungarian].
- [30] Active Bacterial Core surveillance (ABCs). Group A *Streptococcus* – antibiotic resistance. Available from: https://www.cdc.gov/abcs/bact-facts/data-dashboard.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/abcs/bact-facts-interactive-dashboard.html [accessed: February 25, 2024].
- [31] Schwartz RH, Kim D, Martin M, et al. A reappraisal of the minimum duration of antibiotic treatment before approval of return to school for children with streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J.* 2015; 34: 1302–1304.
- [32] GOV.UK. Invasive group A streptococcal disease: managing close contacts in community settings Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/invasive-group-a-streptococcal-disease-managing-community-contacts> [accessed: February 25, 2025].

(Karászi Éva dr.,

Budapest, Káldor Adolf u. 5–9., 1221
e-mail: evakarasi121@gmail.com)



**HÁZI
GYERMEKORVOSOK
EGYESÜLETE**

*A gyerekekért,
a gyermekorvosokért!*

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



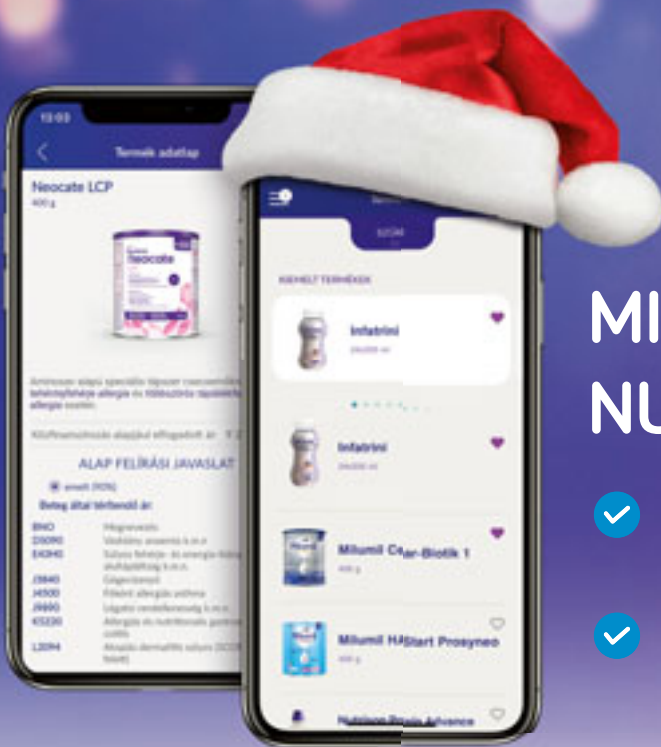
Már bankkártyával is kiegyenlítheti HGYE-tagdíját!

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 támogatásból és pályázati forrásokból megteremteni, de a biztonságos működésünket nagyban segíti a tagság által befizetett tagdíjak összege is.

Előre is köszönjük a támogatást!



MINDIG NAPRAKÉSZ NUTRICIA APPLIKÁCIÓ

- ✓ Naprakész termékinformáció
- ✓ Mindig friss felírási tájékoztató




EXTRA FUNKCIÓK:

 **Speciális szűrő funkció**, mellyel a termékeket keresheti:

- Terápiás területek szerint
- Termékjellemzők szerint
- Betegek speciális igényei alapján

 **Kedvencem** termék a nyitólapon egy kattintásra

 **Felírási segédlet:** Az egyes termékek oldalán elérhető az ajánlott napi mennyiségre vonatkozó felírási segédlet, emelt támogatás esetén BNO listával.

LETÖLTÉS



Dr. Havasi Katalin | a HGYE tanácsadó elnöke, Hódmezővásárhely

Mozgás Receptre - az egészség receptje

A Mozgás Receptre elnevezésű program a Magyar Életmód Orvostani Társaság (ÉMOT) országos kezdeményezése, amely tudományos alapokra helyezi a mozgás mint terápiais és prevenció eszköz alkalmazását. A program célja, hogy a fizikai aktivitás az orvosi gyakorlat szerves részévé váljon, és a mozgás – akár gyógyszerként – orvosi javaslatra, receptre is felírható legyen. A koncepció az életmóddorvoslás elvein nyugszik, és hosszú távon az egészségi állapot, a közérzet és az életminőség javítását célozza.

A program szakmai háttere

A WHO és számos nemzetközi kutatás szerint a nem fertőző, krónikus betegségek (NCD-k) a világ halálzásainak több mint 70%-áért felelősek. E betegségek kialakulásában az életmódbeli tényezők – elsősorban a fizikai inaktivitás, a helytelen táplálkozás, a dohányzás

és a túlzott alkoholfogyasztás – meghatározó szerepet játszanak. Marc Lalonde egészségmező modellje szerint az életmód az egészségi állapot alakulásában 50%-os súllyal bír, míg a genetikai tényezők 20%-ot, a környezet 20%-ot, az egészségügyi ellátás pedig mindössze 10%-ot tesz ki.

Ebből következik, hogy az orvosi beavatkozások hatékonyságát nagymértékben növeli, ha azok kiegészülnek életmóddorvosi elemekkel – köztük a rendszeres mozgás előírásával. A Mozgás Receptre program éppen ezt a szemléletváltást valósítja meg, összekapcsolva az egészségügyi szektort a sport- és mozgásszakmai hálózattal. A program a háziorvosok, mozgásterapeuták, testnevelők és önkormányzatok együttműködésén alapul, így biztosítva, hogy a mozgás mindenki számára elérhető és szakmailag támogatott formában történjen.



Rendszeres fizikai aktivitás a gyermekek egészségéért



Mit mondanak az ajánlások?

Mit és mennyit mozogjon a gyermek?

Napi legalább 60 perc közepes vagy magas intenzitású **kardió mozgás** javasolt. Ez lehet játék, sport, gyaloglás, kerékpározás, iskolai testnevelés vagy szabadidős mozgás. A fizikai aktivitás túlnyomó része aerob jellegű legyen (pl. futás, úszás, kerékpározás).

Legalább heti 3 alkalommal végezzenek nagyobb intenzitású, **izomerősítő és csontépítő mozgásokat**, mint például: ugrálás, futás, mászás, trambulin, erőnléti játékok.

Ülőidő csökkentése:

Kerüljék a hosszan tartó ülő tevékenységet, különösen a képernyő előtti időt (TV, számítógép, okoskész). A képernyő előtt töltött szabadidő ne haladja meg a napi 1,5 órát.

Ajánlott mozgásformák gyermekeknek:

Játékos formában végzett mozgások a leg-hatékonyabbak – például fogócska, mászókázas, ugróiskola, kerékpározás, trambulinos vagy tánc. Fontos, hogy a **mozgás örömet is nyújtson**, így a gyermekek szívesen ismétlik nap mint nap.

Minden mozgás számít:

Bármennyi fizikai aktivitás jobb, mint a teljes inaktivitás, és a több mozgás több egészségnyereséggel jár.

A rendszeres mozgás közösséget épít:

A **mozgás közösségi élmény is** – együtt játszani, sportolni nemcsak egészséges, hanem szórakoztató is. A mozgás örömet ad, barátokat hoz, és igen: sportolni menő!



Itt el tudod olvasni a rendszeres fizikai aktivitásra vonatkozó ajánlásokat



Miről szól a Mozgás Receptre program?

A **Mozgás Receptre** egy országos szakmai program, amelynek célja, hogy a **mozgás, mint orvosi által receptre javasolt ajánlás** bekerüljön mindennapokba – a megelőzés, az egészségi állapot és az életminőség javítása érdekében.

A program tudományos alapokon nyugszik, és az **életmóddorvoslás eszköztárát** alkalmazza: bizonyított, hogy a rendszeres fizikai aktivitás jelentősen csökkenti a krónikus betegségek kialakulásának esélyét, és támogatja azok kezelését is.

A Mozgás Receptre program lényege:

- **Mozgás, mint egészségcélú (prevenció és terápia) eszköz:** orvosi és szakmai ajánlások alapján személyre szabott fizikai aktivitási javaslatok
- **Szoros együttműködés** orvosok, mozgásszakemberek és önkormányzatok között
- **Lakossági tájékoztatás** és szakmai edukáció hiteles, letölthető anyagokon keresztül
- **Mozgáshelyszínek hálózatának** fejlesztése országsszerte – elérhető, biztonságos mozgási lehetőségekkel

Kinek szól?

- **Megelőzésre törekvőknek**
- **Krónikus betegséggel élőknek**
- **Településeknek, önkormányzatoknak**, akik szeretnék támogatni a lakosság egészséges életmódját

A Mozgás Receptre célja, hogy **mindenkinek elérhetővé tegye a rendszeres fizikai aktivitást** – orvosi ajánlás alapján, **szakmailag támogatott formában**.

További információ: mozgasreceptre.hu



A Mozgás Receptre program szakmai munkáját és országos terjesztését az Aktív Magyarország támogatása és háttérre teszi lehetővé – ezúton is köszönjük!

A mozgás preventív és terápiás hatásai

A rendszeres fizikai aktivitás az emberi szervezet valamennyi rendszerére kedvező hatással bír.

A kardiovaszkuláris rendszerben fokozza a szívizom erősségét, javítja a keringést és csökkenti a vérnyomást. Anyagcsereszinten növeli az inzulinérzékenységet, fokozza a zsírégetést és hozzájárul a testtömeg normalizálásához. Az izomrendszerben növeli az izomtömeget és az állóképességet, ezáltal csökkenti az inaktivitásból fakadó funkcionális hanyatlást.

Mentális szinten a mozgás csökkenti a szorongást és a depressziót, javítja az alvásminőséget és a kognitív funkciókat. Kutatások bizonyítják, hogy a heti legalább 150 perc közepes intenzitású mozgás jelentősen mérsékli a depressziós tüneteket és növeli a pszichés jóllétet. A fizikai aktivitás továbbá erősíti az immunrendszert, gyulladáscsökkentő hatású, és lassítja az öregedés folyamatát.

Mozgásajánlások gyermekeknek és fiataloknak

A gyermekkori mozgás meghatározó az egész életre kiható életmódminták kialakításában. A rendszeres fizikai aktivitás nemcsak a testi fejlődést, hanem az értelmi és szociális képességeket is fejleszti. A mozgásszegény életmód már gyermekkorban hozzájárulhat a túlsúly, az inzulinrezisztencia és a magas vérnyomás kialakulásához, amelyek felnőttkorban krónikus betegségek alapját képezik.

fordítani a serdülő lányokra, akiknél az aktivitás szintje gyakran csökken.

Képernyőidő és mozgáshiány

A gyermekek digitális eszközhasználatára drasztikusan növekszik, ami a mozgáshiánnyal együtt komoly egészségügyi kockázatot jelent. A Bethesda Gyermekkórház és több mint 40 szakmai szervezet ajánlása szerint hároméves kor alatt a képernyőhasználat kerülendő, óvodáskorban napi 30 percre, iskoláskorban 60–90 percre kell korlátozni. A képernyőidőt minden esetben aktív, mozgásos tevékenységnek kell követnie, és lefekvés előtt legalább egy órával kerülni kell a digitális eszközök használatát.

Összegzés és következtetések

A Mozdás Receptre program az orvostudomány és a mozgás tudatos integrációját valósítja meg. Tudományosan megalapozott bizonyítékok támasztják alá, hogy a rendszeres fizikai aktivitás nemcsak megelőző, hanem terápiás értékkel is bír. A mozgás csökkenti a krónikus betegségek előfordulását, javítja az életminőséget és hosszabb, egészségesebb életet biztosít.

A jövő egészségpolitikájának kulcseleme kell legyen a mozgás integrálása az egészségügyi ellátásba. A házi-orvosok, pedagógusok, mozgásterapeuták és döntéshozók együttműködése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a mozgás valóban receptre felírható, közösségi szinten is támogatott egészségmegőrző eszközzé váljon.

Nemzetközi ajánlások összehasonlítása

Az ÉMOT hazai ajánlásai teljes összhangban állnak az amerikai, kanadai, ausztrál és európai irányelvekkel. A közös cél a korosztálonként megfelelő mozgásmennyiség, alvásidő és képernyőkortát betartása.

Korosztály	Mozgás	Alvás	Képernyőidő
0–1 év	Többszöri interaktív padlójáték	12–17 óra	Kerülendő
1–5 év	Min. 180 perc mozgás	10–13 óra	Max. 1 óra
6–18 év	Napi 60 perc intenzív mozgás	8–11 óra	Max. 1–2 óra

Óvodáskorban (3–6/7 év) napi legalább három óra változatos mozgás javasolt, különböző intenzitásban. Fontos a természetes mozgásformák fejlesztése: járás, futás, ugrás, mászás, labdázás, rollerezés, úszás, tánc. A cél a mozgás megszerettetése és az alapvető mozgáskészségek fejlesztése. Az intézményi háttér – testnevelési foglalkozások, szabadterei játék, családi programok – kulcsszerepet játszik.

Iskolás- és serdülőkorban (6–17 év) napi min. 60 perc közepes vagy intenzív, döntően aerob mozgás ajánlott, heti három alkalommal izom- és csonterősítő tevékenységgel kiegészítve. A fizikai aktivitás elősegíti a megfelelő csontfejlődést, javítja a testösszetételt és támogatja a mentális egészséget. Külön figyelmet kell

Kérem, hogy minden páciensnek ajánlják a rendszeres mozgást, az egészséges étkezés, pihenés és képernyőkerülés mellett. Csatlakozzanak a programhoz, helyi mozgáslehetőségek felderítésével, együttműködések kialakításával, pácienseink egészségéért.

Részletek:



mozgasreceptre



info@mozgasreceptre



mozgasreceptre.hu

Dr. Szabó Szende Borbála, Dr. Csákányi Zsuzsanna PhD.

Korszerű terápiás szemlélet az antibiotikum-rezisztens kórokozók ellen

Az antibiotikumok tudatos és megalapozott indikációval történő alkalmazása napjainkban kiemelt jelentőséggel bír, mivel a nem megfelelő használatuk elősegíti az antibiotikum-rezisztens baktériumtörzsek kialakulását és terjedését. Az orális antibiotikumok alkalmazása preventív és adjuváns céllal hozzájárulhat a mikrobiom egyensúlyának fenntartásához, ezáltal csökkentve a túlzott antibiotikum-használatot, támogatva az antimikrobiális rezisztencia elleni küzdelmet.

Antibiotikum-rezisztencia napjainkban

Az antibiotikumok hatásának csökkenése, antibiotikum-rezisztens kórokozók (ARK) gyakoriságának növekedése napjaink egyik legsúlyosabb globális egészségügyi fenyegetése, amelyet a túlzott és helytelen antibiotikum-használat és a nem megfelelő fertőzéskontroll okoz.^[2]

A NEAK adatbázisa alapján az ARK okozta hospitalizációval összefüggő fertőzések incidenciája a 2013-ban mért 17,9-ről 2021-re 40,1-re növekedett.^[3]

A megelőzés, tudatos antibiotikum-használat és a felírás szabályozása kulcsfontosságú, a szakterületek közötti együttműködés elengedhetetlen és sürgető.

Kooperációs projekt munka a Magyar Fül-orr-gége és Fej-, Nyaksebész Orvosok Egyesülete Gyermek Fül-orr-gégészeti Szekciója (MFOE) és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE) között az alapellátás és a szakellátás szakmai együttműködésének optimalizálására

A gyermekek napjainkban a fő antibiotikum-fogyasztók csoportjába tartoznak. A felső légúti fertőzések (FLF) gyakoriak, és ezek kezelése során sokszor kerül sor antibiotikum felírására, olykor indokolatlanul. Egy korábbi felmérés alapján éves szinten átlagosan a háziorvosok írják fel a legtöbb antibiotikumot, őket a fül-orr-gégészek követik a rangsorban.^[4]

A fentiekre alapozva fontosnak tartottuk a szakmai párbeszéd kialakítását a házi gyermekorvosok, gyermekgyógyászok és a gyermek fül-orr-gégészek, valamint a fül-orr-gégészek között. Hiánypótló kezdeményezést indítottunk, amelynek alapja a szakmák közötti rendszeres konzultáció, közös protokollok és egységes terápiás irányelvek alkalmazása a határterületünket érintő gyermekbetegségekben. Célunk a túlzott antibiotikum használat csökkentése, valamint a sürgősségi ellátást igénylő kórképek időben történő felismerésének

elősegítése az érintett gyermekek megfelelő ellátást nyújtó centrumba irányításával. A kitűzött célok megvalósulásához a kisgyermekes családok edukációja alapvető, melyre fokozott figyelem irányul a jövőben.

A házi gyermekorvosok megkapták azt a kérdőívet, amely a jelenlegi hazai alapellátás személyi és tárgyi felépítésére, az antibiotikum-felírási szokásokra, az akut otitis media kezelésének irányelveire vonatkozik. A gyakorló gyermekorvosoknak 2025. júliusától Oftex-tanfolyam keretein belül is lehetőségük nyílik otoszkópos gyakorlaton részt venni a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet fül-orr-gégészeti ambulanciáján, ahol hasznos gyakorlati tudásra tehetnek szert. Elindult a leggyakoribb fülészeti kórképeket és azok korszerű ellátását ismertető webinársorozat is, amely továbbra is megtekinthető a HGYE oldalán. Közös célkitűzésünk a betegellátás minőségének javítása, a szövődmények csökkentése és az antibiotikum-rezisztencia mérséklése.

Leggyakoribb antibiotikum-felírást generáló gyermekkori határterületi infekciók és következményeik korszerű irányelvek szerinti kezelése

Az akut rinoszinuszitisz (ARS) és az akut gennyes középfülgyulladás (AOM) az antibiotikum-felírás vezető okai, azonban tanulmányok eredményei támasztják alá, hogy az azonnali antibiotikus kezelés nem csökkenti a korai szövődmények kialakulásának kockázatát.

A túlzott antibiotikum-alkalmazás nemkívánatos következményei az utóbbi években a terápiás stratégiák átgondolását indította el, szemléletváltást hozva a felső légúti infekciók és következményeik kezdeti kezelésében. Ezzel kapcsolatosan utalunk a vonatkozó szakmai irányelvek útmutatásaira.^[5]

Az új szakmai irányelv alapján AOM esetén bár 6 hónapos kor alatt mindenképpen antibiotikumadás szükséges, 6 hónapos kor felett megengedhető a kezdeti obszerváció, és eltekinthetünk az antibiotikum azonnali adásától az egyébként egészséges 2 év alatti gyermekek egyoldali, valamint a 2 éves vagy annál idősebb gyermekek kétoldali, nem súlyos AOM-epizódja (4–6 óránként adott fájdalomcsillapítóval csillapítható fülfájás és 39 °C alatti láz) esetében. A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy az AOM tünetei 24–72 órán belül az esetek közel 90%-ában spontán javulnak. A szövődmények ritkák, általában jól felismerhető tünetekkel járnak, és időben felismerve, megfelelő

kezelés mellett jól gyógyíthatók. Az ARS esetében a rendszeres sóoldatos orrmosástól várható gyors tüneti enyhülés, amely 3 éves kortól többnyire jól alkalmazható. A kezelés szükség esetén nazális szteroid alkalmazásával is kiegészíthető.^[6]

A hazai antibiotikumrezisztencia-adatok lehetővé teszik a leghatékonyabb antibiotikum kiválasztását. A *S. pneumoniae* és *S. pyogenes* fertőzések esetén továbbra is a penicillin és a cephalosporinok javasoltak, makrolidok esetén 28,3%-os rezisztenciával számolhatunk.^[7] A spontán perforált középfülgyulladásokat leggyakrabban okozó kórokozók a *H. influenzae* és a *M. catarrhalis*.^[8] *H. influenzae* fertőzés esetén az amoxicillin-klavulánsav csak emelt dózisban hatékony. Mindkét kórokozó esetén magasabb a rezisztencia makrolidokkal szemben.^[7]

Orálszteroidok – terápiás és preventív lehetőség

Az orálszteroidok – jellemzően élő, jótékony baktériumtörzset tartalmazó készítmények – egyre nagyobb figyelmet kapnak az orvostudományban, különösen a gyermekkori visszatérő FLF megelőzésében és kiegészítő kezelésében. Fontos azonban kiemelni, hogy csak igazolt hatású probiotikumtörzset érdemes választanunk!

Egyik legjelentősebb tanulmány a Maya Barrios-féle, amelyben a *Limosilactobacillus reuteri* ATCC PTA 5289 és DSM 17938 törzsek (Pharax) hatékonyságát és biztonságát vizsgálták 6 hónap és 5 év közötti tonsillopharyngitisben szenvedő gyerekeken. Az egyik csoport 2x5 csepp orálszteroid készítményt kapott a tüneti kezelés mellett, a placebo csoport pedig placebo készítményt hasonló dózisban. Kiderült, hogy azoknál a gyerekeknél, akik orálszteroidot használtak a tüneti kezelés mellett, a lázas napok száma kevesebb volt, a torokfájás

intenzitása hamarabb csökkent, az általános náthás panaszok is gyorsabban enyhültek.^[5]

2014-ben Gutiérrez-Castrellón randomizált, kontrollált tanulmányába 6–36 hónapos egészséges gyerekeket vontak be. Az egyik csoport 3 hónapon keresztül *L. reuteri* DSM 17938-tartalmú készítményt kapott preventív céllal. A 3. és 6. hónapnál végzett felmérések azt bizonyították, hogy a probiotikummal ellátott csoportban csökkent az FLF-epizódok száma, időtartama, és ezzel összefüggésben a szülő gyermekápolási betegszabadságának mértéke is. Mindezek mellett szignifikánsan csökkent a házi orvosi vizitek száma és az antibiotikumhasználat mértéke a placebo csoportéhoz viszonyítva.^[9]

A fentiek alapján kijelenthetjük, hogy a célzott probiotikumalkalmazás hatásos terápiás és preventív szempontból is.

Következtetés

Az antibiotikum-rezisztencia világszintű egészségügyi fenyegetéssé vált, amely a fertőző betegségek hatékony kezelését veszélyezteti. A probléma leküzdéséhez elengedhetetlen az alapellátásban és szakellátásban dolgozók szoros együttműködése. Az egységes, bizonyítékokon alapuló kezelési protokollok alkalmazása, a célzott diagnosztika, valamint az antibiotikumok körültekintő, indokolt használata csak összehangolt munkával, az ellátási szintek közötti megfelelő kommunikációval és az adatmegosztás javításával érhető el. Az orálszteroidok alkalmazása preventív és adjuváns céllal hozzájárulhat a mikrobiom egyensúlyának fenntartásához, ezáltal csökkentve a túlzott antibiotikumhasználatot, támogatva az antimikrobiális rezisztencia elleni küzdelmet.

A cikk közzétételét a Biogaia támogatta.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

BioGaia® PHARAX® Felső légúti fertőzésre



Természetes,
innovatív
gyógymód
torokfájásra

Étrend-kiegészítő
felnőtteknek és gyermekeknek

40%-kal rövidebb ideig tartó tünetek

- Kevesebb torokfájás
- Kevesebb lázas nap
- Gyorsabb gyógyulás
- ✓ Már az első tünetektől
- ✓ 6 hónapos kortól – az egész családnak
- ✓ 10 napig tartó kúra – a mikrobiom helyreállítása és egyensúlyának fenntartása érdekében

Dr. Kovács Zsuzsanna | ny. házi gyermekorvos, Budapest

Allergia és zaklatás - a gyermekkori allergiák mentális hatásai

Referátum

Brittany Vargas | May 01, 2025

<https://www.medscape.com/viewarticle/allergic-and-bullied-mental-cost-childhood-allergies-2025a1000ani?form=fpf>

Az Egyesült Államokban az iskolai zaklatás igen nagy probléma, az országos statisztikai adatok szerint pl. 2024-ben a 6–18 éves korosztályban minden negyedik gyermek szenvedett emiatt.

A *Pediatric Allergy and Immunology* című folyóiratban megjelent új tanulmány kimutatta, hogy bizonyos állapotok, így az ételallergiák növelték a gyermekek zaklatásának kockázatát. „Az ételallergia kezelésénél nagy hangsúlyt fektetünk a fizikai biztonságra, pedig a gyermek mentális, érzelmi és társadalmi egészsége ugyanolyan figyelmet érdemel” – mondta dr. Lisa Bartnikas, a Harvard Egyetem gyermekgyógyász adjunktusa, a tanulmány első szerzője. Azok a gyerekek, akik zaklatás áldozatai lettek az allergiájuk miatt, gyakrabban szenvedtek mentális problémák, szorongás miatt is, és körükben az asztma is gyakrabban fordult elő, mint az ettől megkímélt kortársaik között. A zaklatás többnyire az iskolában vagy annak környékén történt, és főleg iskolatársak követték el, de a válaszadók nagyjából negyede tanártól vagy az iskolai személyzet egyéb tagjától szenvedett.

Bartnikas és kollégái ételallergiás szülők és gyermekeik körében végeztek felmérést. A válaszadókat a Bostoni Gyermekkorházról és közösségi médiafelületekről toborozták. (Megjegyzendő, hogy a vizsgált gyermekek az átlagosnál jobb szociális környezetből származtak.) A közel 300, 5–17 éves gyermek valamivel több mint egyharmada számolt be arról, hogy ételallergiája miatt zaklatták. A felmérés szerint a bántalmazott gyermekek körülbelül 31%-ánál diagnosztizáltak szorongásos zavart, a zaklatástól megkímélték körében ez mindössze 9%-nál fordult elő. A zaklatás fokozott kockázatával összefüggésben egyéb allergiás állapotok – asztma, atópiás dermatitisz, ételfehérje által kiváltott enterokolitisz-szindróma is észlelhetők voltak. Azok a gyerekek, akik súlyos vagy látványos tüneteket mutattak, nagyobb valószínűséggel

váltak áldozattá. Az esetek között szerepelt az allergiát kiváltó ételnek a gyermek arca előtti lengetése (29%), a gyermekre dobása (19,4%), hozzáérintése (12,9%) vagy az ételébe helyezése (6,5%), emellett a gyermek tárgyainak rongálása (12,9%), fizikai támadás (9,7%). A gyermekek ugratást, társadalmi kirekesztést, fenyegetést és róluk szóló pletykák terjesztését is tapasztalták.

A tanulmány a korábbi szakirodalmi adatokkal egybehangzóan kimutatja, hogy az ételallergiájuk miatt bántalmazott gyerekek életminősége romlik. A klinikusok, a családok és az iskolák együttműködése szükséges ahhoz, hogy kiderüljenek az érintett gyermekek mentális egészségügyi problémái, megvalósuljon ezek kezelése és a kialakuljanak azok a stratégiák, amelyek megvédik a gyermekeket a zaklatástól – hangsúlyozza Bartnikas.





Aksolin[®]
amoxicillin + klavulánsav

KLAVULÁNSAV

INSPIRÁCIÓ
a természet
megóvására

AKSOLIN

AMOXICILLIN

SZOLUBILIS,
azaz vízben oldódó

Fenntartható megoldás az infekciók kezelésére



RICHTER GEDEON

Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., www.gedeonrichter.com
Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Mellékhatás / nemkívánatos esemény bejelentése és orvosszakmai kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; medinfo@richter.hu.
Document ID: KEDP/DAD79Z, Lezárás dátuma: 2025.10.03.



Aksolin® 400 mg/57 mg/5 ml por belsőleges szuszpenzióhoz
https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=151093

A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2025.03.01.

Teljes ár/TB támogatás/Térítési díj:

(1x35ml üvegben): 883 Ft/187 Ft/696 Ft;
Eü. 50%: 883 Ft/374 Ft/509 Ft,
(1x70ml üvegben): 1741 Ft/374 Ft/1367 Ft;
Eü. 50%: 1741 Ft/749 Ft/992 Ft



Aksolin® 875 mg/125 mg por belsőleges szuszpenzióhoz tasakban
https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=143122

A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2023.04.24.

Teljes ár/TB támogatás/Térítési díj:

2604 Ft/651 Ft/1953 Ft



Aksolin® 875 mg/125 mg filmtabletta
https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=143120

A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2023.04.24.

Teljes ár/TB támogatás/Térítési díj:

2604 Ft/579 Ft/2025 Ft

Dr. Kovács Zsuzsanna | ny. házi gyermekorvos, Budapest

WHO-„ébresztő”: 25 éve nem látott rekordot döntött a kanyaró Európában

Referátum

Dr Sheena Meredith | March 14, 2025

<https://www.medscape.com/viewarticle/who-wake-call-measles-europe-highest-25-years-2025a100067m>

A WHO jelentése szerint az európai régióban a kanyarós esetek száma az elmúlt 25 év legmagasabb szintjére emelkedett. Európában a 2024-ben jelentett esetszám 127 350 volt, ami a globális kanyarós esetek (359 521 fő) egyharmadát tette ki.

A WHO európai régiója 53 európai és közép-ázsiai országot foglal magába. Dr. Hans Henri Kluge – a WHO európai regionális igazgatója – egy sajtóközleményben kijelentette: „Ébresztő! A kanyaróvírus soha nem nyugszik, a kanyaró visszatért! Minden országnak fokoznia kell erőfeszítéseit az alullott közösségek elérése érdekében.”

A régióban a kanyaró előfordulása 1997 óta csökkenőben volt, 2016-ban elérte a legalacsonyabb, 4440 esetszámot, 2018-tól azonban ismét emelkedni kezdett. Az idei előzetes adatok szerint 38 haláleset történt, és a jelentett esetek több mint fele kórházi kezelést igényelt.

Dragan Jankovic – a WHO Európai Regionális Irodájának védőoltással megelőzhető betegségekért és immunizációért felelős tisztviselője – szerint: „A kanyaróvírus kivételesen fertőző, és bármikor újra megjelenhet, még azokban az országokban is, ahol már teljesen felszámolták a betegséget. A csökkenő oltási arányok legfiatalabbakat veszélyeztetik, a jelentett esetek több mint 40%-át tették ki az 5 év alatti gyermekek. Az egészségügyi dolgozók az élvonalban védik a lakosságot ettől a halálos betegségtől, mely ellen egyetlen védelmet a védőoltás nyújt.” Jankovic kihangsúlyozta, hogy „az egészségügyi dolgozók kritikus szerepet játszanak a gyanús és különösen a megerősített esetek felderítésében és jelentésében.” Ezért a WHO minden egészségügyi dolgozót arra ösztönöz, hogy eleve- nítse fel ismereteit a kanyaró korai, a kiütések megjelenése előtti jeleivel, beleértve az enyhe lázat, a szemvörösséget. Vizsgáljon ki és jelentsen minden gyanús esetet, és hozza meg a szükséges intézkedéseket a terjedés megelőzése érdekében.

Dr. Sabrina Bacci – az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) védőoltással megelőzhető betegségekért felelős vezetője – egyetértett azzal, hogy a 2024-es adatok arra utalnak, hogy „a kanyaró visszatért”. Elmondta, hogy bár

a COVID-19 világjárvány elleni intézkedések korai szakaszában szokatlanul alacsony volt a kanyaróaktivitás, 2023-tól viszont nőtt az esetek száma. 2024-re az adatok „egyértelműen a vírus folyamatos terjedését jelzik a régióban olyan szinten, amelyet évek óta nem láttunk”. Ez annak ellenére történt, hogy az összes Európai Gazdasági Térség (EGT) országában a gyermekkori oltási program tartalmazza a járványos fültömírgy-gyulladás, morbilli és a rubeola elleni MMR-oltást. Az ECDC adatai azt mutatják, hogy a 2024-ben ezekben az országokban kanyaróval diagnosztizált személyek 80%-a nem volt beoltva. A legfrissebb adatok szerint 2024 eleje és 2025 eleje között 32 265 embernél diagnosztizáltak kanyarót a EU 27 tagállamában. „Az EU/EGT tagállamai által jelentett esetszámok azt mutatják, hogy időszakos járványok várhatók, hacsak nem növekszik az oltási lefedettség oly módon, hogy az oltásra jogosult lakosság legalább 95%-a két adag MMR-vakcinát kapjon” – tette hozzá. Bár a kanyarót, klaszszikusan gyermekkori betegségnek tekintik, az ECDC legfrissebb havi jelentése szerint a legutóbbi járványban az esetek 27%-a 15 éven felülieknél fordult elő – tette hozzá Bacci.

ECDC-ajánlások:

- A közegészségügyi hatóságoknak növelniük kell a kanyaróval kapcsolatos tudatosságot.
- Az egészségügyi dolgozókat naprakészen kell tájékoztatni a helyi epidemiológiai helyzetről, valamint a kanyaró klinikai megjelenéséről (pl. életkori eltolódás a fiatal felnőttek felé).
- A kórházakban és a háziorvosi rendelőkben a lázzal és kiütéssel járó esetek kezelésére vonatkozó protokollokat felül kell vizsgálni.
- A kanyaró elleni oltás ellenőrzésének és frissítésének rutin-szerű gyakorlatnak kell lennie az általános egészségügyi, valamint az utazások előtti vizsgálat során.
- Az utazás utáni diagnosztikai folyamat során láz és kiütés esetén kanyaró lehetőségére is gondolni kell.
- Az egészségügyi szakembereknek teljes körű oltással kell rendelkezniük.

Agitáció, agresszió ellátása

I. Általános jellemzők

agitáció: extrém fokú pszichés izgatottság, motoros nyugtalanság jellemzi

- kísérheti
 - fokozott verejtékezés, palpítáció, hiperventiláció
 - érzelmi hullámlás, szorongás
- eszkalálódhat
 - erőszakos magatartásba (önmaga, mások irányába)
 - szuicid kijelentésekbe, cselekménybe

agitáció hátterében álló 2 fő tényező az organikus vagy pszichés ok

- organikus eredetre utal:
 - hirtelen kezdet
 - kórelőzményben mentális betegség nem szerepel
 - tünettant megelőzte trauma vagy görcs
- pszichés eredetre utal:
 - kórelőzményben ismert (kezelt) mentális betegség
 - tünetek fokozatosan súlyosbodnak
 - hallucinációk, tévpercepciók dominálnak
- ellátási alapelv, hogy először mindig a legkevésbé korlátozó technikákat alkalmazzuk (verbális vezetés), majd ezek sikertelensége esetén a korlátozóbb beavatkozások (fizikális, gyógyszeres) jönnek szóba

II. Leggyakoribb okok (kivizsgálási algoritmust lásd hypnoid tudatzavarok ajánlásnál!)

- belszervi
 - toxin/drog/alkohol indukálta epizód
 - hypoglycaemia
 - agyi hypoxia
- neurológiai
 - KIR-infekció, autoimmun encephalitis
 - koponyatrauma, stroke
- pszichés
 - tranziens epizód (pl. pszichoszociális krízis)
 - affektív zavar (pl. bipoláris zavar mániás epizód)
 - skizofrénia

III. Gyógyszeres kezelés alapjai

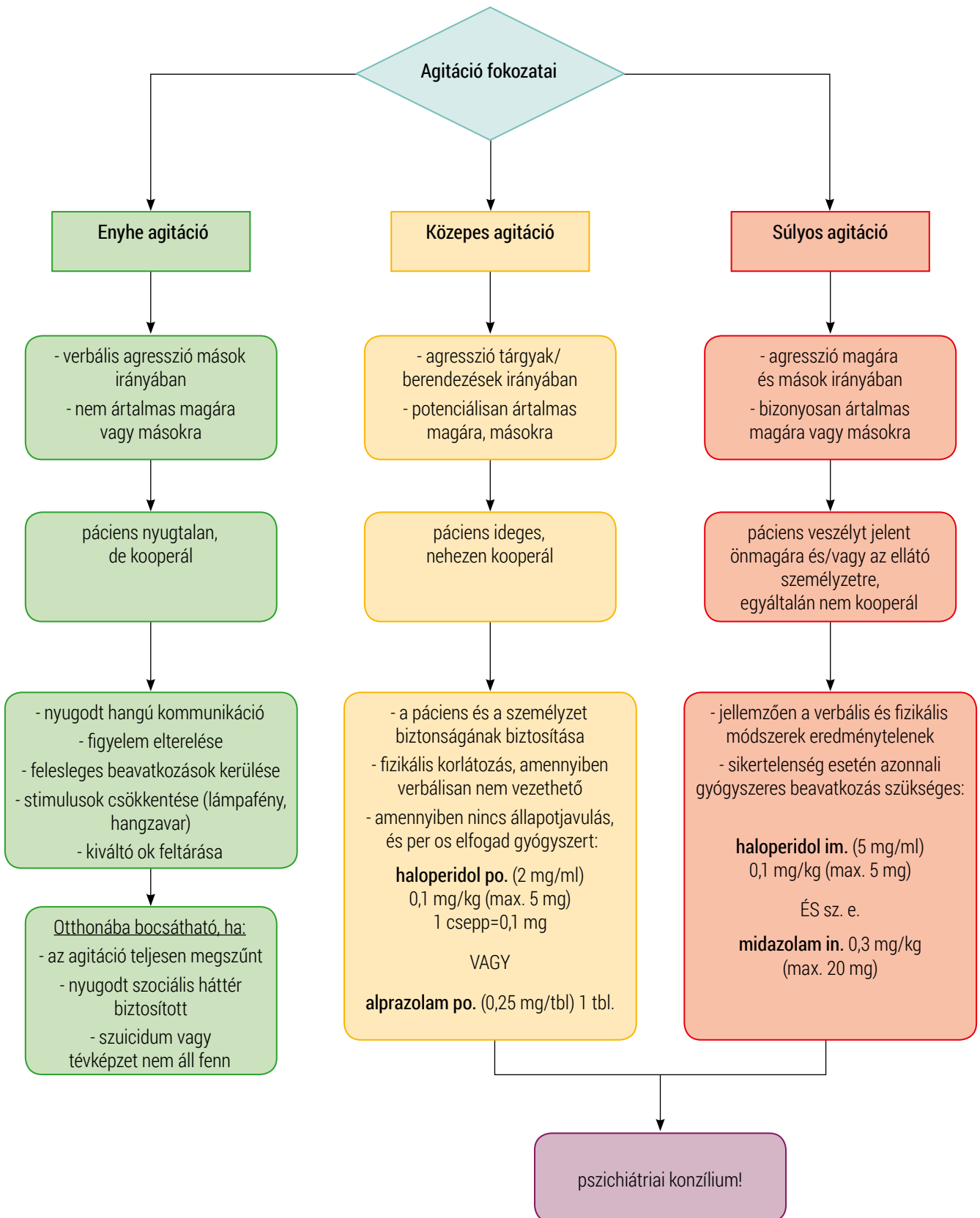
- antipszichotikum/neuroleptikum – haloperidol – 0,1 mg/kg (max. 5 mg)
 - kisserelés: gutt. haloperidol (2 mg/ml) po. vagy inj. haloperidol (5 mg/ml) im.
 - klasszikus mellékhatás: extrapiramidális mozgászavarok (tremor, akathisia, dystonia)
 - mellékhatás csökkentése: Akineton (biperiden) 2 mg/tbl po. vagy inj. 5 mg/ml im.
 - ritka mellékhatás: kamrai aritmia (pl. torsades de pointes), neuroleptikus malignus sy.
 - kontraindikáció: hosszú QT-szindróma!
- szorongáscsökkentők/benzodiazepin
 - alprazolam po. (Frontin 0,25 mg/tbl) – 1 tbl.
 - midazolam iv. 0,2 mg/kg (max. 10 mg), in. 0,3 mg/kg (max. 20 mg)
 - mellékhatás: légzésdepresszió, hypotensio

IV. Ellátási algoritmus

Az Ellátási algoritmus a következő oldalon!



IV. Ellátási algoritmus



Források:

A gyermek- és serdülőkori akut mentális tünetek, viselkedési problémák sürgősségi ellátása. Egészségügyi szakmai irányelv, 2018.

Nagy A. – Bognár Zs.: Gyermeksürgősségi ellátás, Medicina, 2023.

Children's Healthcare of Atlanta – Agitation/Aggressive Behavior (Clinical Practice Guideline, 2016)

[Gyermekek egészségügyi ellátása Atlantában – Izgatottság/agresszív viselkedés. Klinikai gyakorlati irányelv, 2016.]

Görcsroham, status epilepticus

I. Általános jellemzők

- görcsroham: excesszív-hiperszinkron idegkiszülések, amelyek nem tudatos motoros, szenzoros, vagy vegetatív aktivitással járó rosszuléthez vezetnek
- convulsio: motoros aktivitással kísért görcsroham
- status epilepticus: egybefüggően 5 percet meghaladó görcsroham
VAGY 2 roham között nem történt tudati feltisztulás
 - korai status epilepticus: 5–30 perc
 - kifejtett status epilepticus: > 30 percet meghaladó roham
 - refrakter status epilepticus: nem idő függvénye
 - 2× alkalmazott benzodiazepin, 1× másodvonalbeli görcsgátló után is fennáll

II. Görcsroham etiológiája

- lázgörcs
 - 6 hónapos–6 éves kor között, jellemzően vírusinfekció okozza
 - láz nem közvetlen kiváltója (háttér: gyulladáshoz vezető mediátorok)
 - egyszerű lázgörcs: 5 percnél rövidebb ideig tart, 24 órán belül nem ismétlődik, generalizált roham, nincs neurológiai maradványtünet
 - komplikált lázgörcs: 5 percnél tovább tart, 24 órán belül ismétlődhet, lehet generalizált vagy fokális jellegű roham, előfordulhat neurológiai maradványtünet
- epilepszia betegség
- neuroinfekció (meningitis, encephalitis)
- metabolikus eltérések (hypoglycaemia, hyponatremia, hyperammonemia, uremia)
- intoxikáció
- strukturális agysérülés (koponyatrauma, stroke)

III. Görcsroham lehetséges szövődményei

- A: légútvesztés – a leggyorsabban kialakuló probléma!
- B: nyúltvelői légzésdepresszió
- C: hypoxiás keringés-összeomlás
- D: neuronpusztulás
- E: traumás szövődmények

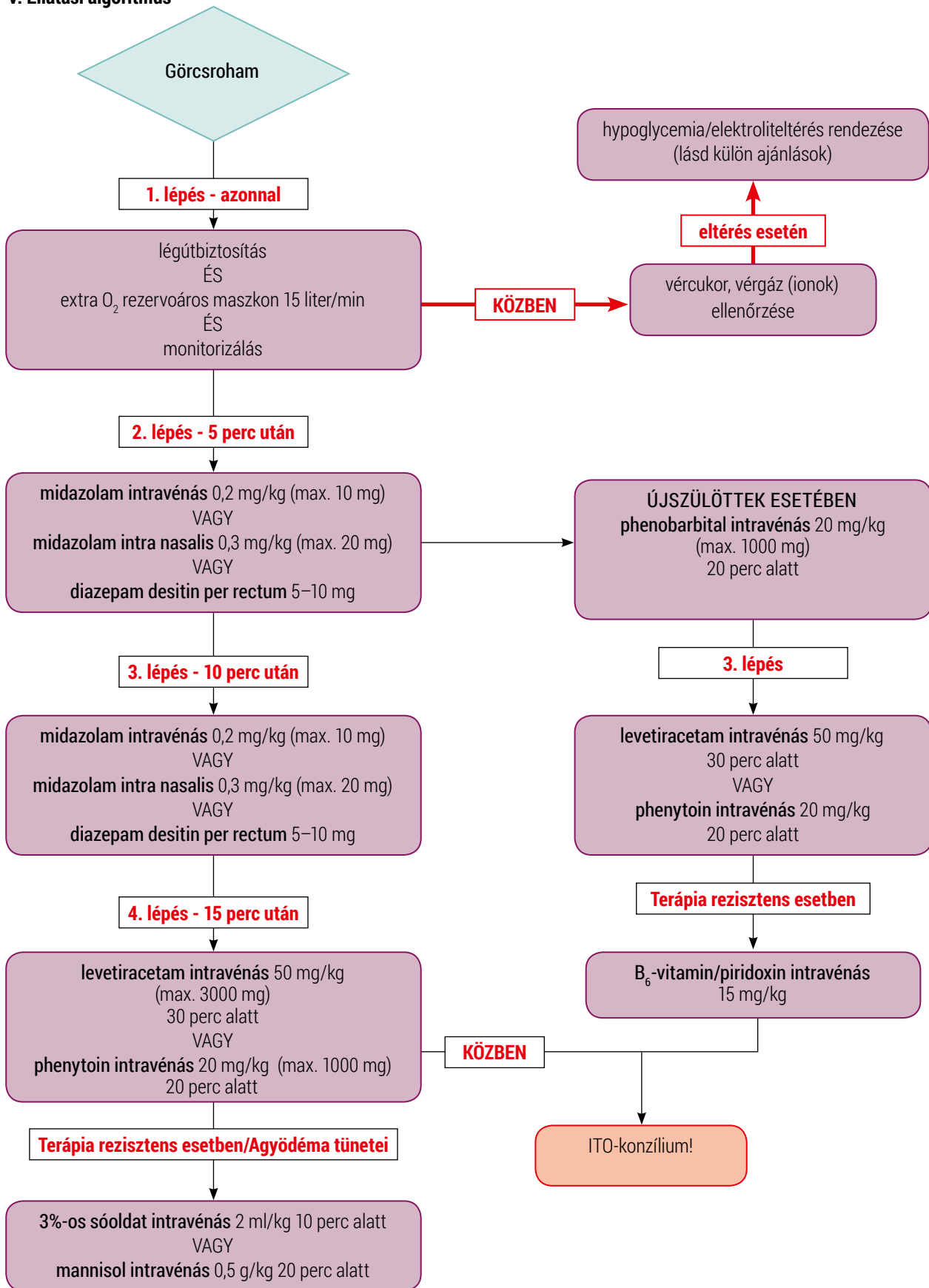
IV. Kezelés alapjai

- 1. vonalbeli gyógyszerek – benzodiazepin (<28. életnap)
 - midazolam iv. 0,2 mg/kg (max. 10 mg), in. 0,3 mg/kg (max. 20 mg)
 - diazepam desitin pr. 5 mg (15 kg – 2 éves kor alatt), 10 mg (15 kg – 2 éves kor felett)
 - mellékhatás: légzésdepresszió, hypotensio
- 1. vonalbeli gyógyszerek – barbiturát (<28. életnap)
 - phenobarbital iv. 20 mg/kg (max. 1000 mg) – 20 perc alatt
 - mellékhatás: légzésdepresszió, hypotensio
- 2. vonalbeli gyógyszerek – antiepileptikumok
 - levetiracetam iv. 50 mg/kg (max. 3000 mg) – 30 perc alatt
 - mellékhatás: AV átvezetést nyújtja
 - phenytoin iv. 20 mg/kg (max. 1000 mg) – 20 perc alatt
 - mellékhatás: bradiaritmia, hypotensio, paravasatio esetén szöveti nekrozis

V. Ellátási algoritmus

Az Ellátási algoritmus a következő oldalon! →

V. Ellátási algoritmus



Források:

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

[EPALS – Specifikus gyermekgyógyászati sürgősségi esetek kezdeti kezelése. ERC-irányelvek, 2021.]

The Royal Children's Hospital Melbourne – Afebrile seizures. Clinical Practice Guidelines, 2021.

[Melbourne-i Királyi Gyermekkorház – Láz nélküli rohamok. Klinikai gyakorlati irányelvek, 2021.]

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

Dr. Kereki Judit PhD. | közgazdász, gyógypedagógus, igazgató, CSBM Gyermekút Módszertani Központ, Budapest

Komplexitás és együttműködés: a kora gyermekkori intervenció elméleti és gyakorlati aspektusai I.

A kora gyermekkori intervenció kérdéskörének az ellátási út tükrében való bemutatása egyrészt megkívánja a téma megfelelő elméleti keretbe helyezését, másrészt a sokoldalú gyakorlati megvalósítás ismertetését. A téma jelentőségére és átfogó jellegére való tekintettel a szöveget két részletben közöljük. Jelen első rész tartalmazza a kora gyermekkori intervenció elméleti összefüggéseit a nemzetközi és hazai szakirodalom tükrében. A következő lapszámban megjelenő második rész a kora gyermekkori intervenció ellátórendszer működését, a szabályozott gyermekutakat mutatja be, valamint az utóbbi években a témában zajló projekteknek az ágazatközi, interdiszciplináris/interprofesszionális együttműködések megerősítésére irányuló legfontosabb fejlesztéseit, különös tekintettel az egészségügyi és a pedagógiai ellátások és szolgáltatások összekapcsolására.

A kisgyermek, köztük a speciális támogatást igénylő gyermekek és családjai a kora gyermekkori intervenció rendszerében kapják meg azokat az ellátásokat, szolgáltatásokat, amelyek sajátos szükségleteik alapján megilletik őket. A korai életszakaszban nyújtott prevenció és intervenció tevékenységek kiemelt jelentőségűek a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak megerősítése a gyermek és család szociális befogadása szempontjából. Minél korábban felismerik egy gyermek fejlődésbeli problémáját, és eljut a szükségleteinek megfelelő ellátásba, annál eredményesebb a segítségnyújtás. Ugyanakkor a korai beavatkozások kedvező gazdasági hozadéka is vitathatatlan. A kora gyermekkori intervenció finanszírozása társadalmi szempontból egy olyan humántőke-beruházás, amelynek nyereségei között nemcsak az érintett gyermek és családja életminőség-javulása azonosítható, hanem az a társadalmi haszon is, amely a gyermek későbbi életszakaszában az elmaradó, szükségtelenné váló állami ráfordításokból takarítható meg.

Fogalmi keretek

A nemzetközi szakirodalomban a kora gyermekkori intervenció fogalmának többféle megközelítése létezik. Jellemzően olyan széles körű szolgáltatáscsomagként jelenik meg – beleértve

a speciális ellátások, szolgáltatások körét –, amely a fogantatástól vagy a születéstől a gyermek bizonyos életkoráig (0–3 vagy 5–7) éves korig) a gyermekre és családjára irányul annak érdekében, hogy a gyermek fejlődési lehetőségei minél inkább kiteljesedjenek, és a család, a szülők kompetenciái megerősödjenek. Ezzel párhuzamosan használják a *korai intervenció* kifejezést, amely vagy megegyező tartalommal bír az előzővel, vagy annak a részét képezve jelenik meg. Az egészségügyben és – nemegyszer a szociális rizikóval összefüggésben – a mentális egészséggel kapcsolatos tematikában alkalmazzák, jellemzően az időben történő beavatkozásokat értve alatta.

Az ellátási szükségletek felől közelítve a kora gyermekkori intervenció célcsoportján leggyakrabban a megkésett fejlődésű, illetve a diagnosztizált fogyatékos, valamint a megkésett fejlődés vagy fogyatékos kockázatának kitett gyermekeket és családjaikat értik, ahol a (speciális) szolgáltatások egy meghatározott életszakaszban a gyermek fejlődésének, jóllétének és közösségi részvételének támogatására, valamint a család, a szülők kapacitásának, kompetenciáinak növelésére irányulnak. A nemzetközi gyakorlatban tágul a fogalom értelmezése és a célcsoportok köre is bővül, akár a környezeti okok miatt veszélyeztetett, a pszichológiai és szocioemocionális problémákat mutató, a tehetséges, vagy éppen a bevándorló csoportok gyermekeinek és családjaiknak bevonásával. A skandináv országokban a külön definiált csoportok helyett a kora gyermekkori nevelés (és gondozás) gyűjtőfogalom keretében, inkluzív szemléletben gondolkodnak a speciális szükségletű kisgyermek ellátásáról.

A hazai megközelítésben a fogalom tágabb felfogását használjuk, az időtávot és a célcsoport szükségleteit tekintve is szélesre nyitva az értelmezési tartományt.¹ E szerint a kora gyermekkori intervenció magában foglalja a pre-, illetve perikonceptcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és a családjaikra irányuló ellátások szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. Rendszerként tekintve a szűrés

¹ A European Agency for Development in Special Needs Education (2010) korábbi meghatározását, hazai definíciók evolúciójának eredményeit, valamint a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztását figyelembe véve egyre összetettebbé vált a meghatározás.

szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve az állapotmegismerésen, diagnosztizáláson keresztül felöleli a különböző rehabilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és korai fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását.

Az ellátotti kör vonatkozásában is széles az értelmezés, e szerint a kora gyermekkori intervenciók ellátások, szolgáltatások minden gyermekre és családjaikra irányulnak. Ezen a körön belül különböző speciális szükségletű alcsoportok különíthetők el, amelyek egymást átfedő halmazokat alkotnak. Az alcsoportok azonosításánál a nemzetközi gyakorlatot, a hazai tapasztalatokat és a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztását is figyelembe vettük, amely meghatározza azoknak a gyermekeknek a körét, akik plusz szolgáltatásokra jogosultak.² Így a célzott körbe beletartoznak 1.) a biológiailag érintett gyermekek (a fejlődési rizikóval született, megkésett, eltérő fejlődésű, fogyatékos, krónikus betegséggel élő, illetve ritka betegséggel élő gyermekek); 2.) a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny gyermekek; 3.) a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek, illetve 4.) a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik. A teljeskörűség gondolata tehát tartalmazza a differenciált megközelítést is, amely ezeknek a gyermekcsoportoknak, illetve családjaiknak a különböző szükségletei felől ragadja meg a prevenció, illetve intervenció tevékenységek tartalmát. Mindenesetre a célcsoportok további differenciálása, illetve a célcsoportok bővítése megfontolandó szempont.

A biológiailag érintett gyermekek csoportján belül a fogyatékos-sággal diagnosztizált gyermekekhez kapcsolódik a köznevelési fogalomrendszerben használt sajátos nevelési igény (SNI) kifejezés, amellyel lefedik a különböző fogyatékos-sági kategóriákat annak érdekében, hogy a megfelelő jogosultságot biztosítsák a gyermekeknek. Amennyiben a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának szakértői véleménye alapján a gyermek mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd-fogyatékos, több fogyatékos-ság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartás-szabályozási zavarral küzd, akkor sorolják ebbe a kategóriába. A sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása gyógypedagógusi kompetencia.

Szintén köznevelési fogalom a beilleszkedési tanulási és magatartási nehézség (BTM vagy BTMN) kifejezés. Azokat a különleges bánásmódot igénylő gyermekeket nevezzük beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel küzdőknek, akik a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottságának szakértői véleménye alapján az életkorukhoz viszonyítottan jelentősen alulteljesítenek, társas kapcsolati problémákkal, tanulási és magatartásszabályozási hiányosságokkal küzdenek, mind a közösségbe való beilleszkedésük, mind

személyiségfejlődésük nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősülnek sajátos nevelési igényűnek. Az ő ellátásukat fejlesztő pedagógusok végzik.

Többszintű hatásmechanizmus

A gyermeki fejlődést és magát a kora gyermekkori intervenció rendszerszemléletű megközelítését alapul véve három szinten értelmezhető a kisgyermekkorra irányuló prevenció és intervenció szolgáltatás- és programcsomag indokolt-sága és hatása: kedvező a kimenete a gyermek egyéni fejlődésére, a család, illetve a szűkebb és a tágabb környezet működésére, valamint a társadalmi és gazdasági folyamatokra nézve egyaránt.

Egyéni hatások: A korai életévekben a fizikai, lelki, kognitív és szociális fejlődést jelentősen meghatározzák a biológiai és környezeti tényezők. A fejlődő agy a környezetéhez alkalmazkodó komplex rendszer, az idegsejtek hálózatának szerveződése a genetikai adottságok és a környezetből nyert tapasztalatok közötti összetett interakciókon keresztül zajlik. A felnőttek gondoskodó, válasz-kész magatartása, a kiszámítható interakciók, a biztonságos, stabil kapcsolatokat nyújtó környezet, a növekedést segítő mennyiségileg és minőségileg is megfelelő szenzoros és mozgásos élmények segítik a kisgyermekek szilárd agyi struktúráinak, az összetett képességeknek, az egészséges szociális, érzelmi mintázatoknak a kialakulását, az ellenálló képesség megalapozását. A korai életévekben kialakuló érzelmi és fizikai egészség, a szociális készségek és a kognitív, nyelvi képességek pedig mind előfeltételei az iskolai vagy a későbbi munkahelyi és közösségi sikerességnek.

Ugyanakkor az első néhány életévben a legnagyobb a kisgyermekek sérülékenységének az esélye, hiszen a biológiai károsodások mellett a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági háttértényezők, környezeti hatások, az érzelmi, pszichés sebezhetőség hosszú távon jelentős mértékben befolyásolhatják egészséges fejlődésüket. Nem mindegy tehát, hogy milyen környezetben nő fel a gyermek, mennyire gondoskodóak azok a kapcsolatok, amelyek körbeveszik őt, illetve, hogy milyen az az ellátórendszer, amely kiépül köré, hogy időben felismerik-e az ő problémáját, és mielőbb hozzájut-e azokhoz a prevenció, intervenció ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz, amelyek egészséges fejlődése érdekében megilletik őt.

A gyakorlatban dolgozó szakemberek tapasztalatból tudják, hogy minél korábban azonosítják a kisgyermek megkésett, eltérő fejlődését és minél hamarabb jut el a számára megfelelő, szükségletalapú ellátáshoz, annál nagyobb eséllyel lesz eredményes a beavatkozás. Ezt támasztják alá a T-Tudok kutató-intézettel közösen végzett kutatás eredményei is, amelyek keretében 764 fő 0–6 éves életkorú, különböző ágazati ellátó intézményben terápiás, korai fejlesztő, rehabilitációs/rehabilitációs ellátásban részesülő gyermek bemeneti és kimeneti eredményeit vizsgáltuk meg. A gyermekek állapotjavulását befolyásoló háttértényezők pontos hatásának statisztikai becslését végeztük el, annak azonosítását, hogy mely tényezők azok,

² A jogszabály a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek három nagy csoportját különbözteti meg: a különleges bánásmódot igénylő, a hátrányos helyzetű, illetve halmozottan hátrányos helyzetű, valamint a tartós gyógykezelés alatt álló gyermekek csoportját. A különleges bánásmódot igénylő gyermekek közé tartoznak a sajátos nevelési igényű gyermekek; a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő, valamint a kiemelten tehetséges gyermekek.

amelyek leginkább kapcsolatba hozhatók a gyermekek pozitív kimeneteivel.³

A kapott eredmények azt mutatták, hogy a gyermekek állapotjavulására a vizsgált közel 30 változó közül négy tényező hat leginkább: az intézménybe való bekerülési életkor, a bekerülési állapot, a kezdőterápia heti óraszám, illetve a terápiás folyamatban való szülői részvétel. 1.) A legszorosabb összefüggést a bekerülési életkor mutatta. Minél korábban kerül be a gyermek az ellátásba, annál nagyobb az esélye az állapotjavulásra. Ha egy gyermek egy évvel később kerül ellátásba, mint hasonló állapotú társai, akkor szignifikánsan csökken az állapotjavulás esélye. 2.) A vártnak megfelelően a bekerülési állapot is erős összefüggést mutatott a kimenettel. Amennyiben egy gyermek középsúlyos állapotban kerül be az intézménybe, szignifikánsan kisebb esélye van az állapotjavulásra, mint enyhe állapotú társainak (az esély egy a háromhoz). A súlyosan és halmozottan sérült gyermekeknél ez a hatás még erősebb, egy a tízhez az esélyük a javulásra enyhe állapotú társaikhoz képest. 3.) Minél magasabb a kezdő terápiás folyamatban a gyermek (illetve családja) ellátására fordított heti óraszám, annál valószínűbb, hogy a gyermek állapota javul. 4.) Annak a gyermeknek, akinek a szülei az egész folyamat során részt vettek a terápiás foglalkozásokon, jelentősen nagyobb volt az esélye az állapotjavulásra, mint akinél legfeljebb egy terápiás szakaszban voltak benn a foglalkozásokon. Ez utóbbi eredmény megerősíti annak a szemléleti megközelítésnek a létjogosultságát, amely a családközpontségű, illetve a szülő és a szakember közti partneri együttműködést hangsúlyozza a kora gyermekkori intervencióban.

Hatások a család szintjén: A korai életszakaszban nyújtott prevenció és intervenció szolgáltatások nem csak az érintett gyermekek egyéni javulási esélyeit befolyásolják, a hatás a család szintjén is azonosítható. A szülők kompetenciái kiszélesednek, motiváltak lesznek abban, hogy gondoskodó és stimuláló otthoni környezetet biztosítsanak gyermeküknek és hatékony nevelési stílusokat alkalmazzanak. Megismerik a gyermeki fejlődés mérföldköveit, a különböző életkorokban elvárható neurotipikus fejlődési lépéseket és azokat a speciális kockázati tényezőket, amelyek a gyermekük esetében felmerülnek. Egyre jobban tudatosul bennük, hogy milyen erősségekkel, képességekkel rendelkezik a gyermekük, megtanulnak adekvátan reagálni szükségleteire. Segítségét kapnak abban, hogy integrálódjanak a közösség életébe, megismerik saját jogukat, és képessé válnak érdekeik hatékony képviselőivé. A gyermekek jólléte erőteljesen függ a körülöttük lévő, róluk gondoskodó személyek jóllététől. A családmegerősítést támogató szemlélet szerint az optimális fejlődés és jóllét nem magyarázható önmagában a rizikótényezők megelőzésével vagy kiküszöbölésével. A családokat megerősítő védőfaktorok támogatására, a családot körülvevő környezet, a helyi közösségek megerősítésére van szükség.

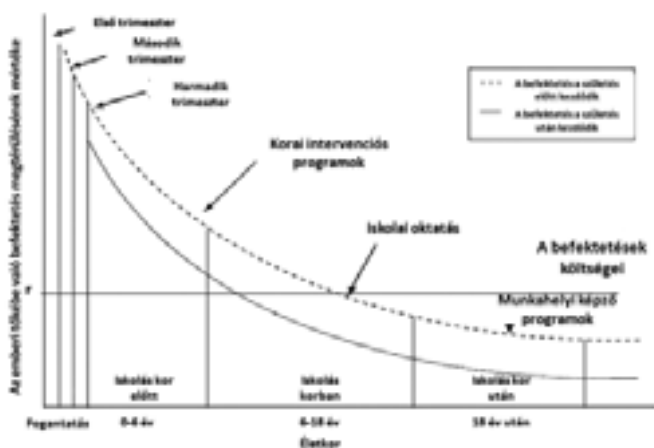
Az Egyesült Államokban a családmegerősítő törekvéseket a szakpolitika részévé tették. Öt fő védőtényező képezi részét ennek a megközelítésnek: 1.) a szülői reziliencia, 2.) a szociális

kapcsolatok, 3.) a szülőségről és a gyermeki fejlődésről való tudás, 4.) a szükséglet felmerülésekor időben nyújtott konkrét támogatás és 5.) a gyermekek szociális és emocionális kompetenciája. Egyes anyagokban a gondoskodó környezet és kötődés együttesét is beemelték a védőtényezők közé. A kialakulóban lévő HOPE keretrendszer illeszkedik az előzőekben ismertetett kulcstényezőkhöz, a pozitív mindennapi élmények erejére összpontosít, hogy elősegítse a gyermekek jóllétét. Magában foglalja a védőtényezőket, miközben beépíti azokat a pozitív tényezőket is, amelyek csökkentik a gyermekkori nehézségek hatásait és növelik a gyermekek esélyét a reziliencia és a különböző megküzdési stratégiák fejlesztésére. A HOPE négy területen azonosítja a pozitív gyermekkori élményeket, ezek a gondoskodó és támogató kapcsolatok, a biztonságos környezet; a társadalmi elkötelezettség és összetartozás érzése; a társadalmi és érzelmi kompetenciák.

Társadalmi, gazdasági következmények: A korai befektetések hosszú távú társadalmi és gazdasági hatásainak vizsgálata az 1960-as évekre nyúlik vissza, amikor az Amerikai Egyesült Államokban több olyan kora gyermekkori intervenció programot indítottak, amelyek különböző szociális és/vagy egészségügyi rizikóval élő kisgyermekcsoportra irányultak. A programok kezdetén, közben és a programot követően néhány évenként visszaméréseket végeztek, adatgyűjtést folytattak. Ezeknek a longitudinális vizsgálatoknak az eredményei alapján általánosságban elmondható, hogy a programban résztvevő gyermekcsoportok iskolai sikerességében, munkaerőpiaci kimeneteiben, a későbbiekben biztos családi háttérrel rendelkezők arányát tekintve, vagy akár a bűnelkövetések és a serdülőkorú anyaság gyakoriságát nézve hosszú távon kedvezőbb kimenetek voltak azonosíthatók, mint a kontrollcsoportok esetében. A társadalmi haszon részben a programokban részt vevők többletproduktivitása következtében, részben a megtakarított, elkerült költségek (pl. segélyezésre, foglalkoztatási programokra, az igazságszolgáltatásra, büntetés-végrehajtásra fordított kiadások, stb.) kapcsán volt azonosítható.

James Heckman amerikai Nobel-díjas közgazdász a longitudinális vizsgálatok eredményeit elemezve állapította meg: „A bizonyítékok teljesen világosan mutatják, hogy a humán képességek fejlődésében tapasztalt egyenlőtlenség minden szinten olyan negatív társadalmi és gazdasági hatással jár, amit csak a kora gyermekkori nevelésbe történő befektetéssel tudunk, illetve kell tudnunk megelőzni, különösen igaz ez a hátrányos helyzetű gyermekek és családjuk esetében.” A költség-haszon elemzések igazolták, hogy minél korábbi életszakaszban kerül sor a prevenció, intervenció befektetésekre, (azaz az emberi tőkébe való beruházásra), annál magasabb a befektetések hosszú távú megtérülési rátája, nagyobb a programok társadalmi haszna (lásd 1. ábra). A kora gyermekkori intervenció finanszírozása tehát nemcsak az érintettek iránti méltányosság alapján indokolható, hanem az össztársadalmi hasznosságot növelő gazdasági racionalitásként is.

³ A vizsgálat alapja egy többváltozós, logisztikus regressziós becslés, melyeknek függő változója a gyermekek állapotjavulása, magyarázóváltozóit pedig a gyermek állapotjavulását befolyásoló háttértényezők.



1. ábra: Az emberi tőkébe való beruházás megtérülése életkoronként (Forrás: Doyle és mtsai, 2009)

Gyermeki jogok a nemzetközi dokumentumokban

A korai életszakaszban nyújtott támogatások garanciáját a nemzetközi egyezményeken, dokumentumokon (is) alapuló jogszabályi környezet nyújtja. A méltányosság elve alapján, amely az életlehetőségek és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából fontos esélykiegyenlítő dimenzió, kiemelt szempont, hogy a gyermeki jogokban a kora gyermekkor meghatározó szerepe érvényre jusson.

1959-ben született az ENSZ Emberi Jogi Bizottság által előkészített A gyermek jogairól szóló nyilatkozata határozottan állást foglal a gyermek egészséges fejlődéshez való jogáról és különleges szükségletei esetén a megfelelő szolgáltatás biztosításának szükségességéről. A gyermek jogairól szóló ENSZ-egyezmény magában foglalja a gyermekeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, hogy orvosi ellátásban és gyógyító nevelésben részesülhessenek. Az államnak biztosítania kell, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételétől. A Fogyatékossgal Élő Személyek Esélyegyenlőségére Vonatkozó Általános Szabályok tartalmazzák, hogy az egyezményben részes államok a sérülés korai felismerését illetve mérését kezelését célzó programokat biztosítsanak, amelyeket különböző tudományterületekről érkező szakemberek csoportja végez. Ez utóbbi esetben hangsúlyosan jelen van a dokumentumban az az általános alapelv, hogy a gyermek körül sokféle szakértelmet egybecsatornázó interdiszciplináris team kell, hogy együttműködjön a felismerés, a mérés, értékelés, vagy a megfelelő beavatkozások, kezelések érdekében.

Magyarország ratifikálta, aláírta ezeket a nemzetközi egyezményeket, a hazai jogszabályokban is megjelennek a citált kitételek. Így a fogyatékos személynek joga az, hogy állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban vegyen részt, és megilleti az a jog, hogy fejlesztése késedelem nélkül megkezdődjön, amint fogyatékoságát megállapították. A hazai gyermekvédelmi törvény tartalmazza a szülő kötelességét, hogy a gyermeke testi, értelmi,

érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket biztosítania kell, valamint az oktatáshoz és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást is. Ugyanakkor éppen a nagyon korai életszakaszban, 0–3 éves életkor között a szülő nem kötelezhető arra, hogy gyermeke a korai fejlesztést igénybe vegye. Amennyiben a szülő nem motivált, nem éri a problémát vagy nem tud azzal szembesülni, éppen ebben a legérzékenyebb korban maradhatnak ki a gyerekek az adekvát ellátásból. Amikor a gyermek bekerül valamilyen intézménybe, bölcsődébe vagy óvodába, akkor ott a szakemberek a mindennapi találkozás során több eszközt tudnak érvényesíteni, hogy a gyanú felmerülése esetén eljuttassák a gyermeket a megfelelő pedagógiai jellegű ellátásba, illetve megerősítsék a szülőt abban, hogy tovább lépjen az ellátási úton.

Összefoglaló

A kora gyermekkor kiemelt szerepe és a korai életszakaszban nyújtott prevenció és intervenció szolgáltatások jelentősége a gyermek fejlődésének, a családra gyakorolt hatásnak és a társadalom jövőjének a szempontjából egyaránt indokolható. A családközpontú gyakorlatnak egyre inkább teret kell nyernie a kora gyermekkor intervencióiban, ahol a szolgáltatás fókuszja kitágul, a szülő, a család, a tágabb család, ill. annak környezete is helyet kap benne, és amely erőteljesen épít a család kompetenciáira és erőforrásaira. A társadalmi szintű hatások egymást erősítő módon jelentkeznek, hiszen a kedvezőbb kimenetű egyéni életutak egy jobban működő társadalmat eredményeznek, és ez a fajta társadalmi hasznosság hosszú távú gazdasági nyereséggel is jár. A szignifikáns hátrányok megakaszthatják a fejlődési folyamatot, korlátozzák a gazdasági és társadalmi mobilitást, ezáltal veszélyeztetik a társadalom életképességét, termelékenységét és fenntarthatóságát. Az esélykiegyenlítés szempontjából a nemzetközi gyermekjogi dokumentumok és a hazai jogszabályok biztosítékkal szolgálhatnak, ám érvényre jutásuk sokszor korlátozott.

A gyermekek jólléte közvetlenül tükrözi egy társadalom jóllétét. A gyermekekbe való befektetés nem csak a következő generáció jobb egészségi állapotának, képzettségi szintjének, munkaerőpiaci esélyeinek javítását szolgálja, emellett előmozdítja a nemek közötti egyenlőséget, visszaszorítja az erőszakot, csökkenti a jövedelmi, etnikai és földrajzi egyenlőtlenségeket és a szegénység újratermelődését. Elősegíti a hátrányok felszámolását, és időben nyújt intervenció támogatást a fogyatékos személyeknek. Hosszú távon nő a termelékenység, csökkennek a jóléti rendszer fenntartásának költségei, javul az oktatásba fektetett beruházások megtérülése, erősödik a társadalmi kohézió. A kedvező gazdasági hatások figyelembevétele mellett alapvetően erkölcsi felelősség a gyermekek optimális fejlődésének a támogatása.

(Felhasznált irodalom a szerkesztőségben.)

LEGKORSZERŰBB
FORMULÁNK

SINERGITY™

Nestlé
BEBA

EGYEDŰLÁLLÓAN*
5 HMO
KEVERÉKKEL**



SUPREMEpro 1

OPTIpro® 1



Tejalapú anyatej-helyettesítő tápszer
fehérje-hidrolizátumból



Tejalapú anyatej-helyettesítő tápszer

FŐBB ÖSSZETEVŐK:

FŐBB ÖSSZETEVŐK:

6
HMO
keverék*

SZINERGIKUS
SZIMBIOTIKUS
HATÁS***



B. infantis
probiotikum



B. lactis
probiotikum

OPTIPRO® HA**
fehérje

5
HMO
keverék**

KOMPLEMENTER
SZIMBIOTIKUS
HATÁS***



L. reuteri
probiotikum



OPTIPRO®
fehérje

*5 HMO keveréket** tartalmaz egyedülként a Magyarországon elérhető anyatej-helyettesítő tápszerek 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^{1,2} 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^{1,2} 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 SUPREMEpro® 1, 400 g, Közfinanszírozás alapjára elfogadott ár: 3 615 Ft, TB támogatás összege (25%): 904 Ft, Térítési díj: 2 711 Ft; BEBA OPTIpro® 1, 600 g, Közfinanszírozás alapjára 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 SUPREMEpro 1 nem alkalmazható.

Nestlé Hungária Kft. Lezárás dátuma: 2025.07.22. BEBA_H_202507/1

Dr. Rósa Ágnes | házi gyermekorvos, a HGYE alelnöke, Szeged

Jubileumi eseményhez méltó szakmai program és ünneplés a HGYE XXX. Őszi Konferenciáján

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete november 7-én tartotta jubileumi, XXX. Őszi Konferenciáját a Magyar Gyermekorvosok Társasága (MGYT) 68. Nagygyűlésének keretei között.

Az őszi konferencia hagyományosan aktuális szakmapolitikai témákat helyez előtérbe, emellett igyekszünk reagálni az alapellátást érintő kérdésekre, problémákra is.

Az, hogy az MGYT nagygyűlésén a klinikum képviselői mellett egész napos szekcióval a házi gyermekorvosok is jelen vannak, lehetőséget ad arra, hogy szorosabbá fűzzük személyes és szakmai kapcsolatunkat, és meglátassuk azokat az erőfeszítéseket, amelyeket a prevenció minden szintjén az alapellátásban és közösen a klinikus kollégákkal és a gyerekek gyógyulásáért megteszünk.

Az idei választott témák aktualitását jól jelzi, hogy szekciónk iránt nem csak a házi gyermekorvosok mutattak nagy érdeklődést.

A hivatalos program **Nagy Anikó** MGYT-elnök kedves születésnapjához köszöntőjével vette kezdetét.

Az első szekcióban **Bakos Zsolt**, a Nemzeti Védelmi Szolgálat főosztályvezetője ismertette a szolgálat tevékenységét és lehetőségeit a kötelező immunizációs feladatot a szakma szabályai szerint és tiszta szakmai lelkiismerettel ellátó gyermekorvosokat érő támadások elhárításában.

Galgóczi Ágnes a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ igazgatója képet adott Európa közegészségügyi helyzetéről a védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek vonatkozásában. Bemutatta az EU-, illetve az EGT-tagállamok oltási programjain keresztül azt, hogy bár az oltási programok az egyes országok esetében másféleképpen alakulnak (más módon „kötelezőek”), végeredményben mindegyik oda vezet, hogy eléri a megfelelő átoltottságot. A kanyaró előfordulásának példáján prezentálta, hogy az átoltottsági arány csökkenésével hogyan emelkedik Európában a megbetegedések száma, hogy a 2023-as 3973 esetszám 2024-ben majdnem

tízszerezésre, 35 212-re emelkedett, hogy a betegség kialakulásában az 1 éven aluliak és az 1–4 évesek voltak a legérintettebbek, a megbetegedettek 87%-a pedig oltatlan volt. Utóbbiak közül 24 529-en igényeltek kórházi ellátást (82% oltatlan), 24 239 esetben fordult elő szövődmény (tüdőgyulladás, középfülgyulladás, akut encephalitis) – és hogy hosszú idő után újra elveszítettünk 23 gyermeket kanyaró következtében, holott ez elkerülhető lett volna. Ismertette a védőoltási tevékenységet érintő jogszabályokat, a vonatkozó alkotmánybírói döntéseket, valamint a beteg, illetve a szülő kötelezettségeit.

Nemes Dénes ügyvéd úr beszámolt a hazánkban az orvosok ellen folyó perek állásáról és arról, hogy milyen kötelezettségei lehetőségei vannak azoknak a kollégáknak, akiknek sajnálatosan jogi eljárásokkal kell szembenézniük.

Bidló Judit, a Belügyminisztérium egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkára a házi gyermekorvosok hatáskörbővítésének konkrét elemeit ismertette, valamint azt, hogy hamarosan „élesedik” az obezitással kapcsolatos két indikátor, és hogy folyamatos a munka a hatáskör bővítése tekintetében.

Till Ágnes, a Pécsi Tudományegyetem adjunktusa az ataxiák gyermek- és serdülőkori felismeréséről tartott előadást.

A második – sokakat érintő és a kedélyeket a nyár közepén felborzoló – témánk a sport és a sportoláshoz szükséges feltételek – orvosi igazolások – kérdése volt. Bár a sporttal kapcsolatos jogszabályok több mint tíz éve változatlanok, a Bozsik-programban sportoló és versenyző 12 év alatti gyermekek esetében a Magyar Labdarúgó Szövetség (MLSZ) és az Országos Sportegészségügyi Intézet (OSEI) a nyár folyamán változtatást tervezett a versenyzéshez szükséges orvosi igazolások rendszerében, ami nem egészen találkozott a házi gyermekorvosi szakma véleményével. Ennek kapcsán egyeztetések indultak a sportegészségügy, a HGYE, a szakmai kollégium, a Magyar Orvosi Kamara és a Sportért Felelős Államtitkárság részvételével.



Kiss Marianna, az Országos Sportegészségügyi Hálózat vezető főorvosa felvázolta a sportorvoslás aktuális helyzetét és kapcsolatát a házi gyermekorvosi ellátással, ismertette azokat a pontokat, amelyek mentén hamarosan megjelenik a konszenzusos eljárásrend és állásfoglalás a témában.

Pausz Béla, az MLSZ Bozsik Egyesületi Program vezetője összefoglalót adott a Bozsik-programról, illetve arról, hogyan épül fel a labdarúgás rendszere, milyen terhelésnek vannak kitéve a gyermekek a legfiatalabb, szabadidős szinten focizó gyerekektől az idősebb korosztályban versenyszerű sportra kiválasztottakig.

Havasi Katalin MGYT-főtitkár egy hódmezővásárhelyi program eredményei alapján rávilágított arra, hogy nagy beavatkozást és eszközös ráfordítást sem igénylő programmal egyébként tünet- és panaszmentes gyermekek esetében ki lehet mutatni elváltozásokat, amelyek befolyásolhatják a terhelhetőséget, és ezek megoldása visszavezetheti a gyermekeket a rendszeres sporttevékenységhez.

Az előadásokat kerekasztal-beszélgetés zárta, ahol – ahogy az lenni szokott – a tárgyalt probléma számos másikat hozott elő.

A HGYE őszi konferenciáin már hagyomány, hogy igyekszünk kapcsolatot keresni és találni mindazokkal, akik tevékenységének középpontjában a gyermek áll. Ennek szellemében fogadta el meghívásunkat **Sipos Imre**, a Belügyminisztérium köznevelésért felelős helyettes államtitkára, aki az iskolai prevenció helyzetéről, lehetőségeiről, az egészségoktatás jelenlegi helyéről, módszereiről beszélt.

Molnár Karolina, a Belügyminisztérium stratégiai ügyekért felelős helyettes államtitkára az Egészségablak applikációban elérhető új fejlesztésekről beszélt, ismertette a digitális időpontfoglalás jelenlegi helyzetét. Képet kaptunk arról, hogy a járó- és fekvőbeteg-ellátók hogyan teljesítik az elektronikus időpontfoglalás kialakítására vonatkozó előírásokat, milyen arányban valósul meg az e-beutaló fogadása, továbbá milyen arányban teljesül a kontrollvizsgálatokra vonatkozó szakellátói e-beutaló-kiadás és időpontfoglalás kötelezettsége.

Kiss János főorvos az Egy Csepp Figyelem Alapítvány tevékenységén keresztül adott betekintést a cukorbetegség iskolai oktatásába, a „Kids and Diabetes in Schools” (KiDS) program működésébe.

Papp Gábor gyermektüdőgyógyász kollégánk pedig az Allergia Képzett Iskola program lehetőségeiről, eredményeiről és az előttünk álló feladatokról tájékoztatta a kollégákat.

Wenhard Andrea, a KRÉTA iskolai alkalmazás újabb fejlesztéseiről számolt be, hangsúlyosan arról, hogyan segíti az iskolorvost abban, hogy a 2025 ősztől kötelező, a szűrővizsgálatok elektronikus dokumentációs kötelezettségének eleget tudjon tenni. Ennek érdekében továbbra is folynak online továbbképzések.

Hagyományosan az őszi konferencián került sor a Legjobb Hír-szerző díj és különdíj átadására, amelynek díjazottjai 2025-ben: **Simon Réka** Gyermekkorai anémia és **Kadenczki**



Orsolya Újszülöttkori sárgaság ellátása az alapellátásban című közleménye. Gratulálunk!

Szintén hagyomány, hogy az őszi konferencián adjuk át a Házi Gyermekorvosok Egyesülete Tiszteletbeli Tag díját – olyan kollégának, aki hosszú időn keresztül áldozatkészen, ellenszolgáltatásra nem várva megkülönböztetett figyelmet szentel szakmánknak. Megfontolt, értékes tanácsaival, hitelességével segít előrehaladni mind szakmai, mind ellátásszervezési vagy utánpótlási kérdésekben – ezzel továbbírva a házi gyermekorvoslás krónikáját. Egyesületünk idén **Decsi Tamás** professzor úrnak, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ idén százéves Gyermekgyógyászati Klinika igazgatójának, a Magyar Tudományos Akadémia doktorának ítélte ezt a címet, ezúton is szeretettel gratulálunk.

A nap utolsó szekciójában **Belicza Éva**, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ Betegbiztonsági Tanszék alapító tanszékvezetője az alapellátásban legfontosabb betegbiztonságot befolyásoló tényezőkről tartott előadást, ezek közé tartozik a diagnózis felállításának késése, a helytelen vagy elmaradt diagnózis, a vizsgálati eredmények és a gyógyszerelés kommunikációja, az infekciókontroll. További információkért ajánlotta a Neves fórumot, amely a <https://info.nevesforum.hu> linken található meg.

Vellisch Péter Zoltán operatív vezető a Stroke-ovi programba avatott be bennünket, amelyhez több mint 30 ország csatlakozott, Magyarországon pedig 400 oktatási intézményben 35 000 gyermek vett részt (<https://hu-hu.fastheroes.com>). A Stroke-ovi egy életmentő és felvilágosító nemzetközi program a nagycsoportosok és kisiskolások számára; a gyerekek tanulás és tudás iránti lelkesedésére épül, a pedagógusoknak e-könyvek, a gyermekeknek ingyenes munkafüzet áll rendelkezésre.

A nap zárásaként a gyermekorvosi munkában mindennapi kihívást jelentő gombás bőrfertőzések és felülfertőződött ekoémás bőr ellátásának terápiás lehetőségeiről hallhattunk átfogó előadást **Csitos Ágnes** bőrgyógyász főorvostól.

Bízunk benne, hogy a HGYE XXX. jubileumi Őszi Konferenciája minden részt vevő kolléga számára hasznos információkat tartalmazott, és módot adott a személyes kapcsolatok továbbmélyítésére, kialakítására, új ismeretek elsajátítására.

BioGaia®

Sál, sapka, PHARAX®

Oki terápia
felső légúti
fertőzésekre



BioGaia® PHARAX® cseppek felnőtteknek és gyermekeknek
- innovatív, természetes gyógymód, kiemelten az őszi-téli szezonban.

www.biogaia.hu | patika.biogaia.hu

Tájékoztató egészségügyi szakemberek részére. Lezárás dátuma: 2025. október 27. 2025/O/67



HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETE

KÁVÉSZÜNET KONFERENCIA

2025. MÁJUS 8-10.
SIÓFOK, HOTEL AZÚR****

A KONFERENCIA AKKREDITÁCIÓJA: 48 KREDITPONT

HÁZI
GYERMEKORVOSOK
EGYESÜLETE

Házi Gyermekorvosok Egyesülete
[30]
[ÉV]

www.hgye.hu