



Gyermekorvosi Hírmondó

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 2021. évi Nagygyűlése

2021. június 24–26.

Köszöntő

A Magyar Gyermekorvosok Társasága évi Nagygyűlése a beteg gyermekek ellátásában részt vevő szakemberek hagyományosan élményekkel teli találkozása. Sok évtizeden keresztül magától értetődőnek tartottuk, hogy az év egy néhány napos ünnepi időszakában országunk valamelyik szép és barátságos pontján találkozhatunk egymással. A pandémia eseményei sajnos a tavalyi találkozást lehetetlenné tették, így még nagyobb várározással és lelkesedéssel készülhetünk az idén Pécsen megrendezésre kerülő nagygyűlésünkre.

Reményeink szerint Pécs városa ragyogó nyár eleji napsütéssel várja az alig egy évtizede, az Európa Fővárosa projekt keretében megépült, kiemelkedő szépségű helyszínein a nagygyűlés résztvevőit. A rendezvény csütörtöki programjának a Kodály

Központ európai szinten is kiemelkedő építészeti értékű nagyterme adott otthont. A pénteki és szombati programot pedig a Kodály Központ szomszédságában lévő, ugyancsak építőművészeti értékű Tudásközpont épületében tartjuk. A szemet gyönyörködtető helyszínek reményeink szerint hozzájárulnak majd ahhoz, hogy egy nehéz közel-múltbéli időszak után ismét egymásra találhassunk a szakmai és baráti beszélgetésekben. Tudjuk, hogy a még mindig rendkívüli helyzet sokaknak megnehezítheti a nagygyűlésen való személyes részvételt, különösen nehéz lehet a határon túl élő kollégáink személyes csatlakozása nagygyűlésünkhöz, ezért folyamatosan biztosítani fogjuk a programjainkhoz való lehető legjobb hozzáférést azok számára is, akik esetleg nem tudnak most városunkba utazni. Bizonyosak vagyunk abban, hogy akár az előadóteremben való jelenlét útján, akár az elektronikus kapcsolódás



lehetőségével, de mindenki számára hasznos és élvezetes programot tudunk biztosítani.

A nagygyűlés helyi szervezői nevében ezúton is köszönöm a Magyar Gyermekorvosok Társasága vezetőségének a rendezvény Pécsen történő megszervezéséhez nyújtott segítő támogatását.

Dr. Decsi Tamás

Megkezdődött a Magyar Gyermekorvosok Társasága 2021. évi Nagygyűlése

A megnyitó ünnepséget **Dr. Decsi Tamás**, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ – Gyermekgyógyászati Klinika igazgatója vezette, a szervezők nevében elsőként köszöntötte a résztvevőket.

Dr. Sebestyén Andor, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ elnöke örömet fejezte ki, hogy sok hónapos „távollét” után ismét lehetőség van a személyes találkozásokra, s első között Pécs városában kerülhet sor tudományos rendezvényre. A Gyermekgyógyászati Klinika az ágyszám és a betegforgalom szerint országos szinten is a legnagyobbak között van: 73 ezer járó- és 8 ezer fekvőbeteg mellett az intézmény forgalma megközelelti a 3 milliárd forintot. Több eljárásban és metodikában is élen jár, ennek köszönhető a régió túlmutató vezető szerepe, s ennek hátterét is biztosítani képesek.

Dr. Tényi Tamás, a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar tudományos dékánhelyettese a dékáni vezetés nevében köszöntötte a résztvevőket. Három gondolatot emelt ki a program ismeretében: bár a COVID-pandémia első hulláma idején úgy tűnt, hogy a járvány elkerüli a gyermekeket, később a gyermekgyógyászok részére is számos kihívást jelentett, ennek feldolgozása méltán hangsúlyos a rendezvényen; a tranzíció szerepe különböző szakterületeken is megjelenik, így kiemelt fontosságú kérdés; a gyermekgyógyászat a specializáció mellett is őrzi a tradícióban gyökerező,

átfogó szemléletet, ami szintén kiemelendő üzenete az összejövetelnek.

Dr. Gárdos László, a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke nyitotta meg hivatalos formában a nagygyűlést, köszönetet mondva a szervezőknek a bártorságért, hiszen 4–6 héttel ezelőtt még számos kockázata volt az élő, személyes részvételi esemény szervezésének – ennek momentumaként végül hibrid, online is követhető rendezvény lett. A COVID nem kihagyható a programból, mert – bár az első hullám idején a fiatalok rendelkeztek az idősebb kollégák helyett – a második hullámban már sok gyermek került a gyermekorvosok látókörébe, a járvány a kisebb kórházakban is megjelent, nem csak a nagyobb központokban, s jelenleg sem tudható a pontos körlefolrás, milyen következmények jelenhetnek meg akár

4-5 év múlva. Méltatta a gyermekgyógyászat összetartó erejét: az utolsó szakma, amiben egészen nézik a gyermeket, az embert, tetőtől talpig, testtel és lélekkel. A közösségi szálak a beszélgetéseken keresztül ismét szövődjenek a személyes részvétel által – kívánta a jelen lévőknek.

Dr. Erhardt Éva főszervezőként megköszönte a támogatók bizalmát a bizonytalan helyzet ellenére, a Gyermekgyógyászati Klinika minden munkatársának a szervezésben nyújtott segítségét. A három nap során 120 előadás és poszter, illetve 30 online előadás kerül bemutatásra, de a közösség és az ünneplés is fontos a tudomány mellett – hangsúlyozta.

A megnyitót követően a Gyermekgyógyászat akkor és most címmel kezdődő ülés előadói **Decsi Tamás**, **Kiss Csongor** és **Szabó András** professzorok voltak.



Van, ami nem várható!

Enzimptólás azonnal
Lactase rágótablettával

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Tudomány Kiadó kiadványa a Magyar Gyermekorvosok Társasága 2021. évi Nagygyűlésére

Főszerkesztők:

Prof. Dr. Decsi Tamás
Dr. Erhardt Éva

Kiadói szerkesztő:

Béki János

Tudomány Kiadó Kft.

e-mail:

hirm@tudomany-kiado.hu

A szerkesztőség címe:

Tudomány Kiadó Kft.

1023 Budapest, Ürömi u. 56.

Tel.: (1) 273-2840

Nyomtatás:

Pauker Nyomda

Felelős vezető:

Vértés Gábor ügyvezető igazgató

Tipográfia:

Engárd Viktor

viktor@engard.hu

Helyszíni fotó:

Baranyai Norbert

Kiadja:

Tudomány Kiadó Kft.

1023 Budapest,

Ürömi utca 56.

Tel.: (1) 273-2840

Felelős kiadó:

Guti Péter ügyvezető

Lapalapító:

Dr. Vándorfi Győző

e-mail:

gyozo.vandorfi@diabet.hu

HU ISSN 2630-9726

TUDOMÁNY
KIADÓ



Ünnepélyes emlékülés

Csütörtök délután került sor a Magyar Gyermekorvosok Társasága díjainak átadására, az emlékelőadások megtartására. Dr. Gárdos László, az MGYT elnöke kiemelte, hogy egy társaságot két fontos dolog határoz meg: a

tanítómestereket hogyan becsüli meg, a fiatalokat pedig hogyan segíti. Az utóbbi gondolat a szervezet rövidesen induló programjaiban teljesebben ki, az előbbieket munkásságáról pedig az ünnepélyes ülésen emlékeztek meg.

A Schöpf-Merei Emlékérmét 2021-ben *Tulassay Tivadar* professor kapta, a laudációt *dr. Mogyorósy Gábor* főtítkárt tartotta. A díj *Schöpf-Merei Ágost* emlékének

ápolásán túl a gyermekgyógyászat, a gyermekegészségügy és a társaság életében kiemelkedő tudományos, szakmai és szakpolitikai munkásságú kollégákat kívánja elismerni, akik a gyermekegészségügyért tartósan és kiemelkedően tevékenykedtek. A díjazott személyesen nem tudott jelen lenni, de a hibrid rendezésű kongresszust validálta bejelentkezésével, az emlékelőadással.

A Kerpel-Fronius Ödön-díj célja a magas szintű tudományos tevékenység elismerése. Az ez évi díjazott *Reusz György* professor nagy sikerű előadásában az elődök mellett az utódok bemutatását is fontosnak találta, a kutatási területeiről, az azokból készült publikációkból állt össze szakmai munkásságának képe.

A Bókay János Emlékérmét idén *dr. Szabó Éva* és *dr. Póta György* vehette át.

Idén először került átadásra az Oláh Éva „emléktoll”, aminek alapítását *Veres Gábor* professor, a Gyermekgyógyászat folyóirat korábbi főszerkesztője kezdeményezte, a lapban megjelent legjobb esetismertetés első szerzője részesülhet benne. Csecsemőkori epilepszia ritka genetikai okai című közleményéért 2021-ben *Elmont Beatrix* kapta.

A Flesch Ármin-díjat a háromtagú kuratórium vezetője, *dr. Harmat György* laudálta. Bevezetőjében ismertette, hogy *Flesch Ármin*hoz köthető a Madarász Utcai Gyermekkorház létrehozása, amelyet a múlt század 20-as éveiben építettek, ő volt a kórház első igazgatója. A díjat idén *Horváth Zsuzsanna* doktornőnek ítélték oda, de távolmaradása miatt később kerül átadásra.



Gárdos László, az MGYT elnöke és a díjazottak: *Elmont Beatrix*, *Póta György*, *Szabó Éva*, *Reusz György*

Alapellátási kihívások a COVID-19-járvány alatt

A pandémia számos kihívás elé állította a gyermekalpellátást, újfajta alkalmazkodásokat követelt, a telemedicina beépült az alapellátás alapvető módszerei közé, s nem lehetett kitérni az online világ gyermekekre való hatásai alól sem. Három előadó ezt a három területet járja körül.

Sándor György, házi gyermekorvos, Pécs: A koronavírus kihívásai a gyermekgyógyászati alapellátásban

A gyermekorvosi alapellátás működése eredményesen alkalmazkodott a koronavírus-járvány alatt a megváltozott feltételekhez. Sikeres volt a járványügyi tevékenység összehangolása a hagyományos alapellátási feladatokkal: a kötelező védőoltási rendszer fenntartása és a „megszokott” gyermekorvosi feladatok ellátása is megfelelően zajlott. Komoly nehézséget jelentett a gyermekközösségekben és az oktatási intézményekben alkalmazott járványügyi kritériumok követése és az ezek alapján kiszűrt gyermekek ellenőrzése. A telemedicina átmenet nélküli alkalmazása ilyen jelentős volumenben kihívást, de egyben megoldást is jelentett a helyzet kezelésében. A digitális oktatás hatására a gyermekek életmódja, terhelése kedvezőtlen irányba módosult, és az alapellátó orvos „rálátása” ezek alakulására csökkent a járványhelyzetben. A pszichoszomatikus betegségek, a szorongásos tünetek és a testsúlynövekedés, elhízás gyakoriságának a növekedése megfelel az európai adatoknak. A személyes orvos-páciens találkozások száma és a közösségben töltött idő is csökkent, ami a veszélyeztetett gyermekek kiszűrését, a veszélyeztetett helyzetek felismerését nagyban nehezítette és nehezíti jelenleg is. Az alapellátó

gyermekorvosok kapcsolati rendszerének (gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók) karbantartása nélkülözhetetlen eszköze a helyzet kezelésének. Mindemelllett a gyermekorvosi alapellátás szervezetei és munkatársai jelentős részt vállaltak a szülők, a családok járványügyi és alapvető egészségügyi információval történő ellátásából, a védőoltásokkal kapcsolatos felvilágosításból és a betegutak irányításából.

Tóth Dániel, pszichológus, Budapest: Gyermekek online a COVID alatt

Tóth Dániel a digitális világra, az internet, a videojátékok, a kutyák hatásaira és jelenségeire szakosodott pszichológusként kutat, oktat az óvodától egész az egyetemig. A szakember a Nagygyűlésre készített rövid előadásában a gyermekek online életéről beszél, különös tekintettel a pandémia elmúlt időszakára, amikor a bezártság és a fokozott stressz

miatt a fiatalabbak még inkább a digitális világba temetkeztek. Social media, videojátékok, sorozatok, függőség, trollkodás, sexting, szelfitisz, cyberbullying – mindezek ismerete gyermekgyógyászként és szülőként is egyaránt hasznos lehet.

Kántor Irén, házi gyermekorvos, Nyíregyháza: Mit adott nekünk a COVID? Tapasztalatok és útmutatás a telemedicina hasznáról és használatáról

A koronavírus extrém helyzetet teremtett szociális, gazdasági életünkben és az egészségügyben is. Új stratégiákat hívott életre a társadalomban. A többség alkalmazkodott ehhez az új normához, elfogadta, hogy a járvány veszélyes, és olyan tudásra tehet, tett szert, ami később még nagyon hasznos lehet.

Az egészségügyi ellátás során a korábban alkalmilag használt, távoli, személyes kontaktus nélküli kommunikációra alkalmas eszközök és módszerek alkalmazása előtérbe került. Az ilyen formában történő kommunikáció, betegellátás új feladat elé állította a betegeket, az egészségügyi ellátó személyzetet és az adatkezelő szolgáltatókat.

Az egyik kihívás volt a „digitálisan ellátandók” számának emelkedése. A másik az ilyen jellegű ellátásnak a munkaszervezési, technikai, technológiai, szervezési, egységes gyakorlati, kivitelezési módszertanának a megoldása, valamint a jogi szabályozási háttér tisztázása.

A betegek, vagy azok szülei, olyan életkorúak, akik információs technológiai tudással és gyakorlattal felszereltek, gyorsan átálltak a digitális kapcsolattartási technológiák alkalmazására.

A hatékony, biztonságos és szakmailag releváns telemedicinális ellátáshoz speciális tudással kell rendelkeznie az ellátó orvosnak és az ellátást igénylő betegnek is. Ezt a tanulási folyamatot nem lehet megspórolni egyik oldalról sem. Rendszerezett digitális információs oktatóanyaggal azonban még adós az ellátó és finanszírozó rendszer. Az MGYT telemedicinális munkacsoportja a Nestlé támogatásával felmérte a szülők és az ellátók elégedettségét a digitális ellátással kapcsolatban. A 18 év alatti gyermeket nevelők 56 százaléka vette igénybe a digitális ellátás valamilyen formáját, és közülük 85 százalék értékelte megfelelőnek és megnyugtatónak az ellátás ilyen formáját.

Az ellátás gyakorlása során észleltük, hogy megszerezni kell azokat a megoldandó feladatokat, amelyeket a telemedicinális ellátás állít elé.

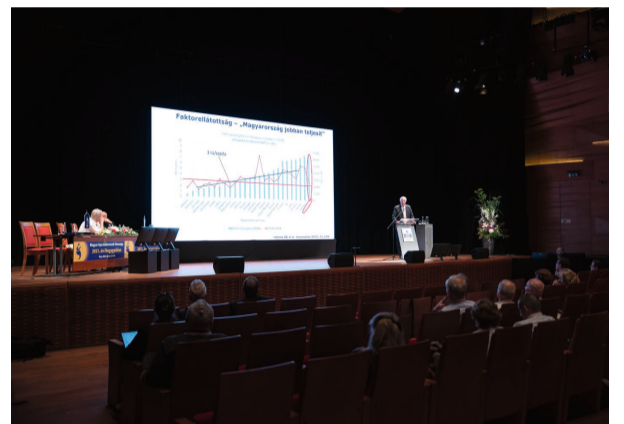
A hatékony telemedicinarendszer folyamatainak kidolgozása orvos-akut beteg között, alapellátás-szakellátás között, gondozott beteg-szakellátó hely között, orvos és társzaktárk között (pl. védőnők, iskolaorvosok).

Oktatási segédanyagok, beteginformációs anyagok elkészítése. Eszközök fejlesztése, jogi háttér pontosítása (adatvédelem), finanszírozás megállapítása.

Házi gyermekorvosok kihívásai a COVID-19-járvány idején

péntek, 17.00–18.00 – Tudásközpont, Szekcióterem 1.

AZ ELSŐ NAP KÉPEKBE



Van, ami nem várhat!
Enzimpótlás azonnal Lactase rágótablettával



Hatóanyag: 1 db rágótabletta 34,2 mg laktáz (2000 FCCU) tartalmaz. **Javallat:** laktóztolerancia. **Ellenjavallat:** az alkotórészekkel szembeni gyógyszerérzékenység. **Adagolás:** laktóz tartalmú étkezést megelőzően elrágni. Egy rágótabletta 2 dl teljes tejben lévő laktóz (10 g) feldolgozásához elegendő. **Mellékhatás:** obstipáció, túlérzékenységi reakció. **Gyógyszerköcsönhatás:** Na- és K-ionok jelenléte fokozhatja a laktáz enzim aktivitását, Ca-ionok és nehézfémek in vitro gátolják az enzim aktivitását. **Lactase rágótabletta 100x térítési díj 2183 Ft*** (fogy. ár: 4851 Ft, támogatás 55%: 2668 Ft). További szakmai információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot (OGYÉI/70373/2019), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselete
Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu • Az információ lezárásának időpontja: 2021. május 10.



STRATHMANN

Sokszínű gyermekendokrinológia az MGYT 2021-es Nagygyűlésén

Egy év kimaradás után nagy örömmel szerveztük meg az MGYT 2021-es évi Nagygyűlését, ahol a gyermekendokrinológia számos témája és ezzel együtt kérdései lesznek jelen. Lesz szó ritka, alacsony növéssel járó betegségekről, azaz Aarskog- és Noonan-szindrómáról, a mellékvesét érintő kórképekről, úgy mint Addison-kór és neonatalis Cushing-szindróma, de pajzsmirigyhormon-rezisztencia ritka esetéről és annak kezelési nehézségeiről is.

A Nagygyűlés egyik fő témája a tranzíció kérdése a gyermekellátásban. Külön szekcióban lesz szó a növekedési hormonnal (GH) kezelt betegek gyermekellátásból felnőttgondozásba kerüléséről mind a gyermekgyógyász, mind a felnőtt, belgyógyász-endokrinológus szemszögéből, különös tekintettel e folyamatban a kommunikáció szerepéről, amiben tapasztalt pszichiáter mondja el gondolatait, javaslatát.

Számos olyan krónikus betegség ismert, mely során szükséges a beteg tervezett és célzott átadása gyermekkorból felnőttellátásba. A transzfer egy egyszeri esemény, amikor a beteg a felnőttgondozásba átkerül, míg tranzíció esetén egy előre megtervezett, koordinált folyamatról beszélünk.

A GH-terápiában részesült fiataloknál definíció szerint a tranzíció időszaka a felnőttkori végmagasság elérését követő 6-7 év, ami során a szomatikus fejlődés befejeződik. Auxiológiai paraméterek szempontjából a növekedési hormon-kezelés befejezését indikálja a 2 cm/év alatti növekedési ütem, ha az epifizis-fügák záródtak és/vagy a beteg aktuális testmagassága „kellő” szintű, azaz ha elérte a 10 percentilis értéket vagy a várható szülői középmagasságot. Ismert tény, hogy a GH-terápiában részesülő

betegek gyermekkori indikációval történt kezelésének befejezésekor retesztelés szükséges, azaz e feladat a tranzíció időszakára esik. Kérdés, hogy mikor történjen a tesztelés. Erre a válasz, hogy legalább a gyermekkori indikációval történt kezelés befejezését követően 2-3 hónappal. Nincs evidencia arra sem, hogy milyen tesztet végezzünk, de leginkább a inzulintolerancia-teszt (ITT) ajánlott. Kérdés az is, hogy milyen határértéket („cut off”) lehet használni a stimulációs tesztekben. Az agyalapi mirigy működészavarában szenvedő pácienseknél a GH-hiány lehet izolált, részleges vagy multiplex, azaz több hormonhiány együttes előfordulása, az etiológiai tényezőktől függően. Retesztelés esetén az izolált növekedési hormon-hiány miatt gyermekkorban kezelt betegek kb. egyharmadában lehet a GH-hiányt bizonyítani, míg multiplex hormonhiány esetén csaknem 100%-ban szükséges a felnőttkori GH-terápia. A tranzíciós időszakban fontos kérdés a GH-kezelés dózisa. Monitorozni – a klinikai válaszon kívül – az IGF-1 (inzulinszerű növekedési faktor – insulin like growth factor 1) szintet lehet, aminek 0+2SD közötti érték a megfelelő kezelés esetén. A tranzíciós időszakban, kimutatott növekedési hormon-hiány esetén javasolt a terápia a csúcs-csonttömeg

eléréseig, valamint a folyamatos kezelés javítja a metabolikus paramétereket (pl. szérumkoleszterin-szint) is.

Növekedési zavarral társuló veleszületett rendellenesség a Turner-szindróma, ami a nők leggyakrabban előforduló nemi kromoszóma eltérése, gyakorisága 1-5 eset/10 000 újszülött, de az érintett magzatok 98%-a méhen belül elhal. A klasszikus genotípus a 45,X (közel 50%), lehet mozaik Turner-szindróma, illetve a normális X-kromoszóma mellett izokromoszóma, gyűrűkromoszóma vagy az Y-fragmentum jelenléte. Turner-szindrómában számos társuló betegség lehetséges, a bőr- és vázrendszer rendellenességein kívül, vese- és fülészeti eltérések, valamint kiemelt jelentőségűek a kardiovaszkuláris kórképek, melyből kb. 50% congenitalis szívbetegség, de fontosak az endokrinológiai eltérések (autoimmun thyreoiditis, diabetes mellitus), az emésztőrendszert érintő megbetegedések, valamint a neurokognitív és pszichoszociális zavarok. A számos, időnként súlyos kísérőbetegség miatt e betegek mortalitása és morbiditása meghaladja a populációs átlagot, ezért kiemelten fontos a betegek időben történő felismerése, optimális kezelése és élethosszig tartó nyomon követése. Növekedési hormon- és az időben megkezdett – petefészek-elégtelenség miatt szükséges – nemihormon-pótló kezeléssel, a GH-terápia kezdetének idejétől függően, 7-15 cm-rel is növelhető a várható felnőttkori végmagasság. A növekedési hormon-kezelés befejezését követően, a tranzíciós időszakban kérdés, hogy a beteg gondozását ki vegye át: endokrinológus, kardiológus, szülész-nőgyógyász vagy egyéb szubspecialista.

A részletezett két betegcsoporton kívül sorolhatnánk tovább azon



endokrinológiai betegségeket (pl. congenitalis adrenalis hiperplázia), ahol szükséges a beteg tervezett átadása felnőttellátásba. A sikeres tranzíció feltételei, hogy a gyermekgyógyász időben, azaz már korán tájékoztassa a beteget a potenciálisan élethosszig tartó terápia szükségességéről, előnyeiről. Fontos, hogy a gyermekgyógyász és a belgyógyász között jó kapcsolat, összhang legyen, s fontos a rugalmasság az átadás időpontjával kapcsolatban, azaz a 18 éves kort követően.

Ideális a tranzíció, amikor a jól edukált beteg, aki önállóan képes ellátni betegségét, saját maga igényli a terápia folytatását és a rendszeres gondozást. Ismeri a gyermek- és felnőttrendelés/nyomonkövetés különbözőségeit, s ideális esetben a belgyógyász részt vesz – közösen a beteggel és szüleiével – a gyermekgyógyászati viziten, és/vagy az utolsó gyermekgyógyászati kontroll előtt 6 hónappal megjelenik a beteg a felnőttrendelésen. A tranzíció – irodalmi adatok alapján is – javítja az adherenciát, növeli a gyermekek önállóságát és a betegségről alkotott ismereteit.

Dr. Erhardt Éva

Együttműködés a határon túli magyar gyermekegészségügyi szakemberekkel

Csaknem 10 éve indult a Miniszterelnökség Nemzetpolitikai Államtitkárságának támogatásával az a folyamat, melynek eredményeként immár elmondhatjuk, hogy a határon túl és a Magyarországon élő gyermekegészségügyi szakemberek között mindennapos, természetessé váltak a szakmai és baráti kapcsolatok, együttműködések.

Úgy kezdődött ez a program, hogy 8 évvel ezelőtt szakmai továbbképzést hirdettünk Budapesten gyermekorvosoknak, melyre sokan érkeztek Erdélyből, Partiumból, Kárpátaljáról, Felvidékről és Vajdaságból is. Elméleti és gyakorlati oktatást tartottunk három napon át, és egyúttal – sokat beszélgetve egymással – körvonalaztuk a később megvalósított programjainkat.

2016-tól a Magyar Gyermekorvosok Társaságának Nagygyűlései, 2017-től a fiatal gyermekorvosok kongresszusai (FIGYEK) és 2018-tól a fiatal neonatológusok találkozója (FINETA) is határon túli magyar résztvevőkkel zajlottak. 2017-től évente nagyon népszerű tematikus konferenciákat rendeztünk a Magyar Védőnők Egyesületével közösen a határon

túli gyermekegészségügyi prevenciók munkatársaknak, valamint a Bethesda Gyermekkorház gyermekpszichiátriai munkacsoportja szervezésében a külföldi magyar gyermekpszichológusoknak és pszichiátereknek Budapesten.

Egy-egy gyermekkardiológiai, vakcinológiai, onkológiai és bizonyítékokon alapuló gyermekgyógyászati konferenciára, valamint az egyetemeken gyermekklinikái által szervezett gyermekgyógyászati kötelező tanfolyamokra is meg tudtuk hívni határon túli kollégáinkat. Székelyudvarhelyen és Beregszászon hazai vezető szakemberek tartottak teltházasan továbbképző előadásokat.

Egyéni tapasztalatszerzésre is volt lehetőség, Erdélyből és Kárpátaljáról

érkező szakembereknek gyermekdiabetológiai, intenzív terápiás, gyermekpszichiátriai és égésplasztikai tapasztalatainkat tudtuk kórházainkban átadni. Összesen 2800 gyermekegészségügyben dolgozó munkatárs képzését tudtuk közvetlenül támogatni.

A Gyermekgyógyászat folyóirattal, a határon túli kollégáknak szerkesztett Gyógyító című kiadvánnyal és a gyermekek mozgásterápiáját és pszichológiai fejlődését segítő „Mocorgó” könyvvel látunk el több ezer szakembert és családot a Kárpát-medence magyar lakta vidékein. 1352 gyermeknél szemészeti szűrővizsgálatokat szerveztünk 9 erdélyi faluban.

A konkrét számokon is túlmutat az a sok-sok személyes kapcsolat és telefon, ami baráti beszélgetések és szakmai konzultációk útján sok száz határon túli magyar gyermek gyógyításához nyújtott segítséget.

Köszönjük mindenkinek, aki ebben a programsorozatban aktívan részt vett!



Mindenki más előtt személyesen is hálával tartozunk Hajnal Virágnak, a Miniszterelnökség Nemzetpolitikai Államtitkársága főosztályvezetőjének, aki a gyermekegészségügy nemzeti egységét szívügyének tekintve mindig gyorsan és hatékonyan segített. Szabó Hajnalka főorvosnő szervezési segítségével és Horváthné Kertész Ildikó precíz adminisztratív munkája nélkül sem tudtak volna ezek a programok megvalósulni. Így nekik is hálás köszönettel tartozunk.

Dr. Velkey György János

Haemophiliakezelés – a biológiai terápia több mint 50 éve

Majdcsak 60 év telt el a haemophiliellátás „pszichoterápiájától”, amelyet Raszputyin „művelt” a kor legismertebb haemophiliás betegével, Alekszej cárevicssel, az első hatékony antihemophiliás készítmény, a krioprecipitátum 1965-ben történő megszületéséig. Innen már csak néhány év kellett az első generációs, donor plazmából preparált, magas hatóanyagtartalmú FVIII- és FIX-koncentrátumok megjelenéséig, amelyek – a nyugati világban – meghozták a haemophiliagondozás első „aranykorát”. Ezek a készítmények az akkor még ismeretlen HIV és HCV kórokozókval voltak kontaminálva, így a haemophiliás közösség borzalmas árat kényszerült fizetni a hatékony kezelésért. További egy évtized telt el az első vírusinaktivált, plazmaeredetű (pd) koncentrátum megjelenéséig. A véráramfertőzések megakadályozásának másik lehetséges módja, a biotechnológiai úton előállított rekombináns (r) koncentrátumok első reprezentánsai 1991-ben kerültek törzskönyvezésre. Ettől az évtizedtől számíthatjuk a haemophiliakezelés robbanásszerű fejlődésének kezdetét. Egymás után jelentek meg és váltak elérhetővé az újabbnál újabb generációs, egyre hatékonyabb és biztonságosabb faktorkoncentrátumok. A kezelés

intenzitásának fokozása, az elektív sebészeti beavatkozások egyre gyakoribbá válása, és talán maguknak az elsőként megjelent rFVIII-koncentrátumoknak a térnyerése az inhibitoros haemophilia incidenciájának növekedéséhez vezetett. A fokozódó inhibitorincidencia alapozta meg az igényt az úgynevezett „intelligens” faktorkoncentrátumok kifejlesztésére. Az intelligens FVIII-készítmények posztranszlációs szerkezete megegyezik a természetes, humán FVIII-molekuláéval. Ezáltal immunogenitásuk kevésbé kifejezett, és hatékonyságuk is kedvezőbb, mint a korai rFVIII-készítményeké. A haemophiliakezelés hatékonyságának egyik fontos mérőmódszere a farmakokinetikai (PK) vizsgálat. A faktorkoncentrátum beadását követően több ponton meghatározott FVIII/FIX aktivitásméréssel felvehetjük a PK görbét, amelynek csúcspontja a traumás vérzések szempontjából, a völgérték szintje a spontán vérzések megelőzése szempontjából fontos. Egy bizonyos (12–15 százalékos) faktorszint fölött eltöltött idő határozza meg azt a periódust, amikor a súlyos haemophiliás aktív életmódot folytathat. A teljes görbe alatti terület (AUC) a szubklinikai izületi vérzések megelőzésének mutatója. A spontán

vérzések megelőzése szempontjából kritikusnak tartott 1 százalékos fölötti völgyszint az előbbiekben bemutatott, ún. standard féléletidejű (SHL) koncentrátumokkal gyakran 48 órán át sem tartható. Megjelent az igény az elnyújtott féléletidejű (EHL) koncentrátumok fejlesztése és bevezetése iránt. A kémiaiailag módosított EHL-FVIII koncentrátumok féléletideje jellemzően mintegy másfélszerese az SHL készítményekének. Alkalmazásukkal akár 3–5 százalékos völgyszint is tartható úgy, hogy csupán heti 2 alkalommal, vagy ennél is ritkábban kell alkalmazni. Félélettartamuk korlátját a von-Willebrand-faktor (vWF) clearance-e jelenti. A szervezetbe juttatott FVIII-molekulák ugyanis azonnal hozzákapszolódnak a vWF-hoz, és mintegy 16–19 óra után kiürülnek a keringésből. A legújabb molekulafejlesztés a vWF clearance megkerülésének lehetőségére irányul. Mivel az FIX nem kapcsolódik a vWF-hez, ezért az EHL-FIX molekulák esetében a félélettartam-növekedés még jelentősebb: 3–5-szörös. Alkalmazásukkal akár heti egyszeri bejuttatás esetén is 5–30 százalékos völgérték érhető el. Az utóbbi években paradigmaváltás következett be a haemophilia kezelésében: a faktorpótló készítmények mellett megjelentek az úgynevezett nem faktor vér-alvadást gátló gyógyszerek. Ezek közül a bispecifikus monoklonális antitest FVIII-mimetikum emicizumab már kereskedelmi forgalomba került. Inhibitoros



és nem inhibitoros HA személyek számára egyaránt alkalmazható. A kezelés 1–4 hetenként egy alkalommal adott sc. injekcióval valósítható meg. A nem faktorkészítmények másik csoportját a még klinikai vizsgálatok alatt álló vér-alvadás-újraegyensúlyozó készítmények („rebalancing” gyógyszerek), antitrombin-antagonisták és a TFPI útvonalat gátló monoklonális antitestek képviselik. Törzskönyvezés-közeli állapotba jutott az A és a B haemophilia génterápiája is. Vírusvektorok segítségével juttatható be az ép F8 és F9 gén a szervezetbe, ami hosszú éveken át – remélhetőleg a haemophiliás személy teljes élettartamán keresztül – biztosítja az élettani vagy közel élettani FVIII- és FIX-szintet, meghozva a gyógyulás lehetőségét a haemophiliások számára.

Dr. Kiss Csongor

AllistilEP dimetindén 1 mg/g gél

Az AllistilEP gél gyorsan enyhíti a viszketést és az irritációt.



- Bőrelváltozások
- napégés
- rovarcsípés
- felületes égési sérülés
- kiütések okozta viszketés kezelésére.

A dimetindén antihisztamin, helyi alkalmazás esetén lokális fájdalomcsillapító hatása is van. A gél alapanyag megkönnyíti az aktív hatóanyag bőrbe való bejutását. Az AllistilEP gél gyorsan behatol a bőrbe és néhány perc alatt kifejti hatását.

Vény nélkül kapható gyógyszer.



1044 Budapest, Megyeri út 64. • 06 1 233 0083
budapest@expharma.hu • www.expharma.hu

több mint **25** éve
a magyar betegekért

A kockázatokról és a mellékhatásokról olvassa el a betegtájékoztatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát, gyógyszerészét!

SARS-CoV-2-járvány a gyermekeknél

A SARS-CoV-2 járvány a gyermekeket sem kerülte el, de a fertőzés a gyermekek esetében a felnőttek tüneteitől eltérően zajlott le. A gyermekek több, mint fele enyhe tüneteket mutatott vagy tünetmentes volt, közel 40%-uk pedig mérsékelt tünetekkel bírt, melyek elsősorban láz, orrfolyás, köhögés, fejfájás, izomfájdalmak, rossz étvágy, hányinger, hányás vagy hasmenés voltak.

Csak néhány esetben volt szükség intenzív osztályos kezelésre dyspnoe, cianózis, hypoxaemia miatt, és kevés gyermek volt kritikus állapotban ARDS, légzési elégtelenség, shock miatt. Ezeknek a gyermekeknek a nagy többségéért is sikerrel harcoltunk, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben nem veszítettünk el egyetlen egy kritikus állapotban lévő gyermeket vagy fiatal felnőttet sem.

Mivel az általános tünetek nagyon hasonlítanak a szezonális vírusfertőzésekhez gyermekkorban, különösen a járvány elején nagyon nehéz volt elkülöníteni a COVID-19-fertőzött gyermekeket az egyéb vírusfertőzöttöktől. A gyermekgyógyászoknak nehézséget jelentett az is, hogy számos gyermeket egyéb gyermekgyógyászati okból is el kellett látni és e mellett kellett megítélni a COVID-19-fertőzöttség jelenlétét a kezelendő gyermekeken.

A gyermek korosztályt, különösen az alacsonyabb életkorúakat nem vagy csak korlátozottan lehet a hagyományos járványügyi védekezésre és higiénés eljárásokra rábírní (pl. maszkhasználat, kézmosás, fertőtlenítés) hiszen életkorukból adódóan folyamatos mozgásban vannak, mindennel játszanak, mindent megfognak és sok mindent a szájukba

vesznek, ezért a gyermekgyógyászok, a csecsemő- és gyermekápolók, valamint a védőnők a járvány eddigi ideje alatt különösen veszélyeztetett körülmények között dolgoztak és nekik kellett fokozottan ügyelniük a higiénés szabályokra és saját biztonságukra.

A járvány elején az elkészült protokolloknak is tartalmaznia kellett ezt a fokozott odafigyelést, pl. a kórházi felvételeknél valamennyi lázas gyermeket azonnal elkülönítettek és megfigyelés alá helyeztek. Nagy tömegben kellett a gyermekeket és a velük lévő szülőt izolálni, majd egyénileg szervezett program szerint elhelyezni, ami tovább nehezítette a gyermekgyógyászati ellátást, sokkal több kolléga igénybevételét jelentette.

Nagyon gyorsan kellett létrehozni a fertőző betegek izolálására alkalmas osztályokat, a megfigyelőket, és párhuzamosan ki kellett építeni minden ellátás és beavatkozás számára a COVID-19-fertőzött és nem COVID-19-fertőzött gyermekek elkülönített ellátására alkalmas területeket és teameket. A vírus jobb megismerését követően a vírusizolálás és a PCR-vizsgálatok megszervezése és nagy tömegű elvégzése jelentett többlet feladatot.

A járvány második hullámában megjelent egy új post-COVID-19-betegség, a MISC (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children), melynek jellemzői: a lezajlott SARS-CoV-2-fertőzést követően 2–4 héttel jelentkező 3 vagy több napos láz, emelkedett gyulladási (troponin és Pro-BNP) értékek és több szervrendszer érintettsége; hypotenzió vagy shock, szívér érintettség (myocarditis, coronaria aneurizma), coagulopathia, akut gasztrointesztinális panaszok (pl. hányás,

hasi fájdalmak, appendicitis acutára jellemző tünetegyüttes, hasmenés), légzési elégtelenség (ARDS), neurológiai tünetek (pl. fejfájás, letargizmus, tarkókörtöttesség, steril meningitis, görcs, ischaemiás stroke), veseérintettség (hyponatraemia).

A MISC-asszociált bőrtünetei a törzsön/végtagokon: erythemas maculopapulosus/morbilliform/urticiform bőrtünetek, kéz-lábfej oedema, kétoldali nonpulpurens conjunctivitis és élénk vörös ajkak, illetve epernyelv.

A több szervrendszeri tünetegyüttesből legalább kettő jelenléte volt meghatározó a diagnózis felállításakor.

A MISC megjelenése, hirtelen kialakuló és súlyos általános állapottal járó tünetegyüttese gyors cselekvésre készítette a magyarországi gyermekgyógyászokat és a fenntartót is. Széles körű szakmai összefogással, a diagnosztikus és terápiás eljárásrendek gyors kidolgozásával és megismertetésével sikerült elérni, hogy valamennyi MISC-gyermek időben került a kezelőközpontokba, és egységes protokollok alapján kapta meg a megfelelő kezeléseket. Ennek a szakmai összefogásnak és az intenzív terápiás kezeléseknél köszönhetően egyetlen egy MISC-ben szenvedő gyermeket sem veszítettünk el Magyarországon. A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben több mint 60 MISC-es gyermeket gyógyítottunk meg, de több gyermeket meggyógyítottak az egyetemeken gyermekgyógyászati klinikáin is.

A járvány harmadik hulláma a gyermekeket is jobban érintette, több és komolyabb, elsősorban légúti tünetekkel bíró fertőzött gyermeket gyógyítottunk meg sikeresen.



Nagy erővel vettünk részt a lakosság oltásában is, ezt a feladatot valamennyi kollégánk külön prioritásként kezelte.

A járvány ideje alatt nagyon sok segítséget kaptunk nemcsak az orvosi műszerek, eszközök, az izolációs és higiénés anyagok ellátása terén, hanem fizikailag is, mind a katonák, mind a rendőrség és az Operatív Törzs részéről, szakmai szervezési és irányítási segítséget pedig az EMMI és az NKK részéről, köszönet érte!

A járvány alatt a gyermekgyógyászok közössége önfeláldozásból, bátorságból és fizikai terhelhetőségből is jelesre vizsgázott, e mellett sokat tanult, nemcsak szakmailag, a vírussal kapcsolatos ismereteket, a higiénés szabályokat, de megtanultunk jobban támaszkodni egymásra, gyorsan és szervezeten reagáltunk a naponta változó kihívásokra, folyamatosan segítettük és vigyáztuk egymást. Talán ennek köszönhetőek a nemzetközileg is kiemelkedő gyógyítási eredmények és az, hogy a SARS-CoV-2 járvány elleni védekezés sikeresnek mondható hazánkban a gyermekpopulációban.

Köszönet minden kollégának ezért az összefogásért, emberi és szakmai teljesítményért!

Dr. Nagy Anikó

A pszichózisspektrum gyermek- és serdülőkorban

A pszichopatológia vonatkozásában az egyik talán legjelentősebb fejlemény, hogy a pszichiátriai klasszifikáció rendszereit – amelyek gyökerei *Kraepelin* és *Bleuler* munkásságáig nyúlnak vissza, s amely lényege, hogy a szkizofrén pszichózist és a hangulatzavarokat egymástól élesen elkülönülő entitásokként tekintettük – az elmúlt évtizedekben jelentős kritika érte. Egyre több adat támogatja az ún. kontinuum-hipotézist és a transzdiagnosztikus megközelítést, amely szerint a szkizofrén és affektív formák kórképei mind a klinikum, mind az etiológia vonatkozásában is jelentős átfedéseket mutatnak. A betegség egy korábbi időszakában szkizofrén fenomenológiát mutató páciens néhány évvel, évtizeddel később egyre inkább a bipoláris zavar tüneti képét mutathatja, másrészt a szkizofrén betegek esetében észlelhető különböző biológiai, neurológiai, neuropszichológiai markerek sok esetben nagyon hasonló jellegzetességeket mutatva megtalálhatók affektív zavarban szenvedő

betegek esetében is. A klasszikus diagnosztikus rendszerek kritikai megközelítése jelenik meg az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott diagnosztikus útmutató legújabb kiadásában, a DSM-5-ben is akkor, amikor ez a kézikönyv eltörli a mindenki által tanult és jól ismert szkizofrénia-altípusokat (paranoid, katóton, hebefrén), rámutatva arra, hogy azok nem mutatnak megfelelő validitást, mivel egy-egy beteg a betegség különböző szakaszaiban kimerítheti több altípus diagnosztikus kritériumait is. Hasonló jelentős pszichopatológiai fejlemény, hogy a kórképek kategorikus megközelítését egyre inkább felváltani igyekeznek a dimenzionális leírás szempontjai, miszerint a pszichiátriai jelenségek nem igen-nem jellegűek, hanem egy-egy jellegzetesség kisebb vagy nagyobb mértékben jellemez egy-egy személyt, beteget, ami alapján a személyre szabott diagnózis felállításának igénye kerül előtérbe. Törekvés látszik abban az irányban is, hogy ne csupán pszichopatológiai tünetek alapján

történjen a diagnózis megalkotása, hanem a betegségek etiopatogenezisét is igyekezzünk integrálni egy-egy személy patológiájának a megközelítése során. Így a genetikai, neurológiai, képalkotó eljárásokkal és egyéb módszerekkel elérhető adatok is integrálásra kerülhetnek a betegek diagnosztikus leírása során. Ez a megközelítés azonban még jócskán keresési fázisban van, vannak azonban olyan törekvések, ilyen például a National Institute of Mental Health ún. RDoC rendszere és az azzal kapcsolatos újabb kutatások, amelyek már ebbe az irányba mutatnak.

Megkockáztatható, hogy az elmúlt 20–30 év pszichiátriai kutatásainak fényében a tradicionális endogenitás koncepciója, amely a szkizofrén és affektív pszichózisokban meghatározó nézetként szerepelt a XX. században, egyfajta dekonstrukció áldozata lett, a halmozódó molekuláris genetikai, képalakító eljárásokkal és neurológiai tesztekkel elérhető eredmények hatalmas halmaza annyi ismeretet szolgáltat, hogy

az exogén-endogén dicitomia többé már nem tartható relevánsnak. A genetika területén az utóbbi években jelentős eredmények származtak a teljes genom-asszociációs vizsgálatok eredményeiből, azzal az ismét említendő érdekes adattal, hogy számos – egy-egy kórképben azonosított – gén más pszichiátriai betegségek esetében is kórnemzőnek tűnik, ami a már említett transzdiagnosztikus megközelítés relevanciáját húzza alá. Jelentős hangsúlyt kap, főleg a szkizofrén formák esetében, de legújabban a hangulatzavarok esetében is, a kórképek jelentős heterogenitása, egy betegségkategóriába sorolható különböző páciensek mutathatnak igen markáns klinikai és etiológiai különbségeket. Egy gén kópiaszám-variációja kapcsán kialakult szkizofrén pszichózis, amelyre példaként a Di George-szindrómában megjelenő, mentális retardációval is szövődő szkizofrénia említhető, lényegesen más tünettani és etiológiai aspektusokból is, mint egy kannabiszhasználattal és psychotraumákkal összefüggésbe hozható

Folytatás a 7. oldalon

A D-vitamin szerepe a COVID megelőzésében

A D-vitamin-hiány miatt kialakuló komplex betegségről először 1645-ben jelent meg egy könyv Hollandiában, melyben a betegséget az akkor velük hadban álló angolokról „angolkórnak” (Morbo puerili Anglorum) nevezte el a szerző. Öt évvel később az angolok is leírták a betegséget rachitis néven. Mindkét könyv több mint 100 oldalas, ami jelzi, hogy az akkoriban népbetegségnek számító kór klinikai megjelenéséről már akkor is sokat tudtak. Nemcsak a csontdeformitásokról, hanem az általános tünetekről is találunk hosszú feljegyzést. Egyebek mellett a lázzal járó infekciókat is a betegség részének tekintették.

A XIX. század második felében ismerték fel a napsütés gyógyító hatását a rachitisben, sőt 1905-ben Nobel-díjjal honorálták Finsen dán orvos felismerését arról, hogy a TBC gyógyításában a napsütésnek hatékony szerepe van. Ekkor azt még nem tudhatták, hogy a napsütés milyen mechanizmussal fejt ki jótékony hatását, hiszen az 1920-as évek végén fedezték csak fel a D-vitamint. Újszülöttkortól 1930-tól kezdték alkalmazni a D-vitamint gyermekeknél a rachitis megelőzése céljából, majd a II. világháborút követően észlelték, hogy az akkor már 14–15 éves fiúk egy fejjel nagyobbak voltak, mint a háborúból akkoriban hazaérkezett apukájuk. A gyermekek növekedésének akcelerációját akkor a D-vitamin adásának tulajdonították, és „csodavitaminként” kezdték alkalmazni gyermekeknél és felnőtteknél egyaránt. Nem csak gyógyszerként, hanem az élelmiszerekhez adva is megpróbálták biztosítani, hogy minél szélesebb körben jusson hozzá a lakosság. Tejtermékek mellett konzervekbe, sőt még a sörbe is belerakták. A nyolcvanas évekig a néhány hónapos csecsemők számára egy 200 000 NE-t tartalmazó injekciót adtak be havonta, ami egy 4–5 kg-os csecsemő számára több mint napi 6000 NE D-vitamin-bevitelt jelentett. Bár a 60-as évek elejétől számos ipari bal eset következtében felismerésre került a D-vitamin-túladagolás okozta intoxikáció, a csecsemők számára adott napi 6000 NE D-vitamin mellett nem láttak

túladagolásra utaló tünetet. A kalcium-ürítés normálértékeit tartalmazó közlelményből azonban kiderült, hogy az első két életévben a vizelettel ürített kalcium a duplája volt az idősebb csecsemőkben mért értékhez képest, ami arra vezethető vissza, hogy a 10 kg alatti csecsemőknél alkalmazott D-vitamin-adag nagyobb volt a szükségesnél. A nyolcvanas évek elejére ismételt fordult elő, hogy súlyos nephrocalcinosisal kerültek felvételre olyan csecsemők, akiknek D-vitamin-túladagolás okozta a vesekárosodását. Valamennyi esetben arra derült fény, hogy egy hónapon belül többször is kaptak 200 000 NE D-vitamin-injekciót. Ennek hátterében az állt, hogy a D-vitaminről azt tartották, hogy fokozza a növekedést, ezért a gyermekgyógyászati praxisokban sokan adtak D-vitamin-injekciót az étvágytalannak tartott, növekedésben elmaradt csecsemőknek, ráadásul kombinálva adták szteroiddal, amit „étvágygerjesztőnek” tartottak. A szteroid a csontátépülés átmeneti leállításával megakadályozta, hogy a D-vitamin hatására felszívódó nagyobb mennyiségű kalcium beépülhessen a csontba, és ezáltal extrém mértékben fokozódott a kalcium kiürítése a szervezetből következményes nephrocalcinosisal. Ezek a fatális esetek vezettek ahhoz, hogy a nagy dózisú D-vitamin-injekciót kivonták a forgalomból, és a napi D-vitamin-adagot 400 NE-re csökkentették. Hozzájárult ehhez a döntéshez az is, hogy ekkorra már ismert

volt, hogy a D-vitamin a májban aktiválódik 25OHD3-má, majd a vesében történő újabb hidroxilációval ezerszer hatékonyabb aktív D-vitamin – 1,25(OH)2D3 – keletkezik. Ebből arra a következtetésre jutott az akkori tudomány, hogy nincs is szükség olyan sok D-vitamin adására, mint ami a korábbi gyakorlat volt. A halálos D-vitamin-intoxikációtól való félelem miatt egyéves kor felett nem is kaptak D-vitamint a gyermekek, és az élelmiszerek D-vitaminnal történő dúsítását is megszüntették.

A 90-es évektől kezdtek felfigyelni azonban arra, hogy a lakosság D-vitamin-ellátottsága folyamatosan csökken. Kezdetben még csak az északi országokban élő, fokozottan pigmentált bőrű és az idősebb korú lakosság körében nőtt a D-vitamin-hiányosok száma, mára azonban a fiatal fehér bőrű lakosság 90 százaléka is D-vitamin-hiányos. A folyamatosan növekvő mértékű és gyakoriságú D-vitamin-hiány összefügg azzal, hogy az iparilag előállított élelmiszerekben magas a foszfátartalmú adalékanyagok mennyisége, ami a foszfátürítő hormon (FGF-23) szintjének emelkedéséhez vezet, ami pedig fokozza a D-vitamin lebontását. Így optimális D-vitamin-ellátottság mellett is alacsony D-vitamin-szint alakulhat ki az étkezési szokásoktól függően. Számos krónikus betegség előfordulásának gyakorisága is jelentős növekedést mutat az elmúlt évtizedekben. Ezek közé tartozik többek között a diabétesz, az onkológiai betegségek, a kardiovaszkuláris betegségek, a magas vérnyomás, az infertilitás, a gyulladással járó betegségek és az autoimmun betegségek is.

A 90-es évek eleje óta ismert, hogy az aktív D-vitamin a kalcium-anyagcserét szabályozó endokrin funkciója mellett egy autokrin funkció révén a génregulációban is szerepet játszik. Mintegy 3000



génről ismert ma már az, hogy van egy D-vitamin-receptorral reagálni képes része, melyen keresztül képes az aktív D-vitamin a gén működését szabályozni.

Az immunrendszerünk valamilyen sejtje az aktív D-vitamin szabályozása alatt áll, és D-vitamin-hiányban az immunsejtek génregulációja zavart szenved, ami csökkent immunválasszal éppúgy járhat, mint az autoimmun folyamatok beindulásával.

A jelenleg zajló COVID-járvány is rávilágított arra, hogy a D-vitamin-ellátottság összefüggést mutatott a betegség súlyosságával. Míg optimális ellátottság mellett a betegek 95 százalékában csak enyhe klinikai tünetek alakultak ki, addig a súlyos klinikai képpel zajló betegek 95 százaléka D-vitamin-hiányos volt. Ezek az adatok alátámasztják azt, hogy a hatékonyan és kiegyensúlyozottan működő immunrendszer számára alapvető az optimális D-vitamin-ellátottság. Ezzel magyarázható az is, hogy a középkorban a súlyosan D-vitamin-hiányos lakosság körében miért alakultak ki olyan gyakran súlyos, nagy halálozással járó járványok. A rachitis és a járványos betegségek kialakulása közötti kapcsolatról már a XVII. század közepén könyveket írtak, mégis szükségesnek tűnik erre újból és újból felhívni a figyelmet.

Dr. Szabó András

A pszichózisspektrum gyermek- és serdülőkorban

Folytatás a 6. oldalról

szkizofrén pszichózis esete. Ez a jelentős heterogenitás teszi szükségessé, hogy a jelenleg még használatos „nagy diagnózisokon” belül a kutatások révén ún. homogén alcsoportok körülhatárolására törekedjünk, amelyek a későbbiekben hatékonyabb kezelést és gondozást tesznek reményeink szerint majd lehetővé. A homogén alcsoportok körülhatárolásának eszköze nemcsak a genetikai és epigenetikai hatások kutatása lehet, de nagy szerep jut a képalkotó eljárásoknak és a különböző neurokognitív és neuropszichológiai metodikáknak is. A különböző specifikus lebonypatológiák és neurokognitív jellegzetességek alapján a pszichózisok esetében például új alcsoportok is felismerésre kerültek, amilyen az ún. anozognóziás szkizofrénia alcsoportja. Ezen betegek esetében a betegségtudat hiánya nem a produktív pszichotikus tünetek

függvénye, a betegségtudat hiánya és a hiányos terápiás együttműködés a betegség zajlásának remissziós szakaszában is fennáll, ami mögött a frontális lebeny diszfunkcionalitása és specifikus neurokognitív deficitok húzódnak.

A terápia területeire tekintve, jelentős fejlemények tapasztalhatóak a pszichofarmakológia és a pszichoszociális kezelések területein is. Nagyon leegyszerűsítve az mondható, hogy a modern, az elmúlt 23–30 évben kifejlesztett pszichofarmakonok lényegesen kedvezőbb mellékhatás-profillal és szélesebb hatékonysággal jellemezhetők. Az újabb antipszichotikumok nemcsak a hallucinációk, téveszmék és agitáció kontrolljára alkalmasak, mint a klasszikus szerek (haloperidol és más első generációs gyógyszerek), hanem hatékonyan befolyásolják a betegség negatív tüneteit, egyes esetekben a kognitív és affektív tüneteket is, ami összességében a korábbinál hatékonyabban javítja a betegek mindennapi funkcionálását.

Dr. Csábi Györgyi

Dr. Vástyán Attila

Tranzíció

a gyermeksebészetben

Különös tekintettel az ajak- és szápadhasadékkal születettek komplex kezelésére

A referátumban általában véve szót ejtünk a tranzíció fontosságáról a gyermeksebészeti és felnőtt sebészeti átmenetet illetően. Az összefoglaló érinti a sebészileg korrigálható fejlődési rendellenességekkel született fiatal felnőttek egyre növekvő számát, a tranzíció jelentőségét. Hangsúlyozottan kerül tárgyalásra az ajak- és szápadhasadékkal született gyermekek és fiatal felnőttek kezelése.

Ez utóbbi betegcsoport esetében a tranzíció különösen komplex feladat, hisz a fejlődési rendellenesség kezelése születéstől multidiszciplináris megközelítést igényel.

Sebészet-tranzíció 2.

szombat, 9.00–10.00 – Tudásközpont, Szekcióterem 1.

Malnutrició krónikus beteg gyermekek körében

Az alultápláltság világszerte komoly problémát jelent napjainkban is: a fiatal gyermekkori morbiditás és mortalitás egyik meghatározó oka. A megfelelő táplálás alapvető fontosságú a csecsemő és gyermek szomatotmentális és pszichés fejlődése, egészsége szempontjából: kihatással van a végleges szomatikus fejlettség elérésére, a mentális képességek kialakulására, és az emocionális fejlődésben is meghatározó szerepet játszik.

A malnutrició kialakulása

Malnutricióhoz vezet, ha a táplálékbevitel minősége és/vagy mennyiségi bevitel nem felel meg a szervezet igényeinek: ennek következtében relatív energiahány, növekedésbeli és fejlődési elmaradás alakul ki, aminek mihamarabbi felismerése és kezelése szükséges. Szarkopéniáról akkor beszélünk, amikor a musculoskeletális izomtömeg és izomerő csökken, ami önmagában is fontos rizikótényezőt jelent.

A táplálkozási hiánybetegségek kialakulása leginkább a fejlődő országokra jellemző, malnutrició azonban hazánkban is előfordul: a mélyszegénységben élők mellett gondolkodni kell a különféle krónikus betegekre is, akik között az alultápláltság lényegesen gyakoribb. Kiemelt jelentőségű tehát, hogy a veszélyeztetett populációban térjünk ki a táplálási állapot felmérésére és követésére, keressük, szükség esetén kezeljük a malnutriciót.²

Krónikus betegek tápláltsági állapota

A gyermekkori krónikus betegségek gondozásában rendkívüli szerepet játszik a malnutrició korai felismerése és kezelése, hiszen a betegség kimenetelét nagyban meghatározza a megfelelő tápláltsági állapot fenntartása. A malnutrició kialakulásával a szövődmények száma nő, hosszabb kórházi kezelésre

kell számítani, elhúzódó lélegeztetéshez, hosszabb intenzív osztályos tartózkodáshoz vezethet, megnövelheti a szövődmények számát, összességében a prognózist rontja. A krónikus betegek fokozottan veszélyeztetettek az alultápláltság kialakulásában: a megnövekedett igény mellett a bevitel gyakran nehézkes, étvágytalanság, hányás, rossz általános állapot, táplálkozási problémák nehezítik a megfelelő tápláltsági állapot megtartását.

Egyes betegcsoportokban – onkológiai betegek, gasztroenterológián gondozottak, szív- és vesebetegek stb. – emiatt kiemelten fontos a tápláltsági állapot rendszeres felmérése, szükség esetén a táplálásterápia bevezetése.

Rizikóbecslésre különféle kérdőívet használhatunk (pl. STRONGkids – Screening Tool Risk on Nutritional Status and Growth vagy STAMP – Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics). A jó szűrővizsgálat egyszerű, reprodukálható, szenzitív és specifikus. Néhány adat – súly, hossz, percentilis értékek – és a táplálkozási előzmények birtokában megbecsülhetjük a beteg kockázatát malnutrició kialakulására.

A súlyos beteg gyermekek esetén az alultápláltság megállapítása gyakran nem egyszerű: az eltérő folyadéktartalmak miatt a testsúly, a haskörfogat, a testméretek mérése gyakran nem segít, ilyenkor a testösszetétel mérésére (testzsír-meghatározás, zsírintes testtömeg mérése) lehet szükség. Fontos tudni,

hogy krónikusan beteg obes gyermekekben az izomtömegvesztés hamar megjelenik: gyakran a testsúlymérésnél még nem merül fel malnutrició gyanúja, a testösszetétel-vizsgálat azonban már súlyos szarkopéniát jelezhet. Ennek korai kezelése szintén fontos feladat.

Hogyan tápláljunk?

A korai táplálásterápia bevezetése feltétlenül szükséges, azonban a fokozott energiaszükséglet biztosítása nehézkes lehet: a betegek nagy részénél tapasztalunk táplálási nehezítettséget, étvágytalanságot, hányást is. Fontos, hogy a beteg életkorának, alapbetegségének és preferenciájának megfelelő tápszert kínáljunk, ennek kiválasztásában a dietikus segítségünkre lehet. Amennyiben a per os táplálás nem megoldható, nasogastricus, vagy a gyomorba való táplálás képtelensége esetén nasojejunális szondatáplálás bevezetésére lehet szükség. Súlyos krónikus alapbetegség esetén szükség lehet percutan gastrostoma vagy gastrostoma kialakítására is. Amennyiben tartós eszközös táplálásra számítunk, érdemes ezt mihamarabb elkezdni, hiszen a leromlott állapotú betegnél végzett beavatkozás esetén gyakrabban jelentkezhet szövődmény.

Veszélyeztetett súlyos szívbeteg gyermekek esetén az alultápláltság 15–64

százalék között becsülhető, azonban csak a betegek 53 százaléka részesül preoperatív enterális táplálásban.³ Posztoperatív időszakban a nasogastricus szondatáplálásra a betegek kb. 60 százaléka szorul. A cisztás fibrózisban szenvedő betegek esetében a táplálásterápia fontossága jól ismert. Megfelelő tápszeres szupportáció, szükség esetén eszközös táplálás (PEG, gastrostoma), megfelelő pancreaszim-szubsztitúció segítségével a betegek tápláltsági állapota lényegesen javítható, ami nagymértékben meghatározza az életminőséget és a betegség kimenetelét. Onkológiai betegeknél nyálkahártya-léziók, hányás, étvágytalanság miatt gyakran nehéz a szájon keresztüli táplálás, ami jelentős fogyáshoz, szarkopéniához vezethet:¹ ilyenkor a nasogastricus vagy nasojejunális szondatáplálás bevezetése lehet indokolt. Válogatott esetekben szükség lehet a táplálás tartós megoldására is: a kialakított gastrostoma a beteg gyógyulása után megszüntethető.

Keresd, szüred, kezeld!

A krónikus betegségben szenvedő gyermekek körében a malnutrició lényegesen gyakoribb, mint az egészségesek körében. A rizikócsoportban szűrés elvégzése javasolt, az így felismert betegeknél mihamarabb megkezdhető az életkorra, betegségre és egyéni preferenciára szabott táplálásterápia.

Dr. Karoliny Anna

Irodalom

1. Barr RD, Ladas EJ: The role of nutrition in pediatric oncology. Expert Review of Anticancer Therapy 2020. DOI:10.1080/14737140.2020.1719834
2. Diamanti D, Cereda E, Capriati T, et al.: Prevalence and outcome of malnutrition in pediatric patients with chronic diseases: Focus on the settings of care. Clinical Nutrition 2018. DOI:10.1016/j.clnu.2018.07.008
3. Larson-Nath C, Goday P: Malnutrition in Children With Chronic Disease. Nutrition in Clinical Practice 2019. DOI:10.1002/ncp.10274



NutriDrink Multi Fibre

BETEGSÉG KÖVETKEZMÉNYEKÉNT FELLÉPŐ EMELKEDETT
ENERGIA- ÉS TÁPANYAGIGÉNY FEDEZÉSÉRE

- Magas energiatartalmú (150 kcal/100 ml)
- Teljes értékű
- 6 különböző rost keverékét tartalmazza



Tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek részére. A Numil Kft. kizárja a felelősségét az egészségügyi szakembereknek szóló szakmai tájékoztató anyag illetéktelen személyek általi felhasználásáért. Fontos figyelmeztetés! A speciális - gyógyászati célra szánt - élelmiszer kizárólag a gyermekorvos javaslatára, orvosi ellenőrzés mellett, a címke szerinti használati utasítás szerint alkalmazhatóak. Alkalmazás előtt olvassa el a termék címkéjén feltüntetett adhatósági útmutatót! Ne térjen el a használati utasítástól, mert az zavart okozhat a kisbaba fejlődésében. A jelen kiadványban ismertetett speciális - gyógyászati célra szánt - élelmiszer csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható, gyermekek elől elzárva tartandó! NutriDrink MF speciális - gyógyászati célra szánt - élelmiszer, 1 éves kor felett. Kiegészítő és kizárólagos táplálásra egyaránt alkalmas. Szondatáplálásra nem javasolható. Kiszárazás: 8x200 ml, Bruttó fogyasztói ár: 3210 Ft, Térítési díj 70%-os támogatással: 963 Ft. *Forrás: www.neak.hu (PUPHA) Publikus gyógyszerforgalmazás, érvényesség kezdete: 2021.06.01. A jelen kiadványban ismertetett termékek címkészovege megtalálhatóak a QR kód alatt. Promóciós kód: PEADFG21CONPEAD53HU, lezárás dátuma: 2021.06.20. Numil Kft. 1134 Budapest, Váci út 35. www.nutriciamedical.hu