

2004. október ■ IX. évfolyam 5. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



80. születésnap

Az Magyar Gyermekorvosok Társaságának jubileumi nagygyűlésére 2004. október 7–9-én került sor Debrecenben. A kerek évforduló mellett azért is kapott külön jelentőséget ez az összejövetel, mert itt mutatkozott be az MGYT tavaly megválasztott új vezetése: Mészner Zsófia elnök és Szabó László főtitkár.

A konferencia beharangozójában találó helyzetértékelést olvashattunk tőlük: „A jelen időszakban az egészségügyi ellátás átalakul és benne a gyermekorvoslás is. A mindig is háttérbe szorított gyermekellátást napjainkban különösen sok oldalról veszélyeztetik.”

Ebben a helyzetben kell munkálkodnia minden hivatásáért aggódó gyermekorvosnak a gyermekgyógyászat eddigi eredményeinek megőrzéséért és továbbfejlesztéséért. Tudjuk, hogy ez mennyire nehéz feladat.

Érezhetően sikerült továbblépni azon az úton, amit Bókay János 80 évvel ezelőtt kijelölt és az új vezetők is, mintegy ars poeticaként magukénak érznek: „...a gyermekorvosoknak tudományos és gyakorlati irányba való fejlesztése és a gyermekorvos szakemberek között a kartársi szívélyes érintkezés fenntartása...”

Ez a tudományos és egyúttal gyakorlati irány tükröződött a nagygyűlés egész programjában. Nem volt nehéz még a kutatástól távolabb álló gyermekorvos számára sem megérteni az élenjáró tudományos eredmények és a mindennapi hasznosításuk közötti kapcsolatot. Úgy tűnt, erre az előadók is külön gondot fordítottak.

A konferencia témáit – tudományunk fejlődésének megfelelően – a klinikai genetika, a molekuláris biológia és az onkológiai kutatások előtérbe kerülése határozta meg. Emellett a prevencióhoz, a vakcinációhoz kapcsolódó előadások és tanulságos esetismertetések hangzottak el. Külön ki kell emelni Al Aynsley-Green professzor előadását, aki figyelemreméltó őszinteséggel és keménységgel foglalta össze a gyermekek, a gyermeki jogok helyzetét Angliában és a világban. Hasonló előadásra, helyzetfelmérésre nagy szükség van, mert a szociális helyzet, az esélyegyenlőség alapvetően meghatározza, hogy a gyermekgyógyászat tudományos eredményei miként jutnak el a gyermekekhez.

Egy ilyen konferenciának tehát legfontosabb feladata, hogy megmutassa a szakterület tudományos fejlődésének irányait. A jövő gyermekorvosának és gyermekorvosi ellátásának képét csak ezen ismeretekre alapozva lehet felrajzolni. Ez a szakmai ajánlás, a demográfiai helyzet és a költséghatékonyság együttesen fogja meghatározni a következő évtizedek gyermekellátási struktúráját.

Napjainkban, amikor politikusok, gazdasági szakemberek, jogászok próbálják megmondani, hogy mit, mikor, hol és hogyan csináljunk, akkor nekünk gyermekorvosoknak is kötelességünk átgondolni szakterületünk jövőjét. Nem adhatjuk ki a kezdeményezést a kezünk közül.

A társasági programok ezúttal is – mint Debrecenben mindig – színvonalasan, jó hangulatban zajlottak.

Naturai Szilágy

TARTALOM

- Mit tettünk? 2–4
- Visszhang nélkül 5
- Az MSzSz jövője 7
- Adatlap 9
- Az asthma inhalációs kezelése 10–13
- Atópiaiskola 15–16
- Etikai sarok 17
- Határidő! 19
- A gyász arcai 20–21
- Libamáj a Mont Blanc alatt 22
- Gyermekpszichiátriai képzés 23
- Új módszertani levél 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2004-ben:



Beszámoló a HGYE vezetőségének elmúlt három évben végzett munkájáról

A HÁTTER

Kilenc évvel ezelőtt azért hívtuk életre a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületét, mert úgy láttuk, növekvő veszélyt fenyegeti a gyermekorvosi alapellátást. Félünk, hogy irányítás és hatékony érdeképviselet nélkül nemcsak másfél ezer gyermekorvos jövője válik bizonytalanná, de a gyermekegészségügy korábbi évtizedekben elért látványos eredményei is rosszabbodhatnak. Munkálkodásunk nyomán a korábban marginális helyzetbe sodródott gyermekellátó rendszer körül szoruló hurok oldódott, a hálózat működése stabilizálódott, egzisztenciális fenyegettségünk megszűnt.

A gyermekorvosi alapellátás helyzete és jövője azonban ma is bizonytalan. Szokás ilyenkor demográfiai trendekre, csökkenő gyermeklétszámra hivatkozni, a negatív tendenciák hátterében azonban, paradox módon, mégis inkább a gyermekgyógyászat fejlődése áll. Az egyre jobb védőoltási rendszer, a megelőzés bővülő lehetőségei nyomán ugyanis megváltozott a korábbi évtizedekre jellemző morbiditási struktúra. Csökken a súlyos betegségek száma, a terápiás eszköztár bővülésével mind több betegség gyógyítható meg a kórházon kívül. Így évről évre kevesebb gyermek szorul osztályos ellátásra. Ennek a fejlődésnek kettős következménye van. Egyik oldalról a 60-as 70-es évek megbetegedési viszonyaira létesített gyermekosztályok, a szakrendelések és az iskola-egészségügyi szolgálat felől, másik oldalról pedig a házi orvosi rendszer részéről kezdődött alig rejtett, jól tetten érhető küzdelem a „piacért”, a gyerekért. Pontosabban, az értük járó finanszírozásért. Szerepet játszik ebben a beteg- és orvoshiánnyal küszködő kórházi osztályok nehéz anyagi helyzete és a házi orvosok gyermekek iránt növekvő „fogékonysága”, röviden; a betegszerzésre ösztönző, ésszerűtlen finanszírozási rendszer is.

A finanszírozás csapdái mellett akadályozza a kibontakozást az irányítás bizonytalansága is. A házi orvosi intézményrendszer szakmai oldalról alkalmatlan a gyermekorvosi alapellátás megfelelő vezetésére, a gyermekgyógyászat energiáit pedig a kórházak és osztályok létért folyó küzdelme emészti fel. A brit, a hol-

land vagy a skandináv államok – házi orvosi ellátás mellett is – kimagasló gyermek-egészségügyi mutatói is újra meg újra megkérdőjelezzik a gyermekorvosi alapellátás magasabbrendűségét. Hiába küszködnek Európa primer ellátásban dolgozó orvosai mindenhol hasonló gondokkal, hiányoznak azok az adatok, azok a gazdasági számítások, melyek meggyőzően bizonyítják, hogy hosszú távon eredményesebb, ha a gyermek már az elsődleges ellátást is megfelelően képzett orvostól kapja.

Az egységes koncepció, az összefogott irányítás, a határozott vezetés hiánya nemcsak országunkra, hanem egész Európára jellemző. A háttérbe szorított gyermekgyógyászatban belül is kisebbségi helyzetbe kényszerült alapellátókat mindenhol csupán egy szűk és többnyire önszervezett csapat fogja össze.

A jogszabályok, a konkurencia, a finanszírozás satujában így alig jut erő annak igazolására, hogy a betegségek megelőzésének, gyógyításának, gondozásának irányítása nálunk van a legjobb kézben. Pedig magunknak kell bizonyítanunk, hogy ismereteink és készségeink (miben és mennyire) különböznek a rokon szakmák művelőitől.

A KIHÍVÁS

Állításaink alátámasztására a szavak nem elegendők. Fel kell újítanunk elavult ismereteinket, meg kell tanulnunk a régi és új kórképek ellátásának korszerű módjait, szakítanunk kell az elavult működési struktúrákkal. El kell felejtőnünk a rövid rendelési időket, több időt kell fordítanunk az egészségnevelésre, hogy csökkenthessük az indokolatlanul orvosért kiáltók nyomasztóan nagy számát. Szakítanunk kell a párhuzamos óvodai és iskolai vizsgálatok régen túlhaladott rendszerével, meg kell szüntetnünk az erőforrásokat szükségtelenül pazarló, ezért felesleges ügyeleti szolgálatokat. Hiányoznak a korszerű működésre, teammunkára alkalmas rendelők, ahol adottak a megfelelő alapellátás elemi feltételei. Az egészség- és a szociálpolitika, a régiók és az önkormányzatok, a gyermekgyógyász- és házi orvostársadalom, valamint a finanszírozás szemléletváltása kell ahhoz, hogy azok a gyerekek is megtaláljanak bennün-

ket, akiknek az egészsége társadalmi helyzetükből adódóan nagyobb veszélynek van kitéve. Enélkül ugyanis az esélyegyenlőség csak mit sem érő jelszó, dekoráció egy-egy párt hol lobogó, hol csak lengedező zászlaján. A földrajzi és a demográfiai viszonyokhoz alkalmazkodó, sokszínű ellátási struktúrára, szakmai protollokra, a minőség valóban szakmai ellenőrzésére van szükség.

A teendők tisztázása azonban csak az első lépés. Megvalósításuk jóval nehezebb, a főhatóságok, a szakmai szervezetek támogatása nélkül, az ellenérdekeltek számszerű fölényével szemben pedig csaknem lehetetlen.

MIT TETTÜNK?

Hogy mivel foglalkozott a vezetőség az elmúlt három évben? Ugyanazzal, amivel az elmúlt kilenc évben: ezekkel a problémákkal.

Összefoglaltuk általános gondjainkat, javaslatokat dolgoztunk ki megoldásukra és igyekeztünk azokat elfogadtatni tárgyalópartnereinkkel. Minisztériumokkal, miniszterekkel, országos intézetekkel, szakmai kollégiumokkal, tudományos társaságokkal, társszervezetekkel, egészségbiztosítással, szakfelügyelettel. Ismertséget és elismertséget, néhol pedig ellenfelet szereztünk. A Magyar Gyermekorvosok Társaságával, az Országos Gyermek-egészségügyi Intézettel kialakított kapcsolatunkkal, képviselőtünkkel elégedettek vagyunk. Örülünk annak, hogy a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati, illetve a Házi orvostani Szakmai Kollégiumban ez évtől végre házi gyermekorvosi szakcsoport segítheti az 1600 alapellátó orvost még mindig egyedül képviselő kollégánk munkáját. Konferenciákon, finanszírozási, szakmai és érdekvédelmi bizottságokban, parlamenti meghallgatáson küzdöttünk közös érdekeinkért.

KITÖRTÜNK

A korábbi évek elszigeteltségéből kitörve 2002-ben a német, a svájci, az osztrák, a cseh és a szlovák társszervezetek bécsi fórumán, 2003-ban az Europaediatrics prágai konferenciáján, 2004-ben pedig a gyermekorvosi alapellátás európai szervezeteinek (ESAP) franciaországi találkozóján ismertettük helyzetünket, céljainkat.

Uniós csatlakozásunkat követően Mészner Zsófia elnök asszony és Oláh Éva professzor mellett egyesületünk is helyet kapott abban a háromtagú delegátusban, amely a magyar gyermekgyógyászatot képviseli az európai gyermekorvosi szervezetek szövetségében (CESP). A svédországi találkozón felkértek bennünket a házi gyermekorvosok munkáját összehasonlító felmérés elkészítésére.

KÉPEZTÜNK

Büszkék vagyunk az orvosképzés területén elért eredményeinkre. Az elmúlt évben két részből álló országos infektológiai továbbképzést szerveztünk. A hét hónapon át tartó gyermekkardiológiai előadás-sorozat a késő esti időpont ellenére Veszprémtől Kecskemétig, Balassagyarmattól Székesfehérvárig vonzotta hallgatóságát. A tavalyi rendezvényt idén gyermekpszichiátriai képzés követi. Decemberben az OGYEI és a MAVÉ együttműködésével, Debrecen, Miskolc, Szeged, Pécs és Szombathely bevonásával hazai és külföldi szakemberek részvételével videokonferenciát szervezünk a gyermekbántalmazás megelőzésének lehetőségeiről.

Hatodik alkalommal rendezett és idén már 450 fő részvételével tartott „Kávészünet” konferenciánk az alapellátás legmagasabb továbbképző eseményévé, a hazai gyermekgyógyászat második legnagyobb rendezvényévé vált. A neurológiai fejlődés zavarai, majd a gasztroenterológia problémáival foglalkozó konferencia után 2002-ben a gyermekendokrinológia, 2003-ban a genetika, 2004-ben pedig az infektológia kihívásait ismertették a hivatott szakemberek.

Novemberben X. szakmapolitikai konferenciánkat tartjuk. A kormányzat képviselői, a főhatóságok és szakmai szervezetek vezetői ilyenkor próbálnak választ adni megoldatlan és visszatérő kérdéseinkre. Nemes hagyománnyá vált, hogy ekkor adjuk át az egyesület tiszteletbeli tagjának járó kitüntetését. A területi gyermekellátás fejlődéséhez nyújtott munkájáért eddig Aszmann Anna, Budai József, Illyés István, Molnár Amália, Oláh Éva, Sulyok Endre, Szász István és Velkey László részesült ebben az elismerésben.

A konferenciák szervezését Kádár Ferenc, Kálmán Mihály, Dolowschiák Annamária és Póta György mellett a Kabács Ágnes vezette tudományos bizottság, valamint az egyesület titkári feladatait ellátó Demjén Ágnes és Fekete Éva végzi.

A HGYE által is támogatott Gyermekorvos Továbbképzés című folyóirat szer-



kesztőbizottságában Kálmán Mihály az alapellátási rovat vezetője.

ÍRTUNK

Újságunk, a közös gondjainkat tükröző Hírvivő, a házi gyermekorvosok legolvasottabb szakmai lapja. Az idén IX. évfolyamába lépett kiadványnak eddig 49 száma jelent meg. Szerkesztésével Kádár Ferenc és Kálmán Mihály mellett az egyesület titkárai fáradoznak.

FELMÉRTÜNK

Az Országos Alapellátási Intézet és az egyesület közötti együttműködés keretében felmértük a házi gyermekorvosok életkörülményeit és munkafeltételeit. A 617 visszaküldött kérdőív alapján először készült egy orvosszakmai rétegre vonatkozó reprezentatív felmérés. Szakértők bevonásával protokollokat dolgoztunk ki a vakcinációs stratégiára, a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének gyermekkorú teendőire és a csecsemők fejlődésének vizsgálatára vonatkozóan. Javaslat készült arra, hogy miként lehetne a gyermekorvosi alapellátás preventív munkáját és az ellátás minőségét megfelelően finanszírozni.

MEGOLDOTTUK

Sok kollégánk törekvése vált valóra, amikor kezdeményezésünkre az Országos Epidemiológiai Központ Oltási Tanácsadó Testülete a 6 évesek Di-Per-Te és OPV oltását iskolai kampányoltásból a rendelőben végzendő, folyamatos oltássá nyilvánította. E testület munkájában az OEK főigazgatójának felkérésére Kálmán Mihály képviseli egyesületünket.

OSZTOTTUNK

Egy alapítvány javaslatára egyesületünk pályázatot írt ki sürgősségi táskák elnye-

résére. Százezer forint önrész vállalása mellett tizenegy kollégánk jutott így egyenként mintegy háromszázezer forint értékű sürgősségi felszereléshez. A díjazott pályaművek közül a Józsa Lajos által vezetett bírálóbizottság, a Sebő Zsuzsa kollégánk szervezésében – az Országos Mentőszolgálat, a fővárosi gyermekklinikák és gyermekkórházak szakértőinek bevonásával, a Biogal Teva Pharma Rt. és a H.S.-medplan Kft. támogatásával – készült „Adj esélyt” című oktatófilmet kiemelkedő jelentőségűnek ítélte.

OTT VOLTUNK

Egyesületünk érdekvédelmi szerepe és szakmai jelentősége egyenletesen nő. Büszkék vagyunk arra, hogy a Magyar Orvosi Kamara, a Kórházszövetség és a FAKOOSZ mellett az érdekvédelem rangos és ismert szereplőjévé váltunk.

A MOK Háziorvosi Szekciójának vezetésében Dolowschiák Annamária és Papp Béla mellett Hóbor Miklós alelnökként küzd érdekeinkért.

Az Országos Alapellátási Intézet munkáját Batka Jenő, Dolowschiák Annamária, Huszár András, Kovács Julianna, Török Lajos és Újhelyi János tanácsadóként segíti.

TANÁCSOLTUNK

Az Erdélyi István által vezetett jogsegélyszolgálat mintegy 500 alkalommal állt tagjaink rendelkezésére. Leggyakrabban a területi ellátásról szóló szerződésekkel, praxisok adásvételével, praxisjoggal, minimálfelszereléssel, kockázatbecsléssel vagy munkajogi, pénzügyi, adózási kérdésekkel kapcsolatos gondokra kerestek megoldást. Általános tapasztalat, hogy a kínálati piac dominanciája miatt a praxisok az elérhetőnél alacsonyabb áron kelnek el. A Mediconsult Kft. részt vesz az egye-

sület minden szerződésének előkészítésében és véglegesítésében.

ÜLÉSEZTÜNK

Az országban jelenleg 1611 házi gyermekorvos dolgozik. Ők látják el az 1 millió 524 ezer 14 év alatti gyermek 76 százalékát és az 564 ezer 14–18 év közötti 46 százalékát. A HGYE-nek 1335 tagja van, közülük az október 15-i állapot szerint 187-en tartoznak éves tagdíjkkal.

A vezetőség az ellenőrzőbizottsággal és a munkabizottságok tagjaival kiegészült elnökségi értekezletén havonta megbeszéli a teendőket. Az egyesületet Huszár András elnök irányítja, Kádár Ferenc alelnök a működtetésért, Kálmán Mihály alelnök a szakmai munkáért felel.

A vezetőségen belül Bényi Zsolt (Budapest, XVII.) a finanszírozási, Batka Jenő (Zalaegerszeg) a szakfelügyeleti, Kovács Julianna (Bordány) az ügyeleti és sürgősségi ellátás, Papp Béla (Veszprém) az érdekvédelmi, Újhelyi János (Nyíregyháza) az önkormányzati kérdésekért felel. Dolowschiák Annamária (Budapest, XII.) a megyei összekötők és küldöttek munkáját koordinálja. Az ellenőrzőbizottság elnöke Póta György (Budapest, XXI.), tagja Gyimes Zsófia (Tiszaújváros) és Szamosfalvi Imre (Budapest, XXII.).

A vezetőség munkáját a tudományos bizottság (vezetője Kabács Ágnes – Pécs, tagja Stunya Edina – Miskolc és Páll Gabriella – Debrecen), a jogi bizottság (vezetője Széll János – Sümeg, tagja Bognár Katalin – Veszprém és Török Lajos – Miskolc) és a finanszírozási bizottság (vezetője Józsa Lajos – Hajdúböszörmény, tagja Marosi Csaba – Hajdúnánás, Prágai Ágnes – Szeged) segíti.

ÜZLETELTÜNK

A tagdíjak mellett bevételünk döntő része hirdetési és együttműködési megállapodásokból származik. Az elmúlt években a Danone, a Reckitt Benckiser a Novartis Hungaria, a Baxter Hungary, a Procter&Gamble, a Medico Uno, a Nestlé Hungaria, a Biogal-Teva Pharma, a Wyeth, a HIPP, az MSD Magyarország, a GlaxoSmithKline, a Merck, a Milupa, a H.S.-medplan nyújtott egyesületünknek jelentős támogatást.

VÉGÜL IS

Munkánkkal akár elégedettek is lehetnénk. Hogy még sem vagyunk azok, annak több oka van. Az önmagunktól is elvárt, professzionális színvonalú munkához hiányoznak a tárgyi és személyi feltételek. Az egyesület irányítása egy gyer-

mekorvosi rendelő átalakított és szűkös vizsgálóhelyiségéből történik. Ott van a számítógép, az iratmásló, a lapszerkesztőség, az irattár és a tárgyaló. A vezetőségi megbeszéléseket ennek a rendelőnek a váróhelyiségében tartjuk.

A szűk vezetés tagjai túlterheltek, nem tudják potenciális munkatársaik képességeit hasznosítani, és nem marad idejük lehetséges utódaik kinevelésére. A megyei összekötők és küldöttek munkáját sem ismerik kellően, és nincs energiájuk értékes kezdeményezéseik hasznosítására. A feladatok túlságosan kevés ember kezében koncentrálnak. Keressük azokat a kollégákat, akik készek és képesek az együttműködésre.

A gyermekgyógyászat jelenlegi helyzete megköveteli a különböző területeken dolgozó gyermekorvosok egységes fellépését. Sürgető feladat a szakmapolitikai és kormányzati szinteken egyaránt hatékony gyermekorvosi lobbival megalakítása. Javítani kell a gyermekgyógyászat médiamegjelenését is.

AMI KIMARADT

Batka Jenő a zalai tudományos esték szervezésében vett részt, Bényi Zsolt az OEP költségtakarékos gyógyszerrendelés lehetőségeit kutató munkabizottságában küzdött álláspontunk elfogadtatásáért, nagy szerepe volt a fővárosi drogmegelőzési konferencia életre hívásában. Gyimes Zsófia az MSZSZ megújításán dolgozik, Páll Gabriellával és Stunya Edinával együtt ő is tagja a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium házi gyermekorvosi szakcsoportjának. Páll Gabriella debreceni munkatársaival együtt betegelégedettségi vizsgálatok mellett megyei szintű felmérést készített a csecsemőtáplálás gyakorlatáról és az asztma kezeléséről. Huszár András önálló fejezetet írt a Békefi Dezső által szerkesztett Gyermekgyógyászati Vademecumban, tanulmányt közölt a Medicus Universalisban, tagja a Házi-Orvostani Szakmai Kollégiumnak, vezetője a kollégium mellett működő házi gyermekorvosi szakcsoportnak, állandó meghívottja a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiumnak. Józsa Lajos a MAOTE és az MGYT tudományos ülésein ismertette a sürgősségi ellátásban és krónikus elváltozások komplex kezelésére szolgáló életmódtábor szervezésében nyert tapasztalatait. Kádár Ferenc a magyar CESP küldöttség tagja, és képviseli egyesületünket az ESAP-ban. Kálmán Mihály az MGYT főtítkárhelyettese, az egészségmegőrzési bizottság vezetője, Huszár Andrással együtt részt vesz a medikusképzésben, Kovács Juliannával

és Hóbor Miklóssal együtt tagja a Házi-Orvostani Kollégium gyermekorvosi szakcsoportjának, sok konferencia előadója és üléselnöke, publikációk szerzője. Kovács Julianna a MOTESZ és az Oxyológus Társaság rendezvényein a sürgősségi ellátásról, a MAOTE konferenciáján az orvos, védőnő együttműködésének kérdéseiről tartott előadást. A gyermekorvosi és a vegyes praxisok eltérő oltási gyakorlatát Védőoltás Konferencián ismertette. Részt vett egy minden alapellátóhoz eljutó terápiás ajánlás elkészítésében és a délmagyarországi továbbképzések megszervezésében. Kabács Ágnes, a pécsi Pédiaiter egyesület munkáját irányította, csaknem 30 továbbképzést szervezett. Ő felel a HGYE konferenciáinak akkreditálásáért. Marosi Csaba az Észak-alföldi Regionális Egészségügyi Tanács tagja, a Hajdú-Bihar megyei MOK alelnöke. Papp Béla, a házi-Orvosi szekció mellett a MOK képviselőtestületében is igyekszik érvényesíteni sajátos érdekeinket. Szamosfalvi Imre a Kossuth Rádió hetenként jelentkező egészségnevelési műsorának állandó vendége. Török Lajos, a miskolci kollégák szakmai és érdekvédelmi szervezetének vezetője állította össze iskola-egészségügyi tevékenységgel kapcsolatos munkanyagunkat, előadásokban ismertette egyesületünk álláspontját a védőnők és a házi gyermekorvosok munkakapcsolatának kérdéseiről. Újhelyi János a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium egyetlen házi gyermekorvos tagja, a kollégium munkáját segítő házi gyermekorvosi munkacsoport vezetője. Elkészítette a szakfelügyelői kézikönyv gyermekgyógyászati fejezetét, tudományos igénnyel megszervezett és menedzselte egy 600 gyermeket érintő életmód programot, részt vett az integrált prevenció rendszer kimunkálásában és több mint 30 regionális továbbképzést szervezett. (És úgy mellékesen: lefutott több ezer kilométert, nemzetközi maratoni futóversenyen egy első, egy második és két hatodik helyezést ért el.) A vezetőség tagjai közül öten oktatópraxist vezetnek.

A gyermekorvosi alapellátás megyei szakfelügyelő-főorvosi feladatainak ellátására kollégáink közül Batka Jenő, Kovács Julianna, Rotyis György, Soltész Andrea és Újhelyi János kapott megbízást.

Köszönjük kollégáink és mindazok támogatását, akik a gyermekgyógyászati alapellátás érdekében közreműködtek!

A vezetőség nevében

DR. HUSZÁR ANDRÁS



Visszhang nélkül

Érdeklődéssel olvastam a Hírvivő augusztusi számában Kálmán Mihály és Kádár Ferenc írását „A gyermekorvosi alapellátás megoldatlan kérdései”-ről. A szerzők a cikkben megfogalmazott gondolataik nagy részét különböző szakmapolitikai fórumokon vagy közleményekben ismételten közzétették. Sajnálatos, hogy megalapozott helyzetértékelésük, jobbtét szándékú javaslataik, a döntéshozókhoz eljuttatott jelzéseik, melyek a jelenlegi helyzet bizonytalanságára és rendezetlenségére hívják fel a figyelmet, nagyrészt visszhang nélkül maradtak, vagy csupán bátortalan, erőtlenné váltak ki.



A közleményben található elemzések, kérdésfelvetések a házi gyermekorvoslás szakmaiságával, intézményi hátterével, szabályozásával, tevékenységi körével, finanszírozásával és a minőség-ellenőrzés kérdéseivel foglalkoznak. Átfogó szakmai, szakmapolitikai áttekintésük alapján megállapítható, hogy a házi gyermekorvoslás számos kérdése nemcsak napjainkban tisztázatlan, de nincs jól definiált jövőkép sem, és hiányzik a házi gyermekorvosi misszió pontos meghatározása is.

Annak előrebocsátásával, hogy az elemzés valamennyi tartalmi elemével egyetértek, és készséggel részt vállalom a kiút keresésében, néhány gondolattal szeretném a leírtakat kiegészíteni:

- A hazai egészségügyi rendszer egésze tartós, mély válságban van. A különböző területeken azonban a válság jelei nem azonos súlyal észlelhetők. Az évekkel ezelőtt meghirdetett átalakítás központi eleme a két-pólusú ellátórendszer bevezetése. Az alapellátásra és a fekvőbeteg-ellátásra épülő rendszerben a fejlesztési prioritásokban eddig az alapellátás részesült. A házi gyermekorvoslásban észlelhető diszfunkcionális jelekkel szemben a fekvőbeteg-gyermekellátás az összeomlás szélére került. Ezt jelzik az agonizáló gyermekkorházak, a vegetáló városi és megyei gyermekosztályok, ahol is a nagy pénzügyi nyomás miatt állandósult

az orvoshiány, hiányoznak az ellátás szakmai minimumfeltételei és általánossá vált a HBCS-pontok manipulálása, valamint a „holt lelkek” adminisztratív ellátása.

- A fentiekkel összhangban, a fekvőbeteg-intézetekben képzésben részesülő gyermekszakorvosok számára még mindig perspektívát jelent egy gyermekorvosi praxis megszerzése. A házi gyermekorvosok és a gyermekosztályok munkájukban egymásra utaltak, kölcsönösen kiegészítik egymás tevékenységét, ami természetesen csak szoros szakmai kapcsolatban valósítható meg. Ennek megfelelően a gyermekgyógyászat két meghatározó alapeleme nem különíthető el, a felmerült problémák megoldására az általános szempontok figyelembevételével, közös mérlegelés után kell hogy sor kerüljön.
- A házi gyermekorvoslás a gyermekgyógyászat integráns része, melyben speciális ismeretekkel rendelkező, sajátos feladatokat ellátó szakorvosok dolgoznak. A házi gyermekorvosok ezért a Magyar Gyermekorvosok Társaságán belül önálló szekcióban kell hogy tömörüljenek. Képzésük követelményrendszerét, működésük feltételeit és szervezeti kereteit, kompetenciájuk határait, valamint a finanszírozás és a szakfelü-

gyelet kérdéseit a gyermekgyógyászat vezető testületei (Magyar Gyermekorvosok Társasága, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, Országos Gyermekegészségügyi Intézet) a Házi Gyermekorvosok Egyesületének egyetértésével határozzák meg. Kívánatos, hogy ezen testületekben a házi gyermekorvosok arányos képviselőhöz jusssanak, de ennek hiányában is legyen lehetőségük markánsan megfogalmazott véleményük érdemi közvetítésére és érvényesítésére.

- A születések számának folyamatos csökkenésével a döntéshozók egyre általánosabban fogalmazzák meg azt a véleményüket, hogy a gyermek-egészségügyi ellátás túlméretezett, a gyermekgyógyászat egésze, ezen belül a házi gyermekorvoslás kapacitása szűkítendő. Ezzel kapcsolatban meg kell jegyezni, hogy

- a) az alacsonyabb születésszám a patológiás esetek arányának relatív növekedésével jár,
- b) a morbiditási mutatók megváltozása új kihívásokat jelent és más prioritásokat kíván,
- c) előtérbe kerül és a korábbiaknál nagyobb hangsúlyt kap a gyermekgyógyászati prevenció és rehabilitáció.

Ezek a feladatok indokolttá teszik, hogy a gyermekgyógyászat struktúráját úgy módosítsák, hogy közben volumenét ne kelljen csökkenteni. Az is indokolt, hogy az új és sajátos feladatoknak megfelelően a gyermek-egészségügyi ellátást egyre szélesebb körben a területen is magasan kvalifikált, speciális ismeretekkel rendelkező gyermekorvosok végezzék.

Befejezésül szeretném hangsúlyozni, hogy a házi gyermekorvosok útkeresése, szakmapolitikai elképzelése előremutató; stimuláló vitákat provokálhat, melyek a gyermekgyógyászat egészére jótékony hatást fejthetnek ki, és hozzájárulhatnak szakmánk fejlődéséhez. Valamennyi felelős szakmai vezetőnek fel kell karolni a termékenyítő gondolatokat, és azok merev elutasítása helyett formálódó szakmapolitikánk meghatározó részének kell tekinteni.

PROF. DR. SULYOK ENDRE
PÉCS

Az MSzSz-től a konzultációs hálózathoz

Nagy többségünk hallott az MSzSz-ről, sokan dolgoztunk vagy dolgozunk is MSzSz-orvosként. Évtizedekkel ezelőtt prevenciósi céllal épült ki a rendszer. Havonta egyszer gyermekgyógyász látogatott el azokba a körzetekbe, ahol nem gyermekorvos az alapellátó. A cél az volt, hogy konzultáció segítse a háziorvos prevenciósi munkáját, lehetőséget teremtve a vidéki gyermekeknek arra, hogy gyermekszakorvos is figyelemmel kísérje fejlődésüket. Nem terjedt ki a konzultációs kapcsolat a betegellátásra, mert ebben az önálló gyermekszakrendelések és természetesen a kórházi gyermekosztályok nyújtottak segítséget a háziorvosnak.

A mozgó szakorvosi szolgálat kiépítése a szakrendelések működtetése mellett indokolt volt, hisz a háziorvosok gyermekgyógyászati képzettsége lényegesen alacsonyabb szintű volt, mint a gyermekorvosoké. Amikor a városokban már az alapellátás szintjén is gyermekorvosok álltak a szülők rendelkezésére, az esélyegyenlőség közelítése, a magasabb szakmai színvonal biztosítása jogos célkitűzés volt.

Néhány területen jól működött ez a szolgálat, máshol nem. A kórházi osztályokról gyakran fiatal, még tapasztalatlan orvosokat küldtek ki, többnyire azokat, akik aktuálisan a legkevésbé hiányoztak az osztály munkájából. A körzeti munkát, lehetőségeket és speciális problémákat nem ismerő kolléga konzultációs értéke főképp akkor volt megkérdőjelezhető, ha nem is ugyanaz az orvos tért vissza rendszeresen az adott körzetbe. Azt gyanítom, mégsem ez volt az oka annak, hogy a körzeti orvos többnyire nem vett részt a közös tervezett tanácsadáson, és konzultáció helyett a kiküldött gyermekorvos és védőné végezte a rutinmunkát, a tanácsadást, az oltások beadását.

Már a kiépítést követő években fel kellett volna tárnunk a hiányosságokat, a tapasztalatok alapján lett volna mód az ellátás-ésszerűsítésre, ezzel is közelítve a vegyes praxis lehetőségeit a városi gyermekkörzetekéhez.

Ma az MSzSz igen változatos formában és színvonalon, döntő többségében azonban rossz hatékonysággal működik. Több helyen meg is szűnt.

Jelenleg jogszabály csak a finanszírozásról szól. Ma az OEP havonta csupán 10 millió forintot különít el a gyermekor-

vosi MSzSz működtetésére. A megyékre jutó hányad azonban ezen belül is eltérő, a „végeredmény” pedig megalázóan kevés. Átlagosan 6700 forint jutna egy vegyes praxisra, ha a teljes összeget a „cél-feladatra” fordítanák. De nem fordítják.

A háziorvosok szakmai munkájának színvonala az elmúlt években számottevően emelkedett, gyermekgyógyászati ismereteik és készségeik azonban elmaradnak a gyermekorvosétól. A gyerekek közel 30%-a így alacsonyabb szintű alapellátáshoz jut, ami nem felel meg az esélyegyenlőség elvének.

A HGYE vezetősége visszatérően foglalkozott a kérdéssel. Javaslatainkat azért ismertettük Önökkel, hogy egy széles körű konzultáció révén tovább formálhassuk azokat. Az általunk elképzelt rendszer lényegét jobban tükrözné a „gyermekgyógyász-konzultációs hálózat” elnevezés. Bár ez sem tűnik tökéletes és végleges megoldásnak, a mai viszonyok között mégis szükségesnek tartjuk kiépítését. Azt szeretnénk, ha a gyermekszakorvosi ellátás alapellátásba integrálásával javulna a vegyes praxisok definitív gyermekellátása. Ezért javasoljuk, hogy a vegyes praxisok prevenciósi és gyógyító munkáját gyermekorvos-konziliárius segítse.

A gyermek vizsgálata minden esetben a háziorvos kérésére történne, akár a háziorvos rendelőjében rendszeresen, akár a konziliárius munkahelyén – szükség esetén. A folyamatos és tartós kapcsolat segítené a közös gondolkozást, a vegyes praxis gyermekeinek jobb megismerését. A színvonal emelkedésén túl az

általános gyermekgyógyászati szakrendelések is szükségtelemmé válnának. Csökkenhetne a gyermekgyógyászati szakambulanciák terhelése is. A háziorvos döntene el, hogy kit választ konzultánsnak, aki egyébként dolgozhat alapellátásban, kórházban vagy szakrendelésen, lehet főállású, vagy nyugdíjas, de mindenképpen naprakész tudású, az alapellátás körülményeit és feladatait ismerő embernek kell lennie. Egy régióként működő bizottság állapítaná meg az alkalmas gyermekorvosok névsorát, akik közül választhat a háziorvos olyat, akivel együtt tud működni. Ez kettős szűrő. A bizottság feladata a konzultáció színvonalának ellenőrzése, és az ellátás módját rögzítő szerződés engedélyezése is. Finanszírozást csak érvényes szerződés és regisztráció esetén lehetne igényelni.

Az előrelépést nehezíti a jelenleg átláthatatlan országos helyzet. További gond a háziorvosok természetesnek tekinthető ellenállása. Meg kell találnunk azokat a garanciális elemeket, melyek biztosítékot nyújtanak arra, hogy ne érje őket sem anyagi, sem presztízsveszteség. Nem korlátozni akarjuk munkájukat, hanem segítséget kínálunk.

Elgondolásunk realizálását alapvetően persze a forráshiány akadályozza. A folyamatos konzultációs háttérrel biztosító szakembert – a háziorvos érdekltségének megteremtésével egy időben – ugyanis tisztességesen meg kellene fizetni. Pusztán lelkiismereti vagy szakmai indíttatással a rendszer széles körű működtetése elképzelhetetlen.

A konzultációs hálózat kiépítése csak az eltérő körülményekhez igazodó, sokszínű formában valósulhat meg. Zavar-talan működtetése tapasztalatokat, folyamatos értékelést és korrekciót igényel.

GYIMES ZSÓFIA

Hogy mitől működik mégis az MSzSz? Mondok egy feltételezett példát. Hangsúlyozom, feltételezetett. A vegyes praxist ellátó orvosnak elemi érdeke, hogy a praxisába tartozó gyerekekkel ne legyen gond. Szívesen beenged ezért körzetébe egy kórházi kollégát, aki heti rendszerességgel kijár. A kórházi orvos a kártyát nem veszélyezteti, hiszen azt nem veheti el. A gyermekellátásából viszont annyit vállal át, amennyit akar, a körzeti kolléga munkáját megkönnyíti, és még a felelősségét is csökkenti. Ezt a háziorvos anyagilag is hajlandó megköszönni... És még egy: a kijáró orvos a rendelkezésre álló beteganyagból akkor tölti fel kórházi bázisát, amikor a benti érdekek úgy kívánják... Ennek a modellnek a működtetéséért még a helyi önkormányzatok is készséggel áldoznak. Így ugyanis a gyermeket gyermekorvos látja, a lakosság ez irányú igénye kielégül. És messze nem kerül annyiba, mint egy gyermekorvosi körzet létesítése, pláne fenntartása. A kör bezárul, mindenki jól jár... Mindenki?

KÁDÁR FERENC



Új adatszolgáltatási kötelezettség

Adatlap az 5 éves gyermekek fejlődési szintjének megítéléséhez

Miért volt szükség az új adatlapra?

Az utóbbi évek felmérései szerint, míg az Európai Unióban a fogyatékosnak minősített gyermekek aránya 2,5–3% körül mozgott, addig ez az arány Magyarországon ennek a kétszeresét is elérte. Az esetek folyamatos és ugrásszerű szaporodása főként az utóbbi években következett be. Megfigyelhető volt egyfajta párhuzam a fogyatékosra szánt normatíva



emelkedése és a gyermeklétszám növekedése között. A változás az enyhe értelmi fogyatékosok számában, illetve a 2003-ig használt, úgynevezett „más” fogyatékos-ság körében volt a legnagyobb.

A fogyatékosnak minősített tanulók között a hátrányos helyzetű roma gyermekek erősen felülreprezentáltak voltak, holott az arálynak minden populációban közel azonosnak kellene lennie. Az értelmi fogyatékos és a hátrányos helyzet gyakran összekeveredett. Ebben a szokatlan és elfogadhatatlan helyzetben az Oktatási Minisztérium meghatározó feladatának tekintette, hogy a fogyatékosnak minősített gyermekek közül kiemelje az egészségeseket. Minthogy a fogyatékos-ság egészségügyi kategória, e meghatározás mögött orvosi diagnózisnak kell állnia. Ilyen minősítés a továbbiakban ezért nem született orvosi szakvélemény nélkül.

Az Oktatási Minisztérium koordinációjával indult „Utolsó padból” program munkájában az egészségügyi tárca, a Gyermek-, Ifjúsági- és Sportminisztérium,

a Belügyminisztérium, valamint az Esélyegyenlőségi Kormányhivatal is részt vett. A program részeként módosították a *képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról* szóló 14/1994. (VI.24.) művelődési és közoktatási minisztériumi rendeletet, amibe bekerült egy új, 5. sz. melléklet: „Adatlap a fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére”. A rendeletmódosítás célja a fogyatékos-ság minősítés szabályozása volt.

Az orvosi vizsgálat része a hallás, a látás, a mozgás, a beszéd, az értelem és a személyiség vizsgálata, az értelmi fogyatékos-ság, az autizmus – gyermekpszichiátriai szakorvosi véleménnyel megerősített megállapítása. Fel kell ismernie az orvosnak a pszichés fejlődés zavara következtében a nevelési, tanulási folyamatban kialakuló tartós és súlyos akadályozottságot is. „Az utolsó padból” programnak része, hogy megkezdtek az első és második osztályos, enyhe fokban értelmi fogyatékos gyermekek felülvizsgálatát is. Ezeknél a szakértői vizsgálatoknál nélkülözhetetlenné vált a gyermekorvos, a háziorvos véleménye.

Az 5. számú melléklet szerinti adatlapot minden 2004. szeptember 1-je után ötödik életévét betöltő gyermekekre vonatkozóan ki kell tölteni, mert ez, a sajátos nevelési igény vizsgálatának és megállapításának elengedhetetlen kelléke lesz.

Mit jelent ez a gyakorlatban?

A gyermekeket ellátó háziorvosok, gyermekorvosok – az adatlap kézi vagy elektronikus kitöltését leszámítva – lényegében nem kapnak új feladatot. Ez az életkori szűrővizsgálat ugyanis eddig is része volt a feladatainknak. Az adatlap kitöltése a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatokról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM ren-

delet alapján elvben korábban is kötelező volt.

Az adatlapon összegyűjtött információk a gyermek érdekében kerülnek felhasználásra, rögzítésük adatvédelmi szabályba nem ütközik. Ha az 5 éves korban végzett orvosi vizsgálat során felmerül a fogyatékos-ság lehetősége, akkor még van esély a beiskolázásig ezt tisztázni, és a gyermeket szükség szerint kezelni, fejleszteni.

Nemcsak a szakértői vizsgálatra küldött gyermekről, hanem minden 5 évesről készülnie kell adatlapnak, ami az adatvédelmi szabályok betartása mellett része lesz az iskola-egészségügyi dokumentációnak. Nem jelent tehát új adatszolgáltatást, hanem csak egy lelet, igazolás átadását a szülőnek gyermeke egészségi állapotáról. A kitöltött lap az iskolai beiratkozás nélkülözhetetlen része és támpontot nyújt, ha a későbbiekben merül fel az iskolában a fogyatékos-ság gyanúja.

Az adatlap tartalmi elemeit az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet szakértői állították össze. A személyi adatokon kívül az anamnézisre, fizikális státusra, pszichomotoros, értelmi és szociális fejlettségre vonatkozó modul tartalmaz. Kitöltéséhez szükség van a területi védőnőtől kapott, környezeti veszélyeztető tényezőkre, a szomatikus, pszichomotoros, értelmi és szociális fejlettségre, valamint az életkorhoz kötött, érzékszervi szűrővizsgálatokra vonatkozó információra is.

Az adatlapon szereplő számjelzések magyarázata a mellékletben lemaradt. Jelentésük a következő:

- 1) a területi védőnő által készített környezettanulmány alapján;
- 2) az életkorhoz kötött, érzékszervi vizsgálatok alapján töltendő ki;
- 3) a speciális ellátás lehet szakorvosi kivizsgálás és kezelés; rehabilitáció vagy korai fejlesztés

A szülő a kitöltött adatlapot vagy a gyermek vizsgálatkérő lapjához mellékel, vagy az óvoda védőnőjéhez juttatja el, aki azt a gyermek iskola-egészségügyi dokumentációjához csatolja.

A gyermekkori asthma bronchiale inhalációs kezelése

Dr. Kádár László főorvos, Törökbálint

Az utóbbi évtizedben a gyermekkori asthma bronchiale kezelése rengeteget egyszerűsödött. A gyógyszerek evolúciója kiválasztotta a leghatékonyabb szereket és azok szervezetbe juttatásának módját is. Durván egyszerűsítve elmondható, hogy a kezelés két vegyületsopron nyugszik: a szteroidokon és a β_2 -receptor-agonistákon. A gyógyszerek tüdőbe juttatására pedig az esetek többségében inhalációs utat kell választani. A kezelés részletezése előtt tekintsük át a gyermekkori asthma bronchiale alapvető jellegzetességeit és a gyógyszer-inhaláció alapjait. Akit nem érdekel az elméleti összefoglaló, az hagyja ki az „ALAPOK”-at, és máris ugorjon az „INHALÁCIÓS KEZELÉS” bekezdésre, ahol praktikus tanácsokat talál az asthmás rohamoldásra és fenntartó kezelésre vonatkozóan.

ALAPOK

Definíció

Az asthma bronchiale a légutak krónikus gyulladása, mely a hörgők túlérzékenységeivel és ennek következtében a kislégutak visszatérően kialakuló reverzibilis beszűkülésével jár.

Tünetek

Gyermekkorban asthma bronchialéra jellemző tüneteket szinte kizárólag akut állapotrosszabbodás esetén észlelünk. Az akut állapotrosszabbodást kiváltó okokat tünteti fel az 1. táblázat. Ritkán találkozzunk olyan súlyos asthmás gyermekkel,

1. táblázat

Az akut asthmás állapotromlást kiváltó tényezők

- Légúti fertőzések
- Fizikai terhelés
- Allergének
- Dohányzás
- Légúti irritánsok

akinek tünetei perzisztálnak. A betegség jól ismert tünetei – tachypnoe, megnyúlt kilégzés, zihálás, sípolás, köhögés, mellkasi szorítás – az életkorral változnak. Csecsemő- és kisdedkorban jellemző a

légúti vírusfertőzések kapcsán észlelt szapor, hörgő, nehezített légzés, míg a klasszikus zihálás, mellkasi szorító érzés kamaszoknál jelentkeznek. A füllel is hallható sípolás elsősorban a kisdedkor sajátossága.

Prevalencia

Az asthma bronchiale a leggyakoribb krónikus betegség gyermekkorban. A betegség előfordulása az ipari szempontból fejlett országokban rohamosan növekszik. Egy 1995–1996-ban végzett, 56 országra kiterjedő, 460 ezer gyermek adatait feldolgozó epidemiológiai felmérés (International Study of Asthma and Allergy in Childhood – ISAAC) az asthma gyakoriságát országokként jelentősen változóan (1,6%–36,8%) találta. Magyarországi felmérések 2–3% körüli előfordulást igazolnak.

Patológia

A betegség patológiai alapja a hörgők falát és az azokat körülvevő peribronchialis kötőszövetet érintő, döntően eosinophilsejtes gyulladás. A gyulladás által érintett struktúrákat és azok elváltozásait foglalja össze a 2. táblázat.

2. táblázat

Az asthmás gyulladás szövettani jellemzői

- Váladékugók a kishörgőkben
- Epithelpusztulás
- Kehelysejt-hyperplasia
- Bazálmembrán-megvastagodás
- Submucosa oedema
- Submucosa eosinophil/lymphocytá infiltrációja
- Simaizom-hypertrophia
- Kapillárisokban thrombusképződés

Patogenezis

Az asthma bronchiale az atópiás betegségcsalád – dermatitis atopica, asthma bronchiale, rhinitis allergica – része. Ennek megfelelően okai között elsődleges a genetikai hajlam megléte, kiváltásában azonban környezeti tényezők játszanak szerepet.

A környezeti tényezők egy része specifikus (a környezet allergiát kiváltó anyagai – allergének), míg más részük aspecifikus (légszennyezés, dohányfüst, vírusinfecciók).

A betegség lényege a légutak gyulladása, melynek háttérében az 1-es és 2-es típusú helper lymphocyták (Th1 és Th2 sejtek) egyensúlyának Th2 irányú eltolódása áll. Magzati korban természetes a Th2 túlsúly, mely – normális esetben – születés után fokozatosan Th1 irányban mozdul el. Leegyszerűsítve elmondható, hogy a Th1 sejtek a fertőzés elleni védelemben, míg a Th2 sejtek az allergiás immunválaszban játszanak kulcsszerepet.

Genetikai hajlam

Az asthma bronchiale családi halmozódást mutat. Elsősorban a szülők atópiája növeli, mindkét szülő érintettsége pedig többszörözi kialakulásának esélyét. Az öröklődés menet poligénes. Az eddig elvégzett genetikai és genomikai vizsgálatok szerint allergiás immunválasszal összefüggésbe hozható régiók a következők: 1p, 2q, 3q21, 4q, 5q31, 6p, 7q14, 9, 11q, 12q, 13q, 14q24, 17q. A kutatások számával a gyanúba hozott régiók száma is növekszik.

Környezeti tényezők

Specifikus (allergiás) okok

Az allergiás asthmás betegek allergénjei két csoportra oszthatók. Szezonális allergének a növények virágporai és a szabadban élő penészgombafajok spórái, míg perenniális allergéneknek a lakásban előforduló allergéneket nevezzük, melyeknek fő forrásai a háziporatkák, a lakásban élő penészgombák és a háziállatok.

Aspecifikus (nem allergiás) okok

Számos aspecifikus ok is hozzájárul a tünetek fellépéséhez, illetve súlyosbítja azokat. A gyermekkori asthmás roham leggyakoribb kiváltó tényezői a légúti vírusfertőzések. Emellett jelentős a fizikai terhelés és a hideg levegő belégzésének hatása. Régi megfigyelés, hogy ködös, párás időben szintén nő az asthmás állapotrosszabbodások száma. Az utóbbi évtizedek tapasztalata, hogy a jól szigetelt, légkondicionált lakásokban kedvező életfel-



tételeket találnak a penészgombák és a háziporatkák, így az ezekből származó allergének koncentrációja magasabb, a hagyományos építésű, „huzatosabb” épületekhez képest. A dohányzás, amelllett, hogy a szülők számos cardiovascularis és daganatos megbetegedéséért felelős, károsítja a gyermekek tüdőfunkcióit és – adjuvánsként felerősítve az allergének hatását – a gyermekek szenzitizálódását is elősegíti. A nagyvárosok és ipartelek szennyezett levegőjében található kéndioxid, nitrogénoxidok és ózon légúti irritáló hatásuk mellett szintén képesek az allergének agresszivitását fokozni.

AZ INHALÁCIÓ ALAPJAI

Napjainkban az asthma bronchiale kezelésének alapja a gyógyszer-inhaláció. Az 50-es évektől kezdve terjedtek el széles körben azok az eszközök, melyek segítségével lehetőség nyílt gyógyszerek tüdőbe juttatására. A kezelés hatékony, biztonságos és olcsó.

Az inhalációs kezelés előnyei

A gyógyszereket közvetlenül a célszervbe, a tüdőbe juttatjuk, ezért ez a terápia hatékony, mert kis dózisok elegendőek a kívánt hatás eléréséhez és gyors, mivel a hörgőtágító gyógyszer egyenesen a receptorhoz jut. Biztonságos is, mert begyakorolt technika mellett a rohamoldás leghatásosabb módja, és kevés mellékhatással kell számolnunk.

Az inhalációs eszközök három alaptípusa

1. Gépi porlasztók

Aránylag nagy méretű, áramforrást igénylő, drága, kis hatásfokkal üzemelő szerkezetek. A gép zajos, az inhalációs idő hosszú. A gyermekgyógyászat területén az asthma kezelésében szinte sohasem kerülnek használatra.

2. Adagolószelepes inhalerek (spray, pipa)

Az elsőként széles körben elterjedt és ma is használatos eszközök a spray-k. Kis méretük és olcsóságuk tette lehetővé az asthmás betegek inhalációs kezelésének világméretű elterjedését. A gyógyszeren kívül koagulációt (a gyógyszerreszecskek összecsapódását) gátló felületaktív anyagot, tartósítószeret, kenőanyagot és kondenzált hajtógázt tartalmaznak. A spray használata sok gyakorlást igényel, mivel – sokszor még felnőttkorban is – nehezen megy a spray elsütése és a belégzés koordinálása. Gyermekkorban ezért igen gyakran toldalékkal használjuk őket.

A toldalékhasználat előnyei a következők:

- A spray-t be- és kilégző szeleppel ellátott toldalékkal használva a kooperáció igénye minimálisra csökkenthető. Ideális esetben a beteg szájon át, lassan, egyenletesen lélegzik.
- A spray-től távolodó aeroszorból elpárolog a hajtógáz, a maradék a környezet hőmérsékletére melegszik, így a hideg freonhatással nem kell számolnunk.
- Ezenfelül a tüdőbe jutó gyógyszer mennyisége is megnő.

Jelenleg szájszutorával és maszkkal ellátott, műanyagból és fémből készült, kis és nagy volumenű toldalékok használatosak, a beteg életkorától és kooperációs képességétől függően. A maszkos toldalék használata gyakorlatilag nem igényel együttműködést a beteg részéről, így azt csecsemők és kisdedek kezelésénél választjuk. A műanyagból készült toldalékok falán – azok elektrosztatikus feltöltődése miatt – a befújt gyógyszer mennyiség nagyobb része csapódik ki és vész el, mint fém toldalék esetén. A nagy térfogatú toldalékok jobb hatásfokúak, mint kisebb térfogatú társaik, de használatukkor figyelembe kell venni, hogy szelepek általában nehezebben mozog (erősebb belégzést igényelnek).

Tisztában kell lennünk azzal is, hogy a befújt aeroszol – a választott gyógyszertől függően – műanyag toldalékban kb. 10 másodpercig, míg fém toldalékban kb. 30 másodpercig stabil, így a gyermeket a toldalék anyagától függően egy puff spray befújása után 10–30 másodpercig kell inhaláltatnunk.

Nagy volumenű toldalékokat (1. ábra) csak 3–5 éves kor fölött – a gyermek együttműködésétől függően – használunk. Nem helyes ezeket a nebulalereket maszkkal ellátni, és kisebb gyermekeknél használni.

Kiseb életkorban maszkos, kis volumenű toldalékokat (2–3. ábrák) használunk.

A toldalékok mindegyike kapható a

nagyobb forgalmú gyógyszertárakban. A nebulaler szerepel a támogatott gyógyászati segédeszközök listáján, ára receptre most 143 forint. A maszkos toldalékokat az OEP nem támogatja. Áruk 5 700–10 000 forint között változik.

3. Porbelégzők (rotadisk, diskus, turbuhaler)

A porbelégzőkben a gyógyszer nagyobb részecskekben tárolódik önmagában vagy vivőanyaggal kevert állapotban. Az erőteljes belégzés keltette turbulens áramlás oszlatja el a nagyobb szemcséket finom részecskék halmazává. Ehhez erőteljes, mély légvétel szükséges, ezért ezeket az eszközöket 5–6 éves kor fölött tudjuk használni.

Összefoglalva elmondható, hogy csecsemő- és kisdedkorban sprayt használunk maszkos toldalékkal (aerochamber, babyhaler, NES spacer).

3–5 éves kortól használhatunk sprayt csutorás, nagy volumenű toldalékkal (nebulaler).

5–6 éves kortól használhatunk porbelégzőt (rotadisk, diskus, turbuhaler).

8–10 éves kor fölött használhatunk sprayt toldalék nélkül, de ez igen nagy mértékben függ a gyermek és szülei ügyességétől. Ha a spray használata önmagában nem sikeres, inkább használjunk ebben a korcsoportban is toldalékokat. Súlyos állapotú asthmás ellátásakor pedig mindig használjunk toldalékokat.

Látjuk tehát, hogy a gyermekkori asthmát spray-vel (általában toldalékkal kiegészítve) és porbelégzővel kezeljük. Ezek a szerkezetek szteroidot, β_2 -receptor-agonistát vagy ezek kombinációját tartalmaznak. A kombinációs készítmények – egy eszközben két hatóanyag – jelenleg nem támogatottak, ebből következően igen drágák, ezért velük most nem foglalkozunk.

INHALÁCIÓS KEZELÉS

Az asthma bronchiale fenntartó/megelőző kezelése

Enyhe, intermittáló tüneteket mutató asthmás gyermekek nem igényelnek fenn-



1. ábra Nagy volumenű műanyag toldalék – Nebuhaler



2. ábra Kis volumenű műanyag toldalék maszkkal – Aerochamber

tartó kezelést. Állapotrosszabbodásaik el-látását a következő bekezdés tartalmazza.

Az asthma kezelését megszabó nemzetközi és hazai ajánlások egyértelműen leszögezik, hogy mely esetekben van szükség fenntartó kezelésre. A mérlegelés szempontjai a tünetek gyakorisága, a hörgőtágító gyógyszerigény és a légzés-funkciós értékek.

Mivel az asthma bronchiale a légutak krónikus gyulladása, ezért fenntartó kezelésének lényege a gyulladás csökkentése. Ennek jelenleg leghatásosabb módja szteroid adása. Szteroidot adhatunk szisztémásan (per os, im., iv.), vagy inhalációs úton. A szteroid súlyos szisztémás mellékhatásai miatt az inhalációs utat kell elsőként választani. A gyermekkori asthma súlyos formájában – az inhalációs szteroidkezelés hatástalansága esetén – választjuk a folyamatos szisztémás szteroidkezelést. Ez az asthmás gyermekek kevesebb mint 5%-át érinti.

Az inhalációs szteroidkezelés elvei egyszerűek. A gyógyszert naponta 2 alkalommal, reggel és este inhaláltatjuk, gyakoribb adagolás szükségtelen. Enyhe esetekben kis adag (2X100–200 µg), közepesen súlyos esetekben közepes adag (2X200–400 µg), súlyos eseteken nagy adag szteroidot (2X400 µg vagy ennél több) adunk. Csecsemőkorban enyhe esetekben elég lehet 2X50 µg adása. A gyógyszert spray vagy porbelégző formájában juttatjuk a tüdőbe.

Az utóbbi években két modern inhalációs szteroid terjedt el Magyarországon: a Flixotide és a Pulmicort. Mindkettő elérhető spray formában (Flixotide esetében evohalernek hívják) és porbelégzőben is. A Pulmicortot turbuhalerben a Flixotidet diskusban is rendelhetjük. Igazolt asthma bronchiale esetében a Pulmicort spray közgyógyellátás terhére, a Flixotide evohaler és diskus, valamint a Pulmicort turbuhaler „eü. tér. köt.” rendelhető.

Tartós kezelésben részesülő asthmás gyermekek állapotát háromhavonta kell ellenőrizni. Ilyen alkalmakkor érdeklődünk a tünetek gyakoriságáról, a rohamoldószer-igényről, a fizikai terhelhetőségről és – 5 éves kor felett – ellenőrizzük a légzésfunkciós státuszt. Az eredmények alapján a kezelést emeljük, csökkentjük vagy változatlanul hagyjuk.

Az inhalációs szteroidkezelést az esetek jelentős részében nem önmagában adjuk. Gyakran kombináljuk egyéb



3. ábra Kis volumenű műanyag toldalék maszkkal – Babyhaler

gyógyszerekkel a szteroidadag csökkentésének érdekében. Leggyakrabban hosszú hatású hörgőtágítóval, ritkábban hosszú hatású theophyllinszármazékkal vagy leukotriénantagonistával adjuk együtt. Theophyllinszármazékokat (Theophyllin, Diaphyllin, Egifilin, Euphyllong, Retafyllin, Theoptard, Theospirex, Aminophyllin retard) szerény hatásuk és viszonylag sok mellékhatásuk miatt igen ritkán használunk. A leukotriénantagonisták (Accolate, Singulair) jelenleg nem támogatottak, ezért igen drágák, használatuk nem terjedt el. A hosszú hatású hörgőtágítók igen hasznosak szteroiddal kombinálva. Közülük az Oxis turbuhalerben, a Serevent spray és rotadisk formá-

ban érhető el. A szteroidokhoz hasonlóan naponta 2 alkalommal adagoljuk őket. Az Oxist ezenfelül rohamoldásra is használhatjuk. Fontos megjegyezni, hogy a Serevent – miközben kiváló hosszú hatású hörgőtágító – rohamoldásra nem használatos, mivel hatását legalább 30 perccel beadása után fejti ki.

Az asthmás fulladás ellátása

Az orvosok és a szülők párbeszédeinek visszatérő félreértése, hogy mit is értenek asthmás „fulladás”-on. Van, aki minden köhögést idesorol, van, akinek csak a cyanosissal járó komoly rosszullét jelent „fulladást”. Ezért ma a fulladás, asthmás roham helyett az asthmásállapot-rosszabbodás kifejezést használjuk. Ez nem kizárólag terminológiai, hanem szemléleti kérdés is. Kifejezi azt az elvet, hogy minden – szignifikáns légzésfunkciós romlással járó – állapotot kezelni kell. A légzésfunkciós romlás természetesen bekövetkezik az 5 év alatti korcsoportban is, ezeknél a gyermekeknél azonban a mindennapi gyakorlatban nem végzünk légzésfunkciós vizsgálatot, hanem a klinikai jelekre támaszkodunk. Az asthmásállá-

pot-romlás leghatékonyabb gyógyszerei az inhalációs, gyors hatású β_2 -receptor-agonisták. Ezek közül a Ventolin spray (evohaler) formában, míg a Bricanyl és az Oxis turbuhalerben áll rendelkezésre. Az Oxis – amellet, hogy 12 órás hatással rendelkező hosszú hatású hörgőtágító – rendelkezik azzal a képességgel is, hogy hatását 3–5 percen belül kifejti, ezért rohamoldásra is alkalmas. A Ventolin minden életkorban alkalmazható.

Fontos szabály, hogy súlyos állapotú asthmás esetén – ha egyébként kiválóan is használja a spray-t önállóan, toldalék nélkül – toldalékkal adjuk a hörgőtágítót. Az adagolás individuális. Fontos tudnunk, hogy minél kisebb gyermeket kezelünk,

és az minél súlyosabb állapotban van, a hatóanyag egyre kisebb százaléka éri el a tüdőt, ezért furcsa paradoxonként minél kisebb gyermeket, minél súlyosabb állapotban kezelünk, annál több Ventolint adunk. Akut állapotrosszabbodás esetén 2 puff Ventolint adhatunk 10 percenként 3–4 alkalommal, ezt követően akár óránként 2 puffot, majd az adagot a gyermek állapotától függően csökkentjük. Az Oxis és a Bricanyl porbelégző formában érhető el, ezért használatukhoz mély, erőteljes belégzésre van szükség. Ezek alapján alkalmasak enyhe és közepes súlyosságú asthmásállapot-romlás ellátására 5–6 éves kor felett, azonban súlyos állapotban nem alkalmazhatók. A hörgőtágító megválasztásánál előnyben kell részesíteni azt a készítményt és kiszerezési formát, amit a gyermek rendszeresen használ, így jól ismer.

Közepesen súlyos és súlyos asthmásállapot-rosszabbodáskor a hörgőtágító mellett szisztémás szteroid adása javasolt. Az orális, im. és iv. alkalmazás hatá-
sában nincs lényegi különbség. Csecsemő- és kisdedkorban az orális alkalmazás szinte kivitelezhetetlen, ezért itt az im. vagy iv. utat választjuk. Rectalis adagolást

(Rectodelt, Klismacort) – a bizonytalan felszívódás miatt – csak akkor válasszunk, ha sem orális, sem parenterális adásra nincs lehetőségünk. Nagyobbaknál, ha a köhögés nem jár hányással, öklendezéssel az orális adagolásnak is van létjogosultsága. Az adag 1–2 mg/kg prednisolon 40 mg/nap adagig, ezt a mennyiséget igen ritkán kell meghaladni. Elhúzódó, súlyos asthmás roham esetén rövid (3–7 napos) szteroidkúra adható a fent említett dózisban. Ilyen rövid alkalmazást követően a szteroidadagot nem kell leépíteni, a kezelés egyszerűen abbahagyható.

Egyéb gyógyszereket asthmásállapot-romlás esetén ritkán alkalmazunk (3. táblázat). A theophyllin terápiás szélessége kicsiny, ezért vérszintellenőrzés nélkül adása nehézkes. Antikolinerg szerek (pl. Atrovent) szerény hatásúak. Antibiotikumokra – tekintettel arra, hogy a bronchospaszt kiváltó légúti fertőzések túlnyomó többsége vírusos eredetű – igen ritkán van szükség. Gyulladáscsökkentők és antihisztaminok adásának nincs indikációja. Váladékoldókat, mukoreguláns szereket légúti fertőzés talaján kialakult bronchospasmus esetén adhatunk. Súlyos asthmás roham esetén szükség lehet

3. táblázat Helytelen „terápiás ötletek” asthmásállapot-romlás esetére

- Theophyllin (szűk terápiás tartomány)
- Váladékoldó (csak infekció esetén)
- Antikolinerg (csekély hatás)
- Antihisztamin (nincs indikáció)
- Antibiotikum (nincs indikáció)
- Gyulladáscsökkentő (nincs indikáció)
- Antileukotrién (kiegészítő kezelés)

oxigénadásra, igen ritkán gépi lélegeztetésre.

Összefoglalva: az asthma fenntartó kezelésének két bázisa az inhalációs szteroidok és az inhalációs, hosszú hatású β_2 -receptor-agonisták. Akut állapot-romlás esetén gyors hatású β_2 -receptor-agonistákat használunk, melyek adását szisztémás szteroid adásával egészíthetjük ki. Az inhaláció módját a gyermek életkora és kooperációs készsége, és az esetlegesen általa már begyakorolt inhalációs technika alapján választjuk meg.

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

ELI29/04OCT

Tisztelt Házi Gyermekorvos Kollégal!

A Novartis Hungária Kft. lehetőséget kíván teremteni az Ön számára is, hogy részt vehessen az Elidel 1% krémhez kötődő, „PROMPT” fantázianevű (**Pimecrolimus cream 1% in childhood atopic dermatitis**), beavatkozással nem járó klinikai vizsgálatban.

A vizsgálat célja: az 1%-os Elidel® krém klinikai eredményességének vizsgálata atópiás dermatitiszben szenvedő gyermekek körében, valamint annak felmérése, hogy volt-e a szer alkalmazásának jótékony következménye a szülők életminőségére.

Célcsoport: olyan 2–18 év közötti, enyhe/közepesen súlyos atópiás dermatitiszben szenvedő gyermekek, akik számára a vizsgáló megítélése szerint – a jelen vizsgálatról függetlenül is – az Elidel krém a legmegfelelőbb terápia.

Követési időszak: 3 hónap

Vizitek száma: három (+1 opcionális)

Díjazás: szerződés szerint

Amennyiben felhívásunk felkeltette érdeklődését, további információért forduljon bizalommal Bíró Edina marketingasszisztenshez (edina.biro@pharma.novartis.com vagy 06/1-457-6695).

Dr. Rokszin György
termékgazgató

Bíró Edina
marketingasszisztens

A gyermekkori atópiás dermatitisz korszerű kezelése

Dr. Szalai Zsuzsanna, PhD

Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest

Az atópiás dermatitisz (AD) egyre gyakoribb előfordulása miatt a kezelés jelentősége nagy. Az AD krónikusan fennálló bőrgyulladás, amely bőrszárazsággal, gyulladással, intenzív viszketéssel, gyakori fellángolásokkal jár. A kezelés gyakran eredménytelen, ha a beteg nincs kellőképpen tájékoztatva, és az orvos és a beteg közötti együttműködés nem megfelelő. A kezelési lehetőségeink bővültek olyan készítményekkel, amelyek hatóanyag-tartalmuk következtében mellékhatás-mentesen alkalmazhatók, ezért forradalmasítják az atópia kezelését. A mintegy ötven éve használatos terápiás irányelvek helyett új sémák, algoritmusok szerint kezelendő ez a betegség.

Terápiás lépcsőfokok

A kezelésben a legfontosabb a gondozás, ápolás, a bőrszárazság megszüntetése.

A megfelelő öltözködés, a külső allergének kerülése elengedhetetlen. A táplálékallergiének elkerülése az élet első hónapjaiban fontos, ezért súlyt kell helyezni az anyatejes táplálásra. Belső kezelésként viszketéscsillapítás, külső kezelésében nyugtató és dezinficienstartalmú krémek és kenőcsök használatosak.

Az atópiás dermatitisz kezelési protokollja bővül a szteroidmentes, szelektív, lokális gyulladáscsökkentő-inhibitorok alkalmazásával. Jó eredmény várható a balneo-fototerápiától is. Az összetett kezelés legfontosabb eleme az egyénre szabott kezelésen túl a gondozás, a beteg és a család pszichés támogatása, a betegség lényegével való megismerkedés és annak elfogadása. Erre ad lehetőséget az úgynevezett „atopia iskola” (www.atopiaiskola.hu), ahol az atópiás dermatitiszben szenvedő gyermekek és családok

kapnak felvilágosítást a kezelés lehetőségeiről, a betegség természetéről.

Hidratáló kezelés

Néha alig észlelhető különbség, illetve éles átmenet a száraz bőr és az enyhe atópiás dermatitisz között. A száraz bőrre gyakran javasoljuk a krémek és kenőcsök napi többszöri használatát. Az emollienskezelés után a bőr regenerálódik. A víz visszajut a szarurétegbe és csökkenti a berepedéseket, egyes komponensei pótolják a hiányzó lipideket. Ezt a kezelést megelőzőképpen is használjuk.

Az atópiás dermatitisz akut tüneteiben már nem elegendő az emollienskezelés (1).

Lokális szteroidok

Az elmúlt évtizedek során a mellékhatások egész tárházát ismerhettük meg, ezért gyakran a beteg hamarabb szerez

tudomást azokról, mint a gyógyszer áldásos hatásairól. A lokális szteroidok rövid távon igen hatékonyak bizonyultak, azonban hosszú távú alkalmazásuk során számos problémába ütközünk. A glükokortikoidok terápiás hatásai közül az anti-flogisztikus, az antiproliferatív, a vazokonstriktív, valamint az immunszuppresszív hatást használjuk. A gyulladáscsökkentő hatás és a felszívódás mértéke a szteroid szerkezetétől, vízoldékonyságától és az alkalmazott vivőanyagtól is függ. A mellékhatásokat az alkalmazott szer hatáserőssége, a felszívódás nagysága, a kezelés gyakorisága és formája befolyásolja (2,3,4,5).

Lokális immunmodulátorok

A lokális immunmoduláns szerek (pimecrolimus, tacrolimus) specifikusan a gyulladással járó bőrbetegségek kezelésére kifejlesztett gyógyszerek, amelyek az atópiás dermatitisz komplex kezelésének fontos részét képezik. A kezelés során a külső hidratáló, visszazsírozó szerek alkalmazását követően a gyulladást okozó folyamatokat jól csökkentik, hosszú távú alkalmazás esetén a tünetek fellángolását megelőzik (pimecrolimus, Elidel). Átmeneti mellékhatásként egyes esetekben számolni lehet égő érzéssel, azonban ez megelőzhető, ill. megszüntethető a hidratáló kezeléssel. Hosszú követési periódus után megfigyelhető az atópiás fellángolások számának csökkenése. A calcineurin inhibitorok blokkolják az aktivált T-sejtek mediálta citokintranszkripciót. Az alkalmazás során funkciója nem változik, ennek következtében nem alakul ki bőrró-

fia. A bőrről történő elhanyagolható mértékű felszívódás következtében nem kell általános tünetekkel számolni. A helyileg alkalmazható immunmoduláns készítményeknek különös jelentősége van az érzékeny bőrterületek kezelésében (arc, nyak, hajlatok). Ezen területek szteroidtartalmú készítményekkel történő kezelése során különösen óvatosan kell eljárni a felszívódási viszonyok miatt. A szteroidtartalmú készítményeket a fellángolások esetében alkalmazzuk, míg megelőzésre, illetve a krónikus betegségek hosszú távú kezelésére megoldást jelentenek az immunmodulátorok. A pimecrolimus (Elidel) enyhe és közepesen súlyos atópiás tünetek kezelésére, valamint a fellángolások megelőzésére is alkalmas, míg a tacrolimus (Protopic) közepesen súlyos és súlyos atópiás dermatitisz kezelésére választandó készítmény (6,7,8,9).

Antihisztaminok

A kiterjedt bőrgyulladás és a viszketés-vakarás kör rontja a folyamatot, ezért az antihisztaminkezelés fontos szerepet kap. Az antihisztaminok a hisztamin hatását kompetitíven gátolják az erek és a simaizom receptorain. Antikolinerg, antiadrenerg és antiszerotonin hatással kell számolni. Azt, hogy adott esetben monoterápiára vagy kombinált kezelésre, rövid vagy hosszú hatású szerre, illetve a szedatív hatásra, az éjszakai nyugalom elérésére, vagy éppen az iskolai teljesítmény miatt nem szedáló készítményre van szükség, egyénenként kell értékelni.

Kombinált fürdő-fénykezelés

A fénykezelésnek fontos szerepe van a bőrgyógyászati terápiában. Az elmúlt

években a fototerápiás lehetőségek kiszélesedtek, magukba foglalva a PUVA, a kombinált UVA és UVB, valamint a narrow-band UVB kezelési eljárásokat. A fürdés során különböző fürdetőszereket, fürdőolajat szükséges használni a fénykezelés mellett (10,11,12).

A gyermekkori ekcéma terápiája tehát összetett, az orvos-szülő-gyermek jó együttműködése azonban nélkülözhetetlen az eredményes kezeléshez (13).

Irodalom

- Herz G. Kortikoidexterna in der pädiatrischen Praxis. Hans Marseille Verlag München 1973.
- Smith C.L., Kreutneer W.: In vitro Glucocorticoid Receptor Binding and Transcriptional Activation by Topically Active Glucocorticoids. *Arzneim.-Forsch./Drug Res* 1998;48:9, 956-960.
- Smith EW. Four decades of topical corticosteroid assessment. *Curr Probl Dermatol* 1995;22:124-31.
- Török L: Helyi kortikoszteroid kezelés. *Gyógyszereink* 1999;49:63-67.
- Szegedi A: Ajánlás a lokális kortikoszteroid kezelésről. *Medicus Universalis* 2001,XXIV/2
- Khandpur Suhay, Sharma VK, Sumanth K. Topical immunomodulators in dermatology. *J Postgrad Med* 2004;50 (2) 131-139.
- Leung DY. Atopic dermatitis: immunobiology and treatment with immune modulators. *Clin Exp Immunol* 1997;107(suppl 1):25-30.
- Nghiem P, Pearson G, Langley RG. Tacrolimus and pimecrolimus: from clever prokaryotes to inhibiting calcineurin and treating atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(2):228-41.
- Smith J S., MD; Brodell R T. Improved therapy for atopic eczema. New immunomodulators clear the rash with few side effects. *J Postgrad Med* 2004;115:1.
- Abeck D. et al.: Long term efficacy of medium-dose UVA1 phototherapy in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:254-57.
- George S.A. et al.: Narrow-band (TL-01) UVB air conditioned phototherapy for chronic severe adult atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1993; 128: 49-56.
- Grundmann-Kollmann M. et al. Phototherapy for atopic eczema with narrow-band UVB. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 995-97.
- Lerda S, Angelini G. Psychosomatic Conditions in Atopic Dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics* 2004;5:5-11.

Házi Gyermekorvosok Egyesülete, X. őszi konferencia, 2004. november 12-13.

Park Hotel Flamenco



A PROGRAMBÓL:

november 11.

18.00 Vezetőségválasztó
küldöttértekezet

november 12.

9.30 Akkreditált infektológiai
továbbképzés
14.00 Fehér foltok gondolkodá-
sunkban és az ellátásban

november 13.

10.00 Európai kihívások – euró-
pai válaszok
14.00 Fórum

Huszár András előző számunkban megjelent sorait olvasva elégedettség töltött el, a valahová tartozás elégedettsége. Sikerült egy csapatot kovácsolni, amelynek része vagyok, tagjait ismerem, akárcsak látásból is. Nem érzem magam olyan magányos farkasnak, mint a kezdet kezdetén, úgy 15–20 évvel ezelőtt. Jó érezni, hogy kicsit összetartozunk, hogy képzetebbek, összetartóbbak, etikusabbak vagyunk más csoportoknál. De vajon tényleg etikusabbak vagyunk?

Az íratlan szabályokon kívül van-e a házi gyermekorvosoknak etikai kódexe? Van egyesületünk, „kávészünetünk”, szakmapolitikai konferenciánk, újságunk, hírnevünk, hol hangosabb, hol halkabb szavunk, de etikai kódexünk nincs. Lehet, hogy nem is kell, de lehet, hogy nagy szükség lenne rá. Az etikus viselkedésre mindannyiunknak van pozitív és negatív példája. A jó tapasztalatokat természetesnek vesszük, a rosszat hordozgatjuk, őrizgetjük, panaszoljuk, ki-ki vérmérséklete szerint.

Nyissunk egy etikai sarkot, osszuk meg egymással élményeinket saját okulásunkra, csiszolódásunkra. Nem szégyenpadra, vagy dicsőség-sarokra gondolok, hanem beszélgetésre. Tetszene nekem „az év fair play díjas házi gyermekorvosa” cím megszavazása, vagy akár egy „citrom díj” kiosztása is – persze névtelenül.

Mindehhez Ti is kelletek, akik telefonon, levélben, e-mail-en vagy faxon jelzitek az örömet, bánatot, bosszúságot okozott eseményeket. Osszátok meg az élményeket velünk, és rajtunk keresztül a többiekkel.

Mire is gondolok: Amikor valaki szól a kollégájának, hogy fontos rendeletéről olvasott, az jó, amikor lemond egy továbbképzésről, hogy helyettesítsen, ez is jó. Ha helyettesítéskor vagy ügyeletből küldi ortopédiára hanyag tartás miatt a betegemet, ahelyett hogy felém jeleznél észrevételét, s ezt még megtetézi egy „régén észre kellett volna már venni” megjegyzéssel, az nem korrekt. Ugye értitek?

„Érted haragszom, nem ellened” jeligére várjuk történeteiteket, s mivel a téma kényes, maradhatunk anonimok is.

(30/9 229 309 vagy sebo.zsuzsa@axelero.hu vagy a Hírvivő szerkesztősége)

SEBŐ ZSUZSA

Bizonyos kollégák a náluk ambulánsként megjelenő beteget átjelentkezőként bejelentik. Bár átkérő nem jött és a kolléga nem volt kíváncsi a gyermek kórelőzményére meglévő vagy hiányzó oltásaira, három hónappal később értesültem az OEP-től, hogy a beteg XY kollégához bejelentkezett. Kijelenttem. A gyermek egyszer csak beteg lett és jött hozzám. A szülő csodálkozott a legjobban a dolgon... Tavaly még csak elnéztem, lehet, hogy csak „véletlenül” nem az ambulánsok közé pötyögték be az adatokat.

Egy másik gyermek is nálam „futott”, amikor 15 hónapos korában behívtuk a kötelező oltásra. Be is adtuk, majd egy hónappal később értesített az OEP, hogy egy kollégánál 3,5 hónapja van bejelentve ugyanezen kisdéd. Drága kollégám már 4 hónapja kapta jogtalanul a nekem járó finanszírozást. Ha belegondolunk, jogilag is támadható, hogy miért oltottam be egy nem hozzám tartozó gyereket. Miután megkérdeztük a szülőtől, hogy tényleg átjelentkezett-e, nagyon felháborodott. Érdekes módon kedves kollégámnak sem a beteg kartonja nem kellett, sem védőoltásra nem hívta a beteget...

STUNYA E.

Az etikátlan kártyavadászattal én is találkoztam már. Sajnos, az OEP jelenleg a legutóbbi bejelentkezést tekint mérvadónak. Pedig az átjelentkezést írott és íratlan szabályok betartása mellett kellene lebonyolítani. Ezek etikai kérdések. Jó lenne, ha legalább a házi gyermekorvosok között szabályszerűen történnének meg az át-kérések. Meg kellene találni a módját annak, hogy a gyermekorvosok szűk rétege se nyúljon tisztességtelen eszközökhöz.

ÚJHELYI J.

RENDAHAGYÓ TOVÁBBKÉPZÉS!

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet a Házi Gyermekorvosok Egyesületével és a Magyar Védőnők Egyesületével közösen rendhagyó továbbképzést szervez, házi orvosok, védőnők és gyermekvédelmi szakemberek számára, a 2004. évben megjelent módszertani levél alapján.

Téma: A gyermekbántalmazás megelőzése

Forma: Videokonferencia

Időpont: 2004. december 11., 10–17 óráig

Részvételi díj: orvosoknak 4500.-Ft
védőnőknek, gyermekvédelem területén dolgozó szakembereknek: 3000.-Ft

A budapesti központi helyszín élő videokonferenciás technika segítségével áll kapcsolatban a debreceni, miskolci, pécsi, szegedi, szombathelyi helyszínekkel, melyek pontos címét visszajelzésük során közöljük.

Az egész napos továbbképzés első részében az alábbi szakemberek tartanak előadást:

PROF. KEVIN BROWNE pszichológus, WHO-képzési programszakértő

DR. HERCZOG MÁRIA szociológus

DR. PÁSZTHY BEA gyermekpszichiáter

DR. CSENDES LÁSZLÓ alezredes ORFK Bűnmegelőzési Osztály

Ebédészünet után valamennyi helyszín bekapcsolásával közvetlen párbeszédre biztosítunk lehetőséget, melyet a helyi moderátorok segítenek. A téma szomorú aktualitása miatt várjuk minél több kolléga jelentkezését.

A konferencia akkreditálása folyamatban van.

Jelentkezési lapok a Hírvivő mellett a Házi Gyermekorvosok Továbbképző Szemléjében is megtalálhatók vagy letölthetők a www.ogyei.hu honlapról.

Sorkötelesek vizsgálatának díjazása. Határidők!

- | | |
|--|---------------------------|
| • A háziorvosi vizsgálat elvégzésének és a törzslapnak a jegyzőhöz való eljuttatásának a határideje: | 2004. november 15. |
| • A jegyzői igazolás kiadásának határideje: (Az igazolásnak az orvos azonosító adatait és a fiúk névsorát, születési időpontját, taj-számát kell tartalmaznia) | 2004. december 15. |
| • Az igazolások Országos Alapellátási Intézetbe (1135 Budapest, Szabolcs u. 33–35.) érkezésének határideje (mellékelendő a praxiskód) | 2005. január 31. |
| • Az OALI az OEP-hez továbbítja az összegző listát: (Eddig az időpontig van lehetőség az esetleges hiánypótlásra) | 2005. március 15. |
| • Kifizetés: (ha a praxisban már más dolgozik, akkor a kiutalás a praxiskód alapján az új orvos számlájára érkezik. A jogosult a vizsgálatot végző orvos) | 2005. április 30. |

9/2002. (II. 28.) HM-EüM együttes rendelet

A meningococcus fertőzés specifikus megelőzése

A meningococcus fertőzés napjainkban is nagy jelentőségű, a betegség potenciálisan fulmináns lefolyása és 5–10%-os halálozása miatt. A hatékony kemoprofilaxis és a – kórokozó leggyakrabban előforduló szerocsoportjait érintő – specifikus prevenció lehetősége a meningococcus fertőzés elleni küzdelmet új megvilágításba helyezi.

A kórokozó

A *N. meningitidis* aerob, Gram-negatív, jellemzően intracellulárisan előforduló diplococcus. Igen igényes baktérium, rosszul tűri a hideget, a kiszáradást, szabad levegőn hamar elpusztul. Tokos baktérium. A tokban lévő poliszacharid felelős a baktérium virulenciájáért. 13 szerocsoportot különítünk el, melyek közül az invazív kórképekért az A, B, C, W-135 és Y szerocsoportok felelősek.

Epidemiológia

A meningococcus fertőzés cseppfertőzéssel terjed. Az emberek legnagyobb többsége csak tünetmentes hordozóvá válik, invazív betegséget közülük kevesen kapnak. Ennek a különbségnek külső tényezők és belső „host faktorok” lehetnek az okai. Nagy irodalma van már annak, hogy milyen külső tényezők (zsúfoltság, szennyezett, „városi” levegő) és munkahelyek, foglalkozások (bárokban, kocsmákban dolgozók, fogorvosok, sürgősségi helyek ellátói stb.) segítik elő egyik egyénben az invazív fertőzést, amikor a másokban csak a tünetmentes hordozásig jut el ugyanaz a baktérium. Az külső hajlamosító tényezők között kiemelt jelentőségű a dohányzás és a dohányfüst-expozíció. Ez utóbbi nagy szerepet játszik a dohányzó családokban élő csecsemők és kisdetek fertőződésében.

Megfigyelhető a fertőzés epidemiológiájában szezonális is, az őszi, téli, tavaszi hónapokban fordul elő a legtöbb eset. Igazoltnak tekinthető a konkommittáló vírusinfekciók (influenza, RSV, parainfluenza) és a *Mycoplasma* fertőzés invazívítást elősegítő szerepe is a nasopharyngealis flóra védőhatásának, kolonizációs rezisztenciájának sérülése útján.

A világ sok országához hasonlóan, Magyarországon is több lehetőség kínálkozik a meningococcus fertőzés kemoprofilaxisára, illetve specifikus prevenciójára.

Aktív immunizáció

Az aktív immunizáció célpontja a baktérium sejtfalát alkotó tokpoliszacharid. Két (A+C) és négy (A+C+Y+W-135) komponensű poliszacharid, valamint monovalens – C szerocsoportú meningococcus elleni – konjugált vakcinák állnak rendelkezésre.

A tok-poliszacharid-készítmények nem váltanak ki T-lymphocyta-függő antitestválaszt. Immunmemória nem alakul ki, ennek következtében az oltás védőhatása rövid, ráadásul kettő, egyes megfontolások és megfigyelések szerint öt évesnél fiatalabb gyermekek esetében az immunogenitása is csekély.

Ha a C-csoportú baktérium tokjából izolált saccharid természetű antigént hordozó fehérjére viszik fel, akkor a T-helper lymphociták aktiválása révén a saccharid már képes immunreakciót kiváltani. A konjugátum alkalmazásakor erőteljesebb az immunválasz és immunmemória már két évesnél fiatalabb kisgyermeken is bekövetkezik.

A konjugált meningococcus C vakcinák között a különbség a konjugáló fehérjében és a törzskönyvezés alapján elfogadott adagolásban van. Jelenleg a Neisvac-C az egyetlen konjugált, meningococcus C elleni vakcina, amely csecsemőknek már 2 vakcinadózisban is biztonságos védelmet nyújt.

(x)

A gyász arcai

Kultúránkból egyre inkább kivesznek azok a rítusok, amelyek a gyász köré szerveződnek. Manapság az számít érénynek, ha valaki gyorsan túleszi magát szerettei halálán, és újra teljes értékű tagja lesz a társadalomnak. Egyre kevésbé szokás a halotról beszélgetni, mintha titok, tabu övezné a halál témáját, leginkább, ha a halottal kapcsolatos negatív érzésekről van szó. Halotról jót vagy semmit – tartja a közmondás.

Még nehezebb dolga van talán ebből a szempontból a gyerekeknek, az ő gyászuk még kevesebb figyelmet kap. Mint ha még ma is élne az a XIX. századi kép, hogy a gyerek még kicsi, úgysem érti, mi történik. Tovább nehezíti a gyászoló gyerekek sorsát, hogy gyakran nem egyértelmű a kapcsolat a haláleset és a megjelenő tünetek között. Széles a palettája a patológias gyász formáinak a viselkedészavartól az alvászavaron át egészen a regresszív kórformáig.

Freud 1917-es írásában összeveti a normális és a patológias gyász, a melankólia folyamatait. Megállapítja, hogy mindkettőben azonos az érdeklődés viszszavonása a külvilágról, a szeretőképesség elvesztése, mindenféle aktivitás gátlása, a teljesítménycsökkenés, a rossz hangulat és a csökkent örömképesség. Lényeges különbségek azonban a következők: a gyász normális folyamat, a veszteség valódi. Ilyenkor a világ átmenetileg üressé válik. Melankóliában azonban (mai elnevezéssel depresszióban) erős önvádások jellemzőek, az önértékelés csökken, és ami a legfontosabb, nem a világ, hanem az én válik üressé.

A normál gyász esetén a fájdalmas érzések nem kerülhetők el. Normális esetben a gyászmunka több hónapig, akár egy évig is eltarthat. Ennek fázisai:

1. sokk, döbbenet,
2. tiltakozás, a veszteség tagadása,
3. düh,
4. kétségbeesés,
5. önvádolás, bűntudat,
6. beletörődés: a szeretet fokozatosan visszavonódik a személyről.

Patológias gyász esetén a normális gyászreakció bizonyos fázisai tartósan fennmaradnak. A gyászoló nem tudja a realitáshoz mérni a veszteséget, nem képes fel dolgozni, hogy a szeretett személy nincs többé, a gyászoló számára tovább él, belső fantáziaként. Freud szerint az, hogy a gyászoló nem tudja elengedni a halottat,

az iránta táplált érzések fokozott ambivalenciájából adódik, a szeretet és a harag együttes jelenlétéből. Az önvádolás ilyen módon tulajdonképpen az elhagyónak szóló harag. Gyakran találunk szuicid készletet (ami mögött állhat a harag megszüntetésének vágya). Normális gyász esetén is találkozunk szuicid gondolatokkal, ebben az esetben inkább az egyesülés vágyáról van szó.

Sok gyászolónál találunk túlzott aktivitásba menekülést, mániás elhárítást, illetve gyakoriak a különböző szomatikus betegségek, gyakran ugyanolyan tünetekkel, mint amilyen az elhunytak volt.

Freud kiterjesztette a gyász és veszteség fogalmát, hiszen minden depresszió alapjának a korai gyerekkorban bekövetkezett súlyos csalódást vagy veszteséget tekintette, ami a gyerek és a gondozó kapcsolatában történt. Eredménye a későbbi kapcsolatokban is jellemző ambivalencia és bizonytalanság, a nagyfokú érzékenység a várható jövőbeli veszteségekkel kapcsolatban. A gyermekek gyászáról szólva újra és újra problémákba ütközünk, hiszen kevésbé megragadható, miként gyászol a gyermek – gyászának nagyon sokféle arca lehet. A gyász módja szorosan összefügg a gyermeki fejlődéssel.

Az óvodáskor az első olyan időszak, amikor felmerülhetnek a halálra vonatkozó kérdések. A gyermek világképe ekkor még laza szálakon illeszkedik a realitáshoz, magyarázatigénye már jelen van, kellő ismeretanyag hiányában azonban inkább tapasztalataira támaszkodik. Mindazt, ami a tapasztalható tartományon kívül esik, különös elméletalkotással próbálja a maga számára érthetővé tenni. Wallon francia pszichológus vizsgálatai szerint, az óvodáskorú gyermek analógiákkal próbálja a már ismert dolgokat az ismeretlen magyarázatához felhasználni. A halált mint ilyen ismeretlent a „nincs itt” (element, elutazott, elbújt stb.) tapasztaláshoz és a mozdulatlanul fekvő, alvó ember képéhez kapcsolja, a visszafordíthatatlanságot, így a halál lényegét azonban még nem képes átélni. A haláltól való szorongása ekkor még mindig az anyától való elválás félelmében jelenik meg.

Sok gyermek kezd rettegni például szülei halálától, s mivel azt tudja, hogy a halál főleg az öregeket fenyegeti, az öregedés hosszú folyamatával azonban még nincs tisztában, számára a hozzá képest

„öreg” szülei váratlan elvesztése reális veszélyként merülhet fel.

A halálról, halotról, életkorról és élet-tartamról való elmélkedés kisiskoláskorban, 6 és 9 év között ismét megfigyelhető. Gyakori kérdés például, hogy „mi az, hogy meghal valaki, mit jelent halottnak lenni?”, „meddig fogok élni? meddig fogsz élni?” és „ki az öreg? te már öreg vagy?”. Ebben az időszakban a gyerek gyakran játszik „halált”, „temetést”, me-reven fekszik, visszatartja a lélegzetét, de a halálképzete még mindig az alváshoz kapcsolódik, amiből fel lehet ébredni. A halál szót már ismeri, és úgy tűnik, hogy érti is, racionálisan felfogja, azonban ha erről beszélgetünk vele, kiderül, hogy érzelmileg még nem képes átélni. A gyermek ebben a korban már nem a halottat, hanem a halált tekinti élő, gondolkodó lénynek és csontvázember, angyal, ördög, szellem vagy más formában képzei el.

A halál közel „reális” felfogása 8–9 éves kortól kezd formálódni, amikor a gyermek rádöbben, hogy a halál végleges és törvényszerű állapot, amelyet senki nem tud elkerülni. Átmeneti „nyugvópont” után a serdülőkor viharos testi-lelki-szellemi változásai ismét felszínre hozzák a születés, a halál, s így az élet értelmével foglalkozó kérdéseket, hiszen ezek mentén alakulnak ki egyéni világ-szemléletünk főbb alapvonalai.

Tizenegy–tizenkét éves korra a haláltudat már tartalmazza az egyéni lét véglegességéről szerzett tudomást is. Nagyjából ettől az időtől kezdve jelenik meg a felnőttekre jellemző halálfélelem érzése. Tizenhárom éves kortól a serdülőkor végéig számtalan apró adalékkal bővül ugyan a halálfogalom, de alapvető tartalma már nem változik.

„Azok a feltételek, amelyek szükségese-k a halál mint végleges elválás felfogásához, nem realizálhatók csak két-három-éves kor körül, a beszéd és a szimbolizáció kialakulása során.” A kicsi gyermek nem ismeri a halált, ő a hiányt, a szeparációt éli meg.

A különböző modern szerzők általában a Freud által lejegyzett szakaszokhoz hasonló fázisokat írnak le a normális gyász stádiumaiként.

Verena Kast (2002) a gyászmunka szakaszait a következőképpen jelöli:

1. az elutasítás stádiuma,
2. a felszakadó érzelmek stádiuma,
3. a keresés és az elválás stádiuma,

4. az önmagunkhoz és a világhoz fűződő új viszony kialakításának stádiuma.

A második stádiumban tör elő az a düh, ami az elhagyónak, illetve a saját tehetlenségünknek szól. Ezt a dühöt gyakran kivetítjük, hiszen a halottra nehéz haragudni, inkább az orvosokra, a világra haragszunk. Ezt az időszakot jellemzi a büntudat érzése is: saját magunkat is hibáztathatjuk a szeretett személy haláláért. Amennyiben ez a büntudat erős (úgy érezzük tisztázatlanul maradt az elhunythoz fűződő viszonyunk), a gyász



folyamata elhúzódhat. A düh érzése már megnyitja az utat a következő stádium felé: keressük a kapcsolatot az elhunyttal (ez a keresés elvezethet akár a szuicid gondolatokhoz is), belső párbeszédet folytatunk vele, de ugyanakkor fokozatosan azt is fel kell tudnunk ismerni, hogy nem lehetünk már a szeretett személlyel, el kell válnunk tőle. Ez a keresés gyakran értelmetlennek tűnhet, mégis lehetővé kell tenni ennek a szakasznak a megélését, nem lehet sürgetni az elválást. A stádium lezárását az jelzi, ha sikerült az elhunynak „belső alakká” válnia. Patológias következményekkel járhat, ha a gyászoló olyan mértékben azonosul az elvesztett személlyel, hogy „belebújik az ő bőrébe”: azt teszi, amit ő tennie, azt gondolja, amit ő gondolna. Előbb-utóbb el kell jutnunk oda, hogy az elhunyttal kapcsolatos érzéseinket a saját személyiségünkkel összefüggésben lássuk. A fent leírt folyamat természetesen nem lineáris, gyakoriak a visszaesések, hullámzások.

A gyász feldolgozásához számos fel-

adat vár a gyerekre. Tudomásul kell venni a veszteséget. Ezért javasolja Polcz, hogy legyen jelen a gyerek a temetésen, mert bár nehéz a megterhelő élmény, nélküle mégsem tudjuk elfogadni a végleges elválást. Ugyanezt a célt szolgálja, ha a gyermekkel együtt kijárunk a temetőbe, a halottal kapcsolatos közös élményeket, emlékeket elevenítünk fel: fényképnézegetés, vagy olyan helyek felkeresése, ahol a halottal együtt volt a gyermek. A másik szükséges feltétel az, hogy elfogadjuk eljövendő saját halálunkat mint sorsot. Ez lehetővé teszi azt a gondolatot, hogy az

eltávozott is elfogadhatta saját halálát. A harmadik fontos momentum, hogy a kisik játékban, a nagyobbak szóban ki tudják fejezni érzéseiket. Fontos, hogy mi felnőttek is merjünk beszélni, visszaemlékezni.

A büntudat a gyerekek esetében is központi nehézséget jelent. A gyermek mágiikus gondolkodásából kifolyólag úgy érezheti, hogy ő okozta a másik halálát, hiszen néha kívánta azt. Érezheti úgy, hogy ő maga is megérdemelné a halált. A büntetés-önbüntetés vágya annyira erős lehet, hogy a gyermek megbetegszik vagy balesetet idéz elő. Más esetekben szemtelen, dacos viselkedésével provokálja a büntetést. A provokáció természetesen annak is szól, hogy vele foglalkozzanak, hiszen törődést igényel. Ha nem kap pozitív törődést, kivívja a negatívát. Igen megterhelő lehet a gyermek számára, ha a gyász tényét a szülő(k) palástolni igyekeznek.

Amennyiben a feldolgozás nem sikerül, gyakran tapasztaljuk, hogy a veszte-

ség időpontjában elakad, fixálódik a személyiségfejlődés. A szeretett személy elvesztésének feldolgozatlanlansága befolyásolja a későbbi kapcsolatképzést. Az egyik lehetőség, hogy irreális kötődések alakulnak ki (pl. idősebb partnerhez való vonzódás), gyakori a túlzott, terhes kapaszkodás a szeretett személyekbe, attól való félelemben, hogy őt is elveszítheti. A másik patológiás kapcsolati forma az elhagyás elleni védekezés, az állandó váltás: Ha én hagyom el őt, akkor ő nem hagy el engem.

Nemcsak fixációt, hanem gyakran regressziót találunk a gyereknél a gyászra adott reakcióként: a gyerek egy korábbi fejlődési fázisba csúszik vissza, pl. újra bepisil, bekakil, menekülve a gyász körüli feldolgozandó feladatok elől.

Verena Kast szerint a gyászmunka valamennyi stádiuma azt a veszélyt hordozza magában, hogy a gyászoló benne reked. A páciens az elutasítás stádiumában gyakran tagadja, hogy bármi veszteség érte volna. Gyakori a munkába menekülés, a pszichoszomatikus panaszok, különösen a fejfájás, álmatlanság.

Vannak a krónikusan gyászolók, akiket leteper a fájdalom. Itt általában azt találjuk a háttérben, hogy nem kap helyet a düh. Nagyon gyakori az olyan büntudat, amelyet a két ember kapcsolatában tisztázatlanul maradt dolgok határoznak meg. A keresés és elválás stádiumában megrekedt beteg nem képes elfogadni, hogy a halott nincs többé, és vagy a valóságban vagy képzeletben folyamatosan keresi.

Láthatjuk tehát, mennyire különböző arcai vannak a gyász folyamatának, és hogy miként szolgáltathatja a későbbi patológia alapját, ha nem képes az egyén – akár felnőtt, akár gyerek – feldolgozni a veszteséget. Nagyon fontos, hogy a család, a gyászoló környezete ezekben a nehéz időszakokban közösen viselje a terhet, és teret adjon az emlékezésre, a düh és a bánat megélésére és végül a világhoz fűződő új viszony kialakítására.

Irodalom:

1. Sigmund Freud (1997): Gyász és melankólia. In Ösztönök és ösztönsorsok: metapszichológiai írások. Filum Kiadó, Budapest, 129–143.
2. Melanie Klein (1999) A gyász és kapcsolata a mániás depressziós állapotokkal In A szó előtti tartomány, Akadémiai Kiadó, 99–134.
3. Verena Kast (2002) A gyász – egy lelki folyamat stádiumai és esélyei, Park Könyvkiadó, Budapest
4. Kárpáthy Ágnes A gyász szociológiája MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzetek 91. <http://www.mek.iif.hu/porta/szint/tarsado/pszicho/no91/no91.htm>
5. Polcz Alaine (2000) Gyászban lenni, Pont Kiadó, Budapest

CSILLAG JUDIT, PSZICHOLÓGUS
HEIM PÁL GYERMEKKÓRHÁZ RENDELŐINTÉZETE

Libamáj a Mont Blanc alatt

Szeptember végén a francia-olasz-svájci határ szegletében, a Mont Blanc tövében fekvő Chamonix-ban tartották az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok európai társaságának (European Society of Ambulatory Pediatrics – ESAP) idei konferenciáját. A résztvevők nacionaléja az európai helyzetet tükrözte; az angolok, a svédek, a finnek vagy a hollandok azért nem voltak ott, mert nincsenek, a lettek meg talán pont azért, mert ők sincsenek, hisz az élet már évekkal ezelőtt vegyes sorsba kényszerítette az összes ottani gyerekalpellátót. A lengyelek hagyományból hiányoztak, keletebbi és délebbi



volt sorstársaink más okból kényszerültek távolságtartásra. Domináltak a franciák, spanyolok, olaszok és svájciak. A számarányokat illetően a németekkel, a belgákkal, a csehekkel vagy a portugálokkal

együtt kisebbségben voltunk, de nem éreztük hátrányos helyzetűnek magunkat, mert érezhető volt, hogy egy csapatban játszunk. Jólesően hallottuk, hogy mindenkit ugyanott szorít a cipő, és a tülekedésben, máshol is és másnak is vagy a családorvosok, vagy a kórházi kollégák lépnek finoman a lábára. A képzettséget, a rendelőink felszereltségét, az egzisztenciális lehetőségeket illetően persze már nem annyira homogén a nemzetközi helyzet. Van némi gubanc a nevünk körül is, a franciák érzékenységét a prajmeri, a spanyolokét meg az ambulatori bántja. (A miénket meg a házi, de ez ott senkit nem érdekelt.) Abban viszont egyetértettünk, hogy nagyon meg kéne már mutatnunk. Ez a franciáknak sikerült a legjobban, látványos adatokkal sikerült bizonyítaniuk, hogy mennyivel jobbak ők a gyerekeknek, mint a felnőttek. Kevesebb antibiotikumot írnak fel, kevesebb gyereket küldenek kórházba, több védőoltást adnak, jobban kezelik az asztmát.

Ugyanebben a felmérésben a németek elakadtak, mi viszont elég jól haladunk, de még nem vagyunk publikusak. Ehhez hasonló, az ellátás minőségére utaló vizsgálatok nagyon jót tennének kicsit nyo-



mott presztízsünknek. Körvonalazódik a megrázó jövőkép: hogyha versenyben akarunk maradni, nekünk is specializálódnunk kell, mint a többi gyermekorvosnak. Mese nincs, szakvizsgát kell tennünk az alap-, területi, elsődleges vagy primer (lehet választani, kinek mi tetszik jobban) gyermekellátásból.

Vicente Molina, az ESAP spanyol elnöke és Gilbert Danjou, a francia főszervező megkülönböztető kedvességgel fogadott bennünket. Ami nem csoda, hisz reggel még nem tudhatták, hogy este majd minden protokollt felborítanak a vendégek, amikor a „népek asztalára” mi a libamájas szendvicsünket, a csabai kolbászunkat és az egi bikavérünket rakjuk ki. Nemcsak a hangulat volt jó, jók voltak a másnapi referátumok és voltak kifejezetten jó előadások is. Jövő októberben Barcelonában lesz a konferencia. Érdemes rá gyűjteni!

KÁDÁR

F E L H Í V Á S

A beszéláni mészárlás

A Genfi Gyermekorvos Társaság szomorúságát és felháborodását fejezi ki az ártatlan gyermekek megdöbbentő lemészárlásával végződő beszéláni események kapcsán.

Komoly aggodalommal tölt el bennünket az a felismerés, hogy a harmadik évezred küszöbén, a Gyermekek Jogainak egyetemes kinyilvánítása ellenére, még mindig gyakori jelenség, hogy Észak-Oszétiában vagy a világon máshol, gyermekek életét fenyegetik, őket túszként, katonaként vagy szexuális tárgyként használják fel, bebörtönzik, vagy gyermekmunka által kizsákmányolják.

Tisztában vagyunk ezen felhívás törékeny voltával és szavunk erőtlenségével a világ zűrzavarában, ennek ellenére hisszük, hogy kötelességünk harcolni a hallgatás csábítása ellen, mely hallgatást a beletörődés és a közöny által történő bűnrészesség jeleként lehetne értelmezni.

Nem szabad és nem is fogunk hozzászokni az ehhez hasonló cselekedetekhez!

Felhívással fordulunk ezért a kormányzati intézményekhez, hatóságokhoz, az ENSZ szerveihez, valamint minden lelkiismeretes emberhez világszerte, hogy elszántan küzdjenek annak érdekében, hogy a gyermekvédelem az őt megillető maximális prioritást élvezhesse a népek és nemzetek politikai és társadalmi életében.

Gyermekorvos Társaság, Genf

2004. szeptember 24-én az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok európai társaságainak (ESAP) Chamonix-ban rendezett konferenciáján egyetértése jeléül minden résztvevő kézjegyével látta el.



Gyermekpszichiátria az Aranytízben

A nagy sikerű gyermekkardiológiai továbbképzés után ez év november 18-án újabb továbbképző sorozat indul, ezúttal a gyermekpszichiátriáról.

Időpontok:	Témák:
2004. november 18.	MAGATARTÁSZAVAR, HIPERAKTIVITÁS, FIGYELEMZAVAR <i>dr. Besnyő Márta – Vadaskert Alapítványi Kórház</i>
2004. december 16.	PSZICHOSZOMATIKUS ZAVAROK <i>dr. Fohn Márta – Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Ambulancia</i>
2005. január 20.	SZORONGÁS, KÉNYSZER <i>dr. Zibolen Ágnes, Miklósi Mónika – Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Ambulancia</i>
2005. február 17.	FÓBIÁK, SZELEKTÍV MUTIZMUS <i>dr. Dombóvári Edit, dr. Rigler Ilona – Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Ambulancia</i>
2005. március 17.	DEPRESSZIÓ <i>dr. Gallai Mária – SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika</i>
2005. április 14.	AUTIZMUS <i>dr. Simó Judit – Korai Fejlesztő Központ, Budapest</i>
2005. május 26.	PSZICHOTERÁPIÁS MÓDSZEREK <i>dr. Dombóvári Edit, Miklósi Mónika, dr. Makra Judit – Nevelési Tanácsadó, Gödöllő</i>

Az előadások mindig csütörtökön 19.30-kor kezdődnek az Egészségügyi Minisztérium melletti Aranytíz Központban – Budapest V., Arany János u. 10. – a 3-as metró Arany János utcai megállójától 3 percre. Kiváló parkolási lehetőség!

A tanfolyam akkreditált.

Részvételi díj: a HGYE tagjainak és védőnőknek ingyenes, nem egyesületi tagoknak alkalmanként 1500 Ft.

Ne feledje: csütörtök este az Aranytízben!

Fejlődési zavarok korai felismerése és ellátása

Az elmúlt évtizedet a tudomány az agy évtizedeként tartja számon. Az intenzív kutatások nyomán nagyon sokat megtudtunk az agy biokémiai működéséről, az egyes betegségek hátterében meghúzódó neurotranszmitter rendellenességekről. Jelenleg intenzív kutatások folynak az agy működésének pszichológiai, elektrofiziológiai és strukturális fejlődésével kapcsolatban. Új tudományágak alakultak ki, melyeket összefoglalóan kognitív idegtudományoknak nevezünk.

Ezek a kutatások rengeteg új információt összegyűjtöttek a kisgyermekkor gondolkodással és az agy működésével kapcsolatban. Ennek ellenére a gyermekorvosképzésből többnyire még az alapvető fejlődéstani ismeretek is kimaradtak. Gyakran a szülő veszi elsőnek észre, hogy gyermeke nem fejlődik megfelelően, és csak megkésve jut el a megfelelő szakemberhez, aki segíteni tud a gyermek ellátásában. Még mindig elterjedt a „majd kinövi” szemlélet, pedig a gyermek a fejlődési késés felismerésének pillanatától jogosult a megfelelő ellátásra.

A fejlődési késés megállapítása azokban az esetekben, amikor terhelő az új-

szülöttkori anamnézis, vagy a gyermek azonosított szindrómával él, nem okoz nehézséget. Ezek a gyermekek általában időben eljutnak a jól kiépítetten működő gyermekneurológiai szakrendelésre, ahol megfelelő ellátásban részesülnek. A problémásan fejlődő gyermekek többségének viszont nincs terhelő anamnézise, és csak a fejlődési késés hívja fel a figyelmet a problémára. A súlyos problémák általában korán, 1 éves kor alatt kiderülnek. De az enyhébb fejlődési késések, magatartási problémák – melyek a fejlődési zavarok 80%-át jelentik – gyakran elkerülnek az orvos figyelmét. Ezekre a problémákra csak a fejlődés rendszeres nyomon követése hívja fel a figyelmet. A módszertani levél mellékletében összeállítottunk egy fejlődési skálát, mely rendszeres használat mellett alkalmas eszköz a megkésett fejlődési zavar felismerésére. Természetesen a bevált korábbi fejlődési skálák, útmutatók is megfelelő támpontot adhatnak.

A fejlődési zavarok esetében is igaz az összefüggés, hogy minél korábbi a diagnózis, annál jobb a prognózis. Bizonyos esetekben a korai segítségnyújtással az állapot lényegesen javítható, más ese-

tekben az ellátás a gyermekben lévő potenciálok maximális kiaknázását teszik lehetővé. Minden esetben fontos a másodlagos problémák megelőzése, mely a gyermek és családja társadalmi beilleszkedését is nagyban segíti.

A fejlődési zavarral élő gyermeknek és családjának minden esetben szüksége van az őt ellátó házi orvos, védőnő fokozott támogatására. A gyermek gyakori társuló egészségügyi és magatartási problémáinak ellátásán kívül nagy kihívást és fontos feladatot jelent a kollégák számára a családok lelki támogatása. A mellékelt módszertani levélben rövid összefoglalót adunk a fejlődést befolyásoló tényezőkről, a fejlődési zavar gyanújeleiről, valamint a házi orvos, védőnő szerepéről a megkésett fejlődő gyermekek felismerésében és ellátásában.

Reméljük, hogy módszertani levelünkkel hozzájárulhatunk a fejlődési vagy magatartászavarral küszködő gyermekek jobb ellátásához, és egyben segítséget adunk a kollégáknak a családok gondozásához.

DR. GALLAI MÁRIA

GYERMEKPSZICHIÁTER, SE I.S.Z. GYERMEKKLINIKA

Praxisok

- **Budapest II. kerületében** házi gyermekorvosi praxis – területi ellátási kötelezettséggel és iskolaorvosi teendővel – eladó. Éjszakai ügyelet központilag megoldott. Érdeklődni az esti órákban a 06-30/638-0019-es telefonon lehet.
- **Budapesten, XIV. kerületben** 700 kártyás házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni a Mediconsult Kft.-nél a 06-1/339-3704-es telefonon lehet.
- Házi gyermekorvos helyettesítést vállal **Budapest** területén. Tel.: 06-30/300-5361.
- **Győr-Moson-Sopron megyében** 600 fős gyermekorvosi praxisjog átadó. Központi ügyelet működik. Érdeklődni lehet a 06-30/936-2977-es telefonszámon.



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.hgye.hu

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: Matusek Gergely Belső fotók: dr. Rotyis György

