

2004. április ■ IX. évfolyam 2. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Bent vagyunk!



Előre tudtuk és lélekben előre készültünk a belépésre. 2004. május 1-én megtörtént a nagy esemény.

Korábbi országhatárok tűnnek el, és az emberi jogok köre kibővül. A lakó- és munkahely megválasztásának joga az összes uniós országra kiterjed, a magyar egészségügyi végzettséget csaknem minden ország elfogadja. Az uniós új tagjainak munkavállalóra az adminisztratív gátak többsége nem vonatkozik. A képzett egészségügyi dolgozó Európa-szerte hiánycikk.

Pár hónappal ezelőtt a minisztérium szakértői munkacsoportot hozott létre a csatlakozás utáni humánpolitikai tendenciák feltárására. A nyilvánosságra hozott tanulmány nem optimista a várható helyzetet illetően. Néhány alapvető megállapítás a társadalmi vitára bocsátott és általunk is véleményezett anyagból:

Az egészségügyi dolgozók hiánya a csatlakozást követően, a szabad munkavállalás és az elvándorlás következtében fokozódni fog. Az utánpótlás számszerű növelése elengedhetetlen, azonban a ma induló képzés eredményei csak mintegy tíz év múlva jelentkezhetnek az ellátórendszerben. A szűkös létszámú szakembergárdával jobban kell gazdálkodni, és jobban meg kell azt becsülni – írja a tanulmány.

Feltehető a kérdés: miért csak most? Nem elkésett-e ez az egész? Eddig miért nem lehetett felmérni egészségügyünkben, hogy mi a valós munkaerőhelyzet? Vagy azt, hogy a csatlakozás hogyan befolyásolja majd viszonyainkat? Az európai szabályrendszerekbe megmártózva óhatatlanul elszíneződik a lakmuspapír és egészségügyünkben sok mindenről kiderül, hogy nem „jurókonform”! Például, hogy az a munkarend, amiben orvosokat, nővéreket eddig foglalkoztattak, nem felel meg az európai normáknak. Az uniósban ugyanis nem „divat” a mindig fáradt, fásult egészségügyi dolgozó.

A megbecsültség talán legfontosabb eleme a bérkérdés. Nyugat-Európában az orvosok a legjobban fizetett szakemberek közé tartoznak. A német és a cseh orvosok jövedelme közötti bérszorító kb. ötszörös, a cseh és a magyar orvosok viszonylatában pedig háromszoros. Nem a mi javunkra... Az ötven százalékos béremeléssel a felzárkóztatás csak elindult.

Az orvosi hivatás szakágazatai közül a gyermekgyógyászat már korábban lekerült az igazán vonzó szakmák listájáról. A megfelelő tudás megszerzéséhez szükséges hatalmas erőfeszítés, annak megfelelő szinten tartása, a csaknem korlátlan munkaidő, és az ezzel szemben álló alacsony bérezés nem igazán jelent vonzerót a fiatalok számára. A gyermekgyógyászat korábban sem volt előkelő helyen a hálapénzes szakmák sorában. E tények mára hiányszakmává változtatták a gyermekgyógyászatot. Súlyosbította helyzetünket az évek óta tartó kormányzati tétovázás, amely a házi gyermekorvosok jövőjét a mai napig nem határozta meg egyértelműen.

Az uniósban jobban figyelnek a gyermekek jogainak érvényesülésére is. Egészségügyünknek a csatlakozás ezen a téren is újabb kihívást jelent. A gyermekorvosi ellátás „fehér foltjainak” megszüntetése, a minden gyermek számára azonos ellátási színvonal biztosítása komoly feladatot jelent. A minisztériumi tanulmányt olvasva e követelmények teljesítése nem lesz könnyű feladat.

Az egészségügyi reformot napjainkban is gyakran emlegetik, az elszántság időnként meggyőzőnek is tűnik. Sajnos a miniszterelnöki szóhasználatban a reform fogalmán értett rendszer nem alkalmas az egészségügy struktúrájának átalakítására. Ezek az intézkedések a finanszírozásban ugyan hozhatnak némi eredményt, a reform azonban ennél szélesebb körű, kormányzati ciklusokon átívelő intézkedéssorozatot jelent. Ez azonban társadalmi támogatottság, az egészségügyi dolgozók egyetértése nélkül nem vezethet eredményre.

Magyarország az Európai Unió teljes jogú tagja lett...

Dr. Huni King

TARTALOM

- Nem könnyű játszma 2–3
- A gyermek csak szlogen? 4–5
- Látja? Nem látja? Na látja! 5
- Tiszta vizet a pohárba! 7–8
- A választható védőoltásokról .. 10–11
- Élesben 13
- A nátha szövődményei 14
- Vészjelek 15
- Homeopátia egy orvos szemével .. 17–18
- Hiányzik egy fiú... .. 18
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2004-ben:



Nem könnyű játszma

BESZÉLGETÉS DR. BUJDOSÓ LÁSZLÓ ORSZÁGOS TISZTI FŐORVOSSAL

🚩 Először tavaly Mosdóson találkoztunk Önnel, a gyermekgyógyász szakfőorvosi értekezleten. Ma is az a véleménye a gyermekellátás szakfelügyeletének megújításáról, megerősítéséről, amit akkor mondott?

A Mosdóson mondottakhoz viszonyítva nem változott az álláspontom.

A gyermekellátás ellenőrzésének csúcsára a gyermekgyógyászat szakmai intézetének kell kerülnie. A szakfelügyeleti rendszer megerősítése aktuálisabb, mint valaha. A parlament egészségügyi bizottsága május 19-én értékeli a szakfelügyelet helyzetét, és ekkor tárgyalja meg a koncepcióváltás irányába tett lépéseket is. A szakfelügyelet átalakítását a feladat, a struktúra, a hatáskör és a finanszírozás mentén kívánjuk végiggondolni. Ugyanakkor a rendszer átalakítására nem áll túl sok pénz rendelkezésünkre, arra azonban mindenképpen elég lesz, hogy előkészítsük a szakfelügyeleti jogszabály megújítását és egységes módszertanának kidolgozását. Ennek érdekében az ÁNTSZ-ben létrehozuk a szakfelügyelet metodikai központját, és kiválasztjuk az egységes módszertant közvetítő, országos szakfelügyelő főorvosokat is.

🚩 Hogyan képzeli el a gyermekorvosi alapellátás szakfelügyeleti struktúráját?

A gyermekgyógyászati alapellátás szakfelügyeletére is érvényes az „ahány ház, annyi szokás” elve. Van ugyanis olyan megye, ahol a gyermekorvosi alapellátás szakfelügyeletének élén házi gyermekorvos áll, és van, ahol fekvőbeteg-ellátásban dolgozó gyermekgyógyász végzi ezt a feladatot is. Az biztos, hogy egységes struktúrát kell létrehozni. Egyértelmű az igény a házi gyermekorvosi ellátás – házi orvosihoz hasonló – megyei szintű irányítására. Ez elfogadható igény. Erre fogunk tehát javaslatot tenni. Az sem kétséges, hogy ha van városi, megyei szintű házi gyermekorvosi szakfelügyelet, akkor szükség van a házi gyermekorvoslás országos szintű felügyeleti helyének kijelölésére, országos házi gyermekorvosi szakfelügyelő főorvos nevesítésére is.

🚩 Hol legyen a gyermek-alapellátás szakfelügyeletének módszertani centruma?

A kérdés az, hogy a szakfelügyelet irányítása az OALI-nál vagy az OGYEI-nél jelenjen-e meg. Az alapító okiratok mind a két intézményben lehetőséget adnak erre. Ezt a feladatot jelenleg mind a két intézmény magáénak tekinti. A probléma eldöntésébe csak akkor avatkoznánk be magas szinten, ha a két intézmény e tekintetben nem tud egymással megállapodni. Részemről csak az egyértelmű, hogy ennek a tevékenységnek is legyen országos intézményi bázisa. Ez abszolút szakmai kérdés. Arra fogom kérni a két intézményt, hogy tisztázzák a hatásköröket. Határozzák meg ők az együttműködés szintjeit. Csak akkor fogom kezdeményezni, hogy a minisztérium szüntesse meg a két intézmény alapító okiratában meglévő párhuzamosságokat, ha a feladatok megosztásában nem születik egyértelmű megoldás.

🚩 A szakfelügyelet továbbra is az ÁNTSZ keretében fog működni?

A szakfelügyelet az ÁNTSZ részeként működik a jövőben is. De a szakfelügyelők inkább a szakmához, mint a hatósághoz lesznek majd közel. Nem lesznek ÁNTSZ-köztisztviselők, és hatósági jogkört sem kapnak, ez marad az állami egészségügyi hatóságnál. Az ellenőrzéshez szükséges hatáskör viszont náluk lesz. Joguk lesz hatósági intézkedés kezdeményezésére, amit az ÁNTSZ-nek le kell majd folytatni.

🚩 A házi gyermekorvosok visszatérő problémája a hovatartozás kérdése. A gyermekorvosi alapellátásnak a házi orvoslás és a gyermekgyógyászat közötti köztes helyzete rányomja bélyegét mind az intézményi, mind a képviselői hátterünkre. Miközben a gyermekeknek egységes gyermekorvosi alapellátásra lenne szükségük, a házi gyermekorvosi hálózat folyamatosan ide-oda sodródik. Mi a véleménye erről?

Én egy vidéki ember vagyok, most is egy kis faluban, Balatonszőlősen élek, ahol nincs házi gyermekorvos. A gyermekeimet mégis házi gyermekorvos látja el, még ha ezért Veszprémig is kell autózunk. Mert tudom, hogy külön szakmai entitásról van szó. A dolgot azonban komplikálja, hogy amikor az OALI azt mondja, hogy az alapellátásnak ők az

országos intézete és a házi gyermekorvosi ellátás az alapellátás része, akkor nekik van igazuk. Amikor pedig az OGYEI azt állítja, hogy ő a gyermekegészségügy szakmai csúcsszerve, akkor meg nekik kell igazat adnom.

🚩 Hogyan lehetne az ellátás minőségét az alapellátás, a rendelő szintjén biztosítani?

Most már nem hagyhatjuk figyelmen kívül az egészségügyi reformképzéseket. Ezek alapvetően arról szólnak, hogy a szolgáltató és a finanszírozó közé belép egy ellátásszervező. Neki kell az alapellátókkal szerződést kötni, és az ő feladata lesz a minőségügyi rendszerek megkövetelése. Ha ez a reformképzés megvalósul, akkor rövid időn belül el kell készíteni a belső minőségügyi protokollokat, amelyeknek külső felügyelete lehet a szakfelügyelet. Az ellátás minőségének megítéléséhez módszertani eszközökre van szükség. Ezek a klinikai audit módszertanából átvehetőek. A szakfelügyelet egységes jelentési, értékelési és indikátorrendszerével alapvetően a minőségre fog koncentrálni. Ma az indikátorokat még mindenki maga képezi, és ezért nem lehet koherens rendszerről beszélni. A gyermekgyógyászatnak is szüksége van országos módszertani centrumra, ahol az egységes adatgyűjtési és jelentési rendszert irányítják. A metodikai központ rövidesen megkezdi működését.

🚩 A prevenció és ezen belül a szűrővizsgálatok ma szükségtelenül széttagoltak. A gyermekeket különböző szakemberek egymással párhuzamosan vizsgálják, ennek megfelelően különböző adatok kerülnek be a statisztikai rendszerbe. Az adatgyűjtés nem egységes, bonyolult, és talán ezért nincs hiteles országos adatbázisunk. Itt az iskolaorvosi, védőnői, házi gyermekorvosi párhuzamokra gondolunk. Miként lehetne ezeket megszüntetni?

Több országos rendszer működik egymással párhuzamosan. Begyűjtik az adatokat, de azok együttes értékelésére nem kerül sor. Ezért van szükség az országos szakfőorvosok feladatainak egyértelmű meghatározására és az említett metodikai központra.

A populációs szintű szűrővizsgálatok megszervezése egyébként már ma is az ÁNTSZ feladata. A megyékben megkezdtek működésüket a szűréseket koordináló osztályok, melyek ma még csak a méh, a vastagbél és az emlő szűrését hangolják össze. A jövőben feladataikat szélesebb körre kell kiterjeszteni. Ők végzik majd a módszertani levelekben meghatározott protokollok szerinti feladatok végrehajtását, koordinálását és ellenőrzését.



A gyermekgyógyászoknak a vérükben van a szűrővizsgálat...

...Ez az egyetlen rendszer, mely értékelhető adatokat szolgáltat... Az iskolákra visszatérve úgy gondolom, hogy talán nem is iskolaorvosi ellátásról, hanem iskola-egészségügyi ellátásról kellene beszélnünk. Ezt a feladatot nem biztos, hogy orvosoknak kell végezniük. Már a gyermekorvosi ellátás is mind erősebben a megelőzésre épül, az iskola-egészségügynek pedig teljes egészében ez a feladata. Lehet a szűrővizsgálatokat tehát az iskolában végezni, de ott elsősorban az egészséggel, az életmóddal kapcsolatos ismereteket, a helyes egészség-magatartást kell oktatni. Azt gondolom, hogy ennek a feladatnak alapvetően a védőnők a letéteményesei, hiszen képzettségük őket erre alkalmassá teszi.

Az országban sok helyen kényszerülnek a gyermekorvosok felnőttek, a háziorvosok pedig gyermekek ügyeleti ellátására, kellő készség és gyakorlat nélkül. Ez szakmai veszélyeket hordoz magában. A fővárosban ugyanakkor egymással párhuzamos feladatokat ellátó ügyeletetek működnek. Általában sok az indokolatlan, halasztható orvoshoz fordulás. Mit tervez az ÁNTSZ a helyzet javítására?

A megoldás körvonalazódik. Az önálló gyermekügyelet kialakításának feltételeit országszerte nem látom biztosíthatónak. Sajnos ehhez nincs elegendő gyermekgyógyász. Vidéken csak túlságosan nagy területekre kiterjedően lehetne megszervezni. Kistérségi szinten a mentőállomásokra települve kellene felállítani a központi ügyeletet. Minimális követelménynek tartom a központi ügyeletet, a telefonos diszpécser szolgálatok kialakítását, amelyek tevékenysége az alapellátásra, a mentőszolgálatra és a kórházi szintekre egyaránt kiterjed. Ez lesz az ügyeleti ellátás első szintje.

A nulladik szint az ún. „doktor-info” szolgáltatás lesz, amit otthonról távbeszélő- vagy internetkapcsolattal bárki elérhet. Így megtudhatja, hogy az adott problémával mikor, hova fordulhat, kérdéseire választ, kisebb bajainak megoldására tanácsokat kaphat.

A második szint a kórházi sürgősségi osztályok szintje, ezekből megyénként három-négyenél többre biztosan nem lesz szükség. Az uniós csatlakozás azonban azt is megköveteli, hogy az ügyeleti kérdést ne csak szakmai, hanem munkajogi oldalról is megvizsgáljuk és kezeljük.

A jövő területi gyermekellátási modelljeit illetően atomizált szülő-praxisokban vagy ún. egészségközpontokban kell-e gondolkodnunk?

Nagy kérdés, hogy mi az az egészségügyi szolgáltatás, amit a beteghez, a pácienshez közelebb vihetünk, és melyek azok a speciális tudást és magas szintű technikát igénylő beavatkozások, amelyek csak koncentrálni nyújthatnak biztonságos ellátást. Számomra is fontos, hogy ha például a térdemet kell operálni, akkor azt ne olyan helyen végezzék, ahol egy évben csak két ilyen jellegű beavatkozást végeznek. A speciális ismeretek és eszközök, valamint a költséghatékonyság szempontjai ezért nem engednek meg minden esetben a lakóhelyhez közeli ellátást.

Az esélyegyenlőség követelménye ellenére Magyarországon a gyermekek 30 százalékát – elsősorban a rossz szociális körülmények

között élőkét – háziorvos látja el. A kisebb településeken az alacsony gyereklétszámra hivatkozva nem létesítenek gyermekorvosi praxisokat. De ha négy falunak lehet közös a papja, akkor miért nem lehet közös a gyermekorvosa is?

Lehetne. Különösen az említett térségekben hiányzik nagyon a speciális ellátás. Én csak jogalkalmazó vagyok, de úgy tudom, hogy vannak már elképzelések a gyermekellátás fehér foltjainak megszüntetésére. Egyetértek azzal, hogy a gyermekek orvosi ellátása a gyermekorvosnál van igazán jó helyen. A kérdés megoldásában a legjobb motiváció az érdek lenne. De erről a kérdésről már a politikát kellene megkérdezni.

Engedjen meg egy gyermekgyógyásztól távolabb eső, általános kérdést. Ön mint első számú vezető milyen változtatásokat tervez az ÁNTSZ szervezetében?

Az állam és az állami szervezetek szerepét abból a szempontból kell átértékelni, hogy hol és milyen mértékben vállalnak felelősséget. Az ÁNTSZ-t az engedélyező típusú hatóságtól a felügyeleti hatóság szerepe felé kell elmozdítani. Ez igaz a közegészségügyi, járványügyi ellátásra is. Az engedélyezés ugyanis túl sok energiát emészt fel, és nem marad energia az igazi betegkockázatokat kivédő felügyeleti tevékenységre. A mostani engedélyezési rendszer bonyolult, hosszadalmas és nem a bizalomra épül. Gyorsabbnak, egyszerűbbnek és a bizalomra épülőnek kell a jövőben lennie. Azt szeretnénk elérni, hogy egy vállalkozás indulásakor a jogi és egyéb feltételek meglétéről szóló nyilatkozat elegendő legyen az orvosi tevékenység megkezdéséhez. Azután 90 napon belül a szakfelügyelő főorvos ellenőrzi a működési körülményeket. Ha kiderül, hogy a körülmények mégsem megfelelőek, akkor az engedélyt visszavonják és három évig nem adják meg újra. Tervezzük a laboratóriumi rendszer átalakítását is, mert az ilyen jellegű szolgáltató funkciókat nem egy állami laboratóriumnak kell ellátni. A közegészségügyi és járványügyi biztonságot jelentő feladatokat viszont továbbra is a jól felszerelt, koncentrált, jó logisztikával megtámogatott állami laboratóriumokban kell végezni. Ha az ilyen nagy kaliberű kérdések mellett még azzal is foglalkoznunk kell, hogy hogyan maradjunk a jelenlegi finanszírozási helyzetünkben működőképesek, akkor belátható, hogy ez nem egy könnyű játék.

KÁLMÁN MIHÁLY, KÁDÁR FERENC

A gyermek csak szlogen?

INTERJÚ GYURCSÁNY FERENC, GYERMEK-, IFJÚSÁGI ÉS SPORTMINISZTERREL

🚩 Az érdekérvényesítés tekintetében minden gyermek fogyatékos. Kellő mértékben tudja ezt a politikai, szakpolitikai irányítás? A német szaksajtó állandóan arról ír, hogy „Kinder ohne Lobby”. A gyermek csak szlogenként fontos és főként a választások előtt. A gyermek érdeke tehát csak felnőttközvetítéssel érvényesülhet. Fontosnak tartaná-e Miniszter Úr egy „gyermeklobbi” létrehozását a parlamentben?

A gyermek- és az ifjúsági korosztály nem ugyanaz, így a problémakör sem azonos. Az ifjúságra vonatkozó törvény 1972-ben készült, sok tekintetben idejétmúlt, ezért is készülünk idén a megújítására. A gyermekek közösségi tudata meglehetősen fejletlen, ezért általában a velük foglalkozók, vagy az őket segítők azok, akik a képviseletükben szerepet vállalnak. A nagycsaládosoknak például erős az érdekérvényesítő szervezetük. Tényszerűen azonban mégis igaz, hogy a gyermekek érdekei nem érvényesülnek kellőképpen. Amennyire én látom, a gyerekeket csak hivatkozásként használják a politikai diskurzusban, többnyire csak valamilyen szándék hitelesítésére kezdik őket emlegetni. A probléma ennél sokkal mélyebb. A gyermekek szempontjából ma valójában az az általános társadalompolitikai gyakorlat a nyomasztó, amit én konzervatívnak nevezek, hogy tudniillik mindenki beleszorul abba a családi helyzetbe, ahová születik. Ez igaz az egészségre is, a tanulási-oktatási helyzetre is, és később a pályaválasztásra, a lakáshoz jutásra. Olyan konzervatív társadalompolitikát látok, ami őrzi a status quót. Egy „jó család”-ban született gyermeknek ebben kinyílik a világ, a nehéz helyzetbe született előtt pedig bezárul. Ezen kell elsősorban változtatni, mert a gyerekek számára ez a legkedvezőtlenebb történet.

🚩 Ezért is szorgalmaznánk a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium és az Esélyegyenlőségi Hivatal részvételével



egy kerekasztal-megbeszélést, ahol természetesen megjelenhetne a mi véleményünk is.

Ha létrejön az említett gyermeklobbi, támogatni fogom azt. De félek, hogy ha a kormány beavatkozik ebbe, akkor megöli azt, ami a legfontosabb a civil kezdeményezésekben, az autonómiát. Ha viszont a kezdeményezés alulról jön, Önök kezdeményezik, akkor mozgósítani fogom a kollégákat, hogy ez a kerekasztal létrejöhön.

🚩 A testnevelés sok esetben nem éri el legfőbb célját, azt, hogy rendszeres mozgáshoz szoktassa a gyerekeket, hogy igényt ébresszen bennük a sportolásra. Milyen kitérési pontokat lát ebből a helyzetből? Mit lehet tenni a sportolási lehetőségek bővítéséért? Úgy tűnik, hogy ma Magyarországon kevesebb gyermeknek jut sportolási lehetőség, mint az „átkosban”. Hol sportolhat a túlsúlyos, a túl sovány, az asztmás vagy egy fogyatékossgal élő gyermek?

Négy gyermek édesapjaként azt mondom, hogy elsősorban az a gyermek sportol, akinek a családjában követelmény a mindennapi sport. Éppen olyan követelmény, hogy fogat vagy kezét kell mosni, vagy le kell feküdni 8–9 körül. Nekem mind a négy gyermekem sportol.

Úgy látom, hogy amikor nem működik valami a társadalomban, akkor az emberek hajlamosak úgy tenni, mintha nem ők csinálnák az országot, és elrohannak a kormányhoz, hogy ezt vagy azt intézze el. Ezt a kérdést csak egy megváltozott társadalmi gondolkodás és magatartás képes megoldani: amikor a szülő tudja, hogy övé a kötelesség és a felelősség, övé a főszerep, a kormányké pedig a kiegészítő szerep.

🚩 Érvényes ez egy olyan „kétsebességű” országban is, ahol van egy Kelet- és egy Nyugat-Magyarország?

Remélem, hogy mire ez az interjú megjelenik, már túl leszünk a rendszerváltás utáni időszak legnagyobb sportlétesítmény-fejlesztési programjának a meghirdetésén, amelynek lényege, hogy nem nagy és egyedi sportlétesítményeket hozunk létre, hanem több száz vidéki sportpályát teszünk rendbe, több száz tornatermet és 30–50 tanuszodát építünk fel a következő két évben.

Készül, és az olimpia után szeretnénk meghirdetni új sportstratégiánkat. Szeretnénk mindenhol támogatást nyújtani azoknak az egyesületeknek is, amelyek nem a verseny-, hanem a tömegsporttal foglalkoznak.

🚩 Helytállónak érzi-e miniszter úr a GYISM azon álláspontját, miszerint az iskolai, a diák-, a szabadidő- és a versenysport négy alapvető és egymással egyenrangú tényező?

Bármennyire szeretnénk, nem lehet attól eltekinteni, hogy a versenysportnak van egy, a sporton messze túlmutató társadalmi hatása. Amikor például a pécsi kosaraslányok játszanak, az az egész városnak ad identitást. De az is a sport identitás erősítő szerepét jelzi, hogy a papucsot a tv-hez vágjuk, ha kikapnak a magyarok. A kormánynak tehát az a dolga, hogy a versenysportokhoz képest próbáljon meg ellensúlyokat teremteni.

🚩 Lehet-e az iskolai és a szabadidősportról a testnevelő tanárok vagy edzők szemléletváltása nélkül

beszélni? Hiszen ma a tornaórát csak a jól sportoló, ügyes gyerekek élvezik, sokaknak azonban kifejezetten szenvedés. Egyáltalán, hogyan lehet egy olyan veleszületett adottságot, mint a mozgáskultúra, osztályozni?

Magyar Bálinttal együtt nemrég részt vettem a Nemzeti Sportszövetség elnökségi ülésén. Ott a testnevelő tanárok erős és befolyásos szervezete éppen azért emelt szót, hogy a testnevelés legyen legalább annyira komoly tantárgy, mint a történelem vagy matematika. Megvaló, közelebb áll az én személyes véleményemhez az, hogy nagy baj lenne, ha a gyermek ily módon nemcsak a történelmet vagy matematikát, hanem a sportot is megutálná. Ezért veszélyes, ha tantárgyat csinálunk belőle ahelyett, hogy a mozgás élményét szeretnénk megvelük.

🚩 Gyermekorvosként úgy látjuk, hogy kevés a gyermekgyógyászatban is képzett sportorvos. Ebben a helyzetben tehet-e valamit az Ön által vezetett minisztérium a gyermekorvosok sportorvosi képzettségének javításáért?

Mi lenne az Önök javaslata?

🚩 Adják a gyermekorvos kezébe azt a jogkört, hogy eldöntse, alkalmas-e páciense a versenyszerű sportlásra vagy nem, és támogassák anyagilag is azt, hogy a rendelőben terhelés-élettani vizsgálatokat végezzünk. Ez persze felkészülés nélkül nem megy.

Ebben az ügyben szívesen támogatok egy szakmai konzultációt az ESZCSM, az orvostovábbképzés, a sportorvoslás és egyesületük szakértői között.

🚩 Egy Önöktől kapott információ szerint a minisztérium egymilliárd forintot szán 133 általános és középiskola, 33 felsőoktatási intézmény és 66 sportlétesítmény „akadálymentesítésére”. Magyarul arra, hogy a mozgásukban korlátozottak is eljussanak az emeletre vagy a mellékhelyiségbe. De könyörgöm, csak általános iskolából több mint 3600 van. Mikor lesz itt valóban akadálymentes közlekedés?

15 év múlva. Nem tudok erre mást válaszolni. Mindennapi életünk egy csomó olyan nyomorúsággal van tele, amelyet meg kellene oldani. Egemilliárd forint ugyan nem kevés pénz, de csak ilyen tempóra elég.

🚩 Köszönjük az interjút.

KÁDÁR FERENC ÉS KÁLMÁN MIHÁLY

Látja? Nem látja? Na látja!

Elkészült az egészségügy reformterve, bevezetéséig fél évet adna Kökény Mihály miniszter. Az elképzelésre kritikai ösztűz zúdult. A szakértők hatástanulmányokat és nyilvános vitát sürgetnek, az orvosok ellenzik, a betegek pedig nem ismerik az elképzeléseket. A reformterv radikálisan új mozzanata, hogy a társadalombiztosítás pénzét az egészségügy hagyományos rendszerén kívül álló szervezetekre, az ellátásszervezőkre bízna. Az ő feladatuk lenne, hogy a felesleges párhuzamosságok kiküszöbölése és a kórházi ellátás arányának csökkentése mellett a jelenleginél hatékonyabb gyógyító-megelőző ellátást biztosítsanak. Radnai György kormánybiztos szerint ugyanis az egészségügyre fordítható pénzekkel rosszul gazdálkodunk, egy szervezettebb egészségügyi ellátás azonban garantálná a lakosság egészségi állapotának javulását.

Az ellátásszervezés feltételeként megszabott igen jelentős törzstőke a bankokat, biztosítókat hozná leginkább helyzetbe, és kizárva a lehetséges jelentkezők közül a gyógyszergyártó és -forgalmazó cégek mellett az egészségügyi szolgáltatókat is. A profitorientált vállalkozásoknak az ellátókkal szerződést kötve kell biztosítaniuk egy 150–450 ezer lakosú terület ellátását. Gazdaságos működés esetén a megtakarítás 45-45 százalékát beruházásra és a jól dolgozók jutalmazására kell fordítani, a fennmaradó 10 százalékot szabad csak – a működés harmadik évétől – nyereségként felhasználni.

Az irányított betegellátási modell résztvevői pozíciójukat csak mint a nagyobb rendszer alvállalkozói tarthatják meg. Míg napjainkban a beteg szabad orvos- és intézményválasztását nem korlátozza semmi, addig a tervezet szerint a renitens, a rendszerből ki-kiránduló (a szabad orvosválasztás törvényben biztosított jogát gyakorló) páciensek házon kívüli számláinak csak a 90 százalékát finanszírozza az ellátásszervező. Nekik lesz elemi érdekük a szerződött partnerek ellenőrzése, amihez viszont nélkülözhetetlen a szakmai protokollok kidolgozása és érvényesítése. Az ellátás minden állampolgárt megillet, azaz nem juthat kevesebb figyelem a szegényebb vagy betegebb lakosokra sem.

Abban mindenki egyetért, hogy a lakosság jobb egészségügyi ellátást érdemel. De a reformterv megvalósítását biztosan nehezíti majd a különböző érdekcsoportok ellenállása. Mert ahogy Somlai András doktor, az Irányított Betegellátási Egyesület elnöke mondja, sokféle érdek van jelen egyszerre a magyar egészségügyben, és ezek némelyike várhatóan sérülni fog az új rendszer bevezetésével. „A legnehezebbnek az ellátásszervező kapacitásszabályozással kapcsolatos feladatainak teljesítését, valamint a szolgáltatókkal és az önkormányzatokkal való konszenzus megteremtését látom.” Véleménye szerint a tőkebevonás színvonal-emelkedést eredményez, és várhatóan kikényszeríti a finanszírozás pozitív korrekcióját is.

A tervezet alapján mégis sokakban felmerül a kérdés, hogy nem csorbul-e az önkormányzatoknak az ellátással kapcsolatos feladatköre. Aggodalomra ad okot az is, hogy az orvos-önkormányzat-OEP-ÁNTSZ-MOK sokszögébe ékelődő „ellátásszervező” nem rengeti-e meg alapjaiban a nehezen kivívott, jelenleg is ingatag biztonságérzetünket.

Alapkérdésünk pedig változatlan: az „ugyanazt jobban” stratégia ismételt alkalmazása, vagyis a gazdaságtalannak minősített régi rendszer (esetleges) jobb üzemeltetése elég-e egy reformhoz?

A SZERK.

Tiszta vizet a pohárba!*

Mi van az ivóvízben? Milyen szennyezéseket találunk benne? Az elmúlt évtizedben olyan mikroszennyezéseket is kimutattak, amelyekre korábban egyáltalán nem számítottak a szakemberek. A közelmúltban meglepő publikációk számoltak be arról, hogy az elmúlt évtizedekben az ivóvízben feldúsult a női nemi hormonok mennyisége, és ez akár megbonthatja az élővilágban, így a növényi és az állatvilágban a nemek arányát. A fogamzásgátlók elterjedésekor senki nem számolt azzal, hogy a bomlástermékek a vizelettel távozva a szennyvízbe kerülnek, és a hagyományos víztisztító berendezések sem szűrik ki azokat. Miért csak most találták meg azokat a szennyező anyagokat a vízben, amelyek minden bizonnyal már régóta ott vannak? – ezekről a kérdésekről beszélgetett az M2 műsorában Rózsa Péter szerkesztő Palkó Györggyel, a Fővárosi Csatornázási Művek vezérigazgatójával, Fleit Ernővel a Budapest Műszaki Egyetem biológusával, Jávor Benedekkel, a Védegyelet környezetvédő egyesület biológusával és Molnár Péter hidrobiológussal.

Az Európai Környezetvédelmi Ügynökség néhány éve kiadott „Késői tanulságok, korai leckék” című tanulmánya arról szól, hogy az iparban vagy a mezőgazdaságban tonna-, sőt százezertonna-számra használunk olyan anyagokat, amelyek káros hatásairól csak évtizedek múlva halmozódik fel elegendő környezetvédelmi vagy humán-egészségügyi evidencia. Tipikus példa erre a DDT. 1962-ben tiltották be Magyarországon, a szermaradványokkal mégis további hosszú évtizedekig együtt fogunk élni. A hormonháztartást károsan befolyásoló szennyező anyagok mindössze 5–10 évvel ezelőtt kaptak publicitást, azóta indult több nagy kutatási projekt a káros hatásuk felmérésére. Elképzelhető, hogy a gyógyszerbiológusok nem gondoltak erre korábban?

– Nem erről, hanem egészen egyszerűen egy analitikai problémáról van szó. A mikroszennyeződések arányait képzeljük el úgy, mint egy kockacukrot egy egyköbméteres vízkockában. A hormonháztartást befolyásoló anyagok ennél még 3–6 nagyságrenddel kisebb, nanogramnyi vagy pikogramnyi mennyiségben fordulnak elő. Detektálásukra legfeljebb 5 éve áll rendelkezésre analitikai technika. Tovább megyek. Sajnos műanyaglágyításra is százezertonna-számra használunk olyan vegyületcsoportokat, melyek a szennyvízbe, majd az ivóvízbe kerülve hatnak a hormonháztartásra. Tehát nem csak az emberi szervezetből ürülő anyagok okozzák a gondot.

Ugyanez a helyzet az antibiotikumokkal is, amelyek szintén kimutathatók az élővizekben és az ivóvízben. Rendkívül széles körben használ ma az orvostudomány antibiotikumokat. A megfázástól a pattanásig mindenre felírják őket. Való igaz, hogy számtalan esetben mentenek

életet, mégis át kellene gondolni, hogy jogos-e ilyen mértékű felhasználásuk ökológiai hatáselemzés nélkül. Óriási kérdés, hogy hogyan lehet ezt a folyamatot megállítani, amikor a gyógyszerfogyasztás tízévenként exponenciálisan nő? Nem is csak szennyvíztisztításra, hanem komoly szemléletváltásra lenne szükség. Nagyon erős üzleti érdek áll ugyanis a mögött, hogy az újonnan kifejlesztett produktumokat minél hamarabb kereskedelmi forgalomba hozzák. Közismert, milyen hosszú időt vesz igénybe egy gyógyszerkipróbálás. Ezt a folyamatot még azzal is meghosszabbítani, hogy a készítmény ökológiai kockázatait is elemezzék...

...Pedig elvárható lenne, hogy a prioritások között már ezt is megnezzék.

– Hiába várható el, a gyakorlat nem erről szól. Ahogy ökológiai hatásvizsgálatok nélkül kerülnek széles körű forgalomba például a mobiltelefonok vagy a génmódosított élelmiszernövények is.

Abban bíztak, hogy a szennyvizek a földkéregbe kerülve, egy természetes tisztuláson esnek át, és ezért a szennyeződés nem kerül vissza az állatok vagy az emberek táplálékláncába?

– Ezek az anyagok a felszín alatti vizekbe kerülve kétségtelenül hígulnak, de már kis koncentrációban is egészségügyi gondot okozhatnak. Korábban senki nem foglalkozott azzal, hogy milyen hatást fejthetnek ki az igen kis mennyiségben előforduló anyagok. További gond, hogy még csak kísérleti fázisban vannak azok az eltávolítási módszerek, amelyekkel ezek az anyagok egy biológiai szennyvíztisztítón lebonthatóvá válnak. Ezeket a biológiai szennyvíztisztítókat azonban először meg kell építeni, majd továbbfejlesztve olyan tisztítási technológiákat kell kidolgozni, amelyek a nanogramnyi



anyagokat is nagy biztonsággal bontják. Mert mind a hormonok, mind a mosóporadalekok nagyon ellenállóak.

Őszintén szólva nagyon boldog lennék, ha a vizekkel kapcsolatban pusztán azok a problémák állnának fenn, amelyekről eddig beszélgettünk, tehát hogy milyen nem várt mellékhatásai vannak az emberi tevékenységnek. Élővizeinket szándékos emberi beavatkozások is fenyegetik. Bős-Nagymarosról vagy a 2000-es nagybányai ciánkatasztrófáról nem kell sokat beszélni. A romániai Verespatakon bármikor megismétlődhet a nagybányai ciánszennyeződés, azt ráadásul sokszorosan felülmúlva. A Drávára tervezett horvát erőmű az egyik utolsó természetes állapotú folyószakaszunkat tenné teljesen tönkre. Nemcsak arról van szó tehát, hogy milyen hatásokat gyakor-

* Az Magyar Televízió 2 csatornáján 2004. március 24-én sugárzott Záróra című műsor szerkesztett változata.

lunk szinte mellékesen az élővizekre, hanem arról, hogy a vizet csak úgy kezelhetjük komplex rendszerként, ha a bányatechnológiát, az ipari, de a mezőgazdasági tevékenységet sem hagyjuk figyelmen kívül.

A rendszerváltást követő 14 évben Magyarországon az ipari tevékenység először csökkent, majd korszerű technológiára álltak át. Javult-e ezzel párhuzamosan a vízkészletek minősége?

– Itt két folyamat volt. Az egyik az, hogy a volt szocialista blokk országokban látványosan csökkent az ipari és ezzel párhuzamosan a mezőgazdasági terhelés is, gondolok itt például a műtrágya-felhasználásra. A másik, hogy az ausztriai, németországi folyószakaszokon megépítették a szennyvíztisztítókat. A veszélyek azonban ezzel nem szűntek meg, sőt... Előtérbe került a lakosság által okozott szennyeződés, ami sokkal nehezebben követhető nyomon. A szerves anyagokból, nitrogénből, foszforból, a mosópor-, öblítőszer-, szappan- és gyógyszerfogyasztásból adódó szennyeződések teszik ki a károkozás 85%-át. Az ipar ehhez már csak 15%-ot tesz hozzá.

Mindehhez hozzájön, hogy országunkban nagyon széles a „közműöllő”. Tehát van egy gyakorlatilag európai szintű, vezetékes ivóvízzel és csatornaművekkel ellátott szűkebb terület, amely mellett hatalmas területeken még mindig emészthetődörbe, gyakorlatilag a talajba folyik a szennyvíz. Ezt a közműöllőt próbáljuk zárni immár 10 éve, egy páratlan fejlesztési és beruházási sorozat keretében.

Ezek után jogos a kérdés: iható-e az ivóvíz?

– A vezetékes ivóvíz igen. Budapest például nagyon szerencsés helyzetben van, mert a Dunából kapja a vizet. A Duna-meder kavicsos, ami jellegénél fogva megsűrűri a vizet. Ehhez persze fontos a meder állandó karbantartása, hogy mindig friss legyen a felülete. Az ország egészét tekintve azonban nem ilyen kedvező a helyzet. 1700 településen él, csaknem 4,5 millió ember nem jut az előírásoknak megfelelő ivóvízhez. A talajvizek szinte mindenütt szennyezettek, az ásott kutak vize szinte mindenütt alkalmatlan a fogyasztásra.

Az ország területének jelentős részén, így a Dél-Alföldön vagy Baranyában bi-

zonyos mélységben a kőzetek üledékéből arzen kerül a vízbe. Az EU-ban literenként még megengedett 10 mikrogrammal szemben azonban ezekben a kutakban 50–70 mikrogramm az arzéntartalom.

– Vizeink állapotán tovább rontanak a hulladéklerakók, amelyek bombaként kegyegnek. A kioldódó szennyeződések a felszín alatti vizekbe kerülve károsítják az ivókészleteket. Ennek mértékét a hidrogeológiai viszonyok is befolyásolják. De hiába szüntettük meg háromezer rossz lerakót, ha a szennyezés már mélyen a talajban van.

Élővizeinkkel tehát nem úgy gazdálkodunk, ahogy kellene. Azokat nem értéként kezeljük, hanem valami nagyon torz szemlélet alapján, ellenséggént. Csak az árvízvédelmi szempontokat tartjuk szem előtt. Gátak közé szorítjuk a folyókat, és csak azon igyekszünk, hogy a magas vízhozam elleni védekezés jegyében minél előbb elvezessük őket az országból. Utána meg az aszály ellen próbálunk valahogyan védekezni. Tehát nem együttműködünk a vízzel, hanem küzdünk ellene.

SZERKESZTETTE: K.F.

ÉBREDNEK A KULLANCSOK!

Hamarosan vége a télnek, ébred a természet és téli „álmukból” ébrednek az éhes kullancsok is.

Magyarországon az elmúlt 25 évben a kullancsok által terjesztett betegségek közül a Lyme-kór, a kora tavaszi agyvelő- és agyhártyagyulladás (Früh Sommer MeningoEncephalitis, FSME) és a babesiosis kapott nagyobb figyelmet. Jelen cikkünk csak a kullancsencephalitis betegség epidemiológiai hátterével foglalkozik alaposabban.

Ezen fertőző betegség valós geográfiai epidemiológiájáról sajnos nincs valós képünk. A betegség ugyan bejelentésre kötelezett, azonban nagyon nehéz megmondani, hogy a beteg hol szenvedte el a fertőzést okozó kullancscsípést, a lakóhelyén, avagy attól távolabb. A hazai epidemiológiai térképek csak a bejelentés helyét rögzítik, nem pedig a fertőződés helyét. Sajnálatos tény: nincs reális képünk arról, hogy vajon Magyarország mely területei tekinthetők fertőződés szempontjából valóban veszélyesnek! Valós fertőzöttségi térképet csak a kullancsok fertőzöttségének reprezentatív vizsgálatával lehetne alkotni, amelyre egyelőre nincsen keret.

A betegség epidemiológiai adatainak elemzésével azonban néhány érdekes tanulságot lehet levonni. Magyarországon az elmúlt 25 évben 5750 kullancsencephalitis betegezt regisztrált az epidemiológiai hálózat. A betegség éves incidenciájában az elmúlt 10 év csökkenő esetszáma után két éve ismét emelkedő tendencia látható¹. A betegség lefolyása viszonylag jól ismert, az azonban nem köztudott, hogy a Szent László Kórház adatai szerint az elmúlt 10 esztendőben 3 halálos áldozata is volt ennek a betegségnek². A nyugati gyakorlattal ellentétben Magyarországon kevés adat áll rendelkezésre a neurológiai szövődmények előfordulását illetően. A nemzetközi irodalmi adatok a súlyos neurológiai szövődményeket gyermekkorban 2% körüli értékre becsülik³.

A kullancsencephalitis betegség elleni egyetlen védekezés az aktív védőoltás, hiszen 2003 júniusa óta passzív immunglobulin

nincs forgalomban. Magyarországon az FSME-oltóanyagot több mint 10 éve alkalmazzák, s a beadott dózisok száma meghaladja az 1 milliót.

Az oltási sémák jól ismertek, bár a magyarországi gyakorlatban – praktikussága ellenére – az ún. gyorsított FSME-oltási séma kevésbé elterjedt. A gyorsított oltási sémának köszönhetően a szezonban **MÁR 2 VAKCINADÓZISSAL LEHETŐSÉG VAN A BETEGEK PROFILAXISÁRA**. Az FSME az egyetlen olyan kullancsencephalitis elleni védőoltás, amely gyorsított alkalmazás esetén **MÁR 2 VAKCINADÓZISBAN VÉDETTSÉGET NYÚJT**⁴.

A védőoltás csak akkor hatékony, ha megfelelő ellenanyagszint alakul ki az oltottak szervezetében.

Nagyon fontos tehát az időben történő védekezés: azaz a kora tavaszi időszakban végzett vakcinálás.

Az **FSME-immun** oltóanyaggal, a hivatalos ajánlásoknak⁴ megfelelően, az alábbi oltási sémák biztosítanak védekezést:

	<i>Első oltás</i>	<i>Második oltás</i>	<i>Harmadik oltás</i>	<i>Emlékeztető oltás</i>
Általános séma	0. nap	1–3. hónap múlva	9–12. hónap múlva	3 évvel az 1. oltás után
GYORSÍTOTT SÉMA	0. nap	14. nap múlva	9–12. hónap múlva	3 évvel az 1. oltás után

Itt az ideje tehát a kullancsok által terjesztett agyvelőgyulladás elleni oltások ismétlésének vagy megkezdésének.

(x)

- Kádár F. Age distribution of TBE in Hungary. 6th Meeting of the International Scientific Working Group on TBE, 2004
- Mészner Zs. Védőoltással megelőzhető fertőzésekben meghalt betegek a Szent László Kórházban (1993-2003) MIT 2003. Kongresszusi előadás
- Mutz I. Consensus. 6th Meeting of the International Scientific Working Group on TBE, 2004
- A „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ módszertani levele a 2004. évi védőoltásokról; Egészségügyi Közlöny LIV. Évfolyam 3. szám 2004. január 22. 768–785. old.

A választható védőoltásokról

Az orvostudomány gyors fejlődése lehetővé teszi számunkra, hogy egyre több fertőző megbetegedés ellen aktív védelmet tudjunk felkínálni a gyermekeiket féltő szülők számára. A gyermekek aktív immunizálása nemcsak őket védi, hanem a körülöttük élő felnőtteket, várandós mamákat, időseket, beteg embereket is, akik számára a gyermek által hazahurcolt és továbbadott infekció sokkal több veszélyt jelenthet. Ez alól csak a kullancsencephalitis kivétel.

Tekintettel arra, hogy ugyanazon megbetegedés ellen több készítmény is áll rendelkezésre, és ezek oltási rendje, valamint az oltható korosztály esetenként más és más, a gyors tájékozódás érdekében célszerűnek látszott a vakcinákat táblázatba foglalni (1. táblázat). Ezzel mind a felnőttekkel foglalkozó háziorvosoknak, mind gyermekorvos kollégáinknak szeretnénk a könnyebb áttekintéshez segítséget nyújtani.

TÁJÉKOZTATÓ ORVOSOKNAK A VÁLASZTHATÓ VEDŐOLTÁSOKRÓL

1. táblázat

Betegség, ill. kórokozó	Oltóanyag neve	Oltható korosztály	Alap-immunizálás	Egyszeri dózis	Emlékeztető oltás
Hepatitis A+B	Twinrix felnőtteknek	16 év felett	0 1 hó 6 hó	1 amp im	10 éven belül nem kell ismételni
	Twinrix gyerekeknek	16 év alatt	0 1 hó 6 hó	1 amp im	
Hepatitis B	HBVAX II 5 µg	0–10 év 11–19 év	0 1 hó 6 hó 0 1 hó 6 hó	½ amp im 1 amp im	10 éven belül nem kell ismételni
	10 µg	11–15 év	0 - 6 hó	1 amp im	
		20 év felett	0 1 hó 6 hó	1 amp im	
	Engerix B 10 µg	15 év alatt	0 1 hó 6 hó	1 amp im	
		20 µg	15 év felett	0 1 hó 6 hó	
	Hepatitis A	AVAXIM	2 év felett	0 1 hó 6 hó	
HAVRIX 720 1440		1–15 év	0 6–12 hó	1 amp im	
		15 év felett	0 6–12 hó	1 amp im	
VAQTA gyerekeknek		2–17 év	0 6–18 hó	1 amp im	
		felnőtteknek	17 év felett	0 6–18 hó	1 amp im
Kullancs- encephalitis	FSME Immun Inject	1 év felett	0 1–3 hó 9–12 hó	1 amp im	3 évente
	Encepur J	1–12 év	0 1–3 hó 9–12 hó	1 amp im	3 évente
	Encepur A	12 év felett	0 1–3 hó 9–12 hó	1 amp im	3 évente
	FSME Bulin	bárkinek	48 órán belül	0,1 ml/kg	3 hónapig véd
			48–96 órán belül	0,2 ml/kg	

Betegség, ill. kórokozó	Oltóanyag neve	Oltható korosztály	Alap-immunizálás			Egyszeri dózis	Emlékeztető oltás
Neisseria meningitidis C	Menjugate	2–12 hó 1 év felett	0 1x	1 hó	2 hó	1 amp im 1 amp im	várhatóan 10–15 évig véd, esetleg 2–5 éves korban
	Meningitec	2–12 hó 1 év felett	0 1x	1 hó	2 hó	1 amp im 1 amp im	poliszacharid vakcina az A-szerotípus miatt
	NeisVac-C	2–12 hó 1 év felett	0 1x	-	2 hó	1 amp im 1 amp im	
	Menpovax	2 év felett	1x			1 amp sc	
	Mencevax A+C	2 év felett	1x			1 amp sc	járványügyi helyzettől függően konjugált/ poliszacharid vakcinával
	Meningococcal polys.	2 év felett	1x			1 amp sc	
Streptococcus pneumoniae	Pneumovax' 23	2 év felett	1x			1 amp im	5 éves kor felett csak hajlamosító tényező esetén indokolt oltani ezen kórokozó ellen
	Pneumo' 23	2 év felett	1x			1 amp im	
	Prevenar	2–12 hó 1 év felett	0 1x	1 hó	2 hó	1 amp im 1 amp im	
Influenza A+B	Begrivac	1 év felett	1x			1 amp im	évente
	Influvac	1–6 év 6 év felett	0 1x	4 hét		1 amp im 1 amp im	évente évente
	Fluarix	½–3 év 6 év felett	0 1x	4–6 hét		½ amp im 1 amp im	évente évente
	Fluval AB	3–12 év 12 év felett	1x 1x			½ amp im 1 amp im	évente évente
	Vaxigrip	1–10 év között 10 év felett	0 1x	1 hó		½ amp im 1 amp im	évente évente
Varicella	Varilrix	9 hó felett	1x			1 amp sc	jelenleg nem szükséges
		12 év felett	0	4–6 hét		1 amp sc	

A házi gyermekorvos, házi orvos feladata a szülők, a betegek tájékoztatása a védőoltási lehetőségekről. Az orvosnak ismernie kell a kontraindikációkat, mérlegelni az anamnesztikus adatokat (lázás betegség, terhesség, immunszuppresszív kezelés, korábbi vagy tervezett műtét, allergia, étel okozta anaphylaxia). Az élő attenuált kórokozót tartalmazó vakcinák beadását 3–9 hónapon belüli vérkészítmény vagy immunglobulin (fontos a

dózis!) adása esetén el kell halasztani. Figyelembe kell venni az utolsó oltás időpontját, az ugyanazon oltásra adott korábbi oltási reakciót, szövődményt. Ismertetnie kell a várható oltási reakciókat, az esetleges szövődmények gyakoriságát. Oltás előtt meg kell vizsgálni a gyermeket. A vizsgálat eredményét, valamint az oltás megtörténtét (oltóanyag neve, gyártási száma, dátum, orvosi pecsét és aláírás) dokumentálni kell.

Minden olyan esetben, amikor váratlan helyzetben kell állást foglalni, a Védőoltási Szaktanácsadókhöz érdemes fordulni.

Reméljük, összeállításunkkal segíteni tudjuk kollégáink munkáját.

DR. STUNYA EDINA
HÁZI GYERMEKORVOS

Az összeállítás átnézéséért és szakmai lektorálásáért köszönet illeti dr. Mészner Zsófia főigazgató asszonyt.

Élesben

Dr. Mészner Zsófiát, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet főigazgatóját, a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnökét, az egyik legtapasztaltabb gyermekinfektológust, dr. Vass Ádámot, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Járványügyi Főosztályának vezetőjét, a 7-tagú Európai Védőoltási Tanácsadó Testület tagját és dr. Balázs Anna pszichiátert, az Autizmus Alapítvány főigazgatóját meghívták egy védőoltásokkal foglalkozó televízióműsorba.

Ritka és kivételes alkalom már az is, hogy egészségügyi szakkérdésekkel foglalkozó programba egyáltalán meghívni szakembert is. Ezeknek a műsoroknak – ritka kivételtől eltekintve – nem a hiteles, kiegyensúlyozott, a lakosságot megnyugtató tájékoztatás, vita, hanem a harsány szenzációkeltés a célja. Ebbéli tapaszta-

tunkban most sem csatlakoztunk. A józan, hozzáértő, felelős szakmai hang most sem volt érdekes. Legjobb lenne ezt az egészet egyedi kisiklásnak tekinteni, mert akkor még talán nagyobb lehetne a remény, hogy egyszer szakmailag mértéktartó, ugyanakkor érdekes egészségügyi felvilágosítás, témafeldolgozás kerül a képernyőre.

Az alábbiakban Mészner főigazgató asszony jóváhagyásával közöljük azt a levelet, amellyel reagált az adásban történetekre.

Tubics Tibor felelős szerkesztő részére
MTV 1 „Élesben” vitaműsor

Tisztelt Felelős Szerkesztő Úr!

2004. április 13-án – voltam olyan meggondolatlan, hogy elfogadva felkérését, részt vettem az Ön által szerkesztett „Élesben” vitaműsorban. Döntésemet azóta is bánom, és szeretném, ha elgondolkodna az alábbiakon:

- Mi a célja, ha úgy tetszik „üzenete” Ön szerint egy olyan vitaműsornak, mint amilyenre a tegnapi „Élesben” sikerült?

- Nem a kereskedelmi csatornák valamelyikén, hanem a közszolgálati csatornán, főműsoridőben sugároztak olyan programot, ami sem témaválasztásában, sem stílusában, sem műsorvezetésében nem ütötte meg a minimálisan elvárható színvonalat, minőséget!

A témaválasztáshoz: természetesen lehet vitát folytatni arról, helyes-e, hogy bizonyos védőoltások kötelezőek. Ezt jelenleg országunkban törvény szabályozza, de a kérdés kétségtelenül összetett, számos szála, vonatkozása van. Alapvető jogi, emberjogi kérdés, melyben az egészséges élethez való jog, az egyéni és a közérdek mellett járványügyi kérdések is benne foglaltatnak. Jogállamban van mód arra, hogy változtatás történjen, de ennek semmiképpen nem lehet fóruma az egymással üvöltöző, érzelmileg érintett, laikusok gyülekezete.

Ugyanígy lehet arról is vitaműsort készíteni, hogy szükség van-e védőoltásokra, azok mennyiben hatékonyak, mennyiben veszélyesek vagy veszélytelenek. Ez már orvosszakmai kérdés, amiről kell is, érdemes is beszélni, persze nem úgy, hogy épp azok számára ne jusson idő véleményük érdemi kifejtésére, akik történetesen értenek is ehhez. Hiszen ezzel foglalkoznak évtizedek óta, azaz szakemberek.

Az viszont szerkesztői hiba, ha ez a két alapvető dolog összerosódva, torzan, éppen csak egyetlen konkrét – éppen ezért szakmailag nem is megítélhető – eset kapcsán keveredik össze. Gondolja el, mit érezhettek azok a szülők, akik autista gyermeküket nevelve ahhoz kaptak megalapozatlan érveket, hogy ők maguk lehetnek okai a gyerekük betegségének, mert nem tiltakoztak egy kötelező oltás ellen...

A stílushoz: egy vitaműsornak is lehet elvárható stílusa, nem? Miután ilyen alkalmakkor, előre tudottan egymással ellenkező álláspontúakat hívnak el, a minimális követelmény egymás véleményének kulturált meghallgatását biztosítani – ez messze nem sikerült...

A műsorvezetőről: már akkor kellett volna felállnom és eljőnnöm, amikor még a stúdióban azt hallottam tőle, hogy „ez itt kérem egy kiabáló műsor, tessék csak nyugodtan belefójtani a másikba a

szót”. Majd azt is kifejtette, hogy ő itt nem akarja a műsort vezetni, hanem hagyni fogja, hogy arra forduljon, amerre sikerül. Még csak ezt sem tette – számos alkalommal tett ugyanis megjegyzést vagy intézett kérdést a jelenlévőkhöz, melyekkel nem hogy mederbe terelte volna a vitát, hanem inkább az amúgy is túlfűtött, érzelmileg motivált, értelmetlen, parttalan vihart szította. Nem volt ura a műsorának, sem lezárni, sem megnyugtató módon befejezni nem tudta, egyszerűen lejárt az idő, és vége lett ennek az igazán gyötrő, semmire sem jó negyven percnél... Nyíltan vállalta saját, laikus, védőoltásokat ellenző, vagy legalább a hatékonyságukat, fontosságukat kétségbe vonó álláspontját a műsor felvezetésétől a végéig. Számmomra az ő hiteltelen, ehhez a foglalkozáshoz nem értő viselkedése, azzal a fontos tanulással jár, hogy soha olyan műsorban részt ne vállaljak, amihez neki bármi köze is lehet.

- A gyermekek egészségét szolgáló tucatnyi kérdést tudok kapásból ajánlani, amiben fontos lenne megnyerni a tv-t néző, gyermekeket nevelő szülők együttműködését. Felelőtlen ség megingatni a szülők bizalmát egy jelenleg még – világméretű összehasonlításban is – példamutatóan hatékony, minden kisgyermek számára térítésmentesen nyújtott prevenció program iránt. Mert a magyar védőoltási rendszer ilyen!

Szeretném mindezek után és mindezek ellenére felajánlani a közszolgálati televíziónak szakmai segítségemet, közel három évtizednyi gyermekorvosi tapasztalatomat rövid, közérthető – a védőoltási programban érintett fertőző betegségek és az ellenük adott védőoltások kérdéseinek ismertetését célzó – kisfilmek készítéséhez. Ilyen műsorfüzerek sugárzására nagy szükség lenne. Mert valóban felnőtt egy generáció, a mai fiatal szülőké, akik ezeket a betegségeket már közvetlenül – egyébként éppen a védőoltásoknak köszönhetően – nem ismerhetik, ezért nem is tartanak tőlük. Világjelenség ez is, sok érdekes és szép példát tudok arra, hogy más országokban hogyan igyekeznek ezzel megbirkózni. Valóban fontos, hogy korrekt információ jusson el minden családhoz ezekről a mindannyiunk gyermekeit érintő kérdésekről. Óriási segítséget jelenthetne a gyermekgyógyászatnak, a tisztességgel a gyermekekért dolgozó orvosoknak, védőnőknek a televízió, ha nem a botrány, az „aki hangosabban kiabál, annak van igaza” mentalitás lenne a műsorszerkesztés vezérelve.

Budapest, 2004. április 14.

Dr. Mészner Zsófia
gyermekinfektológus

az Országos Gyermekegészségügyi Intézet főigazgatója

Másolatot kap: Rudi Zoltán, a Magyar Televízió igazgatója

(Utóirat: A műsor hozadéka, hogy az azt követő szavazásban a kérdésre, hogy „veszélyeztetné-e gyermekét, ha nem kapná meg a védőoltásokat” a kívülálló nézők 58 százaléka „nem”-mel válaszolt! Reményt veszve várjuk és készséggel közöljük az illetékesek válaszát. A szerk.)

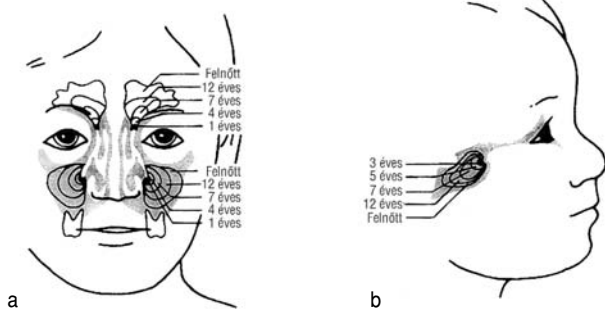
Lehetőségeink a gyermekkori nátha szövődményeinek megelőzésére

Somi Ildikó¹, Ablonczy Mária², Daróczi Katalin²

¹ Sanatio Bt., ² Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

A gyermek-fül-orr-gégészek munkaidejük jelentős részét a gyermekkori nátha szövődményeinek gyógyításával töltik.

A gyermekkori nátha eredetű melléküreg-középfül-orrmandula- és légúti gyulladások első állomásával – a banális náthával – leginkább a házi gyermekorvos találkozhat. Néhai Dr. Miriszlai Ernő professzor úr közismert mondása volt, hogy origo a nátha, azaz kiindulópontja a sorozatos hurutos betegségeknek, ami szinte minden gyermeket érint.



1. ábra Az orrmelléküregek fejlődése (F. Bootz)

A nátha első tüneteinek észlelése és korrekt ellátása számtalan további probléma megelőzését, elhárítását eredményezi.

Tapasztalataink szerint két korcsoport van, ahol a nátha előfordulását és korrekt kezelését a szokottnál is komolyabban kell venni. Az egyik az újszülött-csecsemőkor, a másik a három év feletti, ill. az óvodába frissen bekerült korcsoport.

A nátha újszülöttkorban, különösen első gyermek esetén, komoly izgalmat okoz a gyakorlatlan szülőknél. A tél végi, tavaszi grippés időszakban gyakran tapasztalható, hogy az újszülött is náthás. Az érett, jó súllyal született csecsemők az anyatejes táplálás ellenére nehezen viselik ezt a számukra nem is olyan banális betegséget, hiszen obligát orrlégzők, ezért az orrdugulás a melléről szopásnak jelentős akadályát képezi. A náthás

csecsemő keveset szopik, hamar elfárad, éhes marad, sokat sír. Az újszülöttkori náthát komolyan kell kezelni. A legfontosabb az orrvádék gyakori, alapos eltávolítása. Már ebben az életkorban is használható a porszívóra szerelhető orrszívó. A csecsemőknek megfelelő változata jó orr-illesztéssel rendelkezik. A leszívás után a duzzadt orrnyálkahártya lelohasztására a kornak megfelelő orrsprayt célszerű használni. Gyakran előfordul, hogy a betegség 7–10 napig is

fennáll, ilyenkor javasolható az élettani sóval való Proetz-féle vákuumos „ormosás” (lásd 2. ábra).

A frissen bölcsődébe, később óvodába került gyermekek között a populáció sajátosságai miatt gyakoribb a nátha és annak következménye, a köhögés. A Miriszlai-féle szívótechnika ebben a korcsoportban eredményes igazán.

A szülőket minden esetben célszerű meggyőzni a nátha felszámolásáról, ennek egyik fontos ismérve az orrszívás, orrfújás, valamint a közösség elkerülése. Egy hároméves gyermek orrfújása, még ha ügyesen csinálja is, nem elég hatékony. A reziduális váladékot az orrfújás után porszívós orrszívóval javasoljuk leszívni. Utána olyan orrsprayt célszerű az

orrba juttatni, ami két fontos komponenset tartalmaz.

Az orrüreget nátha esetén két tényező szűkíti: az egyik a bennrekedt váladék, a másik a duzzadt orrnyálkahártya. Mindkét tényező ellen ható orrspray-kombinációt magisztrálisan készítettük a Semmelweis Egyetem II. Gyermekklinika Fülészeti Osztályán, majd a Meditop kutatói továbbfejlesztették, és NASOPAX néven – gyermek- és felnőttváltozatban – került patikai forgalomba.

A gyógyszer-kombináció kis mennyiségben tartalmazza az oxymetazolint és a bromhexint. A két hatóanyag egymás hatását potenciózza. Ez a magyarázata, hogy tartós használata sem kontraindikált. A gyógyszerkönyv szerint akár 1 hónapi használat után sem kell számolnunk mellékhatásokkal. Ez rhinitis allergica kezelésénél különösen fontos. Többéves tapasztalatunk bizonyítja, hogy jól beteríti az orrnyálkahártyát, oldja a reziduális váladékot és lelohasztja a duzzadt nyálkahártyát. Allergiás rhinitis esetén klinikai vizsgálat bizonyítja a hatékonyságát.

A három héten túl tartó nátha és köhögés bizonyosan az orr körüli üregek gyulladásával jár és valószínűleg bakteriális eredetű. A célzott antibiotikus kezelés mellett ebben a korcsoportban a leghatékonyabb az orrüregnek és a vele kapcsolatos üregrendszereknek a Proetz-féle élettani sóval való átmosása. A kezelés előtt a melléküregek élettani szájadéknak szabadabb tételére is jól használható az általunk összeállított orrspray-gyógyszerkombináció.



2. ábra. Proetz-kezelés

1. Ablonczy, M., Somi, I.: Nátha a csecsemő- és gyermekkorban. *Medicus Anonymus*. 10–11:15–17. 2000.
2. Ablonczy, M., Fekete, Gy., Somi, I., Dávid, Á. Nasopax (oxymetazolin és bromhexin) orrspray a nátha szövődményeinek megelőzésére *Hippocrates*. 5:31–35. 2003.
3. Dávid, A., Balogh, E., Csóka, G., Rácz, I.: The preparation and examination of polymorphous vincristine sulphate. *Int. J. Pharm.* 161:245–251. 1998.
4. Miriszlai, E.: A szívó technikában végzett helyi kezelés jelentősége csecsemő- és gyermekkorban. *Fül-orr-gégegyógyászat Supplementum*. 28:117–125. 1982.
5. Somi, I.: Gyermekek rhinitisének kezelése orrspray gyógyszerkombinációval. *Fül-orr-gégegyógyászat*. 43:32–37. 1997.
6. Somi, I.: Tapasztalatok a gyermekkori nátha leggyakoribb szövődményeinek gyógykezeléséről. *Gyermekgyógyászat*. 55:104–110. 2004.

Vészjelek

A serdülőkör átmenet a gyerek- és a felnőttkor között. Ez a lakonikus tömörségű definíció megállja a helyét a legkülönbözőbb pszichológiai szemléletekben is. Amint magyarázni, részletezni kezdjük, minden irányzat máshová teszi a hangsúlyt. Abban sincs teljes egyetértés, mettől meddig tart a serdülőkör, vannak-e szakaszai, melyek a pontos jellemzői, vannak-e egyáltalán általános jellemzői, természetes-e, hogy sok konfliktussal jár. A különféle bio-szocio-pszichológiai megközelítések ugyanakkor egyetértenek abban, hogy korunkban egyre nagyobb hangsúlyt kap ez az életszakasz. Minél fejlettebb gazdasági téren egy társadalom, minél inkább szükség van a felnőtt szerep elsajátításához a tanulásra, a hosszas képzésre, annál jobban kitolódik az anyagi függetlenség megteremtésének az esélye, annál jobban elnyúlik a serdülőkör.

Manapság jóval kevesebb időt töltenek a gyerekek családi körben, mint mondjuk 50 évvel ezelőtt. Így azt is feltételezhetjük, hogy gyermekkoruk érzelmileg kielégítetlen, vagyis nincsenek „jóllakva”. Ezért is szakadnak el nehezebben és válnak csak megkésve felnőtté. Többek között ezek a gondok okoznak nagyon sok nehézséget a kamaszoknak, de a velük foglalkozóknak is. Sok olyan, korábban stabilnak hitt érték bizonytalanodott el, amit a szülők képviselhetnének. De a mai szülők, akiknek most van kamasz gyerekük, többnyire már maguk is hátrányos helyzetből indultak, így még kevésbé tudnak támaszt, fix kiindulási pontot nyújtani gyerekeiknek. Ráadásul nem jut idő, nincs türelem és lehetőség, hogy megismerjük őket. A labilitás így tovább fokozódik. A modern kultúra ellentmondásos és bonyolult rendszerében kell ma a fiataloknak felnőtté válniuk.

Abban, hogy mikor kell kórosnak tekinteni egy fiatal zaklatott, a megszokottól eltérő viselkedését, sokat segítenek a Laufer által leírt viselkedésminták. Ezek többnyire csak gyanújelek, vészjelek, nem jelentenek még feltétlenül betegséget. De figyelmeztetnek arra, hogy a serdülő gondban van, életfeladatát, hogy érett felnőtté váljék, csak elakadva, nehézségek árán tudja megoldani. A súlyos krízisek viszont már lehetnek betegség előjelei.

• Ragaszkodhat például a serdülő annyira a gyermekkori magatartásmódokhoz, hogy az már akadályozza törekvését a felnőtt viselkedésre. Ez nemcsak múltó hangulat, időszakos gyermeki

regresszió, hanem domináló magatartásforma is lehet. Arra utal, hogy a kamasz fél a felnőtté válástól. Organikus tünete lehet ennek például egy étkezési zavar is.

• Előfordulhat, hogy a kamasz viselkedése túlságosan merev, önkontrollját mindenáron meg akarja őrizni, látszólag nagyon is felnőtt. Ennek hátterében állhat az, hogy tart az érzelmek sodró erejétől, merevségével magát védi. Tünete lehet a kényszeresség, a tisztaság vagy tanulási mánia.

• Van, hogy nincs kapcsolata kortársaival, visszahúzódik, kisebbek társaságát keresi vagy olyanokét, akik őt kezelik kisebbként. Kerüli az ellenkező nemet. Ezek a gyerekek azért nem tudnak felnőtt viselkedésformát kialakítani, mert az énjük bizonytalan.

• Az „én” erőtlenségét jelzi az is, ha a serdülő életében még mindig a szülők véleménye dominál. Kortárskapcsolatai gyengék, az élmények, benyomások érdemben nem érintik. Érzelmekben, véleményében, partnerválasztásában gyakorlatilag belső ütköztetés nélkül érvényesül a szülői dominancia.

• Ha az elszenvedett eseményekkel kapcsolatban nem képes sem azok megélésére, sem az adekvát érelemlényilvánításra, a kudarc, az öröm, a bánat, a düh látszólag meg sem érinti. Szinte azonnal más cselekvésbe, másik kapcsolatba menekül, ami azt jelenti, hogy saját és mások érzéseivel még nem tud mit kezdeni, azok következményeit nem tudja elviselni.

• A mindent magára vonatkoztató serdülő gyakran tulajdonít magának a realitásnál nagyobb jelentőséget. Többnyire mégis el tudja különíteni képzeletbeli félelmeit a valóságtól, például azt, hogy mindenki őt nézi, attól, hogy csak ő hiszi, hogy őt nézik. Ha azonban más emberek viselkedésének értelmezésében saját képzelete termékeit már nem tudja kritikusan megítélni, az a realitáskontroll hiányára utal, és már nagyon közel van a betegséghez.

• A realitáskontroll speciális hiánya, ha az az „énre” vonatkozik, és saját képességeinek megítélésében ábrándok vagy súlyos félelmek vezérlik. Félelmetes gondolatok ebben az életszakaszban mindenkinél előfordulnak. Betegséget jelez viszont, ha a saját testéhez vagy neméhez fűződnek szorongató, bénító gondolatok, túl- vagy alulértékelések. Ilyenkor a figyelem lekötése már a mindennapi tevékenységet is gátolja. Romlik a koncentrációs képesség, a tanulási teljesítmény, a bénító gondolatok gátolják a jövőre való felkészülést. Gyakori az örültségtől való félelem. Amennyiben az már az életvezetést is akadályozza, fel kell figyelni rá, hiszen a bizarr gondolatok uralma alatt nagyon nehéz a realitásba visszatérni.

• Betegség előjele lehet az is, amikor úgy érzi, hogy cselekedeteit nem maga határozza meg, hanem valami más, ami akaratától független. Ne tévesszük ezt össze az indulati feszültségekből kiinduló, gondolatok nélküli hirtelen, megfontolatlan cselekedetekkel.

A Laufer-féle vészjelek a mindennapi jelenségeket próbálják meg csoportokba szedni. A fent leírt tünetek tehát nem utalnak biztosan betegségre. De az utolsó néhány viselkedésminta már feltétlenül szakembert igényel.

Anna Freud állítása ma is érvényes: legyen bármennyire is bizarr egy kamasz viselkedése, gondolkodása, ha az változik, akkor nincs baj! Ezen állítás alátámasztásául egy rövid esetismertetés:

15 éves kislány, felnőtt nő, tiszta, nyitott tekintetű, érdeklődő kamaszlány. Egyetlen olvasmánya a mesekönyv, közülük is a Csipkerózsika a kedvence. Egy bátyja és egy öccse van. A szülők, viharosan bár, de együtt élnek. A kislány hetedik, de iskolakerülő, hónapok óta nem volt bent, sokszor éjszaka sem megy haza. Azt gondolhatnánk, hogy az elzüllesztés szélén áll, hiszen ez – a nagyvárosban éjjel egyedül csavargó kislányra leselkedő veszélyek alapján – reális gondolat. Az első békés exploráció alatt elmondja, hogy szerelmes egy buszsofőrbe, és előbb barátnőjével, később már egyedül rendszeresen buszozik, így adva magának esélyt, hogy rajongása tárgyát láthassa. Bármilyen áron, még ha ki is kap otthon, még ha évet is kell ismételnie, ez mindennél fontosabb számára. Kapcsolatuk nincs, ábrándjai vannak.

A Laufer-féle vészjelek közül többet is felismerhetünk. Emlékezzünk az említett viselkedésminták közül az elsőre, amikor a serdülő ragaszkodik a gyermekkori magatartásmódhoz, vagy arra, amikor saját érzéseit és annak következményeit képtelen kezelni. Nem érinti, hogy szülei aggódnak, hogy kortársai mit gondolnak, a tanárok mit szólnak, mi lesz, ha évet kell ismételnie vagy gyermekvédelmi tárgyalásokra kell járnia szüleivel. Nem értelmi fogyatékos, átlagos értelmi képességű. Viselkedése a kamasz viselkedés karikatúrája, számára felnőtt döntésnek imponál, ha egyedül kóborol éjszaka, de gyermeki vágy fűti, hogy mint királykisasszony ébredhessen fel egyszer. Ez a kislány tehát nem beteg, csak veszélyeztetett. Szüksége van egyéni, csoport- és családterápiára ahhoz, hogy személyiségének elakadt fejlődése megszűnjön, és számtalan, valószínűsíthetően korábbi sérülése is kompenzálódjon.



Homeopátia egy orvos szemével

Válasz egy szülő levelére

Kedves Szülő!

Olvasva levelét részben igazat adtam Önnek, hiszen kételyeit és csalódottságát fogalmazta meg. Szeretném azonban megmagyarázni mit értett félre, és szeretnék választ adni problémáira.

Szomorúan olvastam, hogy a homeopátia iránt érdeklődő szülőre ismeretlen fogalmakat, szakkifejezéseket zúdítanak. Ez egyáltalán nem szükségszerű, és olyan, mintha a hagyományos orvosi vizsgálaton a szülőnek latin diagnózisokkal, tudományos kifejezésekkel magyaráznák el a problémát és a megoldást. Ez, amellett, hogy ijesztő és nehezen érthető, elidegenítő hatású lehet.

Hogyan gyógyít a homeopátia?

A jól megválasztott homeopátiás gyógyszerek – hivatalosan törzskönyvezett gyógyszerekről van szó – a szervezetbe bekerülve megkeresik az immunrendszer gyenge pontjait és öngyógyító mechanizmusokat indítva el, a szervezet saját védekezőképességét stimulálják a betegséggel szemben. A tüneti szerek (egy vagy több szer) az aktuális tüneteket szüntetik meg, míg az alkati szerek, a szervezetre jellemző betegséghajlamos csökkenti, rendezik az immunrendszer hiányát vagy éppen túlműködését (pl. allergiák). Így gyakran oki kezelést kap a beteg.

Egy, a természetben megtalálható anyag – mely kiindulásában lehet gyógyhatású, de akár mérgező vagy semleges hatású is – igen nagy hígítása homeopátiásan elkészítve, matematikailag piciny dózisa a szervezetbe kerülve fizikai hatásmechanizmussal, azaz hullámmozgással, rezgésekkel átadja a megfelelő információt a fogadóképes sejteknek. Ez az alapja az akupunktúrának is, mely ma már nyugaton is elfogadott terápia, de így működnek például a mobiltelefonok is! A homeopátia tehát – szemben a hagyományos gyógyszerekkel – nem a kémia törvényei szerint működik.

Jelenleg a homeopátia alternatív terápia. A mai tudományos módszerek a gyógyszereket kémiai törvényekre alapozott kísérletekkel igazolják, melyek azonban nem alkalmazhatók a homeopátiás gyógyszerekre. A homeopátia hatásmechanizmusát hivatalos kvantumfizikai kísérletekkel igazolják. Az az anyag, mely nagy dózisban bizonyos konkrét tüneteket vált ki, igen kis dózisban és homeopátiásan

elkészítve ezeket a tüneteket megszünteti, kioltja. A homeopátiás rendelésen a vizsgálat és a kikérdezés alapján felismert tüneteket összehasonlítjuk a megtanult homeopátiás gyógyszerképek tünettáblájával, és azokat a gyógyszereket írjuk fel, melyek tünettana legjobban hasonlít a beteg érzékelhető tünetekhez. Ez a hasonlóság elve, melyet már Hippokratész is megfogalmazott, ám F. S. Hahnemann foglalt rendszerbe.

A homeopátiás kezelés nem azonos azzal, amikor bizonyos ásványi anyagok és vitaminok részleges vagy teljes hiányakor jelentkező tüneteket megfelelő pótlással megszüntetik. Egészséges egyén szervezetének működéséhez szükség van ásványi anyagokra, de nincs szükség ilyenkor homeopátiás szerre. Ez utóbbiak gyógyszerek, amelyek csak megbomlott szervezeti harmóniánál fejtik ki hatásukat, egyébként nem hatnak, nem váltanak ki semmilyen reakciót.

A homeopátia nem csodaszer, addig hat, amíg a szervezetben megfordítható a folyamat, rákos betegséget például nem tud gyógyítani. Műtétet nem helyettesít, de kiegészítő kezelésre kiválóan alkalmas: így vérzéscsillapításra, a műtéti seb okozta fájdalom enyhítésére, a seb gyorsabb és szövődménymentes gyógyulásának elősegítésére. Alkalmas ezenkívül vírusos és bakteriális fertőzések megszüntetésére, az ismétlődő fertőzések megelőzésére, asztma, ekcéma, szénanátha kezelésére, de alkalmas szorongásoldásra, a stressztűrő képességek fokozására, pánikbetegség, depresszió megszüntetésére is.

A homeopátia nem a vírust vagy a baktériumot öli meg, hanem az immunrendszer működését rendezi oly módon, hogy a szervezet saját maga tudja legyőzni a behatoló kórokozókat. Gondoljunk arra, hogy a nagy járványokban pl. pestis, lepra, tbc nem halt ki szerencsére az emberiség, mert bár a kórokozó széles körben terjedt, mégsem mindenki betegedett meg, illetve volt olyan, aki elkapta a kórt, de meggyógyult belőle. Ez a gyógyulás, függetlenül a behatoló kórokozótól, a szervezet védekezőrendszerén múlt. Erre hat a homeopátia.

Ezért párhuzamosan használható – ha szükség van rá – a hagyományos gyógyszerekkel. Különböző utakon hatnak, nem csökkentik egymás hatását. Súlyo-

sabb betegségben nem is szabad abba hagyni az allopatíás gyógyszer szedését. Emellett kell elkezdni a homeopátiás terápiát, és ha az állapot javul, akkor lehet fokozatosan csökkenteni az addig alkalmazott gyógyszerek szedését. Mindent csak orvosi felügyelet mellett!

A saját és kollégáim praxisában is igen látványos eredményeket érünk el. A szénanátha és egyéb allergiás betegségek esetén is gyakran előfordul, hogy a beteg teljesen meggyógyul, vagy csak homeopátiás kezeléssel marad tünetmentes. Sajnálom, hogy a cikket író szülő nem találkozott ilyen emberekkel. Azt sem értem, hogy miért tartja ezeket a betegségeket kisebb, megfoghatatlan bajoknak?

A homeopátia alkalmas továbbá emésztési betegségek, urológiai és nőgyógyászati fertőzések leküzdésére, sőt megelőzésére is. Migrének megszüntetése, bizonyos hormonális problémák megoldása is idetartozik. Nem lehet célom minden betegség felsorolása. A homeopátiás képzés időtartama minimum két év. De a végzettség birtokában is csak orvosok tarthatnak homeopátiás rendeléseket. Ez azért nagyon fontos, mert a homeopátia egy terápiás módszer, és a diagnózist a szakma szabályai szerint kell felállítani, a jelenlegi képzés eljárási, laborvizsgálatok és egyéb módszerek alapján!

A homeopátia gyermekekre és felnőttekre egyaránt a fizika törvényei szerint hat. Az adagolás nem függ sem a testtömegetől, sem a kortól. A megfelelő adag tapasztalati úton alakult ki. Ez öt golyócska, mely átlépve az ingerküszöböt, egy „akciós potenciált” indít be a szervezetben, azaz beindítja a válaszreakciót, a gyógyulási folyamatot. Régóta folynak hivatalos homeopátiás gyógyszerkísérletek, csakúgy, mint az allopatíában, melyeket önként jelentkező, egészséges embereken, illetve állatokon végeznek. A kísérletek kiterjednek a gyermekbetegségekre is.

Én a klinikai homeopátia nevében beszélhetek, ezt gyakorlom és tanítom. Eszerint a kikérdezés a diagnózis ismeretében történik. A kérdéseket öt csoportba soroljuk: 1. Hol, mi fáj? 2. A beteg mit érez, azaz, hogyan fáj? 3. A tünetek mire javulnak vagy romlanak? 4. Kísérő tünetek: pl. váladék jellege, étvágy, szomj vál-

tozása, magatartásbeli tünetek? 5. Ismert-e a betegség kiváltó oka?

Az első vizsgálat valóban hosszabb időt vesz igénybe, mint az a hagyományos körzeti rendelésen lehetséges lenne, általában fél, egy óra. Ez az orvos felkészültségétől és a beteg válaszaitól is függ. A kérdések jellege alapján kiderül, hogy a betegség során megváltozott szervezetnek az összes jelzése fontos, ezért mondjuk, hogy „holisztikus” terápiáról van szó. A kikerdezésnek csak egy töredéke vonatkozik a magatartásbeli tünetekre, tehát semmiképpen sem vajakálás a család magánéletében. Fontos lehet azonban, hogy például egy bepislós gyermek szorongása miatt pisil-e be (*Lycopodium*, *Silicea*) vagy éppen azért,

mert szórakozottá válik a sokszínű érdeklődése, kreativitása, a világ felfedezése miatt (*Sulfur*), esetleg ismétlődő felfázások állnak a háttérben (*Sepia*, *Silicea*). Az a kívánatos, ha a homeopátiás vizsgálat teljes, ami tapasztalatom szerint nem kimerítő a beteg vagy a szülő számára, sőt inkább megnyugtató és bizalomteljes. A homeopátiás kezelés semmiképp nem kísérlet, hanem terápia, amely akut tünetek esetén 2–5 nap alatt teljesen meggyógyítja a beteget. Krónikus vagy visszatérő problémák esetében ez több hét, több hónap is lehet. Ezen időszak alatt is folyamatosan javul azonban a beteg állapota, így a beteg és az orvos is sikeresnek tartja a kezelést.

Bizakodva remélem, hogy választ kapott a szülő kérdéseire és azt is, hogy sikeresen gyógyul gyermeke homeopátiás kezeléssel.

A célunk a szakma szabályait betartva, a beteg mielőbbi és teljes gyógyulása, mellékhatások nélkül!

Tisztelettel

DR. ZARÁNDI ILDIKÓ
BELGYÓGYÁSZ–HOMEOPÁTIÁS ORVOS
A HOMEOPÁTIÁS ORVOSOK ÉS GYÓGYSZERÉSZEK
AZ EGÉSZSÉGÉRT (HOGYE) ALAPÍTVÁNY ELNÖKE

(a szerk. megjegyzése: a szülői hozzászólás a Hírívő 2003. decemberi számában jelent meg.)

Hiányzik egy fiú...

Kizuhant egy száguldó autóból. Nem volt bekötte. Éjszaka indult haza a diszkóból, a közeli falujába, gyalog... és barátai felvették az autójukba. Öten voltak, ő hátul ült, középen. A karambolban többen megsérültek, ő meghalt. Tizenhat éves volt...

Egy bohém, vagány, igazi csibész! Benne minden életkora szerinti csínyben, siheder képén mindig mosoly játszott, akkor is, ha a rendelőbe jött valami banális betegség vagy egy-két napos „igazolásfolyamodás” miatt. Kisebb korában cipész szegycsontjával, kyphosisos hátával, elálló lapockáival, „átszakadó” mellkasával gyógytornára járó csoportom egyik illusztris tagja volt.

Örök róla egy felejthetetlen képet. Édesanyja adta le a hívást, miközben indult kora reggel dolgozni: a fia nem jól érzi magát, otthon maradt, legyen szíves megnézni. Délelőtt volt, mikor hozzájuk érkeztem. L. a kerti farakáson feküdt vidáman napfördözve, két karja a feje alatt, arcán a szokott hamiskás mosoly, csi-csergő madarak közt élvezte a megszerzett szabadidőt...

Ez a kép ugrott be, mikor a halálhírét hallottam. Ez a fiú nincs már? Ez a fiú?

Egy kis faluban nagy döbbenetet kelt egy ilyen esemény, hisz a fiút mindenki ismerte, szerette. Rengetegen voltak a temetésén, tinédzser társai, barátai még hetekig jártak a sírházhoz gyertyát égetni, emlékezni. Egy ideig bizonyára dolgozik még a tragédia emléke: talán nem mennek diszkóba... talán nem isznak ott annyit... talán bekötik magukat az autóban... Talán...

De az idő jó gyógyír. Elindulnak majd újra.

Dobolnak bennem a kérdések: hány gyereket kell elveszítünk, amíg a joggyakorlat – és annak érvényesítése – olyan lesz, mely esélyt ad a hasonló esetek csökkentésére? Akceleráció ide vagy oda: mit keresnek a tinédzsereink az éjszakai szórakozóhelyeken? A tizenöt-tizenhat évesek? Sőt, a lányoknál már a hetedik és nyolcadikos korosztály, a tizenhárom-tizennégy évesek. Mikor vesszük észre, hogy az „elengedési életkor” egyre lejjebb csúszik? És vajon meddig?

A szülők, beleértve a leggondosabbakat, legaggódóbbakat is, nem képesek ellenállni a nyomásnak, a gyerekek kényszerítőzésének. „Elengednek mindenkit, csak pont engem nem?” Egy

kis nyafis közelharc után elengedik őt is. Olyan terhet téve a vállára, aminek érettsége, felelősségtudata még nem felel meg. Pedig nagyon szeretne jó lenni a társaknál és nagyon szeretne a hely szellemének is megfelelni, ezért nem akar, talán nem is tud a kihívásoknak ellenállni. Elfogadja az alkoholt, a cigit, esetleg még egy kis szelíd drogot is. A diszkótulajdonosoknak egyenes érdekük a forgalom, az iskola messze nem képes tanulói magánéletét is kontrollálni, a szabályozás is liberális, a civil kurázi hangja és védőhálói gyengék.

Ki fog cselekedni? És mikor?

Hiányoznak a diák-szórakozóhelyek, a tini-kocsmák, a laza iskolai klubok. Nem sok esélyt látok, hogy ezek gomba módra szaporodnának. Szűkösek az iskolák infrastrukturális lehetőségei, az elfáradt tanárok alig várják, hogy hazamehessenek, a művelődési házak haldokolnak, kevés a jól képzett szabadidőszakember. Mindezek ellenére (vagy inkább miatt) kiáltó szükség van az ésszerűen tiltó joggyakorlatra. Bizonytalanok vagyunk manapság az emberi szabadságjogok értelmezésében, eszeveszten félünk mindenféle korlátozás megfogalmazásától. Mégis úgy vélem, fel kell vállalnunk meggyőződéseinket, érvényesítenünk kell véleményünket gyerekeink védelmében. A felelősség a miénk!

KÓVÁRI ZITA

**A HGYE és az Országos Kardiológiai Intézet
Gyermekszív Központja által szervezett
gyermekkardiológiai továbbképzés
utolsó előadására
május 27-én 19.30-kor kerül sor.
(Mercure Budapest Metropolis szálloda,
1074 Budapest, Rákóczi út 58.)**

Infektológiai továbbképzés

A főváros után, Győr, Zalaegerszeg, Szeged és Pécs előtt, a „road show” második állomásaként február végén Debrecenbe érkezett a HGYE által szervezett infektológiai továbbképzés. Nagy izgalommal vártuk – tudva azt, hogy Budapesten igen nagy volt a részvétel – vajon nálunk hogy sikerül, milyen lesz az érdeklődés?

A program kecsesgetető, a téma aktuális, nem beszélve arról, hogy mindez csupán két és fél óra, ami fizikailag és szellemileg is jól bírható. Nem hagyható figyelmen kívül az érte járó 8 kreditpont sem. Mindez regisztrációs díj nélkül!

A szervezők gondoltak a kísérő családtagokra is. Olyan volt az egész, mint egy szombati családi kikapcsolódás – tudománnyal fűszerezve. A helyszín is szokatlan: a Plaza mozitermei. Míg az érdekeltek a tudományra figyeltek, addig a gyerekeket és a kísérőket két premierfilm szórakoztatta.

És jöttek a kollégák – időre. Az érdeklődést jellemzi, hogy Debrecenből és környékéről 110 kolléga érkezett. A rendezvény támogatói szendviccsel, pogácsával, üdítővel, figyelmesen és

kedvesen fogadtak bennünket. Az előadás pontosan kezdődött, Fekete Ferenc főorvos közvetlen, sallangmentes beszámolója számtalan kérdést provokált.

Ez jól sikerült, HGYE! Hasonló rendezvényeken mindig örömmel veszünk részt.

A fórumot támogató Medico Uno Rt. és a Baxter Hungary Kft. is jelesen vizsgázott szervezésből. Köszönjük!

JÓZSA LAJOS

H Í R E K

Praxisok

- 1120 kártyás, 20 éve jól bejáratott gyermekorvosi praxisjog **Miskolc vonzáskörzetében** eladó. Érdeklődni lehet a 06-20/252-9948-as telefonszámon.
- **Budapest XIV. kerületében** 700 kártyás, **XXIII. kerületében** 950 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó. Mindkét praxis felől a Mediconsult Kft.-nél a 06/1-339-3704-es telefonon vagy a mediconsult.kft@chello.hu e-mail címen lehet érdeklődni.
- **Szentesen** (Csongrád megye) 1050 kártyás házi gyermekorvosi praxis működtetési joga eladó. Ügyeletben való részvétel kötelező. Érdeklődni lehet a 06-63/311-246-os vagy a 06-30/278-8942-es telefonszámon.

Védőoltások

2004. április 23–24-én került megrendezésre az X. Országos Védőoltási Konferencia. Melles Márta főigazgató Magyarország járványügyi helyzetéről szóló beszámolójában kiemelte, hogy a védőoltások érdekében nagyobb média-támogatásra és jobb lakossági tájékoztatásra van szükség. Járványügyi biztonságunkat ugyanis mind inkább fenyegeti a tér- és időfaktor megrövidülése. Nemcsak a diftéria, hanem a gyermekbénulás is bármikor behurcolható a 2002 nyarára már poliomentessé tett Európába. Feltámadt a pestis, és a malária is újabb és újabb területeket hódít meg. A járványügy globális erőinek gyors reagálását példázza, hogy egy olyan új betegséget, mint amilyen a SARS, néhány hónap alatt sikerült visszaszorítani.

Vass Ádám az OEK Járványügyi Központjának vezetője arról adott tájékoztatást, hogy a szovjet utódállamokban a múlt évtizedben fellépett és 150.000 embert érintő diftéria-járványnak ötezer áldozata volt. A betegség terjedését csak 70 millió lakos beoltásával sikerült megállítani, újabb megbetegedések fellépésére, különösen a 40 év feletti korosztályokban azonban mindig számítani kell.

Kovács Julianna és munkatársai egy dél-magyarországi régióban végzett felmérés alapján rámutattak arra, hogy az ajánlott védőoltások vonatkozásában feltűnő különbségek mutatkoznak a gyermekorvosi és a vegyes praxisok preventív munkájában.



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

Honlap:
www.extra.hu/hgye

Az egyesület titkárai:
Demjén Ágnes
és
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

Tel./fax: (06-1) 339-3704

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

HÁIRVIVŐ

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1900 példányban.

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

Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály

ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **UART studio**

A címlapon: Khern Mandula Belső fotó: dr. Rotyis György

