

Gyermekgyógyászat

*Felix qui potuit cognoscere causas. /
Boldog, aki képes megismerni a dolgok okait.
(Vergilius)*

TUDOMÁNYOS ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI SZAKLAP

A MAGYAR GYERMEKORVOSOK TÁRSASÁGA KÉTHAVONTA MEGJELENŐ ORSZÁGOS FOLYÓIRATA

FŐSZERKESZTŐ

Kovács Gábor

FELELŐS SZERKESZTŐ

Mogyorósy Gábor az MGYT főtktára

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG ELNÖKE

Gárdos László az MGYT elnöke

A SZERKESZTŐBIZOTTSÁG TANÁCSADÓ TESTÜLETE

Arató András	Gyurkovits Kálmán	Maródi László	Schuler Dezső	Szőnyi László
Balla György	Ilyés István	Mészner Zsófia	Simon Gábor	Sztrihai László
Cholnoky Péter	Kajtár Pál	Nagy Kálmán	Soltész Gyula	Tímár László
Cserháti Endre	Kálmán Mihály	Oroszlán György	Sólyom Enikő	Tulassay Tivadar
Decsi Tamás	Kovács Julianna	Orvos Hajnalka	Sólyom János	Túri Sándor
Ertl Tibor	Kovács Zoltán	Péter Ferenc	Sulyok Endre	Várkonyi Ágnes
Fekete György	Kovács Tamás	Pintér András	Szabó András	Vekerdy-Nagy Zsuzsa
Fekete Miklós	Machay Tamás	Pintér Sándor	Szabó Attila	Velkey György
Füzesi Kristóf	Madácsy László	Reusz György	Szabó László	Verebély Tibor

ROVATVEZETŐK

Ablonczy László	ablonczyil@gmail.com	Kovács Tamás	kovacsst@med.unideb.hu
Balajthy András	andras.balajthy@med.unideb.hu	Kriván Gergely	krivang@hu.inter.net
Cseh Áron	cseh.aron@med.semmelweis-univ.hu	Laki István	gyermektudo@gmail.com
Dezsőfi Antal	dezsofi.antal@med.semmelweis-univ.hu	Mikos Borbála	borbala.mikos@gmail.com
Erhardt Éva	erhardt.eva@pte.hu	Mogyorósy Gábor	mogyoros@dote.hu
Fogarasi András	fog.andras@gmail.com	Nemes Éva	enemes@dote.hu
Halász Zita	halaszszita@gmail.com	Nyul Zoltán	zoltan.nyul@aok.pte.hu
Harangi Ferenc	harangi.ferenc@tmkorkhaz.hu	Pászthy Bea	drpaszthybea@gmail.com
Hollódy Katalin	katalin.hollody@aok.pte.hu	Szabó Miklós	szabo.miklos@med.semmelweis-univ.hu
Katona Gábor	katonagabor@gmail.com	Szabó Tamás	szabotamas@med.unideb.hu
Katona Márta	katona.marta@med.u-szeged.hu	Tajti Zsanett	tajti.zsanett@med.u-szeged.hu
Kiss Csongor	kisscs@dote.hu	Tálosi Gyula	talosigy@gmail.com
Kovács Ákos	akos.kovacs@gmail.com	Tory Kálmán	tory.kalman@med.semmelweis-univ.hu
Kovács Lajos	kovacs.lajos@med.semmelweis-univ.hu	Trethon András	trethona@gmail.com
Kovács Márta	kovacsm1011@gmail.com	Ujhelyi Enikő	eni_ujhelyi@dpckorkhaz.hu

A LAPOT ALAPÍTOTTA:
GEGESI KISS PÁL (1950)



Simmelweis Kiadó
www.semmelweiskiado.hu

Kiadó: Semmelweis Kiadó Kft.
Igazgató: Tancos László dr.

1086 Budapest, Nagyvárad tér 4.
Postacím: 1445 Budapest, Pf. 370

Telefon: 210-4403
Fax: 210-0914

E-posta:
info@semmelweiskiado.hu
gyermekgyogyaszat@semmelweiskiado.hu

www.semmelweiskiado.hu

Felelős kiadó: a Semmelweis Kiadó igazgatója

Szerkesztő: Vincze Judit dr.
Telefon: 210-4410, 06-20221-4185
E-posta: vincze.judit@kiado.semmelweis-univ.hu

Grafika: Ángyán Gergő

Hirdetésszervező: Kovács Veronika
Telefon: 210-4403, 06-20221-5265
E-posta: kovacs.veronika@kiado.semmelweis-univ.hu
A szerkesztőség a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

Nyomta és kötötte: Érdi Rózsa Nyomda Kft.

Megjelenés: évente 6 alkalommal,
3000 példányban.

Terjesztés: A lapot a Magyar
Gyermekeorvosok Társasága tagjai
a társasági tagdíj fejében (5000 Ft,
nyugdíjasoknak 1500 Ft) ingyenesen,
címlista alapján, postai úton
megkapják. Előfizetési díj másoknak:
8200 Ft/év + postaköltség.
Megrendelhető az MGYT-nél.

@ Semmelweis Kiadó, 2014-2020
Minden jog fenntartva.
HU-ISSN 0017-5900

CÍMLAPKÉPEK: Anya-, újszülött- és csecsemőábrázolás a képzőművészetben
(LÁSD 75. OLDAL) című cikk 1., 2. 6. ábrái - címük, eredetük ott olvashatók

FŐSZERKESZTŐI KÖSZÖNTŐ

Kovács Gábor

67

DERMATOLÓGIAI SAROK

Pyogen granuloma – sérülékeny, vérzékeny benignus vascularis tumor

*Leibinger Evelin dr., Fathi Khaled dr., Kántor János dr.,
Harangi Ferenc dr.*

69

Pyogenic granuloma – a vulnerable benign vascular tumor that is prone to bleeding

SZAKMAI GYAKORLATI ÚTMUTATÓ

GINA 2019: Alapvető változás az enyhe asztma kezelésében

Laki István

71

GINA 2019: a fundamental change in the management of mild asthma

KÉPZŐMŰVÉSZET

Anya-, újszülött- és csecsemőábrázolás a képzőművészetben

Harmat György dr.

75

FIATAL GYERMEKGYÓGYÁSZOK XIX. KONFERENCIÁJA, 2020

ABSZTRAKTJAI

77

FIGYEK Névmutató – Előadók / Társszerzők

126



A SEMMELWEIS EGYETEM ALAPÍTÁSÁNAK 250. JUBILEUMI ÉVFORDULÓJÁRA KIADOTT AJÁNDÉKTÁRGYAK KAPHATÓK!



1



2



3



1. 250-es jubileumi kitűző választható díszdobozzal, 4900 Ft
2. 250-es jubileumi női selyem sál, 6250 Ft
3. 250-es jubileumi nyakkendő, 6250 Ft

www.semmelweisikiado.hu

Főszerkesztői köszöntő

**Kedves Olvasó!**

Valamennyiünket mélyen megrendített Veres Gábor professzor, a Gyermekgyógyászat korábbi főszerkesztőjének tragikus halála. Az ő nagyívű személyisége, professzionalitása, műveltsége meghatározó volt az egész Gyermekorvos Társaságban. Az elmúlt 6 évben a *Gyermekgyógyászat* folyóirat főszerkesztőjeként rendkívül magas színvonalú munkát végzett. A lap több ponton megújult, új rovatok jelentek meg, színes, művészi és tudományos volt egyidejűleg.

Az MGYT elnöksége engem kért meg a munka folytatására, a főszerkesztői feladatok ellátására, a lap arculatának és magas színvonalának továbbvitelére.

Nagyon nagy megtiszteltetés és persze nagy felelősség is ez!

Próbálok megfelelni a magas elvárásoknak és szeretném a folyóiratot továbbra is a korábban megszokott színvonalon szerkeszteni. A megszokott és jól bevált formát, rovatokat igyekszünk megtartani (pl. sarkok, esetbemutatók, rövid közlemények, útravaló tudnivaló stb.).

Gondolkodunk új rovatok kipróbálásán is (pl. elkésett vagy kihívtat jelentő diagnózisok, tények és babonák), valamint szeretnénk a házi orvosokat is jobban bevonni az érdekes esetek ismertetésébe!

Díjazni fogjuk a legérdekesebb eseteket, és szeretnénk minél több teret adni fiataljainknak. Nagyon számítok a rovatvezetők intenzív segítségére és pro-aktivitására!

Várjuk, minden kedves olvasónk, gyermekgyógyász kollégáink, rezidenseink véleményét is!

Természetesen a tudományosság és a kiemelt színvonal lesznek a meghatározók ezután is, de fontosnak tartom a szakmai alázatot is, hogy helyére tudjuk tenni tudásunkat és kétségeinket. Hasznos lenne bizonyos szakmai problémák esetén a PRO és KONTRA vélemények ütköztetése, hogy mindannyian láthassuk az orvostudomány, a gyermekgyógyászat szépségeit és kétségeit!

Az orvoslás csodálatos dolog, ember- és betegközpontú, nem mindent lehet szabályokkal vagy ajánlásokkal leírni. A sokszínűség, az empátia, az egyénre szabottság teszi csodálatossá és egyben művészetté is!

Dolgozzunk együtt a továbbiakban is ebben a gyönyörű szakmában, csodás kis betegeink és szüleik jólété érdekében!

2020 márciusa

Kovács Gábor dr.
egyetemi tanár,
Simmelweis Egyetem,
II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika
igazgatója

Az anyatej-oligoszacharidoknak (HMO) bioaktív összetevőként kulcsszerepük van az immunrendszer támogatásában.¹⁻⁷



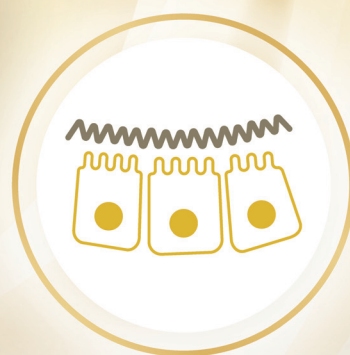
Gátolják a kórokozók megtelepedését a bélben és támogatják azok kiürülését¹⁻³



A jótékony baktériumok támogatása a bélben¹⁻³



Immunmoduláló hatás¹⁻³



Gasztrointesztinális védelmi funkció támogatása¹⁻³

1. Jantscher-Krenn E, Bode L. Minerva Pediatr. 2012;64:83-99; 2. Bode L. Glycobiology. 2012;22:1147-62; 3. Smilowitz JT et al. Annu Rev Nutr. 2014;34:143-69; 4. Ballard O, Morrow AL. Pediatr Clin North Am. 2013;60:49-74; 5. Rudloff S, Kunz C. Adv Nutr. 2012;3:398S-405S; 6. Henne T et al. Swiss Med Wkly. 2014;144:w13927; 7. Borgstöm B et al. J Clin Invest. 1957;36:1521-1536.

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

Nestlé Hungária Kft.
Lezárás dátuma: 2020.01.14., BEBA_HL202001/2

Pyogen granuloma – sérülékeny, vérzékeny benignus vascularis tumor

Pyogenic granuloma – a vulnerable benign vascular tumor that is prone to bleeding

**Leibinger Evelin dr.¹, Fathi Khaled dr.²,
Kántor János dr.² és Harangi Ferenc dr.²**

¹Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs (Igazgató: Decsi Tamás dr.)

²Tolna Megyei Balassa János Kórház, Gyermekosztály, Szekszárd (Főigazgató: Németh Csaba dr.)

E-posta: harangi.ferenc@tmkorkorhaz.hu

A pyogen granuloma (PG) gyermekekben vagy fiatal felnőttekben egy gyorsan növekvő, barnásvörös vagy kékesfekete papulonodulosus, sokszor kocsányon ülő jóindulatú vascularis tumor, mely 5–15 mm nagyságúra növekszik. A felszíne feszülő, fényes vagy száraz, kissé hámló, éppen ezért sérülékeny és vérzékeny (1). A PG gyakran kisebb bőrsérülések helyén, elsősorban az arcon, nyakon, hajas fejbőrön, ritkábban az ujjakon, a törzs vagy végtagok bőrén, a szájnyalvókahártyán (2) fejlődik ki. Rövidebb-hosszabb fennállást követően spontán is regrediálhat, de gyors növekedése miatt, különösen vérzéses szövődmény esetén mielőbbi ellátást, többnyire sebészi eltávolítást igényel.

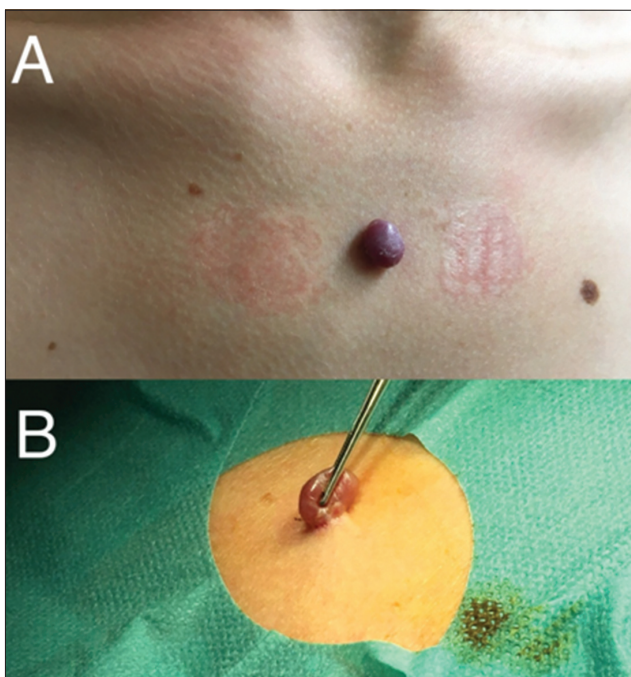
Esetismertetések

A 10 éves véralvadási zavar miatt gondozás alatt álló lánybeteg nyakán 2-3 hét alatt kocsányon ülő, 8 mm átmérőjű, feszes tapintatú, vörösesbarna, vascularis tumor fejlődött (1. ábra). A klinikai megjelenés alapján az elváltozást pyogen granulomának tartottuk és lokális okkluzív propranolol kenőcsös kezelést kezdtünk. 3 hét eltelte után a tumor lényegesen megkisebbedett, puha tapintatúvá vált. Sebészi konzílium javaslatára a „fityegő” képlet kocsányi részén leköttést alkalmaztunk, minek következtében napokon belül a vascularis tumor elhalását, „leszáradását” észleltük, és maradványtünet nélküli gyógyulás következett be.

A 14 éves lány a sternum felső harmada feletti bőrterületen látható, először maculosus, majd néhány hét alatt babnyi méretűre növekvő kocsányos vascularis tumor miatt jelentkezett (A). A lézió gyors növekedése és a makroszkópos megjelenés ebben az esetben is a PG diagnózisa mellett szólt. A méret és az esztétikailag előnytelen elhelyezke-



1. ábra: Sima felszínű, kocsányon ülő, vörösesbarna vascularis tumor elől a nyak bőrén



2. ábra: A: A sternum felső harmada felett látható barnásvöröses színű, fényes, kissé hámló felszínű, kerek, pedunculált képlet. B: A műteti képen jól megfigyelhető a nyeles szerkezet.

dés miatt a lokális érzéstelenítésben elvégzett sebészi kimetszés mellett döntöttünk (B) (2. ábra).

Megbeszélés

A kissé megtévesztő nevű pyogen granulomával leggyakrabban ismétlődő enyhe irritációnak kitett vagy



sérült bőrfelületeken találkozhatunk, de nyálkahártyákon, periungualisan, subungualisan, kivételesen akár intravascularisan is előfordulhat^{3,4}.

Ez egy benignus vascularis tumor, melyet gyakran neveznek lobularis kapilláris haemangiomának is. A pontos etiológia nem ismert, kialakulását jelenleg egy angiogen inzultus hatására fellépő eltúlzott neovascularisatio következményének tartják. Nevével ellentétben patomechanizmusában fertőző ágensek nem mutathatók ki, azonban hormonális hatások, bizonyos gyógyszerek (kemoterapiás, immunszuppresszív szerek, retinoidok stb.) szerepet játszhatnak a megjelenésében.

Jellemzően egy kisméretű pirosas, barnásvörös vagy akár kékesfekete maculopapulosus elváltozásként jelenik meg, majd hetek, hónapok alatt gyorsan eléri a végleges méretét. Ekkor általában 1 cm-nél kisebb, exophyticus, szesszilis vagy pedunkulált, sérülékeny szövetet alkot, mely a lokalizációtól függően esztétikai problémát jelenthet a beteg számára, trauma következtében kifejezett vérzéssel járhat, illetve az ulceratio sem ritka. Bár mely életkorban előfordul, de gyermekeknél, fiatal felnőtteknél gyakoribb. Várandósok 2–3%-ánál az első 5 hónapban kialakulhat. Legtöbbször a hajas fejbőr, az arc és a nyak érintett, ritkábban a végtagok. Az elváltozás az esetek többségében szoliter, de multiplex léziók is előfordulhatnak. A nyálkahártyán kialakuló pyogen granulomák általában a szájnyálkahártyát érintik, de ritkán a gastrointes-

tinalis traktus egyéb pontjain is előfordulhatnak, nyelési nehézséget, vérzést, anaemiát okozva (4). Szöveti vizsgálat során általában egy polypoid képlet látható bázisán kapillárisokkal. A granuloma felszínén az epidermis atrofizált, gyakran ulcerált, körülötte pedig acanthoticus.

A diagnózis legtöbbször egyértelmű, azonban kevésbé típusos esetekben el kell különítenünk az infantilis haemangiomától, Spitz-naevustól, glomus-tumortól, illetve egyéb jó- vagy rosszindulatú bőrtumoroktól.

Bizonyos esetekben előfordulhat spontán regresszió, de legtöbbször beavatkozás nélkül nem várhatunk jelentős javulást. Amennyiben felmerül valamilyen kiváltó ágens (gyógyszer-mellékhatás) szerepe, az adott szer elhagyása javíthat a panaszokon. A további kezelést illetően egyelőre nincs konszenzus, függ a lokalizációtól, a beteg korától, differenciáldiagnosztikai szempontoktól. Legjobb eredmény a sebészi excisiótól várható, ekkor szövettani vizsgálatot is végezhetünk, és pontos diagnózist is kaphatunk. További lehetőségek között szerepel a lézeres excisio, a krioterápia, illetve topicalis kezelések: szkleroterápia, kémiai kauterizáció, lokális fenolos vagy triklórecetsavas ecsetelés (5), éresszehúzó béta-receptor-blokkoló kezelés (pl. propranolol vagy timolol) (6), ligatio.

A prognózist nagyban befolyásolja a választott kezelési modalitás, különösen a hegesezés, kiújulás tekintetében.

Irodalom

1. Szalai Zs. Gyermekbőrgyógyászat. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 2020.
2. Pagliai KA, Cohen BA. Pyogenic granuloma in children. *Pediatr Dermatol.* 2004; 21(1):10-3.
3. Beserminji M, Bade SA, Zuker RM. Intravascular Pyogenic Granuloma in a Child. *Plast Surg Case Stud.* 2015; 1(2):41-42.
4. Veres, Gabor; Lukovich PGH. Pyogenic Granuloma. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011; 52(1): 3181.
5. Chiriac A, Birsan C, Podoleanu C, et al. Noninvasive Treatment of Pyogenic Granulomas in Young Children with Topical Timolol and Trichloroacetic Acid. *J Pediatr.* 2016; 169:322-322.e1.
6. Mashiah J, Hadj-Rabia S, Slodownik D, et al. Effectiveness of topical propranolol 4% gel in the treatment of pyogenic granuloma in children. *J Dermatol.* 2019; 46(3):245-248.

Útravaló tudnivaló

- A pyogen granuloma gyorsan növekvő benignus vascularis tumor a bőrön vagy a nyálkahártyán, fel-színe sérülékeny, vérzékeny.
- A diagnózis a klinikai tünetek alapján megállapítható, általában nem igényel szövettani vizsgálatot.
- A kezelés sebészi eltávolítással, lézerre, vagy lokális béta-receptor-blokkoló készítménnyel (propranolol kenőcs és gél, timolol oldat) lehetséges.

Tesztkérdések

1. Mi a pyogen granuloma?
 - a) Microcystás purulens bőrfolyamat
 - b) Granulomatosis megjelenésű malignus tumor
 - c) Benignus vascularis tumor
2. Milyen kezelés alkalmazható pyogen granuloma esetén?
 - a) Sebészi kimetszés
 - b) Szén-dioxid-lézer kezelés
 - c) Propranolol kenőcsös okklúziós kezelés
 - d) Mindegyik

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekegyorvosok.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!

GINA 2019: Alapvető változás az enyhe asztma kezelésében

Laki István

Gyermekosztály, Tüdőgyógyintézet, Törökbálint (Főigazgató: Antal Gabriella dr.)

LEVELEZÉSI CÍM:

Laki István dr.

2045 Törökbálint, Munkácsy u. 70.

E-posta: gyermektodo@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS A GINA 2019 az enyhe asztma kezelésében alkalmazott, tünetek által vezérelt SABA (Short-Acting Beta Agonist) kezelés évtizedes klinikai gyakorlattól eltérő jelentős frissítéseket, ajánlásokat tartalmaz. A betegbiztonság érdekében, a GINA a továbbiakban már nem javasolja önállóan a SABA-t az asztma kezelésére. A stratégia olyan új megállapításai, mint tünetvezérelt (szükség szerinti) ICS-fórmoterol és az ICS-nek a SABA-val való együttes adása számos kulcsfontosságú vizsgálaton alapszik.

KULCSSZAVAK Global Initiative for Asthma (GINA), asztma, tünetvezérelt kezelés, ICS, Short-Acting Beta Agonist (SABA)

A Global Initiative for Asthma (GINA) az asztmával foglalkozó szakmai közönség leginkább ismert és elfogadott ajánlásainak összegzője. Nem irányelv, hanem asztma kezelésének klinikai, gyakorlati megközelítése. Globális stratégia, mely a szegény és gazdag országokban egyaránt alkalmazható. Tényeken alapuló, klinikai orientációjú, klinikai eszközöket és mérhető eredményeket ad (1). E vállalt feladatát immár 26 éve ellátja. Mindezidáig azonban az egyes terápiás lépcsőben javasolt terápia és a többi lépcső (2-5.) terápiás javaslata között nemcsak lépcsőnyi volt a különbség, de törés, ellentmondás feszült. Amíg az utóbbiak az asztma ismert kórélettani alapjaira épültek – az asztma krónikus légúti gyulladás –, ezzel szemben az 1-es lépcső terápiás javaslata 2019-ig még mindig azon az 50 éves elképzelésen alapult, hogy simaizomspazmus következményeként kialakuló bronchospazmust kezelünk, ezért szükség szerint adott SABA (Short-Acting Beta Agonist) elegendő. Az ellentmondás különösen egy gyermekgyógyász számára feltűnő, mivel közismert, hogy fiatalabb életkorban sokkal jelentősebbek az obstrukció kialakulá-

sa szempontjából a légúti allergiás gyulladás olyan, simaizomspazmuson kívüli összetevői, mint a nyálkahártya-oedema, a váladékképződés.

A változást lassan, de kikényszerítették a vizsgálati eredmények és tények. Ezek a következők:

1. Gyakori SABA alkalmazása béta-receptor downregulációhoz, csökkenő bronchodilatátor válaszhoz, rebound hiperreaktivitás fokozódáshoz vezet, az allergiás légúti gyulladás fokozódik.
2. Már évi 3 kaniszter SABA használata növeli a sürgősségi ellátás szükségességének esélyét, havi 1 kaniszter SABA elhasználása pedig már a halálozási rizikót növeli (az asztmás halálozás 9%-a az enyhe asztmásnak tartottak közül kerül ki) (2).
3. A START vizsgálat adatainak utólagos elemzése rámutatott arra, hogy a kevésbé tünetes betegek (heti 0–1 napi tünet) ICS (inhalációs kortikoszteroid) kezelése is felére csökkenti az exacerbációk számát.
4. A GINA nem talált olyan bizonyítékokat, mely alátámasztaná a kizárólagos SABA-használatot a GINA 1-es lépcsőjében.
5. A csak SABA kezeléssel kapcsolatos bizonyítékok hiánya ellentétben áll a 2–5. lépcsőben javasolt gyulladáscsökkentő kezelések biztonságát, hatékonyságát és eredményességét igazoló bizonyítékokkal.
6. Az áttöréshez az utolsó adatokat a SYGMA 1. és 2. vizsgálatok tavalyi eredményei jelentették,

Rövidítések:

GINA: Global Initiative for Asthma

SABA: Short-Acting Beta Agonist

ICS: Inhaled Corticosteroid

OC: Oral Corticosteroid

LABA: Long-Acting Beta-Agonist

LTRA: Leukotriene receptor antagonist



GINA – 2019 Felnőttek és serdülők 12 éves kor felett

Személyre szabott asztma kezelés:
Felmérés, korrekció, az eredmény értékelése

Tünetek
Exacerbációk
Mellékhatások
Betegelégedettség
Légzésfunkció



A diagnózis megerősítés
Tüneti kontroll és rizikófaktorok
(tűdőfunkció is)
Inhalációs technika és terápiahűség
Betegérdek

Asztma gyógyszeres kezelés:
A terápia módosítása le- és felfele a beteg szükséglete szerint.

PREFERÁLT KONTROLLER
Az állapotromlások megelőzésére és a tünetek kontrolljára

Egyéb kontroller lehetőségek

PREFERÁLT ROHAMOLDÓ
Egyéb rohamoldó lehetőségek

1. LÉPCSŐ

Szükség szerint adott alacsony dózisú ICS-formoterol *
SABA használatával egy időben adott alacsony dózisú ICS†

2. LÉPCSŐ

Naponta alkalmazott alacsony dózisú ICS, vagy alacsony dózisú ICS-formoterol *
Leukotriénreceptor-antagonista (LTRA), vagy a SABA használatával egyidőben alkalmazott alacsony dózisú ICS†

3. LÉPCSŐ

Alacsony dózisú ICS-LABA
Közepes dózisú ICS, vagy alacsony dózisú ICS+LTRA #

4. LÉPCSŐ

Közepes dózisú ICS-LABA
Magas dózisú ICS, hozzáadott tiotropium vagy LTRA #

5. LÉPCSŐ

Magas dózisú ICS-LABA
Fenotipizálás ± hozzáadott kezelés pl. tiotropium, anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL4R
Hozzáadott alacsony dózisú OCS a mellékhatásokra tekintettel

Szükség szerint alkalmazott alacsony dózisú ICS-formoterol *
Szárszékélyre alkalmazott rövid hatású β_2 -agonista (SABA)

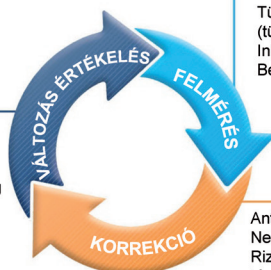
* Off-label alkalmazás; csak a budesonide-formoterol kezelésre van adat † Alacsony dózisú ICS-formoterol rohamoldó bud-form, vagy BDP-form MART kezelés esetén # Megfontolandó HDM SLIT hozzáadása allergiás rhinitis esetén, ha a FEV₁ > 70%¹

1. ábra: GINA 2019: kezelési irányelv felnőttek és serdülők számára

GINA – 2019 6-11 éves gyermekek

Személyre szabott asztma kezelés:
Felmérés, korrekció, az eredmény értékelése

Tünetek
Exacerbációk
Mellékhatások
Beteg elégedettség
Légzésfunkció



A diagnózis megerősítés
Tüneti kontroll és rizikófaktorok
(tűdőfunkció is)
Inhalációs technika & terápiahűség
Betegérdek

Asztma gyógyszeres kezelés:
A terápia módosítása le- és felfele a beteg szükséglete szerint.

PREFERÁLT KONTROLLER
Az állapotromlások megelőzésére és a tünetek kontrolljára

Egyéb kontroller lehetőségek

ROHAMOLDÓ

1. LÉPCSŐ

SABA-val együtt adott alacsony dózisú ICS vagy naponta alacsony dózisú ICS

2. LÉPCSŐ

Naponta alkalmazott alacsony dózisú ICS
Leukotriénreceptor-antagonista (LTRA), vagy a SABA használatával egyidőben alkalmazott alacsony dózisú ICS *

3. LÉPCSŐ

Alacsony dózisú ICS-LABA, vagy közepes dózisú ICS
Alacsony dózisú ICS+LTRA

4. LÉPCSŐ

Közepes dózisú ICS-LABA
Magas dózisú ICS, hozzáadott tiotropium, vagy LTRA

5. LÉPCSŐ

Magas dózisú ICS-LABA
Fenotipizálás ± hozzáadott kezelés pl. anti-IgE,
Hozzáadott anti-IL5, vagy alacsony dózisú OCS a mellékhatásokra tekintettel

Szükség szerint alkalmazott rövid hatású β_2 -agonista (SABA)

* Off-label; külön ICS és SABA inhaler alkalmazása; mindössze egyetlen tanulmányban

2. ábra: GINA 2019: kezelési irányelv 6–12 éves gyermekek számára



miszerint enyhe asztmában a szükség szerinti budesonid-formoterol kezelés a szintén szükség szerint adott SABA-hoz képest 64%-kal csökkentette a súlyos exacerbatiók számát, ugyanakkor egyenértékűnek bizonyult az alacsony dózisú fenntartó kezeléssel, de javította a terhelhetőséget (3, 4).

Mindezek után a mérföldkövet jelentő javasolt változások lényege:

1. A biztonság érdekében a GINA nem javasolja a csak SABA kezelést az első lépcsőben.
2. Serdülők és felnőttek kezelésére a preferált kontroller a tünetvezérelt alacsony dózisú ICS-formoterol kombináció. Másik kontroller lehetőség a SABA használatával egyidőben adott alacsony dózisú ICS (1. ábra).

3. 6–12 éves gyermekek javasolt kontroller kezelése a SABA használatával egyidőben adott alacsony dózisú ICS, de szóba jön folyamatos alacsony dózisú ICS szükség szerint hozzáadott SABA alkalmazással (2. ábra).

A tünetvezérelt gyulladáscsökkentő-rohamoldó kezelés jelentősen kisebb ICS-összdózis mellett eredményes. A GINA 2019 alapján már egységes elvek szerint kezelhető a 6 éves kor feletti asztmás populáció. Az elvek a 6 éves kor alatti populációra is átvihetők, de ott elsősorban a diagnosztika és besorolás, a betegség heterogenitása, a számos anti-asztmatikum vonatkozásában hiányzó klinikai vizsgálatok a komplikáló tényező.

Summary

GINA 2019: a fundamental change in the management of mild asthma

István Laki MD; Pediatric Department, Pulmonary Hospital, Törökbálint,

The GINA 2019 report highlights significant updates in mild asthma management and these recommendations represent a clear deviation from decades of clinical practice mandating the use of symptom-driven SABA treatment alone in those with mild asthma. For safety, GINA no longer recommends treatment of asthma with SABA alone. The new inclusions of strategies such as symptom-driven (as-needed) ICS-formoterol and "ICS taken whenever SABA is taken" are based on several key trials.

KEYWORDS Global Initiative for asthma (GINA), asthma, symptom-driven therapy, ICS, SABA

Irodalom

1. 2019 GINA report, Global Initiative for asthma (GINA), Global strategy for asthma management and prevention (<https://ginasthma.org/2019-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>).
2. O'Byrne PM, Jenkins C, Bateman ED. The paradoxes of asthma management: time for a new approach? *Eur Respir J* 2017; 50: 1701103 [<https://doi.org/10.1183/13993003.01103-2017>].
3. O'Byrne PM, FitzGerald M, Bateman ED, et al. Inhaled combined budesonide-formoterol as needed in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018; 378:1865-1876.
4. Bateman ED, Reddel HK, O'Byrne PM, et al. As-needed budesonide-formoterol versus maintenance budesonide in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018; 378:1877-1887.

Útravaló tudnivaló

- Az asztma gyulladásos betegség, ezért kezelése enyhe formájában sem képzelhető el gyulladáscsökkentő nélkül.
- A GINA javasolja, hogy minden asztmában szenvedő serdülő és felnőtt tünet vezérelt, vagy rendszeres alacsony dózisú, ICS-tartalmú kontroller kezelést kapjon az exacerbatiós kockázat csökkentése érdekében.
- A tünetvezérelt gyulladáscsökkentő-rohamoldó kezelés jelentősen kisebb ICS-összdózis mellett eredményes.

Tesztkérdések

1. Kizárólagos SABA alkalmazás következménye lehet:
 - a) Béta-receptor downreguláció
 - b) csökkenő bronchodilator válasz
 - c) hiperreaktivitás fokozódás
 - d) mindegyik

2. A GINA enyhe asztmában javasolja a fenntartó kezelés nélküli:
 - a) A tünetvezérelt rohamoldó használatot
 - b) A tünetvezérelt ICS-β-receptor-mimetikum használatot

Az egyszerű választásos tesztekre a megoldást a társaság honlapján kérjük megjelölni: www.gyermekegyseg.hu. A legjobb megoldó 100 ezer Ft jutalomban részesül! Kreditpont a tesztek jól megoldóknak!

AZ ELLENÁLLÓ PROBIOTIKUM

KÁROSODÁS NÉLKÜL
LEÉR A VASTAGBÉLBE

MULTI-
REZISZTENCIA

- ← Gyomorsav¹
- ← Emésztőenzimek¹
- ← 14 féle antibiotikum hatóanyag
- ← Hőhatás²



GYÓGYSZER STÁTUSZ

Hatékonyságát és biztonságosságát az alkalmazási előírás és irodalmi adatok bizonyítják.



**HATÓANYAGÁT
4 BACILLUS CLAUSII
TÖRZS ALKOTJA:**
O/C, SIN, N/R, T³



KÖNNYŰ BEVÉTEL
Íztelen folyadék.



**AZ AKUT HASMENÉS KEZELÉSE
A NORMAFLORE EXTRÁVAL
LESZ TELJES.***

AKUT HASMENÉS* kiegészítő
kezelésében a Normaflore
hatékonyságát vizsgálat igazolja.

CSÖKKENTI

56%**

a székletürítések
számát.⁴

52%**

a hasmenéses
órák számát.⁴

Így csökkentheti a kiszáradás esélyét.

A LEGGYAKRABBAN HASZNÁLT
patikában kapható probiotikum család.⁵

85%

Ismeri a márkát

52%

Normaflore-t használ

ÉRZÉKENY BETEGCSOPORTOKNAK IS ALKALMAS



Cukormentes



Laktózmentes



Gluténmentes



Szoptatás és terhesség***

* Bakteriális vagy vírusos fertőzés okozta hasmenés. ** 72 óra után. *** Terhesség és szoptatás esetén az alkalmazás megkezdése előtt orvosi mérlegelés szükséges.

1 Ghelardi E. et al.: Journal of Applied Microbiology 2015; 119: 552-559

2 A B. clausii 50°C-ig szaporodni képes (Nielsen et al. Microbiology 1995; 141:1745-1761)

3 Urdaci M.C. et al.: J ClinGastroenterol, 2004;38 (Suppl 2): 86-90

4 Számított értékek Lahiri K. et al. Journal of Dental and Medical Sci, 2015, 14(5):74-76 alapján

5 INSPIRA RESEARCH KFT.: OTC Brand Monitor, Probiotikum kategória - Nem antibiotikummal összefüggő hasmenés kezelése, 2019.december.

Elérés: www.normaflore.hu/egyeb-cikkek/kutatas-nem-antibiotikum-okozta-hasmenesben-szenvedok-koreben

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

NORMAFLORE EXTRA 4 MILLIÁRD/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ:



SANOFI

Bacillus clausii spórát tartalmazó, vény nélkül kapható gyógyszer.

SANOFI-AVENTIS Zrt. - 1045 Budapest, Tó u. 1-5. - Telefon: (+36 1) 505 0050 - Fax: (+36 1) 505 0060

Gyógyszerinformációs szolgálat: (+36 1) 505 0055 - Web: www.sanofi.hu, www.normaflore.hu - SAHU.BCL.20.02.0055 (2020.02.15)

Anya-, újszülött- és csecsemőábrázolás a képzőművészetben

Harmat György dr.

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
(Dékán: Dr. Nagy Zoltán Zsolt)
E-posta: gyharmat1951@gmail.com

Az archaikus egyiptomi művészetben már megjelent a gyermek ábrázolása anyja oldalán, de a gyermekkor önmagában történő ábrázolásával csak jóval később, a hellenisztikus szobrászatban találkozunk.

A legkorábbi lelet 5500 évvel ezelőtti kisplasztika, feltehetően kultikus céllal készült (1. ábra). A szoptató anya feje nagyobb, de a gyermek is más arányokat mutat. Az arc és a szoptatás azonban hűen mutatja a szituációt. A gyermek keze viszont igen alaposan kimunkált.

Az ókori Egyiptomban – szemben más despotikus társadalmakkal – a nőnek komoly jogai voltak és nagy tiszteletnek örvendett. Nem lehetett bántani, gyengédnek kellett vele lenni, az anya tiszteletére való nevelés pedig a legfontosabb egyiptomi életelvek közé tartozott. Mint tudjuk, az egyiptomiak túlvilági életbe vetett hite szerint a sírkamra festményei, szobrai annak biztosítékai voltak, hogy az

elhunyt élete halála után is változatlanul folytatódjon. Ezért az anya képe is gyakran szerepelt a sírkamrák falán – ez is szép bizonyítéka az örökös együttlétre való vágyakozásnak.

Szokatlan viszont az a sírfestmény, amelyet egy közrendű sírjában találtak és amelyen egy fa istennő szoptatja az elhunytat (*Szoptató istennő*, Kr.e. 1450–1400 körül, thébai nyugati part) (2. ábra).

A gyermekkor ábrázolása már az ókori Egyiptom szobrászatában is megjelent, mégpedig az anya-gyermek kapcsolat ábrázolásában, összefüggésben az anyaság tiszteletével (lásd „*Aní intelmei*”)(2)

A viszonylag ritkának számító „szoptató nő” típusú ábrázolások szépen illusztrálják az anya nagyfokú tiszteletének tendenciáját. Aní intelmei között például a következőket lehet olvasni:

*„Kétszerezd meg a kenyeret, melyet anyádtól kaptál,
Hordozd ot, ahogy ő is hordozott.
Sok gondja-baja volt veled. [...] Nyakában hordott,
három évig volt melle a szádban.
Nem fintorgott az ürülékedtől,
és nem mondta: Hát ezzel mit tegyek?”*



1. ábra: Szoptató Ivora szobor, „Asszony gyermekkel” (elefántcsont, 7,5 cm), Kr.e. 3500 körül



2. ábra: Szoptató Faistennő. Festett stukkó, 18 cm, a thébai nyugati part egyik sírjából, Kr.e. 1450-1400 körül

Két, a Középbírodalomból származó réz kisplasztika is szép példáját adja az ilyen ábrázolásoknak: az egyik Szebeknaht hercegnőt mutatja be, a másikat Ízisz istennőnek szentelték. Ezek a Brooklyn Múzeumban és a berlini múzeumban találhatók. (3. és 4. ábra).

A szobrok pontosan ábrázolják a szoptatási helyzeteket, ahogy az anya emlőjét a gyermek szájához segíti, másik kezével fejét tartja. Az első szoborkompozíciónál a gyermekét figyeli, míg a másodikon inkább előkelő pózban tartja a fejét, ez az ábrázolás inkább szertartásos megjelenítésre utal (1).

A római korban természetes ábrázolás a domborműveken (5. ábra). A római sír dombormű természetesen ábrázolja a szoptató anya képét. Az anya karjában tartja és támasztja a gyermeket a



3. ábra: Szebekhnat hercegnő gyermekét szoptatja. Réz, 9,5 cm. Kr.e. 1900–1800 körül



4. ábra: Kisfiút szoptató asszony. Réz, 12 cm, Kr.e. 1900–1800 körül



5. ábra: Római sír dombormű természetesen ábrázolja a szoptató anya képét. Az anya karjában tartja és támasztja a gyermeket a kereveten.



6. ábra: A szoptató Istenanya – „Maria Lactans”. Mészkö, 55 cm. Medinet-el-Fajúnból. Kr.u. V-VI. sz.

kereveten, a gyermek guguló, ülő helyzetben szopik.

A későkorban elterjedtebbé válnak a „szoptató anya” típusú jelenetek, de ezeken már Ízisz istennő szoptatja a gyermek Hóruszt. Ezek az ábrázolások az anyaistennő-ábrázolások prototípusainak tekinthetők és valahol a profán és a vallásos ábrázolás között helyezkednek el.

Mária tiszteletének hivatalossá válása aztán fokozatosan háttérbe szorította az egyiptomi nagy Isis istennőt is. Isis egyik tulajdonsága az anyai gondoskodás, akárcsak Máriának, aki alapvetően népe, az emberek jólétének szentelte magát. Ez Kr.u. V-VI. századtól óriási mértékben növekedett az egész emberi

séget oltalmazó, önmagát az emberek jólétének áldozó „Istenanya” mítoszát (1).

Egyébként a korai időkben még sokszor keverték Máriát Ízisszel, de Déméter (gyermek: Persephoné) földistennővel is.

A „Maria lactans” című relief – amely egy sírsztélé ábrázolása – már a V-VI. században készült, ókeresztény – kopt munka, de még mindig a fáraók korából vett motívumot hordja magában (6. ábra).

Irodalom

1. Wenig, Steffen: A nő az ókori Egyiptomban. Corvina Kiadó, 1967. 11-28. old.
2. Támba Renátó: Gyermek ábrázolás története a XIX. századig. 2015.

Fiatal Gyermekgyógyászok

XIX. Konferenciája, 2020

Balatonalmádi, Hunguest Hotel BÁL Resort
2020. április 17–19.

Szervező

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Szervezőbizottság tagjai

Dr. Avramucz Zsuzsanna
Dr. Gács Éva
Dr. Horváth Ágnes

Dr. Kémenes Anna
Dr. Mizsér Kitty
Dr. Oberfrank Míra

Dr. Szabó László
Dr. Szekeres Klaudia
Dr. Szűcs Ildikó

Dr. Takács Dorottya
Dr. Török András
Dr. Törköly Kata

A konferencia elnöke

Dr. Nagy Anikó

A konferencia védnöke

Dr. Gárdos László az MGYT elnöke

Szponzorok

Avexis Inc.,
Biomarin Europe Kft.
Boiron Hungária Kft.,
IQVIA RDS Magyarország
Nestlé Hungária Kft.
Numil Hungary Kft.
Strathmann GmbH.&Co.KG
Vitaminkosár Kft.

Meghívott előadó

Rüya Meriç – The European Young Pediatricians Association elnöke

Szponzorált előadások:

Dr. Egyed Dávid (IQVIA RDS Magyarország)
Prof. dr. Molnár Mária Judit (Avexis Inc.)
Dr. Varga Norbert (Biomarin Europe Kft.)

Szervező iroda

K&M Congress Kft.
1064 Budapest, Podmaniczky utca 75.
telefon: +36 (1) 301-2000, fax: +36 (1) 301-2001
e-mail: info@kmcongress.com
honlap: kmcongress.com



Kedves Kollégák!

Nagy örömünkre szolgál, hogy a *Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet* egy évtizeden belül másodjára is vendégül láthatja a gyermekgyógyász társadalmat a *Fiatal Gyermekgyógyászok XIX. Konferenciáján*. Választásunk idén a mindenkiben kellemes emlékeket idéző Balaton északi partjára esett. Legyen szó gyermekkori pancsolásról, a sajtos tejfölös lángos illatáról, a meleg fuvalat érintéséről egy vitorláson, a 220 km-es váltófutás izgalmáról vagy éppen vad tombolásról egy fesztiválon, mindenkinek más-más jut eszébe a magyar tenger hallatán.

Szeretnénk, ha az ország valamennyi tájáról érkező vendég újabb (vagy éppen első) élményeket gyűjthetne ezen a csodálatos vidéken a szakmai tu-

dás bővítése mellett. Nagy szeretettel várjuk a határon túlról érkező magyar vendégeket, továbbá az *Európai Gyermekgyógyász Társaság* képviselőit.

Idén először a házi gyermekorvosok is külön képviseltetik magukat a rendezvényen, a már „hagyományos résztvevőnek” tekinthető társszakmák mellett, mint például a gyermeksebészet vagy bőrgyógyászat. A rengeteg izgalmas és tanulságos eset közös elemzése után hajókirándulásra indulhatunk a balatoni naplementében, vagy éppen műveltségünket csillogtathatjuk meg egy QuizNight keretei között – és természetesen nem maradhat el a füredi „orvos-bál” sem!

Sok szeretettel várunk minden érdeklődőt, tanulni vágyót és a Balaton szerelmeseit!

Sajnos a jelenlegi járványügyi helyzetre való tekintettel a konferenciát a tervezettnél későbbi időpontra kell halasztanunk, de nagy szeretettel osztjuk meg a gyermekorvos-társadalommal a beérkezett absztraktokat.

A FIGYEK Szervezőbizottsága
nevében
Avramucz Zsuzsanna



HÁZI HEKK

Mi ebben a (gene)ráció?

Pölöskey Péter dr.

házi gyermekorvos, Szombathely

A magyarországi házi gyermekorvosok, a hazai gyermek-alapellátás fennmaradásáért dolgozók, vagy a gyermekegészségügy iránt kicsit is érdeklődők számára lassan alapvetésnek számít, hogy a magyarországi házi gyermekorvoslás – legalábbis jelenlegi formájában – rövid időn belül működésképtelenné válhat.

Egyetértés van abban is, hogy a gyermekalapellátás reformjának, vagy újra szervezésének sikere a ráfordított rengeteg energia és pénz - rezidens ösztöndíjak, letelepedési pályázatok - ellenére sem lehet eredményes, ha a rendszerbe nem lépnek be nagy számban (!) azok a 30-40 éves – vagyis az Y generációhoz tartozó – pályájuk elején járó fiatalok, akikkel a kialakítandó új szerkezetben megoldhatóvá válna a magyarországi gyermekek térben és időben is átfogó egészségügyi ellátása. Sajnos a helyzet 2020-ban sem tűnik kedvezőbbnek, mint 3-4 évvel korábban. A legutolsó ismert adatok alapján a 40 évnél fiatalabban praktizálók aránya Magyarországon az 5%-ot (!) sem éri el az összes házi gyermekorvos között.

Ez az előadás a generáció-elmélet ismereteit felhasználva próbálja meg összefoglalni azokat a körülményeket, melyek szerepet játszhatnak abban, hogy a házi gyermekorvoslás nem vonzó a fiatal orvosok számára, és amelyek megváltoztatása hozzájárulhatna szakmánk megfiatalodásához.

Más szemmel

Világos Eszter dr.

Gyenesdiás Gyermekorvosi Rendelő

Az előadás során a szerző fordultatos szakmai életútját ismerteti. Rezidenséveit a Tolna Megyei Kórház gyermekosztályán kezdte, majd szakorvosképzését Budapesten az I. Számú Gyermekgyógyászati Klinikán folytatta. Jelenleg a Balaton északi partján alapellátó gyermekgyógyász szakorvosként dolgozik. A fiatal doktornő saját tapasztalatok alapján mutatja be a klinikai lét és a praxisban töltött munka

közi különbségeket, ugyanakkor hangsúlyozza a klinikusok és az alapellátó gyermekgyógyászok együttműködésének jelentőségét a hatékony betegellátásban. Továbbá rávilágít arra, hogy napjainkban a szülői edukáció és az egészségnevelés elengedhetetlen feladat.

Az előadás az alapellátásban dolgozó fiatal gyermekgyógyászok és a Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának munkájára és annak fontosságára hívja fel a figyelmet.

Játékszerek orvosoknak – Korszerű diagnosztika a gyermekrendelőben

Dalloul Hicham dr., Tordas Dániel dr.

Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társasága

Budakalász, alapellátó gyermekgyógyászati körzetek

Alapellátó gyermekorvosként dolgozva akár a háziorvosi praxis volt az álunk már az egyetem alatt is, akár csak a körülmények hozták úgy, hogy magunk mögött hagytuk a klinikai karriert, mindnyájunknak komoly osztályos gyermekellátási tapasztalatunk van. A kórházi munka megalapozza a gyermekgyógyászati tudást, a magabiztosságot azonban sokszor csak a kollegák jelenléte, illetve a különböző laboratóriumi és képződi diagnosztikai tesztek elérhetősége nyújtja. Az alapellátó tevékenység sarokkövei közül a prevenciós feladatokat, az egészségnevelést el lehet végezni egy fonendoszkóppal a nyakban is, azonban annak érdekében, hogy hatékonyan tudjuk a terhet a gyermekgyógyászati szakellátás és a kórházi osztályok válláról levenni, hogy csökkenteni tudjuk az elszigetelt orvosi munka bizonytalanságát, számos gyors és egyszerű diagnosztikai teszt, és munkánkat megkönnyítő eszköz áll rendelkezésünkre.

Mi, a szerzők, mindketten intenzív osztályos háttérrel, önálló ügyeletekkel a hátunk mögött vetettük bele magunkat az alapellátás szépségeibe. Kis túlzással a rendelő felszereltsége akkor, egy darab pupillalámpából állt. A korszerű és színvonalas gyógyítás érdekében, azóta számos eszközt szereztünk be. Így CRP automata eredményeivel dokumentáltan követhetjük a fertőzések gyógyulását, vérkép-automatával támaszthatjuk alá annak bakteriális voltát vagy, hogy a petechiák az arcon hematológiai betegség vagy csak a hányás következményei. Vizeletvizsgáló berendezés segít a húgyúti fertőzések diagnosztizálásában. ABPM-el igazolhatjuk, hogy az iskolai szűrésen mért vérnyomás csak fehérvérnyomás hipertónia volt, saturatio mérővel szűrjük az újszülötteket víciomok irányában, illetve ezek segítségével követjük a Ventolin hatását obstruktív bronchitis esetén. Streptococcus és mononucleosis gyors tesztekkel differenciálunk torokgyulladások között. Szívóberendezés, vénakereső lámpa és EKG segíti az akut betegellátást, illetve egycsatornás EKG otthonra történő kiadásával csíphetjük nyakon az AVNRT-t. Mindezeket túl videootoszkóppal és digitális fonendoszkóppal segítjük a szülőket a betegségek megértésében, és modern, online beteghívó rendszer csökkenti a rendelői várakozás feszültségét.

Eszközeink nem csak a mi bizonytalanságunkat mérsékelik, de tapasztalataink alapján egyértelműen csökkentik a szakorvosi és a kórházi beutalási gyakoriságot, az antibiotikum használatot, valamint segítenek a helyes döntések meghozatalában. Növelik a szülők felénk táplált bizalmát, és kiemelik praxisainkat a többi közül. Előadásunkban szeretnénk bemutatni rendelőnket, eszközeinket és azt, hogy van élet a kórházi orvoslás után. És van gyógyítás az előtt.



Online kommunikáció a gyermekgyógyászati alapellátásban

Altörjai Péter^{1,2,3}

¹Tóth Ilona Egészségügyi Szolgálat, Csepel

²Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társasága

³Európai Gyermekgyógyászati Akadémia

Az online tér, különösen a közösségi média használata napjainkra a 20-as, 30-as és 40-es korosztály életének alapvető részévé vált. A mai kamaszoknál ezen a területen éppen már a sokadik generációváltás zajlik, amikor szüleik jól bevált közösségi platformjai helyett újabb és újabb felkapott felületeken kezdik el virtuális életüket élni.

De vajon miért alkalmaz már 2007 óta a Mayo Klinika közösségi média referenst? Vagy hogyan sikerült az izraeli egészségügyi minisztériumnak vert helyzetből felállnia és túlnyomórészt a Facebook segítségével 70% feletti poliovírus elleni átoltottságot elérni a 2013-ban?

És ami a gyermekgyógyászati alapellátást illeti: miként segítette pl. az asztmakontrollt az email, majd később a közösségi média, és végül milyen újításokat hozott ezen a téren az applikációk forradalma? Létezik-e kommunikációs kódex az online térben zajló orvos-beteg kapcsolatban, különösen az alapellátás területén? Mit javasolnak a szakértők, kiknek és milyen mértékben kellene rá látni, érteni és használni az internet adta lehetőségeket az egészségügyben? Miért van ebben az apomediációs folyamatban nekünk, gyermekorvosoknak kitüntetett szerepünk? Bizonyítja bármi is mindezen befektetett energia megtérülését? A fenti kérdésekre a választ a témában már több előadást és publikációt jegyző alapellátó gyermekorvos reméli megadni.

Mihez ért a házi gyermekorvos? Semmihez? Mindenhez! – Szakmai útmutatók fejlesztése az alapellátás számára

Sutka Melinda dr.¹, Müller Katalin dr.²

¹38. Sz. Gyermekgyógyászati Körzet, Debrecen

²DEKK Gyermekgyógyászati Klinika

Az egészségügyi ellátórendszer felosztása alap- és szakellátásra meglehetősen mesterséges, mivel a valóságban a betegek gyógyítása nem ennyire hierarchikus és kategorizált módon történik. Az alapellátás a betegellátás folyamatának fontos része, amely az egészségügyi problémák széles skálájával foglalkozik, de hatásköre nem mindig egyértelműen meghatározott, és jelentős átfedést mutat a szakellátás feladataival.

Az elmúlt időszakban az alap-, illetve szakellátás területén elmentésen mozgó tendenciák figyelhetők meg: míg a szakellátás egyre szűkebb, specifikusabb területre koncentrál a betegellátásnak, addig az alapellátás feladatköre egyre szélesedik.

A fenti jellemzők nagy kihívás elé állítják az alapellátó gyermekorvosot, hiszen gyakorlatilag a teljes gyermekgyógyászat területén kell tudását (és rendelőjének felszereltségét) naprakészen tartania, kompetenciakörét lehetőleg legjobban kihasználva megszervezni és koordinálni betegei kivizsgálását, kezelését és gondozását.

A speciálisan az alapellátás számára kifejlesztett szakmai útmutatók segítik az alapellátó gyermekgyógyászokat a korszerű, nemzetközi irányelvek szerinti ellátás megvalósításában; segítenek megtalálni a határaikat és kihozni a lehetőségeikből a maximumot.

A diagnosztikus feladatokon kívül pontosítják, hogy mely esetekben kell kórházi beutalás (sürgősséggel vagy előjegyzéssel) vagy szakrendelésre irányítás; milyen vizsgálatok végzése java-

solt a szakrendelésre irányítás előtt; milyen terápiás lépések elkezdése javasolt már a beutalás előtt; milyen eredményeket, adatokat várnak a szakrendelők a beteg beutalásakor.

A szakmai útmutatók az egyes ellátási szintek feladatköreinek egyértelmű kijelölésével javítják a különböző ellátási szintek együttműködését, csökkentve a szakrendelői terhelést ill. az orvosok egymással szembeni frusztrációját. Az alapellátó gyermekorvos kompetenciájának maximális kihasználásával és a nemzetközi irányelvekkel összhangban elvégzett munka pedig nagyban hozzájárul a szakmai önbecsülés egyéni, és csoportos megőrzéséhez.

Az adekvát ellátási szinten megtörténő ellátás javítja a betegellátottságot, és ezzel együtt az ellátás minőségét is, illetve költséghatékonyabbá teszi az egészségügyi rendszer működését.

Praxisközösség, csoportpraxis – a gyermekgyógyászati alapellátás jövőjének lehetséges perspektívái

Losonczi László dr.^{1,2}

¹Zuglói Praxisközösség

²Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társasága

Az alapellátó gyermekorvos mindennapi feladatai jelenleg az esetek többségében a banális fertőző betegségek ellátásában, ill. az egészséges csecsemők és kisgyermek életkorhoz kötött státuszvizsgálataiban merülnek ki. A mai gyermek-alapellátási rendszerben – túlnyomórészt un. szülő praxisok működnek – ezen teendők mellett ugyanakkor nincs lehetőség a krónikus betegek, pl. asztmás, elhízott gyermekek gondozására, a szülők edukációjára. Ezzel szemben a praxisközösségekben a prevenció és kezelés keretében az alapellátó gyermekorvos e betegek gondozását végzi, munkáját pedig un. többlétszámú gondozásban dietetikus, pszichológus és gyógytornász segíti. Ebben a modellben az egyes praxisokban a szülő praxisokéval megegyező létszámú gyermeket gondoznak.

A gyermekgyógyászati alapellátás másik nehézsége a szakrendelői ellátás szükségessége esetén az elhúzó előjegyzés, ill. privát ellátás kapcsán a költségnövekedés, amelyek további terhet jelentenek a betegeknek és szüleiknek. Erre nyújthat megoldást a csoportpraxis, amelyben több, további szakvizsgálóval – pl. gasztroenterológus, kardiológus stb. – rendelkező alapellátó gyermekorvos dolgozik együtt, így téve még hatékonyabbá a beteg gyermekek alapellátását. Ebben a rendszerben az együtt dolgozó alapellátó gyermekorvosok a szülő praxisoknál jóval nagyobb létszámú gyermeket, közösen gondoznak.

A házi gyermekorvoslás jövőjét ezek az alternatívák jelenthetik, amellyel az ellátási szintek feladatmegosztása, így a rendszer résztvevőinek kapacitása is optimalizálható. Az előadó az egyik hazai praxisközösség alapellátó gyermekorvos tagja.

Kihívások és lehetőségek a gyermek palliatív ellátásban az alapellátó gyermekorvos szemszögéből

Losonczi László dr.^{1,2}, Benyó Gábor dr.¹

¹Tábita Gyermekhospice Ház, Törökbálint

²Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társasága

Az alapellátó gyermekorvos praxisában ritkán gondoz palliatív ellátást igénylő gyermeket. Ezen páciensek tünetmenedzselése speciális ismereteket igényelhet, például az életvégi ellátás során a fájdalomcsillapítás lehetőségei tekintetében, az alapbe-



tegség miatti gondozás koordinálásában, vagy a felnőtt gondozásba való áthelyezés, a tranzíció folyamatában. Így ezek a speciális feladatok kihívást jelentenek az alapellátó gyermekorvosok számára.

A Tábita Gyermekhospice Ház működésének egy évtizede alatt az országos gyermek hospice-palliatív ellátás központjává vált. Kiemelt feladata az e gyermeket gondozó alapellátó gyermekorvosokkal való kapcsolattartás, számukra szükség esetén segítségnyújtás - akár az otthon ápolt haldokló gyermek ellátásában -, illetve az alapellátó gyermekorvosok megismertetése és tájékoztatása a palliatív ellátás lehetőségeiről. Mindezen feladatok elvégzésében alapellátó gyermekorvos is aktívan részt vesz.

Hogyan jutunk a lábtól a belekig?

Nagy Ilona dr.¹, Cseh Áron dr.²

¹ XV/3 Sz. Gyermekrendelő Budapest

² Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Kutatások szerint gyermekkorban a Crohn-betegségben is gyakran találkozunk extraintesztinális kezdetű megjelenéssel ami jelentősen megnehezíti a betegség korai diagnózisát. Az első tünetek és a diagnózis felállítása között átlagosan több év is eltelhet.

Esetünkben egy 12 éves fiú több mint két éves kórtörténetét, a pontos diagnózishoz vezető útját és betegségének gondozásával kapcsolatban felmerülő problémákat foglaljuk össze a háziorvos és a klinikus oldaláról.

Többkomponensű mosókapszula mérgezés

Balázs Barbara

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Toxicológia és Anyagcsere Osztály

Előadásom az egyik leggyakoribb eset a gyermektoxikológiai központban. Szinte nap, mint nap fordul elő többkomponensű mosókapszula okozta vagy ehhez hasonló marószér mérgezés, amely akár súlyos, maradandó károsodásokhoz vezethetnek a mérgezetek körében.

Szeretném bemutatni egy többkomponensű mosókapszula mérgezés esetleírását, ellátásának menetét, a legfontosabb tudnivalókat a vizsgálatokkal kapcsolatban, az vizsgálatokra való felkészítés ápolási vonatkozásait, továbbá az eredményeknek, diagnózisoknak megfelelő osztályos ellátás menetét, edukáció fontos pontjait.

Előadásom elengedhetetlen további része az elsősegélynyújtás marószér mérgezés esetén, amely tudásában, akár csökkenthető a károsodások, felmaródások mértéke.

Védőnői kihívások a külföldi páciensek gondozása kapcsán

Szőllősi Katalin^{1,2}, Szabó László dr.^{1,3}

¹ Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Családgondozási Módszertani Tanszék

² Semmelweis Egyetem, Rácz Károly Doktori Iskola

³ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Háttér: 2019-ben az expatok száma 180773 volt hazánkban. Növekvő születésszámuk megkívánja, hogy a rendszer megfelelően biztosítsa ellátásukat életvitelszerű tartózkodásuk idejére. A

magyar rendszer azonban nincs felkészülve a külföldi betegek ellátására. A külföldi állampolgárok szülészeti és gyermek-egészségügyi ellátása kapcsán a szabályozás nem egyértelmű.

Cél: a külföldi páciensek ellátásával kapcsolatos jogszabályi környezet és gyakorlat feltérképezése, az ellátásuk kapcsán jelentkező problémák azonosítása.

Módszerek: A védőnői és házi gyermekorvosi ellátással kapcsolatos jogszabályok, illetve a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől kért, külföldi páciensek ellátásával kapcsolatos állásfoglalás értelmezése. Kettő kórházi és öt területi védőnő tapasztalatának felmérése interjú módszerével.

Eredmények: A külföldi állampolgárságú várandósok nagy része számára ismeretlen a hazai védőnői rendszer, gondozásba vételük gyakran csak a szülés után történik meg. Ellátásuk a későbbiekben is esetleges és alkalmi marad, illetve nagyban függ a védőnő angol nyelvtudásának szintjétől, mely rontja a hozzáférhetőséget és egyenlőtlen ellátást eredményez. A kórházi szakellátásban, a szülést követő néhány napban kevés idő áll rendelkezésre az alapellátásban történő gondozásuk megszervezéséhez, házi gyermekorvos személyéről gyakran csak a szülés után döntenek. A külföldi páciensek ellátásában nehézséget jelentenek a nyelvi akadályok, tolmács biztosításának nehézségei, bizonytalan biztosítottaságuk, kulturális különbségek, a gondozási szolgáltatásuk finanszírozása, az egyértelmű szabályozás és az alapellátás humán erőforrás hiánya, amelyek késleltetik vagy meghiúsítják a várandósok és újszülöttek időben történő védőnői és házi gyermekorvosi gondozásba vételét.

Következtetések: A külföldiekre adaptált szektorsemleges, komplex védőnői gondozási rendszer kialakítása szükséges, amelyben a külföldi várandósok és újszülöttek ellátásában, hazaadásában nagy szereppel bír a kórházi védőnő kulcsszerepet tölt be.

Kulcsszavak: védőnői gondozás, külföldi állampolgárok ellátása, várandósgondozás

Osteomyelitis eseteink 2015–2020 között

Molnár Evelin dr., Fekete Ferenc dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

A gyermekkorban a musculosceletális betegségek egy növekvő incidenciájú, változatos patogenezisű és megjelenésű, komplex szemléletet igénylő betegcsoport. Vizsgálatunk célja a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben 2015-2020 között akut osteomyelitisszel kezelt betegek adatainak elemzése alapján a diagnosztikus, terápiás lehetőségek és prognosztikai tényezők újragondolása volt.

Az elmúlt öt évben összesen 36 gyermeket kezeltünk Fekvébeteg Osztályainkon osteomyelitis diagnózissal. A betegek közel fele kis iskoláskorú (47,7%) volt, valamivel kevesebb kamaszkorú (27,7%), és még kevesebb kisdad (13,8%), illetve csecsemő (11%). Átlagosan 12 napja fennálló panaszokkal érkeztek a betegek. Ezek közül a láz (77%-ban) átlagosan 3 napja volt. Emellett leggyakrabban lokális fájdalom, nyomásérzékenység (97%) fordult elő, majd a duzzanat, bőrpír (61%-ban) és gyakori volt a funkciócsökkenés (41%) is. Trauma az esetek egyharmadában fordult elő. Lokalizáció tekintetében leggyakrabban a csőves csontok (30%) érintettségét találtuk, kisebb számban csípőízületi, csípőlapátot, valamint a lábat érintő gyulladásos folyamatot igazoltunk. Öt betegnél egyidejű septicus arthritis is zajlott. A gyulladásos paraméterek közül a CRP emelkedés és a süllyedés gyorsulása volt a legreprezentatívabb, míg a fehérvérsejtszám gyakran normál tartományban volt. A korokozó kimutatása az esetek 66%-ban volt sikeres, haemocultura vagy sebváladék tenyésztés útján. Az esetek csaknem felében Staphylo-



coccus aureust izoláltunk, 4 esetben pedig Streptococcus törzs került azonosításra.

A képalkotók közül először rtg és Uh vizsgálat készült. Az ultrahang az esetek csaknem felében mutatott pozitív eltérést, ám sokkal hamarabb ábrázolták a gyulladásos jelek izületi, kötőszöveti, izom érintettség esetén. Az MRI vizsgálat az esetek 84%-ban mutatott pozitivitást.

A terápia során rendkívül fontos az empirikus antibiotikum kezelés elkezdése. A betegek döntő többsége a diagnózis felállítását követően parenterális flucloxacillin kezelésben részesült. Átlagosan 13 napig tartott az intravénás antibiotikum kezelés, majd ezt követően átlagosan 23 napig tartó per os kezelés következett. Műtéti beavatkozás, mintavétel, drainage összesen 23 esetben történt.

A kezelés hatékonyságát jól mutatta a CRP csökkenése, és a klinikai tünetek javulása. Öt betegünk esetében észleltünk szövődményt.

Összegezve egy nehezen diagnosztizálható és súlyos betegséget is időben és helyes antibiotikum választással kezelve eredményesen gyógyíthatunk.

Mit tehet az orvos? Avagy a szülői akarat határai-esetismertetés

Kiss Éva, Szakos Erzsébet, Kristóf Orsolya, Pleszkó Apollónia, Németh Gabriella, Kosaras Éva

B-A-Z Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ

Bevezetés: A gyermek és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa súlyos, életveszélyes pszichiátriai betegség, mely a felnőttkorra átvélő krónikus pszichés és szomatikus betegségekhez és korai haláláhozhoz vezet. Gyakorisága 0,4-0,8%. Főként a lányokat érinti a betegség, a fiú-lány arány 1:10. Okai közé sorolható pszichológiai, családi, társadalmi tényezők és genetikai- neurobiológiai tényezőknek is jelentős szerepe van.

Esetismertetés: Kifejezett mértékű, folyamatos fogyás miatt kezdtük kivizsgálását, a korábban krónikus betegségben nem szenvedő 14 éves serdülő lánynak. Kivizsgálás során laborparamétereiben élettani értékeket detektáltunk. Coeliákia szűrés, nutritív allergia irányú specifikus IgE-vizsgálat eredménye negatív lett, felszívódási zavart, hiányállapotot kizártunk. Hasi térfoglaló folyamat kizárása céljából hasi ultrahang készült, melyen ép anatómiai viszonyok ábrázolódtak. Helicobacter gastritis és eosinophil oesophagitis irányába oesophago-gastro-duodenoscopya történt, melynek során makroszkóposan mérsékelt fokú krónikus gastritisnek megfelelő kép volt látható, tüneti terápiában részesült. Gyulladásos bélbetegség gyanúja miatt ileo-colonoscopya történt, negatív eredménnyel. Hüvelyi fluor, dysuriás panaszok miatt nőgyógyászati konzíliumot követően célzott antibiotikum terápiában részesült. Komplex kivizsgálás során szervi okot nem tudtunk igazolni, felmerült pszichés eredet lehetősége, másodvéleményezést követően megállapították az evészavar fennállását. Szülő a felvetett diagnózist nem fogadta el, ismételt kérésére tumor illetve gyulladás irányú kutatás céljából teljes test PET-CT vizsgálat történt, negatív eredménnyel. Területileg illetékes Debreceni Ifjúságpszichiátriai Osztályra került felvételre kezelés céljából, ahonnan kifejezett bradycardia miatt kérték visszavételét. Osztályunkon nasogastricus szondatáplálást vettünk be ismételt. Bentfekvése alatt pszichés vezetés és gyógytorna történt napi rendszerességgel. Három hét ápolás után Debreceni Ifjúságpszichiátriai Osztályára terveztük áthelyezését, amit a szülő visszautasított. Szülő által kezdeményezett (!) felnőtt sebészeti konzílium történt, mely során arteria mesenterica superior syndroma kizárására tettek javaslatot. Color Dopplerrel kiegészített hasi ultrahang vizsgálattal az ér kóros szögben való eredése

nem igazolódott, MR-enterographia passage akadály, vékonybelet érintő szűkület lehetőségét nem igazolja, koponya MRI központi idegrendszeri térfoglalást, gyulladást kizárt. A korábban elvégzett és szülő kérésére történt kiegészítő vizsgálatok az organikus ok fennállását egyértelműen kizárták, anorexia nervosa diagnózisa megállapítható, a területileg illetékes Debreceni Ifjúságpszichiátriai Osztályra terveztük átadását, ám a szülő kezdeményezésére (!) Budapesti Bethesda Gyermekkórházba került áthelyezésre. Definitív ellátása területileg illetékes Gyermekpszichiátriai Osztályon történt meg.

Következtetés: Esetünkön keresztül arra szeretnénk felhívni a figyelmet, milyen rögzítségé válhat az út a definitív ellátásig, ha a szülő nem képes elfogadni gyermekének betegségét. A kimondott diagnózist követően, a szülő bele nem törődése miatt, vizsgálatok hosszú sora következett, ami miatt a serdülő lány idővesztéssel került a neki megfelelő komplex ellátás alá.

Egy egészségnevelő program tapasztalatai gyermekgyógyász szemmel

Herczeg Vivien dr.^{1,2}, Eörsi Dániel dr.²

1 Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

2 Semmelweis Egyetem, ÁOK, Balassagyarmati Egészségnevelő Program

Bevezetés: Az életmód-függő betegségek világszerte a vezető morbiditási és mortalitási tényezők között szerepelnek, ezért egyre nagyobb az igény és egyre több figyelem irányul az életmódváltozást támogató egészségnevelő programokra. Szokásaink egész életünkben alakulnak, ezért bármely életkorban van létjogosultsága az egészségnevelésnek – ám a legtöbb program (így az általam bemutatni kívánt is) a gyermek és serdülő korosztályt célozza.

A program leírása: A Semmelweis Egyetem szervezésében 2017 óta zajlik egy iskolai egészségfejlesztési és pályaorientációs program a kedvezőtlen szocioökonómiai paraméterekkel jellemezhető Balassagyarmaton. A kortárs oktatáson alapuló, interaktív, kiscsoportos, élménypedagógiai szemléletű oktatást gamifikált online képzési elemek egészítik ki. A fókuszban a legfontosabb életmód-függő rizikótényezők mellett a mentálhigiéné és a családtervezés tematikája is szerepet kapott. Programunk másik eleme a „pályaorientáció”, mely során saját élmény gyakorlatokon keresztül a fiataloknak lehetősége nyílik személyes erőforrásaik, motivációik, kihívásaik, céljaik és vágyaik azonosítására, jövőjük tudatosabb tervezésére.

Eredmények, tapasztalatok: Egészségnevelési programunkban eddig összesen 67 önkéntes oktatót részesítettünk képzésben, akik 826 diáknak 753 tanórát tartottak meg, melyek mellett 41 online tananyag (e-learning) készült el. Tapasztalataink szerint fontos tényező a hitelesség (kortárs oktatás), a folytonosság (személyes és online oktatás), hogy minél több tényezőre legyen hatással (képeség, motiváció és környezet), illetve, hogy képzési típustól függetlenül biztosítsuk diákjainknak a siker és az élnetesség élményét. Programunk hatásosságát komplex, kvalitatív és kvantitatív elemeket is tartalmazó keresztmetszeti és longitudinális kutatással igyekszünk megbecsülni.

Összefoglalás: Gyermekgyógyászként legtöbbször a beteg gyermek gyógyítását, szekunder és tercier prevenciók ellátását végesszük. Ugyanakkor az is kiemelten fontos, hogy a mai fiatalok megkaphassák az életkoruknak megfelelő hiteles tudást, támogatást és lehetőséget, melyek birtokában, saját felelősségüket felismerve, motivációik és erőforrásaik felhasználásával egészségtudatos (és egészséges) felnőtté válhatnak.



Prehospitálisan alkalmazott antibiotikumok a Gyermekklinika akut ellátásában megjelent betegeinél

Fülöp Boglárka dr., Nyul Zoltán dr.

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

Bevezetés: Az antibiotikumok szerepe a bakteriális fertőzések kezelésében megkérdőjelezhetetlen, ugyanakkor egyre komolyabb problémát okoz a rezisztens kórokozók elterjedése és mind több a bizonyíték az antibiotikumoknak normál flórára kifejtett hatásának rövid és hosszú távú hátrányos következményére. A modern szemlélet az antibakteriális gyógyszerek racionális alkalmazását hangsúlyozza. Vizsgálatunkban a járóbeteg-ellátásban megfigyelhető antibiotikum felhasználásba kívántunk betekintést nyerni.

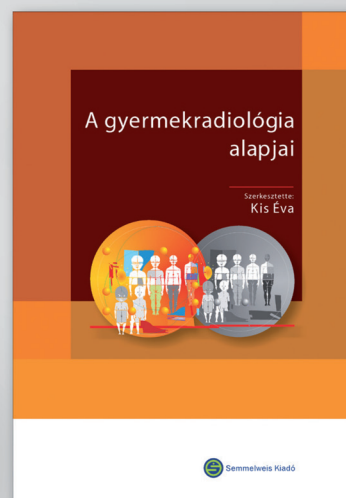
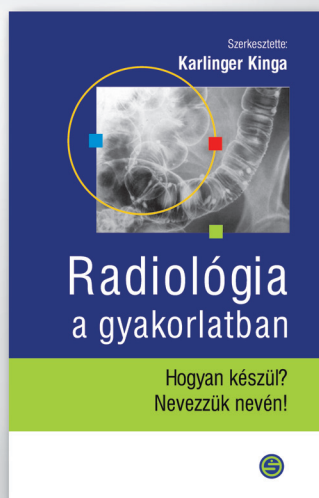
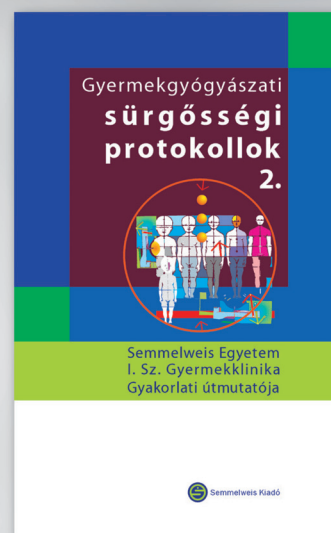
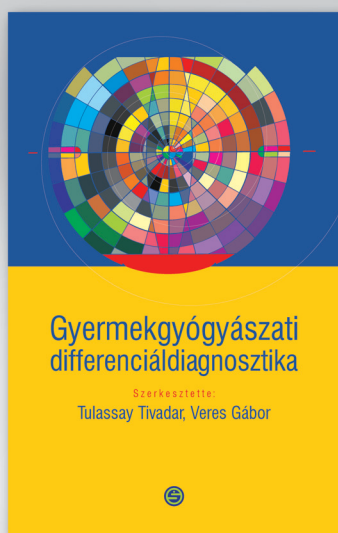
Módszer: 2019.01.01 és 2019.06.30 között a PTE KK Gyermekklinika sürgősségi és általános belgyógyászati ellátó helyére fertőzésre utaló tünetekkel beutalt betegek dokumentációit ele-

meztük retrospektíven. A nemzetközi szakmai irányelveknek megfelelő betegség definíciók és terápiás javaslat alapján vizsgáltuk, hogy: 1. a beküldés indokát képező betegség esetében felmerült-e bakteriális fertőzés lehetősége, 2. kapott-e a gyermek antibiotikumot, 3. indokolt volt-e antimikrobás kezelés, 4. megfelelő volt-e az antibiotikum választás.

Eredmények: Vizsgálatunk legfontosabb eredménye, hogy kohorszunkban az elrendelt antibiotikus kezelés mintegy 3/4-e indokolatlan. Az indokolt esetekben is többször eltért a választott antimikrobás szer az ajánlottól. A diagnosztikus vizsgálatok gyakori elmaradása szintén fontos megállapítás.

Összefoglalás: Vizsgálatunk a limitációk ellenére igazolja, hogy szignifikáns a különbség az antibiotikumok alkalmazásának alapelvei és annak érvényesülése között. Ennek okainak feltárása és a megfelelő cselekvésterv a jövő jelentős kihívása.

A gyermekgyógyászat szolgálatában





Kis-Balaton RITKA madara a kanalasGÉN

Az őszi kikerics és a hasfájás kapcsolata

Jenei Kinga dr., Dezsőfi Antal dr.

Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Eset: A jelenleg hatéves fiú anamnéziséből kiemelendő, hogy édesanyja a várandósság során petefészek carcinoma miatt kemoterápiában részesült. A gyermeket két éves korában kezdték vizsgálni súlyfejlődési elmaradás és visszatérő, lázzal kísért görcsös hasi fájdalom miatt. Több alkalommal történt gasztroenterológiai kivizsgálás, amelyek során képkötő és laboratóriumi vizsgálatokkal vashiányos vérszegénységen és mérsékelt emelkedett CPR értéken kívül kóros nem igazolódott. Három éves korában arcán és alsó végtagjain nehezen gyógyuló furunculások jelentek. Négy évesen részleges tüdővéna transzpozíció miatt korrekciós műtét történt, ezt követően kardiológiai szempontból egyensúlyban volt. A klinikai kép alapján felmerült a familiáris mediterrán láz lehetősége, ezért ilyen irányú immunológiai és genetikai vizsgálatot indítottunk. Láz kapcsán mért szérumban amyloid-A szintje emelkedett volt. Genetikai vizsgálata az MEFV génben c.2080A>G, p.(Met694Val) patogén variánsot igazolt heterozigóta formában, így a familiáris mediterrán láz diagnózisa megerősítést nyert és colchicin terápia indult.

Háttér: A familiáris mediterrán láz egy autoinflammációs betegség. A kórképet leggyakrabban az MEFV génben létrejövő homozigóta, ritkábban heterozigóta mutációk okozzák. Az első tünetek általában gyermekkorban jelentkeznek. A klinikai képet visszatérő, 24-72 órán át tartó lázas epizódok jellemzik, melyet serositás okozta hasfájás, mellkasi fájdalom, fejfájás, ízületi fájdalom kísér. Bőrgyulladás alsó végtagi erysipelas formájában jelentkezhet. Az epizódok között a betegek tünetmentesek. A láz során a CRP, szérumban amyloid-A és más akut fázis fehérjék szintje emelkedett. A betegség szövődménye lehet a másodlagos amyloidosis, amely gyakran a vesét érinti. A diagnózis a klinikai képen és a genetikai vizsgálaton alapul. A betegség első vonalbeli kezelése colchicinnel történik, terápiaerezisztens esetben interleukin-1 inhibitor terápia választandó.

A füstfelhő eloszlik

Németh Gitta dr., Péter István dr.,
Hollódy Katalin dr.

PTE, KK, Gyermekklinika, Neurológiai Tanszék

Bevezetés: a „Moyamoya” egy japán szó, jelentése füstfelhő. A betegség ritka, krónikusan progresszív cerebrovaszkuláris kórkép, amelyet a Willis-kör körüli artériák kétoldali sztenózisa vagy elzáródása jellemez, kompenzatorikusan kitáguló artériás kollaterális keringéssel. Háttérben feltételezhetően genetikai defektus áll.

Esetismertetés: a 9 hónapos csecsemő szemfixálás, bal oldali hemiparézis miatt került felvételre. A koponya MR vizsgálat jobb oldali fronto- temporo-parietalis, kiterjedt, friss ischaemiás stroke-ot igazolt. A lézió az a. cerebri anterior és media valamint a törzsdúcokat ellátó kisebb artériák területét érintette. Angiográfiás felvételeken egyértelmű ér occlusio nem ábrázolódott. Felmerült MELAS, PRES, illetve thrombophilia lehetősége, melyet a célzott genetikai vizsgálat nem igazolt. Vasculitis irá-

nyában végzett immunszerológiai vizsgálatok eredménye is negatív lett. Aszpirin terápiát indítottunk. Klinikai ápolásunk során újabb neurológiai tünetek jelentkeztek, az ennek kapcsán készült koponya MR bal oldali állományi, kis kiterjedésű stroke-ot igazolt. A klinikai történet és képkötő vizsgálatok alapján egyértelműen a Moyamoya-betegség merült fel, melyet megerősített, hogy a genetikai vizsgálat az RTM213 génben eddig le nem írt, de feltehetően patogén, heterozigóta mutációt igazolt. A Szegedi Egyetem Idegsebészeti Klinikáján elektív bal oldali encephalo-myo-synangiosis műtét szövődménymentesen megtörtént.

Következtetés: a stroke ritka gyermekkori kórkép, a háttérben álló körök felismerése kulcsfontosságú a hosszú távú következmények megelőzése szempontjából. Előadásomban szeretném felhívni a figyelmet a gyermekkori stroke háttérben álló ritka genetikai kórképekre.

„Juvenilis” ritkaságok a gyermekonkológiában

Hegedüs Katalin dr.¹, Bátai Bence dr.²

1 Semmelweis Egyetem II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

2 Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet

A juvenilis xantogranuloma (JXG) a nem-Langerhans-sejtes histiocytosisok (NLHC) csoportjába tartozó, ismeretlen etiológiájú, jóindulatú kórkép. Többnyire kisgyermekkorban, klinikailag változó méretű, sárgás, erythemás vagy barnás, bőrből kiemelkedő papulaként jelentkeznek. Ritkán előfordulhat belső szervi érintettség is (szem, tüdő, máj, vese, központi idegrendszer stb.).

A juvenilis myelomonocytás leukémia (JMML) gyermekkorban előforduló, a hemopoietikus őssejteket érintő neoplasia. Gyors progressziójú betegség, az esetek többségében az allogén csontvelői őssejt transzplantáció jelenti az egyetlen kuratív megoldást.

Az említett két kórkép egyazon betegben való előfordulása ritka, ezidáig mindössze 20 esetben találkozhattunk vele a szakirodalomban.

Előadásunkban egy olyan gyermek esetét mutatjuk be, akinél 3 hónapos korában juvenilis xantogranulomát, majd 26 hónaposan juvenilis myelomonocytás leukémiát diagnosztizáltak, háttérükben ugyanazzal a genetikai mutációval (PTPN11). Feltehetően ez a PTPN11 mutáció felel a hemopoietikus sejtek transzformációjáért, mely kezdetben mint JXG, később egy agresszívabb, JMML betegség formájában jelentkezett.

Mai tudásunk szerint ez az első eset, ahol sikerült klonális kapcsolatot bizonyítani a két betegség együttes megjelenése mögött.



Perzisztáló röntgen árnyék és ami mögötte van

Kiss Gabriella dr.¹, Major Judit dr.¹,
Balázs György dr.², Horváth Gina Franciska dr.³,
Péterfia Csaba dr.¹

¹ PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

³ PTE KK Orvosi Képző Kórház

Bevezetés: A Swyer-James-Macleod szindróma, vagy másnéven unilaterális hyperlucent szindróma egy ritka tüdőbetegség, mely gyermekkorban visszatérő légúti fertőzések kapcsán kialakuló obliteratív bronchiolitisekkel hozható összefüggésbe. A betegség a pulmonális artériák hypopláziájával jár, mely a pulmonális parenchyma hypoperfúziójához vezet és így jellegzetes radiológiai képet mutat. A ritka betegség felismerése az ismételt jelentkező gyermekkori légúti fertőzéseken, illetve radiológiai képeken alapul.

Esetismertetés: A szerzők egy 4 éves fiúgyermek esetét ismertetik, aki 4 hónapos kora óta pulmonológiai gondozása alatt állt visszatérő légúti infekciók, fulladásos panaszok miatt. Több alkalommal feküdt obstruktív bronchitisek miatt kórházban. Az elvégzett mellkas röntgen vizsgálatok során 2017. január óta a bal alsó tüdőleányban perzisztáló röntgenárnyék volt észlelhető. Klinikánkon 2019 novemberében a pulmonológiai kivizsgálás, illetve az elvégzett mellkas CT vizsgálat felvetette a Swyer-James-Macleod-szindróma lehetőségét.

Összefoglalás: Jelen előadásban áttekintik a ritka kórkép tüneteit, diagnosztikus vizsgálati módszereit, a differenciáldiagnosztika és a terápia lehetőségeit. A szerzők hangsúlyozzák a ritka betegség, illetve a perzisztáló röntgen árnyékok felderítésének nehézségét.

Gardner-szindróma – esetbemutatás

Mudra Katalin dr.¹, Gács Zsófia dr.¹,
Domos Gyula dr.², dr. Varga Edit¹,
Somogyi Délia¹, Garami Miklós dr.¹, Sallai Ágnes dr.¹,
Csozászki Noémi¹

¹ Semmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

² Semmelweis Egyetem, Ortopédiai Klinika

Esetismertetés: A panaszmentes 11 éves betegünk obesitas miatt jelentkezett Klinikánkon kivizsgálás céljából. Fizikális vizsgálat során a jobb oldali mandibula száron-szögletben, egy kb. 3 cm átmérőjű kemény tapintatú terimét észleltünk. Az obesitas hátterében organikus ok nem igazolódott, laboratóriumi vizsgálatában érdemi eltérést nem detektáltunk. Mandibula röntgen felvételen az angulus mandibulae-nál (jobb oldali dominanciával) kifejezetten scleroticus, szabálytalan alakú, de éles kontúrú, a csontból kidomborodó csontnövedék volt látható, az eltérés pontosabb vizualizálása céljából koponya MRI vizsgálat készült. Ezen a calvaria és a mandibula területén több, craniofaciális osteomának megfelelően képletet írtak le. A képalkotó, illetve az ortopédiai és szájsebészeti konzílium alapján felvetődött a Gardner-szindróma lehetősége. Ennek tisztázása céljából a kivizsgálás részeként panendoscopia mellett döntöttünk, ahol a duodenumban, a gyomorban nagy számban nodularis-pseudopolypoid laesiók jelenlétét, a colon lefutása mentén pedig elsősorban nodularis bedomborodó képleteket észleltünk. Szövettani vizsgálat a colon ascendens, -descendens, a duodenum és az antrum pylori területéről vett mintában adenoma tubulare részleteinek megfigyelhető képet véleményezett, high grade dysplasia nélkül. Később kiegészítő kapszulas endoscopia is történt, mely a vékonybél teljes hosszúságában való érintettségét igazolta. Genetikai vizsgálat a

Gardner-szindróma diagnózisát megerősítette. A gyermeket onkológiai gondozásba vettük, a továbbiakban az ajánlásoknak megfelelően rendszeres, gyakori szűrővizsgálatok tervezettek. A családban nem ismert hasonló megbetegedés, de az öröklődés miatt a családszűrés folyamatban van.

Megbeszélés: A Gardner-szindróma egy autoszomális dominánsan öröklődő, ritka kórkép, melynek hátterében az adenomatosus polyposis coli tumorsuppresszor gén mutációja áll. A betegsége a fő tünete – a malignizálódásra hajlamos polyposis – mellett a benignus és malignus extraintestinalis manifesztációk jellemzőek. Ezek közül a leggyakoribbak az elsőként, a polypok kialakulása előtt megjelenő koponya- és állkapocsra lokalizálódó osteomák, illetve fogászati rendellenességek. Az orvosi találkozások alkalmával elengedhetetlen az alapos fizikális vizsgálat, hisz az első ellátó orvosnak kiemelt jelentősége van a korai felismerésben.

Egy ritka és egy kevésbé ritka kórkép társulása - appendagitisz és cöliákia gyermekkorban

Bojtár Zsüliet dr., Vajda Dorottya dr., Cseh Áron dr.,
Antal Zsuzsa dr., Várkonyi Ildikó dr.,
Arató András dr., Szabó Attila dr.

Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: Az appendagitisz az akut has tüneteinek egy ritka okozója, mely az intraperitoneális zsírszövet fokális nekrozisának egy formája. Bal, jobb vagy felső abdominális kvadránsra lokalizálódó, hirtelen hasi fájdalommal jár, ezért könnyen összetéveszthető akut appendicitisszel, akut divertikulitisszel vagy kolecisztitisszel. Kizárására CT vizsgálat a gold standard. Főként 30-40 éves kor körül jelentkezik, férfiaknál gyakoribb.

Esetismertetés: A 14,5 éves leányt 4 napja tartó, hirtelen kezdődő, fokozatosan progrediáló jobb bordaív alatti fájdalom miatt vettük fel. Fizikális vizsgálata során jobb hasfélen nyomásérzékenységet észleltünk. Anamnézisében kóros nem szerepelt, trauma nem érte. Sebészeti ambulancián megkezdett kivizsgálása során a fizikális vizsgálat, a negatív anamnézis illetve a képalkotó vizsgálatok (RTG, Nyelés vizsgálat, UH) alapján perforált fekély lehetősége merült fel, melyet a CT vizsgálat nem erősített meg. Felső endoszkópiás vizsgálata során sem fekély, sem perforáció nem látszott, az antrum szövettani vizsgálata enyhe idült gastritist igazolt. A duodenum fala mentén ultrahang során látott folyadékgyülem, a laboratóriumi vizsgálatok során észlelt emelkedett gyulladásos paraméterek (fvs:11.52 Giga/L, CRP:13.30 mg/L), az endoszkópia és az ápolás alatt jelentkezett enterális tünetek alapján fertőzőes eredetű valószínűsítettünk. Felvételét követően kb. 2 héttel PPI mellett hasi fájdalom ismét fokozódott, fáradékonyságot, fogyást panaszolt. A gyakorlatilag változatlan klinikai képet és a CT vizsgálat eredményét újra összevetve, az irodalmi kutatás alapján a kis cseplesz appendagitiszt diagnosztizáltuk. Emellett, visszatérő hasi panaszaira tekintettel elvégzett szerológiai vizsgálattal cöliakiát igazoltunk, amely szintén újként diagnózis és az előbbivel együttes jelenléte irodalmi ritkaságnak számít.

Következtetés: Bár a gyakori előfordulás és a statisztikai adatok ellene szólnak, ha egy esetben a panaszok és a látott kép nem egyértelműek, gondolnunk kell a ritkább kórképekre, akár ritka együttes előfordulásukra is. Ez esetben a társuló lisztérzékenység lehet az appendagitisz okozója vagy véletlen egybeesés. Egy appendagitisz diagnózisánál fontos szempont még a későbbi feltehetően sebészeti beavatkozás elkerülése, amely gyermekeknél még nagyobb jelentőséggel bír.

Ulcus vulvae acutum

Leibinger Evelin Anna dr.¹, Fathi Khaled dr.²,
Svraka Eszter dr.², Harangi Ferenc dr.²

¹ Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ,
Gyermekegyógyászati Klinika, Pécs

² Tolna Megyei Balassa János Kórház, Gyermekosztály,
Szekszárd

Bevezetés: A gyermekgyógyászati gyakorlatban ritkán találkozunk genitális ulceratiókkal, különösen szexuálisan még inaktív lánybetegeknél. Bár a legtöbb eset háttérben infektív eredet igazolódik, számos betegség okozhat hasonló panaszokat, így kiterjedt diagnosztikát kell végezniük.

Esetismertetések: 14 éves lány hirtelen kialakult, fájdalmas genitális ulceratiók, láz, rossz közérzet miatt jelentkezett osztályunkon. A panaszokat megelőzően tonsillitis miatt antibiotikus kezelésben részesült. Nemi életet még nem élt, trauma nem érte. Felvételkor a szeméremajkak oedemáját ill. a kisajkak medialis részein 3-4 livid, necroticusnak imponáló, körülscáncolt ulcust láttunk. Laboratóriumi eredményeiből emelkedett gyulladásos aktivitás, leukocytosis, neutrophilia emelendő ki. Sebtoilette mellett fájdalomcsillapítást, ill. kombinált antibiotikus kezelést kezdtünk. Az alkalmazott terápia mellett bőrtünetei lassú javulást mutattak, laboratóriumi eltérései regrediáltak, ápolása 4. napjától láztalan lett. Az ulceratiók kb. 2 hét alatt hegmentesen hámosodtak.

15 éves lány hat napja tartó láz, rossz közérzet, felső légúti hurutos panaszok mellett, a bal labium major alsó harmadában megjelent, kb. 2,5 cm-es, pörkkel fedett fájdalmas ulceratio miatt jelentkezett. Nőgyógyászati vizsgálata során antivirális kezelést kezdték, ill. primer syphilis gyanúja miatt nemibeteg gondozóba irányították. HIV és lues szerológiai negatív. A korábban megkezdett antibiotikus és antivirális kezelést lokális tüneti terápiával (ülőfürdő, szteroidtartalmú externa) egészítették ki. A sebek kb. 4 hét múlva hámosodtak az alkalmazott terápia mellett.

Megbeszélés: Az ulcus vulvae acutum, más néven Lipschütz fekély egy ritka, pubertáskorú lányokat érintő, ulceratív genitális léziókkal és általános tünetekkel (láz, levertség, hurutos panaszok) járó állapot. A klinikai kép alapján számos nemi úton terjedő, ulceratív elváltozást okozó betegség felmerül (pl. HSV, syphilis, HIV, chancroid), illetve gyulladásos, autoimmun körképek (pl. Behçet kór, Crohn betegség), malignus bőrfolyamatok is okozhatnak hasonló elváltozásokat, így diagnózisa kizáráson alapul. A súlyos betegség benyomását keltő prezentáció ellenére legtöbbször tüneti terápia mellett szövődménymentesen gyógyul.

Tartós láz háttérében megbúvó ritka kórkép

Pongrácz Brigitta dr., Csürke Ildikó dr.,
Oroszlán Klára dr., Dicső Ferenc dr.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi
Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház Gyermekosztály,
Nyíregyháza

Az ismeretlen eredetű visszatérő lázas megbetegedések felderítése mindig nagy kihívást jelent a gyakorló orvos számára.

16 hónapos betegünknel egy hónapos kora óta jelentkeztek tartós, visszatérő lázas állapottal járó megbetegedései. Lázás állapotai háttérben részletes kivizsgálása során kórokozót azonosítani nem tudtunk. Már első felvételekor észleltük fenotípusos eltéréseit (faciális dysmorphia, gyér haj- és szemöldök, a bőr pigmentációjának eltérései) ezért kivizsgálását autoinflammációs és anyagcsere betegségek irányában folytattuk.

Előadásunkkal szeretnénk volna felhívni a figyelmet egy ritka, genetikai megbetegedésre, melynél a korai felismerés fontos az egyénre szabott terápia szempontjából.



Szegedi Nándor

KARDIOLÓGIA

Zsebkönyv (szak)vizsgára készülőknél

Rövid, tömör, naprakész összefoglaló a kardiológia legfontosabb tárgyköreiből. Segítségül szolgál a kardiológia kollokviumra és szakvizsgára történő felkészüléshez, a korszerű, adekvát betegellátáshoz szükséges kardiológiai alaptudás elsajátításához, illetve a már meglévő ismeretek rendszerezett formában történő áttekintéséhez.

Oldalszám: 208 oldal ■ Ára: 3400 Ft

www.semmeleiskiadó.hu



LÉLEGZETelállító kilátás a Völgyhídról

Elhúzóódó köhögés csecsemőkorban

**Szungyi Kata dr., Gács Éva dr., Hidas Dóra dr.,
Berta Réka dr., Szabó László dr.**

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Belgyógyászati osztályunkra több hete tartó köhögés miatt felvett csecsemők esetét ismertetjük:

A 2 hónapos kislány már 5 hete fennálló köhögés miatt érkezett. Vizsgálták a területi kórház gyermekosztályán, ahol vírusos bronchitisnek találták, inhalatív hörgőtágítót kapott. Azonban a köhögése egyre inkább rohamszerűvé vált, mely már éjszaka is keltette a gyermeket. Ismételt hospitalizálás után ugató jellegű köhögést észleltek, és a felmerülő subglotticus stenosis miatt további kivizsgálása céljából került felvételre kórházunkba.

Másik esetünk egy 3 hónapos fiú csecsemő, akinél szintén 2 hónaposan észleltek először köhögést, nehezített légzést, ezért háziorvosa kórházba utalta. Bronchiolitis gyanúját vetették fel, de a két hetes hospitalizációt követően panaszai továbbra is jelentkeztek. Nem javuló köhögése miatt háziorvosa pulmonológiai szakambulanciánkra irányította, ahonnan osztályunkra került felvételre.

Az elhúzóódó köhögés hátterében álló betegség diagnosztizálása sokszor nehéz feladatot jelent a klinikusok számára, észre kell vennünk a banális okok között megbújó, súlyos betegségekre utaló tüneteket is. Különös figyelmet érdemel a fiatal csecsemőkorban észlelt köhögés, ezért tartjuk fontosnak az elkülönítő diagnosztika áttekintését.

Aspiratio? ... vagy mégsem?

**Vargha Edit dr., Parázso Katalin dr.,
Németh Gyula dr., Soós Andrea dr.,
Demeter Botond dr.**

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ, Miskolc

Előadásunkban egy negatív perinatalis anamnézisé, jelenleg 2 éves fiú kisded esetét ismertetjük. Emánuel, 2019. október elején, 5 napja tartó, adekvát terápiára nem javuló nehézlégzés, alapellátás keretében elvégzett mellkas röntgenfelvételen felvetődő pneumonia, aspiratio gyanúja miatt került felvételre osztályunkra. A radiológiai képen baloldalon csökkent légtartalmú, jobb oldalon hyperinflált tüdő ábrázolódt. A részletes anamnézis kikérdezése nem szólt idegentest aspiratio mellett. Az elvégzett vizsgálatok alapján továbbra is látott eltérés hátterében felvetődött pneumonia lehetősége is, ami miatt antibiotikumot indítottunk. Kontroll mellkas felvételen a baloldali tüdő státusza progrediált, így krónikus idegentest lehetőségét szem előtt tartva, bronchosopia elvégzése mellett döntöttünk. Eseménytelen narkózisban a kezdeti fiberoscopia során a bal felső tüdőlebeny szájadékát elzáró összeálló, öntvényyszerű váladékdugót láttunk, melyet merevcsöves bronchosopia útján leszívással távolítottunk el. A látott kép alapján bronchitis fibrinosa plastica diagnózist állítottunk fel.

Az eszközös beavatkozást követően a pulmok hallgatózási lelete lényegesen javult, mellkas röntgenfelvételen regressziót írtak le. A részletes kivizsgálást követően szerológiai vizsgálatok

Chlamydia pneumoniae IgM pozitivitást igazoltak, mely esetünkben a lezajlott bronchitis fibrinosa plastica kóroki kiváltó tényezője lehetett.

A bronchitis fibrinosa plastica ritka előfordulású tüdőgyógyászati kórkép, melyet a légutakban megtapadó tracheobronchialis ágmintázatot utánzó sűrű, mucinózus öntvények kialakulása jellemez. A betegség az esetek többségében szisztémás kórképekhez társultan fordul elő. A diagnózist sok esetben a mellkas felvételen látott oldalisági különbség miatt elvégzett bronchosopia során tudjuk felállítani.

Esetünk fontos tanulsága, hogy a képalkotó vizsgálatok során látott eltérések félrevezethetnek gondolkodásunkat. A hasonló radiológiai eltérések perzisztálása esetén a bronchosopia elvégzése elengedhetetlen.

Fontan-keringés következtében kialakult bronchitis plastica fibrinosa

Kémenes Anna Virág dr., Gács Éva dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Bevezetés: A bronchitis plastica fibrinosa egy ritka betegség, mely különböző nagyságú, rugalmas vagy merev öntvények légutakban való kialakulásával jár. A betegség nehézlégzés, zihálás, mellkasi fájdalom és láz képében jelenhet meg. Mellkas röntgen képen gyakran az érintett tüdőterület összeesése és kompenzatorikus hyperinfláció látható. Az öntvények spontán köhögéssel ürülnek vagy bronchosopiaival kerülnek eltávolításra. A betegségnek két típusa létezik: 1) gyulladásos/ celluláris, mely tüdőbetegségek talaján alakul is, és a 2) nem gyulladásos/acelluláris, mely szívbeteg gyermekeknél jelenik meg.

Az alább bemutatott esetünk az utóbbi csoportba tartozik.

Esetismertetés: A 12 éves, 2 éves kora előtt többszörös szív műtéten átesett, Fontan-keringésű fiúbetegünk felvételére fehéres köpettel járó hurutos köhögés, zihálás, fáradékonyság, sápadtság, deszturálódás és láz miatt került sor. Mellkas röntgen- és ultrahangvizsgálata a hallgatózási leletnek megfelelően jobb oldali tüdőgyulladást igazolt. Antibiotikus kezelés mellett a gyermek tünetmentessé vált, röntgen képe regressziót mutatott.

Néhány nap múlva a nagyfiú újból köhögni kezdett és tartósan deszturálódott, emiatt ismételt felvételre került. Panaszainak hátterében akut kardiális eltérés nem igazolódott.

A jobb oldali tüdőbasis felett továbbra is kifejezetten gyengült alaplégzést hallottunk láztalanság és alacsony CRP mellett. Az ismert Fontan-keringés alapján merült fel a bronchitis plastica fibrinosa diagnózis gyanúja, melyet egy köhögési roham kapcsán ürülő kb. 5 cm-es, bronchusfának megfelelő alakú öntvény megerősített. Ezt követően a korábban a tüdőbasis felett hallható oldalkülönbség csökkent, szörtyözegek jelentek meg. A bronchosopia során a jobb főhögőt lezáró sűrű, mucopurulens váladékdugó, a jobb alsó- és felső lebenyhögőben öntvényyszerű fibrinos váladékképződmények, illetve bő, purulens váladék került leszívásra. A diagnózist megfelelő tüneti kezelést (szteroid, antibiotikum, rázóemlény, heparin- és alteplase inhalálás), illetve az egyetlen definitív terápiaként leírt szívtranszplantációt megelőző szükséges vizsgálatokat elindítottuk. A későbbiekben a nagyfiú kb. 3–4 hetente köhögött fel különböző nagyságú öntvényeket, illetve igényelte a hörgők bronchosopos kitisztítását. Az első tünetek megjelenésétől



számítva 4,5 hónapon belül a gyermek szívtranszplantációra esett át.

Összefoglalás: Esetünk ismertetésével szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a gyakori, ám nem szokványos lefolyású betegségek hátterében ritka okokra is gyanakodni kell.

Nézzünk mélyen a tünetek mögé!-Esetismertetés

**Molnár Adrienn dr.¹, Bazsó Viktória dr.¹,
Bene Zsolt dr.², Szabó Attila dr.³,
Demeter Botond dr.¹**

1 Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László Gyermekgyógyászati Központ, Miskolc

2 Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika, Debrecen

3 Szent László Megyei Kórház Gyermekosztály, Salgótarján

Bevezetés: A bronchiolitist és a pneumóniát a csecsemő és fiatal gyermekkor leggyakoribb légúti megbetegedései közé soroljuk. Ha a légúti tünetek gyakran jelentkeznek, illetve nehezen oldódnak, akkor szükséges a hajlamosító tényezők keresése.

Esetismertetés: A beteg 2018 decemberében a salgótarjáni gyermekosztályra került felvételre, alsó légúti infekciója miatt, melyet láz, nehézlégzés kísért. A felvétele kapcsán elvégzett képalkotó vizsgálattal jobb oldali pneumonia került leírásra. Antibiotikummal ellátva emittálták. Néhány órával később testszerte megjelenő kiütések jelentek meg, amit exanthema subitumnak vélelmeztek. Ezzel párhuzamosan néhány órával később légzészavara progrediált, klinikai állapota újra hospitalizációt igényelt, ekkor gyulladásos értékei kifejezetten emelkedettek voltak. Ezután a DE KK Gyermekgyógyászati Klinika Intenzív osztályára került, ahol fizikális vizsgálattal, alsó légúti obstrukcióra utaló hallgatózási eltérés nem volt hallható. Érzékelését követően non-invazív légzéstartámogatást igényelt, majd átmeneti javulás után, ismét szükség volt non-invazív lélegeztetésre. Kombinált antibiotikum mellett láztalanná vált, gyulladásos értékei regrediáltak. A klinikum alapján légúti tünetei hátterében súlyos bronchiolitis állt. A súlyosságra való tekintettel, további kivizsgálás történt predisponáló tényezőt keresve. Bronchoszkópia során bal oldalon 80%-os, jobb oldalon 50%-os főhörgő szűkületet láttak. A mellkas angio CT vascular ringet nem igazolt. A kapott eredmények birtokában, a pneumóniával szövődött bronchiolitis hátterében RSV, illetve Parvovírus B19 infekció volt kimutatható. A súlyos lefolyást kétoldali hörgőszűkülettel magyarázzuk. További nyomonkövetését a területileg illetékes pulmonológián, illetve intézetünkben folytattuk. Egy évvel később végzett kontroll hörgőtükrözés, illetve képalkotó vizsgálatok, alapján a hörgőszűkület mértéke csökkent, krónikus folyamatra utaló eltérés nem volt látható.

Megbeszélés: Esetünkön keresztül arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy ha gyakori, recidív légúti fertőzések, illetve súlyos légzészavar miatt gyakran hospitalizációt igényel egy gyermek, fel kell, hogy merüljön bennünk hajlamosító tényező, anatómiai rendellenesség eshetősége is.

Légiós csecsemő?

Avramucz Zsuzsanna dr., Tóth G. Ágnes dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Gyermekbelső és tüdőgyógyászati Osztály

Az esetünkben ismertetett 3 hónapos csecsemőt 5 napos lázas anamnézist követően légzési elégtelenség klinikai tüneteivel vettük fel Intenzív Osztályunkra. Invazív légzéstartámogatás mel-

lett progrediáló állapota miatt a 4. naptól ECMO kezelésre szorult. Mindeközben a magas gyulladásos paraméterek, a negatív tenyésztési eredmények és a fokozatos progresszió ismeretében atípusos kórokozó gyanújával ceftriaxon terápiaját a 3. naptól azithromycinnel egészítettük ki. A megfigyelés 5. napjára elkészült légúti PCR *Legionella pneumophila* fertőzést igazolt. Öt napos ECMO kezelést és összesen 12 napos gépi légzéstartámogatást követően Pulmonológiai osztályunkon ápoltuk tovább.

Az életveszélyes állapotot előidéző *Legionella pneumophila* fertőzést a közösségben szerzett pneumóniák egyik gyakori okaként tartjuk számon, azonban kifejezetten ritka gyermekkorban (1,5%), és főleg immunszupprimált vagy malignus betegségben szenvedő gyermekeknél fordul elő. Megfelelő antibiotikus kezelés nélkül a halálozás meghaladja a 70%-ot, de az adekvát terápia mellett is közel 25% a mortalitás csecsemőkorban. Emiatt a mielőbbi diagnózis és kezelés elengedhetetlen a túléléshez. Esetünkben az időben megkezdett adekvát antibiotikus kezelés és az ECMO adta lehetőség együttesen vezetett a csecsemő sikeres túléléséhez.

Cisztás fibrosisban szenvedő gyermekek légzési státuszának javítása CPAP lélegeztetéssel a tüdőtranszplantáció előkészítéseként

**Kerekes Szilvia dr., Benedek Pálma dr.,
Keserű Fanni dr., Gács Éva dr.**

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Bevezetés: A cisztás fibrózis (CF, mucoviscidosis) a leggyakoribb autoszóm recesszív öröklődésmenetet mutató betegség a kaukázusi populációban, előfordulása hazánkban 1:4000. A betegséget a 7-es kromoszóma hosszú karjának (7q31) 31.1-31.2 régiójában elhelyezkedő CFTR gén mutációja okozza, mely a CFTR fehérjét kódolja. A CFTR protein elsődleges feladata a CFTR ioncsatorna működtetése, mely a mirigyek kivezetőcsövének hámlásában, az epithelialis felületeken a klorid szekréció, illetve a nátrium abszorpció gátlása révén szabályozza a folyadék térfogatát. CF fennállása esetén az összes olyan szervben, ahol megtalálható a CFTR fehérje, sűrű nyák képződik, ezáltal obstrukció alakul ki, ami végül a parenchyma cisztikus-fibrotikus elfajulásához vezet. CF-ben az életkor előrehaladtával a tüdőben a folyamatosan pangó váladék, a produktív köhögés, a recidív légúti infekciók krónikus gyulladást okoznak, mely végül következményes bronchiectasia, emphysema kialakulásához vezet, így a beteg sorsát végső soron a pulmonális folyamat progressziója szabja meg. Súlyos esetben a tüdőtranszplantáció jelentheti az egyetlen esélyt a túlélésre, azonban a várorlistán lévő beteg megfelelő előkészítése sokszor nem egyszerű feladat.

Esetismertetés: C.J. fiúgyermeket 8 hónapos kora óta gondoztak kórházunkban cisztás fibrózis miatt. 5 hónapos korában a jobb felső tüdőlebenyben látott tartós radiológiai eltérés miatt scintigraphiát követően jobb tüdőcsúcs lobectomia történt, mely felvetette cisztás fibrózis gyanúját. A verejtékeszt pozitív eredményt adott, genetikai tipizálást követően homozigóta R553X genotípus igazolódott. Krónikus *Pseudomonas aeruginosa* kolonizáció, recidív pneumóniák, alvás közbeni oxigén-szaturáció esések miatt otthoni oxigén terápia vált szükségessé, éjszakánként kezdeti 2 l/min áramlással. A betegség progressziója miatt felmerült a tüdőtranszplantáció szükségessége, de első alkalommal a Transzplantációs Bizottság a listára kerülését még nem tartotta indokoltnak. Ezt követően egyre gyakoribbá váló exacerbatiók, kórházi kezelések, romló FEV1 értékek miatt 2019.01.17-én a bizottság előtt ismételt bemutatásra került, a transzplantációt a bécsi központ vállalta el. A műtét előtti kivizsgálás során a folyamatos oxigénigény, fokozatosan romló általános állapot, kombinált intravénás antibiotikus terápia



mellett is fennálló jelentős dyspnoe miatt a légzési munka könnyítése érdekében non-invazív lélegeztetést (PEP) kezdtünk, melyet a beteg nem tolerált. Ezért alvászabályozó légszinterápia beállítása történt. 4 vízcsm- es nyomáson 1 l/min oxigén adása mellett a teljes alvásidő 100%-át 90% fölötti oxigén-szaturációval töltötte. A kezelést a gyermek jól tolerálta, az éjszakák nyugodtabbá váltak, általános állapota, erőnléte javult, így 2019.07.24-én Bécsben sikeres tüdőtranszplantáción esett át. A közvetlen posztoperatív szak átvétele után azonban humorális rejectio lépett fel, ezt követően szepszis, ECMO kezelés ellenére uralkodatlan légzési elégtelenség miatt a beteget elvesztettük.

Konklúzió: A légszinterápia megkönnyíti a cisztás fibrózisban szenvedő gyermekek tüdőtranszplantáció előtti felkészülését, sok esetben az egyetlen lehetőség, hogy a beteg eljusson a transzplantációig.

A pleuralis folyadékgyülem differenciáldiagnosztikája

Kéri Adrienn Krisztina dr., Gács Éva dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Bevezetés: A mellúri folyadékgyülem differenciáldiagnosztikája összetett feladat, amely sokszor többféle non-invazív és invazív vizsgálati módszert igényel. Felnőttkorban pleuralis folyadékgyülemet leggyakrabban congestív szívelégtelenség esetén látunk, míg gyermekkorban az esetek döntő hányada fertőzéses, parapneumonias eredetű.

Esetbemutató: Esetünkben egy serdülőkorú leánygyermeket több mint kéthetes panaszokat okozó, láz nélkül zajló mellkasi fájdalom és inaktív köhögés miatt vizsgáltunk. Fizikális vizsgálata során a jobb oldali tüdőfél felett diffúzan gyengült légzési hangokat hallottunk és a bal oldali tüdőbázis fölött két-három harántujnyi tompulatót kopogtattunk. Laboreredményeiben emelkedett CRP értéket észleltünk megtartott fehérvérszám mellett. Mellkas röntgenvizsgálata során bal oldali pleuropneumonia képe, a pleuraűri kezdeti ultrahang vizsgálata során kizárólag bal oldalon folyadék ábrázolódt. Per os clarithromycin terápia ellenére a bal oldali pleuralis folyadékgyülem rétegvastagsága növekedett, valamint jobb oldalon szintén növekvő mennyiségű pleuralis folyadékgyülem jelent meg. Hemokultúrájából kórokozó nem tenyésztett ki, Mycoplasma szerológiai vizsgálata negatív eredménnyel zárult. Tekintettel az alkalmazott terápia hatástalanságára, diagnosztikus pleuraűri punkciót végeztünk. A pleuralis folyadék exsudatumnak bizonyult, citológiai vizsgálata során aszisztikus gyulladásra utaló kép ábrázolódt. A mellkas CT vizsgálatán két oldali pleuralis folyadékgyülem, valamint mindkét oldalon megvastagodott pleura volt látható, amelyet krónikus gyulladásos folyamat manifesztációjának tartottunk. Tumorra gyanús lágyrésztérime nem különült el. A klinikai kép és az elvégzett kiterjesztett laborvizsgálatok alapján elsősorban autoimmun gyulladásos folyamat gyanúja merült fel, ezért, per os naproxen kezelést kezdtük, azonban sem pleuraűri, sem szabad hasi folyadék-mennyisége nem csökkent. Tumorkutatás céljából mellkas-has MR vizsgálatot és csontvelő biopsziát végeztünk, malignitás nem igazolódt. Betegségét krónikus, nem specifikus gyulladásnak tartottuk, melynek hátterében autoimmun eredet egyelőre nem igazolódt. Per os elkezdett szteroid terápia mellett mind mellkasi, mind hasi folyadékgyülemei regredáltak.

Következtetés: Az antibiotikum terápia nem reagáló exsudatív pleuralis folyadékgyülemek esetén mindig gondolnunk kell atípikus kórokozók, tuberculosis, malignitás vagy autoimmun gyulladásos folyamat lehetőségére is. A poly-

serositis gyakran az autoimmun kórfolyamatok első manifesztációja.

A szerelem néha fáj

Schlick-Szabó Anna dr., Czelecz Judit dr.,
Kárász Hajnalka dr., Kollák Zita dr., Daoud Salim dr.,
Kövér Balázs dr.

MRE Bethesda Gyermekkórháza

Előadásomban a mellkasi fájdalom egy ritka okáról, a spontán pneumomediastinumról szeretnék beszélni egy esetünk bemutatása kapcsán.

A pneumomediastinum a mellüregben létrejött kóros levegőgyülem, ritka entitás. Gyermekekben és fiatal felnőtt korban, astheniás alkattú férfiakban a leggyakoribb. Spontán formája egyébként egészséges egyénekben jelentkezik. Hajlamosító tényezők között például a krónikus légúti betegségek, erőltetett köhögés, Valsalva manőver, légúti idegentest, dohányzás, drog-fogyasztás, megerőltető sporttevékenység szerepelnek. Spontán gyógyhajlama jó, szupportív terápiajából az áramló oxigén kezelés emelendő ki, mely irodalmi adatok szerint hatszorosára képes a levegőgyülem felszívódását gyorsítani.

Január elsején éjjel mentő szállított sebészeti ambulanciánkra egy 17 éves serdülő fiút belégzéskor jelentkező supraclavicularis fájdalom, nyaki duzzanat miatt. A fiú sok légúti váladékról panaszkodott, melyet a fájdalom miatt most nem volt képes felköhögni.

Státuszából a nyakon tapintható subcutan emphysema emelendő ki, purulens conjunctivitis mellett. A stabil vitális paraméterekkel rendelkező serdülő mellkasröntgen felvételén mindkét oldalon a tüdőcsúcs vetületében, a trachea légsáv mellett, a hónaljban és a supraclavicularis árokban a nyakig levegőárnyék ábrázolódt, a jobb hilus alatt megfigyelt transzparencia csökkenés exogén vagy endogén idegentest gyanúját vetette fel. Exogén idegentest aspirációt az anamnézisben többszöri rákérdezésre sem tudtunk explorálni. A mellkas átvilágítás során Holzknecht-tünetet nem láttunk, ennek ellenére, a pneumomediastinum és a fenti elváltozás etiológiai tisztázása miatt bronchoscopiát végeztünk. Ennek során a tracheában és a jobb főhörgőben foltokban purulens váladékozást, vérből nyálkahártyát láttunk, idegentest vagy bronchitis plastica nem igazolódt. A tracheaváladékból normál garatflóra tenyésztett, torokváladék mikrobiológiai mintavétel negatív lett. Laboratóriumi vizsgálattal mérsékelt fehérvérszám és minimális CRP emelkedést regisztráltunk. A klinikumra való tekintettel intravénás amoxicillin-clavulansav kezelést indítottunk, áramló oxigén, váladékoldó kezelés, szigorú ágynyugalom, köhögéscsillapítás, szemcsepp mellett. Az anamnézis többszöri pontosítása során a spontán pneumomediastinum több lehetséges etiológiai tényezőjére is fény derült. A krónikus betegségtől mentes, muszkuláris alkattú, sportoló serdülő rendszeresen a testsúlyánál nehezebb súlyokat is emelt, ám jelen panaszok előtt két hétig nem volt edzeni. DJ-ként kapcsolatba kerülhetett drogokkal, a testépítés során pedig izomtömeg növelőkkel, de a család a drog- és izomtömegnövelő fogyasztást negálta, a gyermek habitusáról kialakult saját benyomásunk sem támasztotta alá a káros szerek használatának lehetőségét. Alkalmanként jelentkező obstrukciója erőltetett Valsalva manőverekhez vezetett. Felvétele előtt három nappal hurutos betegsége indult, mely során többször fullasztóan köhögött. Mellékszálként elmesélte, hogy első nagy szerelmével az elmúlt napokban szakított, mely kifejezett pszichés megterhelést jelentett számára. Így történhetett, hogy az egyébként odaforuló, gondos család és a gyermek számára az egy napja fennálló mellkasi fájdalom nem volt alarmírozó jel. A vélt szomatiform tünetképzés miatt a nagyfiú érkezése előtt,



figyelemelterelés céljából még órákig kerteszkedett. A mediasztinális emphysema kialakulásának hátterében mindent egybevetve az erőltetett köhögést véleményeztük.

Ápolása ötödik napjára a pneumomediastinum és a subcutan emphysema jelentős része regrediált, az idegentest gyanút felvető jobb oldali transzparencia csökkenés eltűnt. A gyermektől a teljes gyógyulásig kedvelt sportjai (súlyemelés, bújárkodás) mellőzését kértük.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a mellkasi fájdalom szerteágazó differenciáldiagnosztikai vizsgálatai során a ritkább kórképekre is figyelmet kell fordítani. A manapság előtérbe került szomatiform tünetképzés megállapítása kizárósnak diagnózis. Bár a szerelmi bánat (emocionális stressz) és a pneumomediastinum között az irodalomban nem találtam a Takotsubo-cardiomyopathiához (megtört szív szindróma) hasonló egyértelmű összefüggést, a jó humorérzékkel megáldott serdülő szavait idézve megállapíthatjuk, hogy „no women, no cry”.

Céemvé(r)

Stankovics Gergely dr., Péterfia Csaba dr., Major Judit dr.

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: A vérvörös általában a légutakat, főként a tüdő parenchimat, illetve a pulmonális érrendszert érintő kórfolyamatokat jellemző tünet. Azonban a haemoptoe hátterében gasztrointesztinális, kardiovaszkuláris, hematológiai és akár autoimmun kórképek is állhatnak. A gondos kivizsgálás ellenére a haemoptoe 15-20%-a esetén a kiváltó ok ismeretlen marad.

Esetismertetés: Köhögés, vérvörös, mellkasi fájdalom miatt felvételre került, korábban izületi gyulladás miatt gondozott 17 éves lány esetét összegzem. A mérsékeltan ikteruszos küllemű fiatal laboratóriumi vizsgálata makrociter anémiát, emelkedett fehérvérsejt számot, limfocitózist, illetve kifejezetten emelkedett transzamináz szinteket igazolt. Képkeltő vizsgálatok során bronhopneumoniát, hepatosplenomegáliát, szabad hasi folyadékot írtak le. Számos különböző klinikai vizsgálat negatív eredménnyel zárult. Infektológussal konzultálva, a klinikai kép és az anamnesztikus adatok a lázas állapot hátterében leginkább infekciós eredetű valószínűsítettek. Az időközben megérkezett szerológiai eredmények alapján friss Citomegalovírus infekció igazolódott, mellyel a klinikai képet magyaráztuk.

Következtetések: a vérvörös megjelenése alarmizáló, sokszor súlyos tünet, melynek hátterében számos különböző eredetű, eltérő szervrendszereket érintő megbetegedés állhat. A gyermekkori esetek legtöbbször gyulladással járó infekciókhoz, hörögő vagy légcsőgyulladásokhoz kapcsolódnak. A haemoptoe szerteágazó differenciáldiagnosztikája komoly erőfeszítést igényelhet az ellátók részéről, gyakran csak a multidiszciplináris megközelítés vezet eredményre.

Minden kutya ugat... Avagy recidív krupp és kezelése intézetünkben

Parázso Katalin dr., Soós Andrea dr., Demeter Botond dr.

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Velkey László Gyermekgyógyászati Központ

A krupp vagy krupp szindróma gyakori gyermekkori megbetegedés, melynek hátterében napjainkban az esetek többségében vírusos fertőzés okozta laryngitis subglottica áll. Akut felső légúti

szűkület tüneteivel, stridoros légzéssel, ugató köhögéssel, redkességgel vagy aphoniával és változó súlyosságú dyspnoeal jár. Típusos esetben a kisded-óvodáskor betegsége, melyet leggyakrabban parainfluenza, RS és influenza vírus okoz. Egy egészséges gyermekben is számolhatunk a jellegzetes életkorban évi egy-két kruppos megbetegedés előfordulásával. Egyes betegeknél azonban azt látjuk, hogy ezek a tünetek ennél gyakrabban, ismétlődően fordulnak elő. Ilyen esetekben subglotticus stenosis, hangszalag bénulás, tracheomalacia, idegentest vagy akár gastroesophagealis reflux kóroki szerepe is felmerül. Mikor fogjunk gyanút, hogy több áll a háttérben laryngitis subglotticánál, és mit tegyünk ilyenkor? Ezeket a kérdéseket szeretném előadásomban megvizsgálni, néhány intézetünkben ellátott gyermek esetén keresztül.

Akik megkoronázták a napjainkat...

Takács László dr.^{1,2}, Puskó Gergely dr.³

¹ MRE Bethesda Gyermekkórháza,

² Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Gyermekinfektológiai Osztály

³ Semmelweis Egyetem Kórházi Klinikai Tömb (III. Sz. Belgyógyászati Klinika)

Bevezetés: A kínai Vuhan városából kiinduló 2019-nCoV nevű, új koronavírus okozta COVID-19 betegségre jelenleg az egész világ figyel. 2020 február közepéig Kínában kb. 75000 bizonyított eset volt, míg a világ többi részén valamivel több mint ezer. A WHO esetdefiníciói alapján gyanús esetnek tekintendő a lázas, légúti tüneteket mutató beteg, aki megelőzően 14 napon belül Kína Hubei tartományában járt, illetve az akut súlyos alsó légúti tünetegyüttes miatt hospitalizációra szoruló beteg, aki 14 napon belül Kína bármelyik tartományában járt, valamint az ilyen beteg szoros kontaktjait illetve az őket ellátó egészségügyi dolgozókat, akinél 14 napon belül megjelentek az említett tünetek.

Esetismertetés: 13 hónapos lázas kisdedet utaltak egy budapesti Sürgősségi Betegellátó Osztály ambulanciájáról a Dél-Pesti Centrumkórház Gyermekinfektológiai Osztályára lázas felső légúti tünetegyüttes miatt, valamint azzal az anamnesztikus adattal, hogy betegsége kezdete előtt 3 nappal érkezett vissza Kína Shandong tartományából, ahol 7 napig tartózkodott, beteg közelében nem volt. Bár a WHO egyik eset definíciójának se felelt meg, tekintettel az epidemiológiai helyzetre, megfelelő infekciókontroll mellett az új koronavírus irányába is indítottunk vizsgálatokat. Időközben a továbbra is magas lázasakat produkáló gyermeknél az influenza A és B valamint RSV RT-PCR vizsgálat nem igazolt fertőzést. Induló laboratóriumi érvizsgálati eredményeiből enyhén emelkedett fehérvérsejtszámát, mérsékeltan magasabb máj necroenzim-, és c-reaktív protein szintet érdemes kiemelni az 5,19 ng/ml-es procalcitonin érték mellett.

Érkezéskor levett haemoculturái negatívak lettek. Kontroll vérkémiai vizsgálat csökkenő procalcitonin és transzamináz szinteket mutatott, szintén csökkenő, sőt neutropeniába forduló fehérvérsejtszám mellett, így továbbra is akut vírusos szindrómának tekintettük a kórképet. Betegünk a 4. ápolási napon vált lázmentessé. Ezzel párhuzamosan, a törzsén centrifugálisan terjedően halvány maculosus exanthemák jelentek meg, így ekkorra összeállt az exanthema subitum klinikai képe. Tekintettel vakcinációs státuszára (13 hónapos) és a kiütés megjelenésekor még éppen fennálló lázára, hurutoságára, morbilli irányában is kezdeményeztünk molekuláris mikrobiológiai vizsgálatot HHV-6 és 7 etiológiai szerepének tisztázása mellett. Ápolása következő napján PCR vizsgálattal kifejezetten pozitív eredményt kaptunk HHV-6 és 7 ágensekre.

Az időközben megérkezett negatív 2019-nCoV eredmény mellett az infekciókontrollt nem enyhítettük, mivel a jelenkori aján-

lás alapján a tesztet 3 nap múlva meg kellett volna ismételni, ha nem derül ki más ok betegsége mögött. Mivelhogy ez utóbbi teljesült, az ismételt koronavírus-vizsgálattól eltekintettünk és a gyermeket elbocsátásáig standard kórteremben tudtuk elhelyezni.

Összegzés: Az eset kapcsán szeretnénk rávilágítani hogy az epidemiológiai helyzetre való tekintettel bár javasolt a epidémiás területről érkező gyermek beteget elkülönítve kezelni, de mindemellett a sokkal gyakoribb kórokozók keresését nem hátráltathatja a mostani időszakban rettegett új típusú koronavírus utáni kutatás. Nehezíti a „test or not to test” döntést a beteg életkora (egyedüli lázas légúti beteg a családban), számos kórkép vonatkozásában a vakcináció hiánya (MMR, influenza), a kórkép természetrajzában egyelőre nem kellő ismerete, továbbá az olykor hisztériával határos pánikhangulat. Megnyugtató lehet adott esetben alternatív kórismét megállapítani.

Mycoplasma pneumoniae indukálta rash és mucositis (MIRM)

Ranyák Márta Szilvia dr., Horváth Zsuzsanna dr.,
Ponyi Andrea dr., Constantin Tamás dr.

Semmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

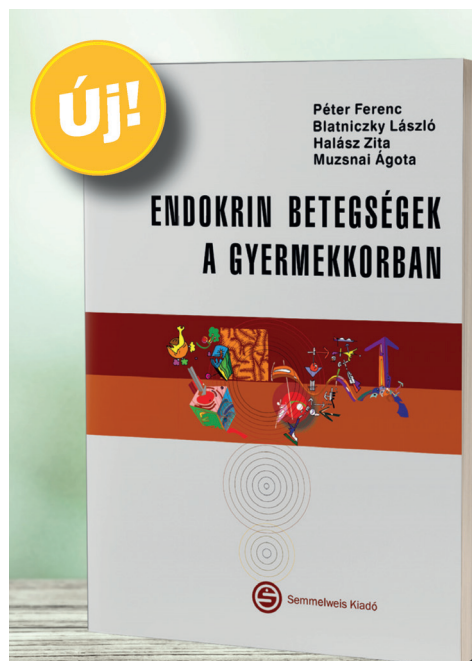
Bevezetés: A MIRM fogalmát 2015-ben hozták létre annak érdekében, hogy a Mycoplasma pneumoniae fertőzés okozta hámelváltozásokat elkülönítsék a hasonló megjelenést mutató Stevens-Johnson-szindrómától (SJS), illetve az erythema multiformetól (EM). Statisztikai adatok alapján a gyermekek Mycoplasma pneumoniae fertőzéseit az esetek 25 százalékában hámelváltozások is kísérik. A betegség szinte kizárólag gyermekekben fordul elő, inkább a fiúkat érinti, és leggyakrabban a téli

időszakban alakul ki. A hámelváltozások megjelenése előtt általában általános gyengeségérzet, köhögés és körülbelül egy hétig tartó láz szerepel a panaszok között.

Esetbemutató: 13 éves leánygyermek szerteágazó tünetekkel került felvételre egy területi kórházba. Felvételekor az ajkain észlelt hólyagos bőrelváltozások mellett lázat, tüdőgyulladást, szem- és száj körüli duzzanatot, illetve nem gennyes conjunctivitist észleltek. Az antibiotikum kezelés ellenére perzisztáló panaszok, illetve az autoimmun eredet benyomását keltő bőrtünetek miatt további ellátás céljából klinikánkra utalták. Átvételekor komplex tüneteket észleltünk, melyek közül a szemérintettség, illetve a genitális és a szájnálkahártya laesiók jelenléte miatt valóban felmerülhetett autoimmun betegség lehetősége, azonban a klinikai kép inkább MIRM betegség fennállására utalt. A diagnózis felállításához szükséges kritériumok között szerepel, hogy a mucocutan laesiók a testfelület kevesebb, mint 10 százalékán jelentkezzenek, illetve legalább kettő nyálkahártya régió érintett legyen. Továbbá a hámelváltozások közül néhány vesicobullosus, vagy atípusos kokárda megjelenést is kell, hogy mutasson. Mindezek mellett a feltételek között szerepel, hogy a Mycoplasma pneumoniae infekció, mind klinikai, mind laboratóriumi úton igazolható legyen.

Esetünkben az infekciót a klinikai tünetek alátámasztották, és a fertőzést szerológiai és PCR vizsgálattal is sikerült igazolni. Adekvát antibiotikum (clarythromycin) és tüneti terápia mellett a gyermek tünetei szanálódtek, utánkövetése jelenleg is tart.

Összefoglalás: A Mycoplasma pneumoniae okozta hámelváltozások meglehetősen gyakran fordulnak elő gyermekekben, így mucocutan elváltozások esetén fel kell, hogy merüljön a differenciáldiagnózis részeként.



Péter Ferenc, Blatniczky László,
Halász Zita, Muzsnai Ágota

ENDOKRIN BETEGSÉGEK A GYERMEKKORBAN

Az endokrinológia és anyagcsere-betegségek témakörét az átlagosnál is gyorsabban fejlődő szakterületek közé sorolják. Ez, a most megjelent kötet a közel tíz évvel ezelőtti GYERMEK-ENDOKRINOLÓGIA könyvünk átdolgozása, korszerűsítése is az újabb ismeretek összefoglalása.

Oldalszám: 380 oldal ■ Ár: 4800 Ft

www.semmeiweiskiado.hu



Füredi KARDI-bál NEONATikus stílusban

Cardiomyopathia csecsemőkorban: 4 eset ismertetése

Pataricza Iván Ferenc dr.¹, Katona Márta dr.¹,
Dóra Virág dr.²

¹ SZTE-ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika

² Csongrád Megyei Dr.Bugyi István Kórház

Bevezetés: A gyermekkori cardiomyopathiák (CMP) incidenciája 1:100 000, 1 éves kor alatt ez 8,3:100000. Az esetek kb. 50%-a dilatatív cardiomyopathia (DCMP), 35-50%-a hypertrophias cardiomyopathia (HCMP), és kb. 5%-a restrictiv CMP. Gyermekkorban a CMP képezi a szívtranszplantációk elsődleges okát. Előadásunkban 4, a Szegedi Gyermekklinikán gondozott congenitális CMP-s csecsemő esetét prezentáljuk.

Betegek:

Sz.Z.: Újszülött korában édesanya gestatiós diabetes mellitusa miatt kérték kardiológiai vizsgálatát. Az újszülött tünet- és panaszmentes volt.

K.A.E.: Alsó légúti infekciós tünetek miatt vizsgáltuk 11 hónapos korában. Infekciós tüneteinek túl fáradékonyt, supraventricularis tachycardiát, továbbá facialis dysmorphismat észleltünk nála.

J.M.Zs.: Ductus Botalli persistens gyanújával küldték a klinikára 8 hónapos korban. Anamnézis alapján súlygyarapodási elégtelenség állt fenn, kifejezetten fáradékony volt.

B.B.: Felszívódási zavar gyanúja miatt vettük fel 6 hónapos korában. Táplálhatatlanságán túl pangásos szívelégtelenségre utaló tüneteket észleltünk.

Módszerek: A diagnózisokhoz echocardiographia, mellkasröntgen, EKG, Holter EKG, laboratóriumi, mikrobiológiai, genetikai, illetve anyagcsere vizsgálatokat végeztünk.

Eredmények:

Sz.Z.: Kardiológiai vizsgálata során HCMP igazolódott, melyet bétablokkolóval, diuretikummal kezeltünk, illetve a GOKI-ban septalis myectomyt esett át.

K.A.E.: Tünetei hátterében szintén HCMP igazolódott, béta-blokkolóval, diuretikummal kezeltük, supraventricularis tachycardiája miatt nátrium csatorna blokkolót igényelt. Küllem alapján felmerült Costello-syndroma, genetikai vizsgálatait folyamatban vannak.

J.M.Zs.: Kivizsgálása során DCMP diagnosztizáltunk, melynek hátterében organikus aciduria igazolódott, Bart-syndroma volt véleményezhető. Terápia: ACE-gátlót, kombinált diuretikumot állítottunk be.

B.B.: DCMP-t állapítottunk meg, emiatt bétablokkolót, diuretikumot, ACE-gátló kezelést indítottunk. Szívtranszplantáció szükségessége felmerült, azonban jelentős javulás volt észlelhető, ez alapján gyógyult vírus myocarditist sem tudtunk kizárni.

Következtetés: Előadásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a csecsemőkorban CMP-k változatos klinikai tüneteire, és a különböző terápiás lehetőségekre, amellyel életminőségük javítható.

Diagnosztikus rutin EKG jelentősége a gyermekgyógyászati gyakorlatban – retrospektív tanulmány a nyíregyházi JAOK Gyermeksürgősségi Ambulancia elmúlt 5 évéből

Elek Gabriella dr., Balku Enikő dr., Dicső Ferenc dr.
SzSzBMK-JAOK

Gyermeksürgősségi ambulanciánkon 2015 óta a vezető panaszoktól függetlenül, a triázs vizsgálat részeként a legtöbb 8 év feletti gyermeknek készítettünk 12 elvezetéses EKG-t. Azt utóbbi évek betegforgalmi statisztikáit figyelembe véve ez azt jelenti, hogy ezen a rendelésen megforduló közel 90.000 gyermek majd egy negyedének, a 8 év feletti gyermekek több mint 70%-ának készült EKG-ja. 2015 óta ez több mint 20.000 EKG-t jelent.

A szűrővizsgálat során diagnosztizált számos kardiológiai nyomon követést igénylő ritmuszavar mellett a rutin EKG készítésének igazán nagy jelentőségét a tünetmentes betegeknél kiszűrte, akár életveszélyes, de kezelhető ritmuszavarok felismerése adja.

Jelen előadás során szeretnénk 5 esetet bemutatni, ahol mellkasi keringési panasszal nem rendelkező gyermekek esetében, a rutin EKG vizsgálat során különböző örökletes ioncsatorna betegségeket és ingerületvezetési zavarokat sikerült diagnosztizálni, lehetőséget adva ezzel a megfelelő kezelésre még a panaszok, vagy egy esetleges malignus ritmuszavar megjelenése előtt.

Ventricularis vagy nem ventricularis, az itt a kérdés

Oláh Alexandra dr.¹, Katona Márta dr.¹,
Rácz Katalin dr.¹, Sággy László dr.²

¹ Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Gyermekgyógyászat Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Szeged

² Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szeged

Bevezetés: A Fallot-tetralógia a leggyakoribb cyanosissal járó congenitalis vitium (CV), mely a CV-k 10%-ért felelős. Ma már a teljes korrekción átesett gyermekek jó életkilátásokkal rendelkeznek, azonban a késői hirtelen szívhalál (SCD) egy szignifikáns probléma esetükben, melyet a legtöbbször ventricularis tachycardia (VT) és ventricularis fibrillatio (VF) okoz.

Esetismertetés: 12 éves, négy napos korában módosított Blalock-Taussig shunt műtéten, valamint egy éves korában teljes korrekciós műtéten átesett Fallot-tetralógiás gyermek palpitatio érzéssel jelentkezett klinikánkon. EKG-ján hemodinamikai megingást nem okozó reguláris, jobb Tawara-szár blokk (RBBB) morfológiájú széles QRS tachycardia volt látható, mely adenosinra és propafenonra szűnt. Elektrofiziológiai mapping előtt szív MRI vizsgálattal a jobb kamra kiáramlási pályára (RVOT) aneurysma szerű tágulata volt látható, valamint ezen a területen késői kontrasztanyag halmozás. Elektroanatómiai térképezés alatt a RVOT-ból RBBB morfológiájú VT volt indukálható, valamint szubsztráttérképezés mellett a ventriculotomia és a pulmonalis billentyű közötti heges terület került identifikálásra, ahol sinus ritmusban késői potenciálok voltak regisztrálhatóak. Így kiterjedt radiofrekvenciás ablációra került sor ezen a területen, melyet követően a késői potenciálok



megszűntek. Az állandó béta-blokkoló terápia mellett adott propafenon abláció után elhagyásra került, a gyermek ezt követően, két év elteltével sem jelzett palpítatio érzést, széles QRS-el járó tachycardia nem került regisztrálásra ezt követően.

Megbeszélés: Fallot-tetralógiában és ventriculotomiát követően is jellemző EKG eltérés az egész életen át látható RBBB morfológiájú széles QRS komplexum. Differenciál diagnosztikai szempontból RBBB morfológiájú széles QRS tachycardiában felmerül supraventricularis tachycardia, mely jobb Tawara-szár blokkal szövődik és ventricularis tachycardia egyaránt. Esetünkben az adenosinra szűnő széles QRS komplexumú tachycardia inkább PSVT-t (paroxizmális supraventricularis tachycardiát) támogatna, viszont a korrigált Fallot-tetralógiás szív anatómiáját tekintve a ventricularis eredet sem volt kizárható egy EKG alapján.

A szív MRI vizsgálattal alátámasztott myocardium fibrolipomatosus elváltozása abnormális depolarizáció és repolarizáció alapját képezi, valamint ventricularis arrhythmia kialakulására is hajlamosít. Elektrofiziológiai vizsgálattal ebből a területből kiinduló RBBB morfológiájú VT-t azonosítottunk.

A rectalis törlés során észlelt bakteriális kolonizáció szerepe a késői újszülöttkori infekciók előrejelzésében koraszülött intenzív osztályon

Burghardt Zsófia

Debreceni Egyetem-Általános Orvostudományi Kar hallgatója

Bevezetés: Koraszülött intenzív osztályokon a késői kezdetű (>72 óra) újszülöttkori infekciók (late onset sepsis, LOS) háttérben a Gram-negatív baktériumok prevalenciája emelkedik, a halálozás akár 30% lehet. A korán megkezdett, célzott antibiotikum kezelés kulcsfontosságú.

Célkitűzés: A rutinszerű rectalis törléssel (RT) igazolt gasztro-intesztinális (GI) bakteriális kolonizáció és a késői infekciók (LOS) kapcsolatának vizsgálata

Módszer: A DE KK Neonatalis Intenzív Centrumában 2019.01.09 és 10.14 között kezelt koraszülöttek körében a MedSol adatbázis, illetve kórlapok alapján meghatároztuk a heti egy alkalommal végzett RT-el igazolt bakteriális kolonizációk számát, valamint a LOS (véráram fertőzés, klinikai sepszis, nekrotizáló enterokolitisz) előfordulását. Meghatároztuk a RT törlés szenzitivitását, specifikitását, pozitív és negatív prediktív értékét is. DE RKEB/IKEB etikai engedély regisztrációs szám: H.0114-2019

Eredmények: A vizsgált időszakban 186 koraszülött esetében 502 RT történt. Bakteriális kolonizáció 66 (36,1%), LOS 16 (8,7%) koraszülötnél igazolódott. A RT-ek 22,1%-a (111/495) volt pozitív. A leggyakoribb kórokozók: Klebsiella spp (38,7%; 43/111), Enterobacter spp (28,8%; 32/111), E. coli (16,2%; 18/111), Serratia marcescens (9,0%; 10/111), Pseudomonas spp (5,4%; 6/111) voltak. A RT-vel igazolt 111 kolonizációt követően 7 koraszülött esetében jelentkezett LOS (6,3%). Negatív RT mellett a LOS előfordulása 1,2% volt (47/391). A késői infekciókat 12,9%-ban előzte meg pozitív RT eredmény. Összességében a LOS tekintetében a RT szenzitivitása 12,96%-nak, specifikitása: 76,79 %-nak, pozitív prediktív értéke 6,31%-nak, negatív prediktív értéke 87,98 %-nak adódott.

Konklúzió: A GI kolonizáció esetén a LOS előfordulása ötször magasabb, mint negatív eredmény esetén, de így is alacsony. A késői infekciók közel 90%-át nem előzte meg GI kolonizáció. A RT költség-hatékonysága és prognosztikai értéke kérdéses. Súlyos infekció esetén a kolonizációs eredmény hasznos lehet, de fontos, hogy elkerüljünk olyan potenciálisan veszélyes preven-

tív intézkedéseket, mint indokolatlan elkülönítés, felesleges antibiotikum kezelés.

Újszülöttkori agydaganat ritka esete

Fürtös Sarolta dr., Kövesdi József dr., Halics Éva dr.

BMKK Pándy Kálmán Tagkórház Gyerekosztály

Mater II/1. eltitkolt, gondozatlan várandósságából bizonytalan terminusra (feltételezeten 29. gest. hétre), Apgar 7/8 státuszban, eltűnt méhszáj és medencevégű fekvés miatt urgens sectio caesareaval 1490 g súllyal született G.B. Egy óras életkorban került osztályunkra stabil vitális paraméterekkel, praematurus küllem mellett koponyán sagittálisan enyhén nyitott sutura, hypertelorizmus, mélyen ülő fülek, felcsapott alsó végtagok voltak észlelhetők. Az újszülött Engerix-B védőoltásban részesült anyai szűrővizsgálatok hiányában, melyek később negatívnak bizonyultak.

Több alkalommal történt koponya UH vizsgálat, mely részleges aqueductus occlusiót jelző hydrocephalus internust írt le. TORCH congenitalis fertőzést nem igazolt. Kb. egy hónapos életkorban fokozatos jobb bulbus protrusiót észleltünk. Szemészeti és neurológiai vizsgálattal n. oculomotorius paresis igazolódott exophthalmussal. Neurosonographiai vizsgálatok tág, nem feszülő kamrarendszert mutattak ependyma reakcióval, keskeny elongált aqueductus Sylvii-vel, melynek környezetében foltos echodenz és cystákat is tartalmazó terime volt látható. Az elváltozás differenciálása miatt a DEOTEK Gyermekklinikára szállítottuk, ahol koponya MRI vizsgálat diffúz, 6x5x5 cm-es, teratomának imponáló agydaganatot detektált, melyet inoperabilisnak vélelmeztek.

A Gyermekklinikán focalis epileptiform tevékenység miatt anticonvulsiv terápia vezetett be. Osztályunkra visszatérve időnként észlelhető convulsiók miatt antiepileptikum kezelését mi is folytattuk. Kezdeti légzészavar nélkül, másfél hónapos korától klinikai állapotában bekövetkező progresszió miatt morfin terápia bevezetését igényelte. Egy hét múlva enterálisan már nem tolerált, teljes parenteralis táplálásra állítottuk át, morfin igénye fokozódott, fejkörfogata progresszíven nőtt, apnoés epizódjai egyre gyakoribbá váltak, melyeket időnként bradycardia kísért. Exitus lethalis közel két hónapos korban állt be.

Patológiai vizsgálat során agyalapi kiindulású rhabdoid tumor vélelmeztek, mely kiterjedten beszűrte környezetét. A harmadik agykamra és az agytörzs érintettsége okozta a hydrocephalust. A halál okaként IV. agykamrába törő agyvérzést állapítottak meg.

Előadásom célja, hogy felhívjam a figyelmet arra, hogy klinikum függvényében újszülöttkorban is gondoljunk agyi térfoglaló folyamatra, illetve az életvégi komfort ellátás fontosságára.

„Érezd a ritmust” – avagy újszülöttkorban jelentkező szupraventrikuláris tachycardia

Pecsenka Gabriella dr.², Viberál Zsuzsanna dr.², Szabó Andrea dr.¹, Kövesdi József dr.²

¹ Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

² Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Gyermekosztály, Gyula

Az újszülöttkori ritmuszavarok alatt, a neonatalis periódusban létrejövő arrhythmias szív működést eredményező kórállapotokat értjük. Többségük ép struktúrájú szíven másodlagos, nem kardiális ok következtében alakul ki. A primer ritmuszavarok igen ritkák, hátterükben az ingerületképző és ingerületvezető rendszer fejlődési zavarai állhatnak. A szupraventrikuláris



tachycardia (SVT) gyermekkori éves incidenciája 13/100000, így a leggyakrabban előforduló patológiás arrhythmiaának számít.

Legjellemzőbb klinikai tünete a roham alatt állandóságot mutató hirtelen kezdetű és végű 180-220/min feletti pulzusszám, mely tartós formában súlyos szívelégtelenséghez vezethet. EKG felvételen regularis keskeny QRS tachycardia látható. Háttérben az esetek többségében járulékos vezető köteg okozta atrioventricularis reciprok tachycardia (AVRT), úgynevezett reentry mechanizmus áll. Újszülötteknél a specifikus klinikai jelek hiánya miatt a diagnózisra sokszor a szívelégtelenség tüneteinek megjelenését követően derül fény. Ha a ritmuszavar lehetősége felmerül nem elegendő a monitoron történő nyomonkövetés, a diagnózis felállításában és a pontos dokumentáláshoz elengedhetetlen a 12 elvezetéses EKG regisztrátum elkészítése.

Az ezt követően bemutatott két betegünk anamnézise teljesen különböznek tünhet, de alapproblémájuk mégis megegyezik. A kiemelendő különbség a két újszülött között mégis az idő, mely eltelt a diagnózis felállításáig és a megfelelő kezelés elkezdéséig. Első betegünk három hetesen, súlyos kardiálisan dekompenzált állapotban több napos tünetekkel érkezett. A szállítását végző team észlelte 210-es szívfrekvenciáját, így felmerült SVT lehetősége, melyet az elkészített EKG igazolt. Adenozin adását, és állapotának stabilizálását követően az elvégzett szívultrahanggal igazolt balkamra diszfunkció miatt az Országos Kardiológiai Intézetbe került átadásra. Végső hazaadására tizenhét napot követően került sor, ritmuszavara emelt dózisu hármaskombinációjú antiarrhythmias kezelés mellett uralható volt. Második esetben, az újszülött megszületését követően vitálisan stabil állapotban, pár órás életkorban került átadásra intézményünkbe. Az első vizsgálat alkalmával észlelték tachycard szív-működését, melynek háttérben az elkészült EKG alapján SVT állt. Propafenon kezelés mellett ritmuszavara regresszióba került, tizennegyedik napon bocsájtottuk otthonába. Előadásomban szeretnék bemutatni egy ritka, mégis osztályunkon három nap leforgása alatt két újszülöttnél is jelentkező körképet, és felhívni a figyelmet a megfelelő fizikális vizsgálat és mielőbbi adekvát ellátás megkezdésének fontosságára.

Újszülöttkori conjunctivitis – esetbemutatás

Bakó Krisztina dr.¹, Veres Amarilla dr.², Balla Eszter dr.³, Kalocsai Krisztina dr.⁴, Ujváry László dr.²

¹ Semmelweis Egyetem II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

² Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinika

³ Országos Epidemiológiai Központ

⁴ Dél-pesti Centrumkórház, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet

Bevezetés: A conjunctivitis a kötőhártya gyulladása. Újszülöttkorban okozhatja könnycsatorna elzáródás, kémiai irritáció ill. különféle baktériumok és vírusok által okozott infekció. Kiemelendő, hogy fertőzött, azonban mégis tünetmentes anyák szülés közben a szülőcsatornán keresztül súlyos betegségeket adhatnak át gyermeküknek.

Esetbemutatás: Egy hét hetes újszülött esetét szeretném bemutatni, akinek anamnézisében betegség nem szerepel, gondozott terhességből született, édesanya a terhesség alatt panasz- és tünetmentes volt. A kislánynak 12 napos korában vették észre szemvéladékozását, duzzadt szemhéját. A tünetek a háziorvostól kapott tobramycin tartalmú szemcsepp hatására nem javultak. Szemészeti szakvizsgálata a már említett kifejezetten ödémás szemhéjakon kívül a kötőhártyán egy álhártya képletet írt le. Bakteriológiai mintavétel történt, melynek eredményéig lo-

kálisan hígított Betadine-os csepegtetést alkalmaztunk. A PCR vizsgálat mind a gyermeknél, mind édesanyánál Chlamydia trachomatis fertőzést igazolt. A guideline-oknak megfelelően 3 napos emelt dózisu azithromycin terápiát kezdtünk, mely mellett a gyermek szépen gyógyult.

Megbeszélés: Chlamydia conjunctivitis tünetei általában a szülés után 5-14 nappal jelentkeznek. A nem megfelelően kezelt fertőzés hegesedést okozhat a corneán. A Centers for Disease Control and Prevention 2015-ös ajánlása alapján a 25 év alatti ill. a rizikócsoportba tartozó várandós nők szűrése javasolt. Magyarországon a hatályos jogszabályok alapján nem szerepel a terhesgondozás során kötelező vizsgálatokban a Chlamydia szűrés.

Az újszülöttkori másodlagos hypercalcaemia ritka megjelenése (esetismertetés)

Gulyás Klaudia dr., Kristóf Orsolya dr., Bajusz Ilona dr., Almási Andrea dr., Szakos Erzsébet dr., Szűcs Ildikó dr., Kosaras Éva dr.

B.-A.-Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ

Bevezetés: A neonatalis bőr alatti zsírnecrosis a zsírszövet gyulladásos rendellenessége. Ez egy nem-fertőző lobularis panniculitis, amely a cutis alatti szövet granulomatosus zsírsejtjeinek elhalását foglalja magában. Kialakulásának legismertebb kockázati tényezői az asphyxia és a hypothermia. Egyéb hajlamosító tényezők közé tartozik az anyai cukorbetegség, preeclampsia, kalciumcsatorna-blokkolók használata terhesség alatt. Ez a granulomatosus betegség alacsony parathormonszint mellett másodlagos hypercalcaemiát és hypercalciuriát idéz elő, mely kialakulásában a trauma mellett a macrophagok fokozott D-vitamin szintézise játszik szerepet.

Esetismertetés: Előadásomban egy két hónapos leány csecsemő esetét szeretném ismertetni, aki IDDM-s mater első terhességéből, időre, spontán, elhúzódó kitolási szakkal született Apgar 6/7/7 állapotban, légzésszavar miatt 2 napig légzéstámogatást igényelt. 4. életnapon a nyomásnak kitett területeken a bőr kifejezett hyperaemiás elváltozása és tömött tapintata volt észlelhető. Hospitalizációja alatt gyermekbőrgyógyász javaslatára per os szteroid és lokális kezelés indult. A diagnózis pontosításához punch biopszia történt, mely akkor még nem bizonyult informatívnak. Emissziót követően kontroll laboratóriumi vizsgálatok során növekvő tendenciát mutató magas szérum kalcium szint igazolódott, emiatt újabb osztályos felvétele vált indokolttá. Képzelt vizsgálat során a secunder hypercalcaemia következményeként nephrocalcinosis és hypercalciuria is igazolódott. Hyperhidráció, „kacs”-diuretikum, szisztémás szteroid újraindítása mellett bőrtünetei lassú javulást mutattak, masszív subcutan tömörség, nyomásérzékenység csak minimális csökkenést mutatott. Ionizált- és szérum kalcium ionszintje javult.

Következtetés: A subcutan zsírnecrosis és az ebből adódó secunder jellegű hypercalcaemia nagyon ritka, a bőrtünet hosszú távon jóindulatú, de a kalciumlerakódás ideje alatt fájdalmas elváltozás, nehézséget a velejáró hypercalcaemia rendezése okozza. Újszülöttkorban differenciáldiagnosztikai szempontból fontos, hiszen multidiszciplináris megközelítése szükséges, gyógyulása neonatológus, gyermekbőrgyógyász, endokrinológus és nefrológus közös munkáját igényli.

Az arteria axillaris trombózisa újszülött korban (esetismertetés)

Márton Dóra dr., Szűcs Ildikó dr., Kelen Mária dr., Kelemen Ágnes dr., Simon Réka dr., Hauser Péter dr.

B.-A.-Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ

Bevezetés: Az újszülöttkori trombózis prevalenciája a fejlett országokban 5,1/100 000 élve születés, az artériákban létrejött vérrögök még ennél is ritkábban fordulnak elő. Az ilyen eseteknél a nemek közti megoszlás egyenlő arányú, illetve a koraszülöttek és az időse született újszülöttek is hasonló mértékben érintettek.

Betegbemutatás: A 39. hétre, spontán született (2710 g, Apgar 9/10) újszülöttnél a születést követően a felső jobb végtag keringészavarát észleltük. Ennek hátterében angiológiai konzílium a jobb oldali artéria axillaris trombózist igazolta. Mivel csak vénás trombus kezelésére létezik protokoll, a terápiát ez alapján kezdtük el intavénás heparinnal, amit később kis molekulású heparinra váltottunk. Haematológiai konzíliummal egyeztetve az antikoagulációt 3 hónapos korig terveztük. A gyermeket lehetőség szerint szeretnénk volna otthonába bocsájtani az anya edukációja után, de a terápia folytatásához szükséges szubkután in-

jekciójának elkészítését iskolázottsága nem tette lehetővé. A mindennapos utazást nem tudta vállalni a lakóhelyéhez közeli településen lévő gyógyszerárba, ezért a hazaadás meghiúsult. A csecsemőnek 1,5 hónapig intenzív és 1,5 hónapig gyermekbelgyógyászati részlegen történt az ellátása, a vérhígító kezelés elhagyása után tünetmentesen emittáltuk. Az édesanya napi rendszerességgel vett részt a kórházi ápolásban.

Családi anamnéziséből az unokatestvére emelhető ki, aki aorta trombózissal született, később protein C hiányát diagnosztizálták nála. A klinikum és a családi anamnézis alapján felmerült protein C, S és antitrombin III genetikai eltérése. Amennyiben trombofília irányában eltérés nem igazolható, felvetődik a méhen belüli jobb végtagtartási rendellenesség miatt elnyomatás vagy a szülés közben nehézkes kifejtés általi iatrogén ártalom lehetősége is.

Következtetés: Ez az eset példa arra, hogy az ellátó személyzet magas szintű munkája mellett a szülői együttműködésnek is jelentős szerepe van. Az újszülöttek antikoaguláns terápiaját megnehezíti az, hogy ilyen kis dózísú heparin előrecsomagolt kiszerezésben nem hozzáférhető. A gyermek hematológiai kivizsgálása folyamatban van, jövőbeli követését tervezzük.

Barcs István (szerk.)

EGÉSZSÉGESEN GYÓGYULNI

A centripetális infekciókontroll kézikönyve



Ez a kézikönyv részletesen tárgyalja a születéstől életünk alkonyáig, a mindennapi életünkben körülöttünk lévőktől a szabadságuktól megfosztott emberekig, a kültakaró és a szájüreg fertőzéseitől a véráramfertőzésekig, a háziorvosi rendelőtől az általános profilú kórházi gyógyító osztályon át az intenzív terápiás ellátásig minden olyan helyzetet, amiben egyedi vagy halmozott fertőzések fordulhatnak elő, és ha ezek felismerését követően azok összefüggeni látszanak az ápolás vagy betegellátás valamely formájával, akkor az infekciókontroll körébe tartozónak minősülnek.

Oldalszám: 556 oldal ■ Ára: 4800 Ft

A könyv megvásárolható a Legendus és az EOK Könyvesboltban, illetve megrendelhető honlapunkról.

www.semmelweisiskiaado.hu



GyenesDIABÉTESZi Keszegesztivál

A Gyermekkori diabetes diagnosztikájának kihívásai négy eset kapcsán

Felszeghy Enikő Noémi dr., Deák Ágnes dr.

DE KK Gyermekgyógyászati Intézet

Ismert tény, hogy az elmúlt harminc évben hazánkban jelentősen növekedett az 1-es típusú diabetes gyermekkori incidenciája, ezzel együtt az elhízás gyakoribb válásával a 2-es típusú diabetes gyermekkori megjelenése is gyakoribbá vált. Ugyanakkor, a diagnosztika fejlődésével a leggyakoribb monogén diabetesforma, a MODY (Maturity onset diabetes of the young) diagnózisa is gyakrabban kerül felállításra.

Korábban a MODY diagnosztikája a családi anamnézis, fizikális vizsgálat, és egyéb ellenanyagok negativitása alapján kizáró diagnózis volt, napjainkban azonban genetikai vizsgálat segít a helyes diagnózis felállításában, ezáltal a célirányos kezelés elindításában.

Előadásomban négy gyermek, három leány, egy fiú esetét dolgoztam fel. A négy gyermek közül ketten féltestvérek, a gyermekek átlagéletkora első megjelenés idején 9 év volt, minden esetben pozitív családi volt a családi anamnézis. Három gyermek esetében normál testalkat, egy esetben mérsékelt obesitas mellett rutin vérvétel során emelkedett vércukor (vc) és HbA1C értékeket észleltek, ezután indult diabetes irányában kivizsgálásuk. A gyermekek kivizsgálása kezdetén elvégzett vc profil vizsgálat, valamint egy esetben OGTT során igazolt IGT (impaired glucose tolerance), illetve az észlelt normál inzulin szintek minden esetben prediabetes, MODY lehetőségét vetették fel, azonban ekkor ICA (islet cell antibodies), GAD (glutamic acid decarboxylase) antitest vizsgálatok, valamint MODY genetikai vizsgálat eredménye még nem állt rendelkezésünkre, ezért első terápiás lépésként minden esetben diéta, életmódváltás került bevezetésre.

A követés kapcsán három esetben ICA, GAD negativitása mellett a MODY diagnózisa genetikai vizsgálat alátámasztásra került, egy esetben MODY pozitivitása mellett ICA, GAD ellenanyagok szintek is emelkedettek voltak.

A kezdeti terápia mellett mind a négy gyermek VC értékei (HbA1C alapján is) élettaninak adódtak, a későbbiekben azonban két esetben biguanid, egy esetben az első jelentkezést követően másfél évvel inzulin terápia került beállításra.

Eseteink ismertetésével szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy normál testalkat és emelkedett vércukor szintek esetén, bár az egyes típusú diabetes prevalenciája nagyobb, gondoljunk a terápia szempontjából is meghatározó speciális diabetes forma, a MODY lehetőségére is.

Diabéteszes gyermekek fizikai aktivitásának vizsgálata

Ambrus Flóra¹, Balatoni Ildikó dr.², Felszeghy Enikő Noémi dr.³

¹ Debreceni Egyetem, ÁOK VI.

² Debreceni Egyetem Klinikai Központ, KK Elnöki Hivatal, KK Operatív Igazgatóság

³ Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Intézet

Felnőttkori testmozgási szokásaink kialakulásában meghatározó szerepe van a gyermekkorban. Az egészséges felnőtté válás elképzelhetetlen egy tudatos, mozgásközpontú életmód megtanítása nélkül. Sportolási szokások szempontjából speciális csoportot képeznek az 1-es típusú diabétesz (T1DM) élő gyermekek, hiszen esetükben a szülők betegséghez és sporthoz való viszonyulása is meghatározó. Hiánypótló kutatásunkban az Észak-Alföld régióban T1DM-mel gondozott gyermekek testmozgási szokásait térképeztük fel.

Az adatgyűjtés 2018-ban, a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Intézetében (DE KK) kezelt, valamint kárpátaljai magyar T1DM-es gyermekek és szüleik, illetve nem T1DM-es, DE KK-n kezelt gyermekek és szüleik körében, kérdőíves vizsgálatot történt. A kitöltés önkéntes volt, a feldolgozásra EvaSys programmal került sor. A demográfiai adatokon túl kérdéseket tettünk fel a diabétesz (kialakulás, családi előfordulás, mérések gyakorisága, inzulinkezelés, HbA1C, tünetek és gyakoriságuk) és a sportolási szokásokkal (sportol-e, mit sportol, milyen gyakran, ha nem, miért nem, részt vesz-e a gyermek az iskolai testnevelés órában) kapcsolatban is.

A kérdőívet 154 T1DM-ben érintett és 151 T1DM-ben nem érintett válaszadó töltötte ki. A DE KK-n kezelt T1DM csoportban a gyermekek 57,5%-a, a kontrollcsoportban 66%-a sportol rendszeresen. Az előbbi csoportban a kerékpározás (25%) és a futball (15,7%), a kontrollcsoportban a tánc (17,2%) és a futball (16,6%), míg a kárpátaljai T1DM csoportban a labdarúgás (14,3%) és a tánc (14,3%) a leggyakrabban választott sport. Amennyiben a gyermek nem sportol, annak okaként legtöbbször az időhiányt (20,7%) jelölték meg a DE KK-n kezelt T1DM csoportban és a kontrollcsoportban (12,6%) is, míg a kárpátaljai T1DM csoportban a létesítményhiány (35,7%) áll az első helyen. A DE KK-n kezelt T1DM-s kitöltők 3,6%-a, a kárpátaljaiak 14,3%-a érzi úgy, hogy egészségi állapota korlátozza a mozgásban.

A T1DM-es gyermekekben és szüleikben tudatosítani kell, hogy a rendszeres testmozgás javítja az egészségi állapotot. A gyermekeket ösztönözni kell a több testmozgásra, a motiválás pedig a gyermeket gondozó egészségügyi személyzet, a pedagógusok és a szülők közös érdeke és feladata.



Háromfázisú diuretikus válasz: az ADH-termelés zavara a suprasellaris tumorok operációját követően, ifosfamide indukálta nefrotoxicitással komplikálva

Széchenyi Renáta dr.¹, Török Dóra dr.¹,
Gács Zsófia dr.¹, Pálmafy Beatrix dr.²,
Hauser Péter dr.¹, Sallai Ágnes dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

²Országos Klinikai Idegtudományi Intézet

Témafelvétel: A hypothalamus és a hypophysis környéki tumorok esetében végzett idegsebészeti beavatkozásokat követően kialakuló hormontermelési zavar gyakori szövődmény. A só- és vízháztartás egyensúlyának felborulása következtében a posztoperatív időszakban rendkívül változatos képet láthatunk, így a kezelési stratégia ennek megfelelően szinte naponta más és más lehet. A kis változások figyelmen kívül hagyása is életveszélyes állapotok kialakulásával járhat.

Esetismertetés: A 14 éves nagylányt supratentorialisan elhelyezkedő tumorának részleges eltávolítását követően vettük át Klinikánkra a folyadék-háztartás monitorizálása, a hypothalamo- hypophysealis rendszer hormontermelésének felmérése és onkológia kezelése céljából. Az idegsebészeti beavatkozást követően a só- és vízháztartás egyensúlyának jelentős ingadozását tapasztaltuk. Az első napokban centrális diabetes insipidusnak (CDI) megfelelő klinikai képet észleltünk, majd az ápolás 8. napjától SIADH- ra jellemző értékeket láttunk, melyet a 12. posztoperatív naptól ismételtén a diabetes insipidusnak megfelelő kép követett. Terápiáját a klinikai képek megfelelően módosítva, folyadék-háztartása egyensúlyba került.

Az eltávolított tumor rész hisztológiai vizsgálata csírasejtes tumort igazolt, így a protokoll szerinti kemoterápiás kezelést ifosfammiddal és etoposiddal kezdtük meg. A kezelés első napját követően, az alkalmazott desmopresszin pótlás mellett polyuriát és emelkedő szérumszintet észleltünk. Az analóg ADH-pótlás dózisainak nagyfokú emelésével sem tudtunk kellő hatékonyságot elérni. Az emelt dózisú ADH hatástalansága háttérben felmerült az ifosfamide indukálta nefrotoxicitás következtében kialakult nefrogén diabetes insipidus, illetve tubulopathia lehetősége is.

Következtetés: Leírt esetünk jól mutatja az idegsebészeti beavatkozásokat követően kialakuló só- és vízháztartási zavarok komplexitását. A fentebb bemutatott háromfázisú forma (CDI-SIADH-CDI) mellett, kétfázisú lefolyással, permanens vagy tranzit diabetes insipidus kialakulásával is találkozhatunk. A kezelés során kellő figyelmet kell fordítanunk az alkalmazott egyéb kezelések okozta mellékhatásokra is, mely jelen esetünkben a kemoterápia okozta nefrotoxicitás volt.

Inzulin allergia!?

Szabó Csenge Yvette dr., H. Nagy Katalin dr.
BMKK Pándy Kálmán Tagkórház Gyula

Az 1-es típusú diabetes napjaink egyik legnagyobb jelentőségű krónikus gyermekbetegsége, mely a kis százalékban előforduló idiopátiás eredetű leszámítva, T-sejt mediálta autoimmun folyamat következménye. A betegség lényege a Langerhans-szigetek B sejtjeinek pusztulása okozta inzulinhiány, mely a vércukorszint drasztikus emelkedéséhez vezet, kényszerítő szomjúsággal, nagy mennyiségű folyadék fogyasztásával, bőséges vizeletürítéssel, fáradékonysággal, fogyással kísérvé. A diagnózis a vércukorszint meghatározás és a klinikai tünetek alapján gyorsan felállítható és az inzulinkezelésnek abszolút indikációját jelent, mely jelen tudásunk szerint életre szóló. Az életet jelentő

inzulin kezelésnek viszonylag kevés mellékhatása van. Ezek közül az inzulin allergia a legfontosabb, mely többnyire a múltban jelentett problémát, amikor még sertés és marhainzulin használtak kezelésként. A széles körben alkalmazott rekombináns humán és a modern analóg inzulinok jelentősen csökkentették az allergiás reakciókat, így ezek előfordulása napjainkban rendkívül ritka. Előadásunkban egy jelenleg 15 éves, 6 éve 1-es típusú diabetes mellitusban szenvedő kamasz fiú esetét szeretnénk bemutatni, akinél a hónapok óta fennálló súlyos akut anularis urticaria háttérben merült fel (lymphocytá transzformációs teszt) az inzulin allergia gyanúja. Az inzulin pumpa terápiával, melynek egyik indikációs területe az inzulin allergia és egyben a kórkép hyposzenzibilizálását is jelentheti, sikerült jelentős tüneti regressziót elérni. Azonban a kezdetektől megfigyelhető súlyos diétahibák miatt nem zárható ki továbbra sem az alimentáris eredet.

„Pszichózis – intermittens hiponatrémia – polidipszia (PIP) szindróma” megjelenése serdülőkorban.

Szita Judit dr.¹, Deák-Sala Júlia dr.¹, Erhardt Éva dr.¹,
Tényi Tamás dr.², Csábi Györgyi dr.¹

¹Pécsi Tudományegyetem, KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermekpszichiátriai Tanszék

²Pécsi Tudományegyetem, KK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

Háttér: Az impulzív háttérű pszichogén polidipszia prevalenciája krónikus pszichiátriai betegek körében 6-17%, az esetek 80%-a szkizofréniában szenved (Assouly-Besse és mtsai, 1996). A betegek egy kisebb részében „pszichózis – intermittens hiponatrémia – polidipszia” (PIP szindróma) alakul ki epizodikus, amely a szkizofréniás alcsoporthoz már az 1970-es években leírásra került. A hazai szakirodalomban és klinikai gyakorlatban a szindróma jórészt ismeretlen, a jelentkező esetek jelentős hányada nagy valószínűséggel nem kerül azonosításra. A jelenség újabban leírásra került serdülőkorú pszichotikus beteg esetében is (Schenoi, Stockwell, 2015).

Esetleírás: Előadásunkban egy 17 éves, enyhe fokú értelmi fogyatékos fiú esetét mutatjuk be, akit szkizofrén pszichotikus epizód miatt kezeltünk. A beteg fejfájás, szorongás, alvászavar miatt került felvételre klinikánkra. Felvételi fizikális státuszában kóros eltérés nem volt, laboratóriumi vizsgálata során hiponatrémia (Na: 125 mmol/l) igazolódott, a páciensnél poliúria és polidipszia volt megfigyelhető. Kivizsgálása során diabetes insipidus kizárásra került, tüneteit pszichogén polidipsziának vélelmezték. Gyermekpszichiátriai osztályra való áthelyezését követően panaszait jelzett súlyos alvási nehézsége nem volt igazolható, azt doxasmaként írtuk le. Az észlelt negatív tünetek (affektív sivárság, indítékszegénység), a dezorganizált magatartás, a szorongás és a bizarr testérzetek és a szkizofréniához való viszonyában pozitív családi anamnézis alapján szkizofrén pszichotikus epizódot vélelmeztünk. Felvételekor fokozott vízbevitel (napi 4-5 liter) volt észlelhető. Risperidon, alprazolám medikációt indítottunk, amely kezelés eredményeként pszichotikus tünetei és polidipsziája 3 hét alatt fokozatosan megszűntek, otthonába bocsáthattuk. Emisszióját követően néhány héten belül tünetei ismételtén fellángoltak, osztályos felvétele vált újra szükségessé. Aripiprazolra, majd annak hatástalanságát követően olanzapinra állítottuk. A kezelés mellett pszichotikus tünetei fokozatosan megszűntek, a beteg otthonába bocsáthatóvá vált.

Következtetés: A PIP szindróma a szkizofréniához egy alcsoporthoz, amely ismerete diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai szempontból jelentős. A súlyos elektrolit zavarhoz vezető kórkép ke-



zelésben a második generációs antipszichotikumok bevezetése javasolható. Előadásunk egy PIP szindróma tünettanát mutató serdülő esetét mutatja be, ismereteink szerint a hazai szakirodalomban elsőként.

Bőrtünetek és bőrgyógyászati kórképek elhízott gyermekekben

**Kerekes Kamilla dr., Várnai Bianka dr.,
Svraka Eszter dr., Rippl Ilona dr., Harangi Ferenc dr.**
Tolna Megyei Balassa János Kórház

Az elhízás világszerte és hazánkban egyaránt növekvő közegészségügyi problémákat vet fel. Multifaktoriális háttér jellemzi, melyek közül a környezeti tényezők meghatározó szerepet töltenek be. A megnövekedett tömegű zsírszövet peptid-hormonok, citokinek és transzmitterek szekréciója révén az egész szervezetre hatást gyakorol. Ennek manifesztációjaként jelenhetnek meg bőrgyógyászati kórképek is az obes gyermekek körében.

Tanulmányunk során obesitással összefüggésbe hozható bőrgyógyászati rendellenességek megjelenési gyakoriságát elemeztük. Az általunk áttekintett szakirodalomban eddig kevesen foglalkoztak az obesitas kapcsán felmerülő bőrgyógyászati eltérésekkel. Kórházunk Gyermekgyógyászati osztályán vizsgált 144 obes testalkatú gyermek vizsgálati eredményeit tekintettük át retrospektív módon. Többek között a leggyakoribb obesitas kapcsán észlelhető kórképek álltak figyelmünk középpontjában, mint például az acanthosis nigricans, a stria, az acrochordon vagy különböző infekciós eredetű kórképek, mint a pityriasis versicolor vagy az erythrasma.

Az általunk vizsgált betegpopuláció átlagosan 11,7 éves gyermekek csoportja volt. Vizsgálatunk során több mint az esetek harmadában észleltük striák megjelenését, ez volt a leggyakoribb bőrgyógyászati eltérés. Ezt követte az acanthosis nigricans (19,44%), majd a hirsutismus (6,25%) és az acne vulgaris (4,16%), illetve egyes esetekben az acne conglobata. Az infekciós kórképek és az acrochordon csak elvétve jelentek meg. Érdekes módon virális eredetű bőrgyógyászati kórképek nem fordultak elő ebben a betegcsoportban. Atópiás dermatitis, psoriasis vulgaris és hydradenitis suppurativa is megfigyelhető volt vizsgált gyermekek között.

Eredményeinkkel szeretnénk felhívni a figyelmet az obesitas kapcsán megjelenő zsírszövet patofiziológiai hatásaira, a potenciálisan megjelenő bőrtünetek és bőrgyógyászati kórképek észlelésére, differenciáldiagnosztikai kérdéseire, kezelésére és lehetőség szerinti megelőzésére.

PTPN11 mutáció az alacsony növés hátterében

**Dán Ildikó dr., Szabó Tamás dr., Szakszon Katalin dr.,
Felszeghy Enikő dr.**

DEKK Gyermekgyógyászati Intézet

Bevezetés: Az alacsony növés hátterében állhat GH elválasztás vagy GH hatás hiánya, de egyéb eredetű nanosomiákat is megkülönböztetünk. Gondolnunk kell a krónikus organikus betegségek, valamint egyéb endokrin betegségek, genetikai kórképek következtében kialakuló növekedéskori elmaradásra is.

Eset: T.Zs. 14 éves, szívfejlődési rendellenességgel, IUGR született gyermek. Prenatalisan 12 hetes korban vastag nuchalis redőt észleltek, ezért prenatalisan végzett kromoszóma meghatározás történt, mely 46 XY kariotípust igazolt. Kardiológiai vizs-

gálat során ductus arteriosus persistens, supraaortális pulmonalis stenosiszt észleltek, mely miatt két éves korban műtét történt. Kétoldali retenció testis miatt laparoscopus orchidopexiát végeztek. Hat éves korban növekedési elmaradás miatt keresték fel Endokrinológiai szakrendelésünket. Fizikális vizsgálat során poporcionált testalkatot, jelentős test magasság-beli elmaradást észleltünk, valamint diszomorf arckarakot: elődomborodó homlokudort, széles lapos orrgyököt, szűk szemrést, epicanthus tendenciát, alacsonyan ülő füleket markáns helix-szel, valamint bpst II-III-ban 3/6-os systolés zörejt, mely a post op. statusnak megfelelt. Fizikális status eltérései és a multiplex fejlődési rendellenességek miatt a korábban indított genetikai vizsgálat eredménye Noonan szindrómát igazolt. Kivizsgálása a növekedési elmaradás kivizsgálási protokollt követte, GH csúcsértékek részleges GH hiányra utaltak. Boszintetikus növekedési hormon és a serdülés elmaradása miatt Choragon tesztet követően (genetikai eredmény ismeretében) tesztoszteron terápia kezdődött, melyek mellett a gyermek testmagassága a Turner szindrómás gyermekek testmagasság percentilis értékeinek 25-50 percentilise közé esett.

Konklúzió: A nanosomia hátterében gondoljunk genetikai okra, különösen akkor, ha diszomorfia észlelhető fizikális vizsgálat során és/vagy multiplex fejlődési rendellenességek ismertek. A terápia élethosszig tart, megfelelő életminőség kialakításához jó compliance elengedhetetlen. Családtervezés genetikai tanácsadást követően lehetséges. A fertilitással kapcsolatos problémák megoldásában a felnőtt endokrinológus/ urológus kollégákra számíthatunk.

A világ előtt elrejtve – D-vitamin-hiányos rachitis a XXI. században

**Czagány Bence dr., Dávid Mónika dr.,
Rozovljan László dr., Surányi Lajos dr.**

Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Osztály

Hogyan lehetséges az, hogy a magyar egészségügyi és szociális ellátórendszer nem szűrte ki egy ma már teljességgel megelőzhető és éppen ezért oly ritkán előforduló kórképet? Súlyos D-vitaminhiányban a csontok szerkezete megváltozik, szélsőséges esetben rachitis alakul ki, a következményes hypocalcaemia további panaszokat, tüneteket von maga után, paresthesiát, tetániát. Előadásunkban egy tizenhat éves, somatomentálisan súlyosan sérült, szociálisan teljes mértékben izolált gyermek esetét ismertetjük. Két napja tartó mozgáskorlátozottság, járászavar miatt kezdtük meg kivizsgálását. Spasztikus tetraparesise hátterében a kezdeti laboreredményei alapján hypocalcaemiás tetániát feltételeztünk. Az anamnézis-felvételkor nyilvánvalóvá vált szociális problémák ismeretében a gyermekjóléti szolgálattal, a gyámhatósággal és az alapellátó orvossal történt kapcsolat felvételét követően tettük meg további diagnosztikus lépéseinket. Kiterjesztett laboratóriumi és képalkotó vizsgálatokat követően súlyos D-vitamin-hiányos rachitis klinikai képe ábrázolódott. Endokrinológiai konzílium segítségével felépítettük a gyermek terápiás tervét, melyet jelenleg is folytatunk. A gyermek általános állapota és laborparaméterei jelentős javulást mutatnak, izomzata normotoniássá vált, mozgásképesége közelíti a tünetek megjelenése előtti állapotot. Előadásunkkal szeretnénk kihangsúlyozni a szociális ellátórendszer és az alapellátás felelősségét a gyermekkori megelőzhető kórképek prevenciójában és felhívni a figyelmet olyan betegségek lehetőségére, melyeknek ma már nem szabadna előfordulniuk a fejlett világban.



Tavaszzáró GASZTRO Piknik

Üléselnökök:

Az újszülöttkori májelégtelenség egy ritka oka

Ujvári Anett dr.¹, Marián Erzsébet dr.¹,
Dicső Ferenc dr.¹, Harsányi Gergő dr.²

¹ SZSZBMK és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Gyermekosztály, Nyíregyháza

² SZSZBMK és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Patológiai Osztály, Nyíregyháza

Az újszülöttkori májelégtelenség (neonatal liver failure – NLF) a morbiditás és mortalitás egyik fő oka újszülöttkorban, akut májelégtelenség és/vagy congenitalis cirrhosis képében jelentkezik. Hátterében számos kórállapot állhat (leggyakrabban fertőzések vagy toxikus eredet, anyagcserezavarok, hematólogiai betegségek, veleszületett ér és szívfejlődési rendellenességek, hypoxia). A gesztációs alloimmun májbetegség (GALD) az újszülöttkori májelégtelenség egyik ritka, de potenciálisan kezelhető oka. A májsejtkárosodás már az intrauterin életben, a 12. gesztációs hét körül kezdődik. Az időben elvégzett vércsere és az intravénás immunglobulin adása csökkentette a szükséges májtranszplantációk számát és javította a prognózist. A diagnózis megszületése azonban továbbra is kihívást jelent. Fontos, hogy a kivizsgálás során, mint lehetséges kórkép, gondoljunk rá. A betegségnek közel 80%-os az ismétlődési rátája az érintett anyák várandósaiban prevenció nélkül. Előadásomban egy esetünk ismertetése kapcsán szeretném áttekinteni az újszülöttkori májelégtelenség korai klinikai és laboratóriumi jeleit, az antenatalis időszak figyelemfelhívó jeleit is beleértve, és a differenciáldiagnosztika lépéseit. Egy másik általunk kezelt beteg kapcsán pedig felhívom a figyelmet, hogy milyen fontos mielőbb tisztázni a lehetséges etiológiát, hiszen ez meghatározó a legjobb kezelési stratégia felállításában.

Ritka lokalizációban jelentkező Crohn-betegség

Oberfrank Míra dr.¹, Polovitzner Mária dr.²,
Mezőfi Beáta², Karoliny Anna dr.¹

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai és Nefrológiai Osztály

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Radiológiai Osztály

A Crohn-betegség a gastrointestinalis rendszer krónikus, granulomatosus gyulladásos betegsége, mely a bélfal minden rétegét érintheti, és bár a szájüregtől az anusnyílásig bármely bélszakaszon megjelenhet, leggyakrabban mégis a terminalis ileum és a colon érintettségével találkozunk. A Crohn-betegség osztályozásában a lokalizációnak fontos szerepe van (Párizsi klasszifikáció), melynek prognosztikai jelentősége is kiemelkedő. A Crohn-betegség diagnosztikájában a portói kritériumok szerint rutinszerűen elvégzett OGD során gyermekek körében makroszkópos elváltozást 40-64%-ban írtak le, szövettani eltérést a betegek több, mint 70%-ánál találunk. Súlyos, klinikai tüneteket okozó gyomor és duodenum beszűrttséget csupán a betegek egy kis részénél látunk, de a főképp ezeken a területeken jelentkező, obstrukciót okozó Crohn-betegség valóban ritkaságnak számít, kezelése speciális kihívást jelent.

Az esetbemutatásban szereplő serdülő lány 14 éves korában került Gasztroenterológiai osztályunk látókörébe, amikor néhány hónapja észlelt, étkezést követően, főleg esténként jelentkező

epigastriális hasi fájdalom, valamint fáradékonyság, étvágytalanság és jelentős fogyás kivizsgálása miatt vettük fel. Anamnéziséből ezek mellett visszatérő stomatitis aphthosa, vaspótlás mellett sem rendeződő microcitra anaemia, és terhelésre jelentkező térdfájdalom emelendő ki. Hasi ultrahang vizsgálata során mérsékelten megvastagodott falú terminalis ileum ábrázolódott, mely a klinikai képpel együtt felvetette gyulladásos bélbetegség gyanúját. Colonoscopia során a vastagbélben elszórtan apró aphthák voltak láthatóak, illetve szűk, fekélyes Bauhin-billentyűn keresztül jutottunk be a terminalis ileumba, melynek nyálkahártyája ép volt. Az oesophago-gastro-duodenoscopia során azonban kifejezetten szűk pylorust láttunk, a duodenum nyálkahártyája oedemás, hyperaemiás, serpingiosus fekélyekkel tarkított volt. A látott kép a szövettani vizsgálattal egybehangzóan Crohn-betegségnek felelt meg, így remisszió-indukció céljából exclusiv enterális táplálást kezdtünk, melyet azathioprinrel egészítettünk ki. Az alkalmazott kezelés mellett rövid remissziót követően ismét jelentős retenciót okozó gyomorkimeneti szűkület alakult ki, így szisztémás kortikoszteroid kezelést kezdtünk, majd biológiai terápiát vezettünk be. Egy év klinikai remissziót követően ismét passage- akadály alakult ki az érintett szakaszon. Terápia rezisztencia esetén sebészeti megoldás jön szóba, azonban ebben a lokalizációban a beteg szakasz eltávolítása nem lehetséges, gastro-entero-anastomosis kialakítása szükséges, a műtét pontos megtervezését a Vater-papilla beszűrttségének volta határozza meg. A gastroduodenalis Crohn-betegség esetén is az egyéb bélszakaszon megjelenő szövődményekkel kell számolni, melyek leggyakrabban a strictura, ill. fistula vagy tályog kialakulása lehetnek. A felső gastrointestinalis régióban jelentkező, magas kockázatú Crohn-betegség kezelése speciális megfontolást igényel. A terápia szintén megegyezik az egyéb lokalizációban megjelenő Crohn-betegség kezelésével, azonban a konzervatív terápia ellenére is visszatérő obstrukció esetén speciális műtéti megoldás jön szóba.

Bélszűkület nem szokványos okból – Arteria mesenterica superior szindróma colitis ulcerosában

Kovács Fanni dr., Cseh Áron dr., Nyitrai Anna dr.,
Kálmán Attila dr., Dezsőfi Antal dr., Szabó Attila dr.
Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegség gyakorisága egyre növekvő tendenciát mutat, minden negyedik beteg gyermekkorban kerül diagnosztizálásra, melyek között kétszer gyakrabban fordul elő a Crohn betegség, mint a colitis ulcerosa. Nagymértékű fogyással a vastagbélgyulladás ritkán társul, tünete általában a véses hasmenés, míg vékonybél érintettség esetében a fogyás az általános tünet. Az arteria mesenterica superior szindróma elsősorban hirtelen, nagy mennyiségű fogyás vagy hasi műtétek kapcsán jön létre, a duodenum leszorítása révén.

Esetismertetés: A 16 éves lánygyermek 2 hónapja tartó, gasztroenteritist követően fellépő hasi fájdalom miatt jelentkezett sürgősségi ambulanciánkon. Részletes anamnézis felvételekor kiderült 2 hónap alatt bekövetkezett 8 kg fogyása, valamint az elmúlt években visszatérő kötőhártya-gyulladás, ízületi panasz is. Mindemellett rendszeresen jelentkezett hányása, több-



szőr szubfebrilis is volt. Fizikális vizsgálattal diffúz hasi nyomásérzékenységet tapasztaltunk. Laboratóriumi vizsgálata, valamint széklettenyésztése negatív eredménnyel zárult, hasi ultrahang pedig a vastagbelet enyhén csőszerűnek mutatta. Endoszkópiára előjegyeztük, majd otthonába engedték. Részletes kivizsgálására ismétlődő panaszai mellett került sor, a Szent László Kórházból való átvétele után, ahova exsiccosisos tünetekkel került. Pánendoszkópos vizsgálatot végeztünk, amely során enyhe disztális kólitist láttunk, gyulladásos csökkentő terápiát indítottunk. A kifejezett tüneteit a látott kép nem magyarázta, felmerült funkcionális komponens lehetősége is. Két hónappal később a gyermek újra jelentkezett sürgősségi ambulanciánkon, a korábbiakhoz nagyon hasonló, azóta is intermittálóan fennálló hányásokkal. Tekintve, hogy e tünetek hátterében infekcióra utaló eltérést nem találtunk, továbbra is enyhe alapbetegsége pedig nem magyarázta gyakori hányását, valamint étvágytalanságát, kontrasztanyag nyelési röntgen vizsgálatot végeztünk. A vizsgálat során a duodenum horizontális szárán a középvonalban leszorítás volt látható, oralisabban a duodenum tágabb volt. Célzott hasi ultrahang vizsgálattal a duodenum komprimációját megerősítettük, az aorta és az arteria mesenterica superior közötti távolságot szűknek mértük. Annak ellenére, hogy a jelentős fogyások mellett a gyermek BMI-je a normált tartományban maradt, arteria mesenterica superior szindróma alakult ki nála. Krónikus hasi fájdalom gyulladásos bélbetegsége, valamint pszichés terheltsége mellett ezen atípusosan megjele-nő kórkép is súlyosbította. Tápszeres szondatáplálás mellett MR vizsgálatot tervezünk, a klinikum függvényében műtéti megoldás is felmerül.

Következtetés: A gyermekkori krónikus hasi fájdalom hátterében fennálló okok sokszínűsége miatt nem csak a funkcionális és organikus kórképek differenciáldiagnosztikája jelent kihívást, hanem a nem szűnő panaszok esetén esetlegesen több organikus ok együttes fennállásának felismerése is.

Hasnyálmirigy-gyulladással szövődött IBD – saját eseteink tükrében

Bogár Andrea dr., Guthy Ildikó dr., Dicső Ferenc dr.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósza András Oktatókórház Gyermekosztály, Nyíregyháza

Gyulladásos bélbetegségekhez (IBD) a populációs átlaghoz képest magasabb arányban társulhat a pancreas megbetegedése, ezen belül is pancreatitis. IBD-ben a pancreas érintettsége kialakulhat a betegség extraintesztinális manifesztációjaként, de másodlagosan a kezelések indukálta mellékhatásokkal, emellett számos heterogén folyamattal is összefüggésbe hozható létrejöttük.

Előadásomban öt IBD miatt gondozott páciensünk hasnyálmirigy-gyulladással szövődött esetét ismertetem. A két colitis ulcerosa és három Crohn betegünk hasnyálmirigy-gyulladására tüneteik alapján, a klinikum és a gyógyszeres terápia sajátosságait ismerve, célzott laboratóriumi vizsgálatok révén derült fény. A megbetegedések súlyosságát tekintve változatos kórlefo-lyások és hozzájuk igazodó terápiás stratégiák figyelhetők meg. Egy betegünknek alakult ki intenzív osztályon jejunalis szonda behelyezését is igénylő pancreatitise, míg másnál az enyhébb lefolyású megbetegedés az ambuláns nyomon követést is lehetővé tette. Bár saját betegeink akut pancreatitises epizódjai során gyógyszer indukálta mellékhatást véleményeztünk, az egyedi kórlefo-lyásokat utólagosan áttekintve autoimmun etiopatogene- zisű megbetegedés oki szerepe merült fel.

Mint azt a betegeink életútja is mutatja, a pancreatitisszel szövődött IBD betegeknél az időben történő korrekt diagnózis felállítása, a legoptimálisabb terápiás stratégia megtervezése valódi

kihívást jelent a kezelő orvos számára. Mivel a két betegségecsoport tünetei átfedést mutatnak IBD betegek nem specifikus abdominális tünetei esetén fel kell merülnie a pancreas érintettsége is.

Az álcázás mestere

Fábián Kitti dr., Tárnok András dr.

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: Számos kórkép ismert, amely nehézséget okoz az IBD felismerésében. Egy fiatal betegünk típusosnak imponáló tünetei alapján szeretném felhívni a figyelmet a differenciáldiagnosztikai problémákra.

Esetismertetés: Az IBD irányába negatív családi anamnézisű 17 éves fiatal fiú felvételére két hete intermittálóan jelentkező lázas állapot, hasmenés és fogyás miatt került sor. A laboratóriumi vizsgálat során kifejezetten emelkedett aktivitási értékeken kívül eltérést nem észleltünk. Felvételekor hasi ultrahang vizsgálat ileitis terminalist írt le fisztula képződéssel, valamint hasi tályog gyanújával. Széklet haemateszt pozitív. Tekintettel a fenti vizsgálati eredményekre kombinált intravénás antibiotikum terápiát kezdtünk. A fenti képet a néhány nap múlva elkészült MR enteroclysis vizsgálat is megerősítette, azonban plusz információként felmerült a korábbi appendicitis lehetősége. A széklet mikrobiológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak. Az alarmírozó tünetek miatt panendoscopya történt. A felső endoscopya eltérés nélküli volt. A colonoscopya során a terminalis ileum kb. 4 cm-es szakasza körkörösén gyulladt volt, emellett mucopurulens váladékot észleltünk néhány szabálytalan fekélyvel, az appendix orificiuma ép volt. IBD, Yersinia enterocolitica valamint autoimmun hepatitis irányába immunszerológiai vizsgálatok negatív eredményűek. Az időközben elkészült kórszövettani vizsgálat során IBD-re jellegzetes morfológiai eltérések nem mutatkoztak. 10 napos kezelés alatt a fiú panaszmentessé vált. Emisszióját megelőzően a hasi ultrahang vizsgálat az oedemas falú appendixen kívül kórjelző eltérést nem írt le, a laboratóriumi vizsgálat során az aktivitási érték normalizálódott, a beteg további két hétig per os antibiotikumot kapott.

Következtetés: A klinikai kép hátterében felmerül korábbi appendicitis acuta szövődésményeként kialakuló terminalis ileumot érintő gyulladás, valamint hasi tályog lehetősége, ami a fenti terápiára regressziót mutatott. IBD-re típusos tünetek esetén is fontos a differenciáldiagnosztikai problémát jelentő kórképek kizárása, valamint a megfelelő empirikus terápia megkezdése a pontos diagnózis ismeretéig.

Anorexia nervosa vagy mégsem?

Boros Judit dr.¹, Rudolf Judit dr.², Szamosújvári Judit³, Vajda Zsolt dr.⁴, Balázs György dr.⁵, Karoliny Anna dr.²

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Gasztroenterológia és Nephrológia Osztály

³ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Neurológia Osztály

⁴ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Toxicológia Osztály

⁵ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, CT Intervenció és Radiológia Osztály

A különböző etiológiájú evészavarral küzdő gyermekek száma minden életkorban jelentősen emelkedő tendenciát mutat. Az evészavar kezelése komplex feladat, azonban a pszichoterápia



előtt minden esetben szükséges az organikus betegségek kizárása.

A 11 éves, más intézetben anorexia nervosa miatt fél éve pszichoterápiában részesülő leánygyermek felvételére romló étvágy, fogyás kivizsgálása céljából került sor gasztroenterológiai osztályunkra. Felvételekor az astheniás alkatú gyermek vizsgálata során belszervi eltérést nem észleltünk. Rutin laboratóriumi leleteiben hiányállapot, elektrolitzavar, gyulladásos aktivitás, anyagcserebetegségre utaló eltérés nem igazolódott.

Áttekintve az anamnézist és az osztályunkon tapasztalt évési magatartást, vezető tünetként a kórosan fokozott folyadékforgalom állt, megszorítás nélkül napi hét liter folyadékforgalmat dokumentáltunk. Ismételt, a pszichés tényezők következtében igen nehezen kivitelezhető szomjaztatási próba során a kialakuló hipernateramia végül a diabétesz insipidus diagnózist megerősítette, mely miatt képalkotó vizsgálatot végeztünk. Az elvégzett koponya/ sella MR a hipophysis és a hipophysis-nyél expanzív jellegű eltérést igazolta, mely leginkább csírasejtes tumor lehetőségét vetette fel. További ellátás céljából onkológiai osztályra helyeztük.

Évészavar gyanúja esetén a pszichiátriai gondozásba vétel előtt szükséges az organikus okok kizárása. Fontos a részletes anamnézis felvétel, a gyermek megfigyelése – akár osztályos keretek között – hiszen a pszichés komponens mellett a panaszok hátterében szervi ok is megújhat.

Enterális táplálás a gyakorlatban

Koczkane Hovanyecz Ilona

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

A táplálás terápia a táplálás egyik speciális formája, amikor a speciális gyógyászati célra szánt tápszert alkalmazunk a már megszokott étrendünk helyett. Előadásomban szeretném ismertetni a táplálás terápia jelentőségét, meghatározását, módzatait. Enterális táplálás fajtáit ezen belül is leginkább a szondatáplálást, ezen ellenjavallatait és főbb apolási szempontjait.

Bemutatom osztályunkon hogyan történik a beteg-szülő edukációja, kihez fordulhatnak a betegek ha problémájuk van az enterális táplálás során.

A táplálás terápia igen fontos tényező a betegség megelőzésében és annak leküzdésében, ezért annak megfelelő alkalmazása elengedhetetlen.

Korai csecsemőkorban jelentkező colitis ritka oka

Bunkóczi Csilla dr., Guthy Ildikó dr., Oroszlán Klára dr., Kassay Anett dr., Csürke Ildikó dr., Dicső Ferenc dr.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jóna András Oktatókórház Gyermekosztály, Nyíregyháza

Az újszülött- és csecsemőkorban jelentkező hasmenések hátterében számos kórkép állhat. A fertőzéses okok kizárását követően gyulladásos bélbetegségek, felszívódási zavarok, táplálékallergia valamint szisztémás autoimmun folyamat lehetősége is felmerülhet.

Két fiúcssecsemőt kezeltünk osztályunkon újszülött korban lázzal kezdődő hasmenés, majd néhány nap múlva jelentkező véres székletürítések miatt. Perinatalis infectiót feltételeztünk, de kórokozót nem sikerült azonosítani, emellett az egyéb szóba jövő betegségeket kizártuk. Az észlelt eosinophilia és a klinikum alapján korán jelentkező immundysregulációs kórkép merült fel, melyet a kiegészítő vizsgálatok igazoltak. Ezen két, egymás-

hoz rendkívül hasonló esetünk kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet egy ritka, de kezelés nélkül súlyos állapothoz vezető csecsemőkorban jelentkező colitis differenciáldiagnosztikai nehézségeire.

De novo gyulladásos bélbetegség szolid szervtranszplantáción átesett gyermekekben – esetbemutató

Boros Kriszta Katinka dr., Kelen Kata dr., Reusz György dr., Cseh Áron dr., Dezsőfi Antal dr.

Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegség (inflammatory bowel disease, IBD) incidenciája folyamatosan nő, etiológiája azonban egyelőre ismeretlen. Kezelésében gyakran alkalmazunk immunszuppresszív, illetve immunmoduláns szereket. Egyes esetekben azonban szolid szervtranszplantációt követően, folyamatos immunszuppresszív kezelés ellenére megfigyelhető egy, a gyulladásos bélbetegségre jellemző tüneteket és elváltozásokat viselő krónikus gyulladás kialakulása.

Módszerek: Célunk az volt, hogy Klinikánk beteg anyagából összeítsük azon eseteket, akiknél szolid szervtranszplantációt (máj, vese, tüdő) követően de novo IBD alakult ki. A diagnózis felállítása oesophago-gastro-duodenoscopy és colonoscopy során vett szövettani minták feldolgozása alapján történt. A transzplantációt megelőzően primer sclerotizáló cholangitissal diagnosztizált betegeket kizártuk.

Eredmények: Klinikánkon gondozott, szolid szervtranszplantáción (175 máj, 180 vese, 26 tüdő) átesett betegek közül 4 (2 máj-, és 2 vesetranszplantált) gyermeknél alakult ki de novo IBD. A transzplantáció két betegnél biliaris atresia miatt kialakult májelégtelenség, egynél polycisztás vese, és egynél pedig Denis-Drash szindróma következtében kialakult veseelégtelenség miatt történt. A transzplantációt követően az immunszuppresszió fenntartásához mind a négy beteg részesült szisztémás szteroid és tacrolimus kezelésben, 3 beteg (2 vese- és egy májtranszplantált) gyermek mycophenolat mofetil kezelésben is. A kivizsgálást indikáló főbb tünetek a hematochezia, hasmenés, fáradékonyság és fogyás voltak, melyek transzplantációt követően 1-8,8 év között jelentek meg. A családi anamnézis egy esetben volt pozitív Crohn-betegség irányában. Hasi UH vizsgálat 2 esetben írt le a vastagbél területén bélfalmegevastagodást. Emelkedett CRP és thrombocytosis 2 esetben fordult elő a diagnózis felállításakor. Szövettani vizsgálat két esetben igazolt granulomát. Lokalizációt tekintve 3 betegnél a vastagbél, 1 betegnél a terminalis ileum környéke volt legnagyobb mértékben érintett. Az IBD diagnózisát követően mind a 4 betegnél a fenntartó terápia további immunszuppresszió volt, egyes esetekben biológiai terápia is felmerült. A vesetranszplantált betegeknél a mycophenolat mofetilt azathioprin terápiára váltották.

Konklúzió: Összességében elmondható, hogy a szolid szervtranszplantációt követő de novo IBD kialakulása igen ritka, etiológiája tisztázatlan. Az irodalom felveti a használt immunszuppresszív szerek (tacrolimus és mycophenolat mofetil) etiológiai szerepét, emellett egyes kutatások azt is feltételezik, hogy a de novo IBD egy olyan önálló entitás, mely elkülönül a klasszikus IBD kategóriáktól. Klinikai szempontból azonban fontos a prezentációs tünetek hátterében álló betegség tisztázása, hiszen a prezentációs tüneteknek megfelelő, differenciáldiagnosztika során felmerülő egyéb betegségek terápiaja merőben eltér. A megfelelő terápia hozzájárulhat a transzplantált betegek morbiditásának és mortalitásának csökkentéséhez.



Emelkedett májenzim értékek és ami mögötte állhat

Pohorilják Leonetta dr., Guthy Ildikó dr.

SzSzBMK és Egyetemi Oktatókórház, Jóna András Oktatókórház, Gyermekosztály, Nyíregyháza

Cél: felhívjuk a figyelmet a májbetegség és a gyulladásos bélbetegség kapcsolatára.

Anyag és módszer: A primer sclerotizáló cholangitis lassan kialakuló betegség, mely első tünete az emelkedett transzamináz enzimek, később sárgaság, hasi fájdalom, mely a jobb bordaív alá lokalizálódik.

Estebemutató: V.K.: első kórházi kezelés infektológiai osztályon 3 héttel a panaszok kezdete után, 10 évesen: hányás, hasi fájdalom. Laborokban emelkedett májenzimértékek, indirekt hyperbilirubinaemia. Kivizsgálása során Hepatitis szerológiai (A, B, C, E), CMV, EBV, Parvovirus, valamint székletenyésztes negatív eredményűek. Hasi Uh-n vaskos falú epehólyag ábrázolódik. Legalon és Ursofalk kezelésben részesült. Emellett továbbra is májenzim értékei emelkedettek voltak, felmerült a réz-anyagcsere zavar (Wilson kór), vizelet vizsgálatával emelkedett rézürítés igazolódott, a genetikai vizsgálat a szokásos mutációt nem igazolta. Májbíopszia során PSC igazolódott. Mivel a PSC-hez gyakran társul gyulladásos bélbetegség, ezért szűrő jelleggel gasztroszcopiát és colonoszcopiát végeztünk, mely colitis ulcerosát igazolt. Salazopyrin és Ursofalk kezelés mellett tünet és panaszmentes.

V.T.: hasi fájdalom, hig székleletürítés, mely időnként vért tartalmaz. Széklettenyésztes negatív. Laborokban emelkedett gyulladásos értékek, májenzimértékek láthatóak. Gastro-, illetve colonoszcopia colitis ulcerosát igazolt. Salazopyrin kezelés mellett székletei összeállók lettek, de májenzimértékek továbbra is emelkedettek voltak. Kivizsgálását folytattuk, PSC igazolódott. Terápiáját Ursofalkkal egészítettük ki, emellett tünet és panaszmentes.

Következtetés: A PSC a hepatobiliaris rendszer idült betegsége, mely gyakran társul gyulladásos bélbetegséggel (colitis ulcerosával), ami fordított esetben is érvényes. Colitis ulcerosás betegnél emelkedett májenzim értékekkel gondolkodni kell PSC-re.

Segíthet-e a nyelőcső pH-impedancia mérés a rumináció diagnózisának felállításában?

Kovács Veronika dr., Veres Gábor dr.†, Szabó Tamás dr., Müller Katalin Eszter dr.

DE KK Gyermekgyógyászati Intézet-Klinika, Debrecen

Bevezetés: A rumináció szindróma ismeretlen etiológiájú, funkcionális gasztrointesztinális rendellenesség. Fő jellegzetessége az elfogyasztott étel ismételt regurgitációja, öklendezés vagy hányinger nélkül. A diagnózis rendszerint felállítható a Róma IV. kritériumok alapján. Előfordul azonban, hogy a diagnózis felállításához, és a beteggel való elfogadtatáshoz közös vizsgálatra van szükség. A diagnózis felállításának gold standardja a manometria.

Alábbi betegünk esetében a nyelőcső pH-impedancia vizsgálat során meghatározható paraméterek segítségével tudtuk a rumináció gyanúját megerősíteni, elfogadtatni a szülőt.

Esetismertetés: Egy 5 éves fiúgyermek esetét mutatjuk be, akinek vezető panasza az étkezéseket követően jelentkező regurgitáció és ritkán hányás. A gyermek testi és szellemi fejlődése korának megfelelő volt, korábbi anamnézisében érdemi betegség nem szerepelt. Fizikális státuszából elszíneződött, carieses fogazata mellett egyéb eltérést nem találtunk. Első megjelenésekor gastroesophagealis reflux (GERD) gyanúja miatt empirikus protonpumpa gátló terápia indult, ez azonban nem hozott érdemi változást, ezért endoszkópos vizsgálatot javasoltunk. Azon-

ban a gyermeket kontroll vizsgálatra nem hozták. Egy évvel később változatlan, panaszai miatt jelentkeztek újra. Ekkor közös kivizsgálás mellett döntöttünk felső endoszkópos vizsgálatra. GERD, strictura nem igazolódott, szövettan eosinophil esophagitist nem írt le. Ezt követően 24 órás nyelőcső pH-impedancia mérést végeztünk, melyen szembetűnőek voltak a posztprandiális időszakban látott gyakori, nem savas, proximális reflux epizódok (3 epizód/h), illetve a tünetek és a magas regurgitáció közötti kapcsolat (SAP (symptom analysis probability): 98%). Mindezek alapján ruminációt valószínűsítettünk, és jelenleg gyógytornán, viselkedésterápián vesz részt a gyermek.

Megbeszélés: A rumináció szindróma elsősorban klinikai diagnózis. Előfordul, hogy nyelőcső manometria kapcsán derül fény a diagnózisra, vagy a diagnózis elfogadtatása miatt van szükség manometriás vizsgálatra. Esetünk példája lehet annak, hogy a nyelőcső pH-impedancia mérésnek nemcsak a savas és nem savas GERD, nyelőcső hiperszenzitivitás elkülönítésében lehet szerepe, hanem egyéb funkcionális kórképek igazolására vagy felvetésére is alkalmas.

Hol a határ? Tartós szondatáplálás bevezetésének időpontja táplálási elégtelenség esetén

Bodnár Ágnes dr., Szabó Levente dr., Bessenyei Mónika dr., Szabó Tamás dr., Kadenczki Orsolya dr.

DE-KK Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: Az orvosi tevékenység gyakorlása során nemegyszer találkozhatunk olyan helyzetekkel, melyeknek megoldása nemcsak orvosszakmai tudást, hanem az adott helyzetre vonatkozó jogszabályokban való jártasságot is megkívánja. Előadásomban az egészségügyi ellátás visszautasításnak jogát, ezzel összefüggésben az orvos lehetőségeit, felelősségét szeretném ismertetni egy eset bemutatásán keresztül.

Esetismertetés: Z.E.F. 14,5 éves, ismeretlen etiológiájú, mentális retardációban szenvedő, somaticusan alulfejlett gyermek. Neurológiai szakrendelésünk epilepszia, hematológia szakrendelésünk autoimmun haemolyticus anaemia, leukocytosis, szemészeti szakrendelésünk 2 oldali congenitalis cataracta miatt gondozza. Elégtelen súlygyarapodás miatt tartós tápszonda bevezetését elsőként 2014-ben javasolta iskolaorvosa, amit édesanyja több alkalommal is elutasított. Szupportív táplálásterápiában tartósan nem részesült.

2020 januárjában neurológiai indikációval került felvételre Intézetünkbe. Észelve súlyos alultápláltságot, sacrum felett látható decubitusát, kezelőorvosa gastrotubus beültetését javasolta, amibe édesanyja beleegyezett. A táplálászonda behelyezésére csak sebész úton, laparotomiával volt lehetőség. Postoperatív időszakban ileus, enyhe pancreatitis alakult ki, a gyermek intenzív osztályos ellátást igényelt.

Az eset kapcsán felmerült kérdések a következők: A cselekvőképtelen személy esetében a súlyos alultápláltság és ennek következményei a veszélyeztetett állapot fogalmát kimerítik-e? A gyermek gondviselőjének joga van-e megtagadni a gyermek elállítását, amennyiben annak elmaradása veszélyeztetett állapothoz vezet, vezethet, ebben a helyzetben mik az orvos, valamint az egészségügyi ellátórendszer egyéb szereplőinek jogai, kötelességei.

Következtetés: Az alaptörvényben rögzítettek szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Ennek szellemében mindenekelőtt elsődleges cél az emberi egészség védelme, ennek érdekében ugyanakkor nagyon fontos az együttműködés a gondviselővel. Az együttműködés hiányában indokolt esetben szükség lehet jogi lépések megtételére is.



Balatoni borok DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA

Egy mozgalmas betegút: HAV gyanútól a transzplantációs indikációig

**Tóth Ágnes dr.¹, Horváth Orsolya dr.²,
Hajósi-Kalcakosz Szófia dr.¹, Kalocsai Krisztina dr.²,
Bognár Zsolt dr.¹**

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sürgősségi Osztály

² Dél-Pesti Centrumkórház, Gyermekinfektológiai Osztály

A Budd-Chiari szindróma a máj vénás kiáramló traktusának obstrukciója függetlenül az obstrukció szintjétől vagy mechanizmusától, igen ritka megbetegedés. Az irodalmi adatok szerint leggyakrabban 40-50 éves korban, nőknél fordul elő, gyermeknél alig észlelhető, ők azonban sokkal gyorsabban dekompenzálódnak.

Előadásunkban egy tizenhárom éves nagylány esetét szeretnénk ismertetni, aki nyolc nap alatt öt intézményen keresztül egy banálisnak tűnő tünetegyüttessel indulva jutott el egy nagyon ritka betegség diagnózisáig, majd a gyógyulást jelentő májtranszplantációig.

Tünetei alhasi görcsökkel, haspuffadással, hígabb széklet ürítéssel indultak, mindezt az aznap induló menstruációjának tudták be. Öt nappal később a nem múló tünetek miatt háziorvoshoz fordultak, aki mindezt enterális tünetegyüttessel vélte és kezelte. Másnap újra felkeresték, akkor a helyi kórház gyermekosztályára utalta a gyermeket. Ott a laborvizsgálatok igen magas májenzim értékeket jeleztek, a hasi ultrahang pedig közepes mennyiségű aszciteszt mutatott. Azonnal a Dél-Pesti Centrumkórház Gyermekinfektológiai osztályára utalták akut hepatitisz diagnózissal. Mivel ott igen feszes, elődomborodó hasat észleltek felvételekor, akut sebészeti teendő kizárására sürgősségi osztályunkra irányították. Sürgősségi ambulanciánkon a nagy mennyiségű aszciteszt mutató hasi UH vizsgálatot követően a kórkép tisztázására CT vizsgálatot kértünk, amely Budd Chiari szindrómát véleményezett. Ezt követően a Color-Doppler UH vizsgálat történt, amely a v. hepatica teljes elzáródását látta, a májban semmilyen keringés nem jelent meg. A Transzplantációs Klinikával konzultálva a nagylány esetében intervenció beavatkozásnak már nem volt értelme, ezért sürgősségi osztályunkon megindítottuk a transzplantációs listára helyezését, majd a Gyermekklinikára kértük átvételét. Az első kórházi megjelenését követően nyolc nappal sikeres májtranszplantációja történt. Esetünkkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy emelkedett májenzim értékek esetén fertőző májgyulladás mellett más kórképekre is gondolnunk kell, és az alapos fizikális vizsgálat még mindig döntő fontosságú az orvoslásban.

Utolért láz és sántítás

**Mekler Krisztina dr.¹, Zsigmond Borbála dr.¹,
Takács Dorottya dr.¹, Szabó Miklós Károly dr.²,
Kovács Éva dr.³**

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Gyermek Bel- és Tüdőgyógyászati Osztály, Budapest

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Ortopédiai Osztály, Budapest

³ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Gyermek MR és CT Diagnosztikai Központ, Budapest

A 3 éves kisdedit két hete tartó ingadozó lázas állapot, mindkét oldali alsó végtagi fájdalom és sántítás miatt hozták Sürgősségi Ambulanciánkra. Ebben az időszakban étvágya csökkent, fogyott. Fizikális vizsgálat során járás közbeni sántítás emelendő ki, nyomásérzékenységet és ízületi gyulladásra utaló fizikális eltérést nem találtunk. Bőrén elvéve 1-1 apró pattanásszerű kiütés volt megfigyelhető. Laborvizsgálata során mérsékelt emelkedett CRP értéket és kifejezetten emelkedett süllyedést észleltünk. Vértképeben mérsékelt anaemia, valamint thrombocytosis igazolódott. Hasi és csípő ultrahang vizsgálat során körjelző eltérés nem volt kimutatható. Kétoldali, kétirányú femur röntgenfelvételen csontszerkezeti vagy traumás eltérés nem volt látható. Pár napos obszervációnk alatt láza nem ismétlődött, sántítása megszűnt, így szoros kontroll mellett Belgyógyászati Osztályunkról otthonába bocsátottuk. Kontroll vizsgálatai során süllyedés érték továbbra is kifejezetten emelkedett volt, valamint bár sántítást nem észleltünk, mégis a nagyobb energia befektetést igénylő feladatokat (futás, ugrálás, lépcsőn járás) a gyermek következetesen visszautasította. Mindez felvetette proximális izomgyengeség lehetőségét így neurológiai konziliumba került sor, mely egyértelmű paresist nem igazolt, de nem javuló panaszok esetén gerinc MR vizsgálatot indikált. Tekintettel a perzisztáló panaszokra az MR vizsgálat megtörtént, amin a sacrumban kiterjedt, többgócú, részben összefüggő jelzavar, illetve halmozás ábrázolódott a környező lágyrészek ödémájával. A látott kép alapján elsősorban gyulladásos folyamat volt gyanítható. Az anamnézis és az MR vizsgálat eredménye alapján krónikus osteomyelitis merült fel, így a kisdedit osztályunkon intravénás ceftriaxon kezelésben részesült. Az antibiotikum kezelés mellett panaszai fluktuáltak, a kezelést követően kontroll laborvizsgálata során süllyedés értékben nem észleltünk változást. Kontroll MR vizsgálaton a sacrumban leírt góccokat változatlanul látták, illetve mindkét femur proximális részén, valamint a jobb femur distalis epiphysisében hasonló jellegű eltéréseket találtak. A kép bakteriális osteomyelitisre nem volt jellemző. A továbbiakban felmerülő kórképek között elsősorban szisztémás betegségek szerepeltek, így csontvelő vizsgálatra és szövettani mintavételre került sor, mely végül a diagnózishoz vezetett.



Ha nem találsz okot, gondold mérgezésre!

**Salamon Petra Zsófia dr.¹, Andrási Katalin dr.¹,
Vajda Zsolt dr.², Bognár Zsolt dr.¹**

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sürgősségi Osztály

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Toxicológia és anyagszere osztály

A gyermekkorban előforduló mérgezések jelentős része enyhe, 1%-ban súlyos, 0,01% halálos kimenetelű. 1-5 éves korban véletlen, otthon előforduló gyógyszerek, vegyszerek, növények okozzák, kamaszkorban legtöbbször szándékos intoxicatio történik, mely jelentősen nagyobb mortalitással jár.

Eset 1. OMSZ szállította ambulanciánkra a 15 éves gyermeket véres hányások miatt. Vizsgálat során ABC szempontból stabil gyermeket vizsgáltunk. Pupillák kerek, egyenlők, centrálisak, fényre renyhén reagáltak. Ambulanciánkon további négy alkalommal hányt. Obszervációnk során felső végtagi zsidbaddást, szédülést panaszolt, bizonytalan remegéseket láttunk. Astrupban 13,2 mmol/l vércukor értéket mértünk, parenterális folyadékpótlást kezdtünk. Heteroanamnézis felvételével derült fény asztmás anamnézisére, tegnap esti alkohol fogyasztásra és feltételezett gyógyszermérgezésre saját állandó gyógyszer bevitelével (Theospirex). Toxicológiai osztályunkra került felvételre.

Eset 2. 2,5 éves gyermek hirtelen kialakult járás bizonytalanság miatt került ambulanciánkra. Kissé megkésett mozgásfejlődésű, koraszülött, nevelőszülőkkal bíró gyermek. Fizikális vizsgálat során ültében hátradőlt, pár lépést megtéve ataxiás mozgást, hátraesést tapasztaltunk. Szülő többszöri rákérdezésre is intoxicatio lehetőségét negálta. Akut képalkotó vizsgálatot, aneszteziológiai vizsgálatot, neurológiai konzíliumot, laborvizsgálatot kezdeményeztünk. Szállítás előtt vizelnie kellett, vizeletét drogtesztre szűrtük, benzodiazepin pozitivitást találtunk. Akut teendőket lemondtuk, toxicológiai osztályunkra került felvételre.

Konklúzió: Tisztázatlan, széles potenciális diagnózisokat felölelő tünetcsoporttal találkozva az intoxicatio szerepe mindig merüljön fel. Kiemelendő a széleskörű pontos anamnézis felvétele, és differenciáldiagnosztika szempontjából a sürgősségi fektető fontossága a megfigyelés, kivizsgálás során.

Periorbitalis ödémák differenciál diagnosztikájának áttekintése egy subgaleális haematoma esete kapcsán

**Schveibert Ágnes dr., Avramucz Zsuzsanna dr.,
Révész Lilla dr., Szalai Zsuzsanna dr.**

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Bevezetés: A subgaleális haematoma leggyakrabban újszülött korban jelentkezik, főként vákuum extrakció következtében. Későbbi életkorban kialakulásának hátterében általában valamilyen trauma áll, különösen a hajas fejbőrt érintő jelentős húzóerő.

Esetismertetés: Előadásomban 2,5 éves gyermek esetét szeretném bemutatni, akit a homlok bőrének kiterjedt duzzanata miatt utaltak Sürgősségi Ambulanciánkra. Felvétele napján észlelte családja a bal halántéktáj fájdalmas duzzanatát. Anamnéziséből kiemelendő, hogy egy hete ismeretlen eredetű hajhullást észleltek. Bőrgyógyászati rendelésen jelentkeztek, ahol hidrokortizon tartalmú emulziót javasoltak. Körzeti orvos a homlok-táji duzzanat miatt traumatológiára utalta a gyermeket, azonban tüneteit az emulzió okozta túlérzékenységi reakciónak véleményezték. Obszerváció céljából Bőrgyógyászati Osztályunkra

helyezték a gyermeket. Másnap reggeli viziten a homlok-táji ödéma mellett mindkét alsó és felső szemhéj duzzadt, livíd volt, a szemrést nem nyitotta. Fül-orr-gégészeti konzíliumban teendőt nem találtak, neurológiai státuszában kóros nem volt. Szemészeti vizsgálat során allergiás eredetű conjunctivitis merült fel. A következő napon az ödéma oldódását követően kiterjedt haematoma vált láthatóvá mindkét orbita körül. Differenciáldiagnosztikailag jelentős onkológiai kórkép, véralvadáscsökkentés nem igazolódott. A CT felvételen a subcutan zsírszövet alatt az egész koponyatetőt borítóan subgaleális haematoma ábrázolódt.

Esetünket azért tartjuk bemutatásra érdemesnek, mert a periorbitalis ödémák differenciál diagnosztikájának áttekintése mellett felhívja a figyelmet arra, hogy alopecia és subgaleális haematoma esetén mindig gondolni kell traumás eredetre vagy abúzusra.

Ortopédiai esetekbe bújtatott tumoros megbetegedések

Török Viktória dr., Tóth Ágnes dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Bevezetés: Sürgősségi Osztályunkon jelentős számban jelentkeznek olyan gyermekek, akik valamilyen ortopédiai jellegű, csont, ízületre lokalizálható fájdalom akár több hete fennálló panaszával érkeznek. Az alábbi két esettel azt szeretnénk illusztrálni, hogy bár az esetek többségében a fent említett panaszok hátterében banális kórkép áll, időnként előfordul, hogy egy malignus betegség első tünete a csontízületi fájdalom lehet.

Esetismertetés: Első esetünk egy 5 és fél éves kislány, aki egy hónapja tartó, súlyosbodó derékfájdalom miatt érkezett Ambulanciánkra. A fájdalom éjszaka ébresztette. Traumát negáltak, járásában nem észleltek változást, lábát nem húzta. Étvágytalannak, fáradékonyabbnak látták, de jelentős fogyása nem volt. Fizikális státuszában érdemi eltérést nem tapasztaltunk. Neurológiai státuszából kiemelendő, hogy a lefekvés, a guggolás, a guggolásból felállás lassan, nehézkesen ment, egyebekben neurológiailag is negatív volt. Laborvizsgálatai, hasi és kismedencei UH körjelzést nem mutatott. Kétirányú gerinc RTG a T12-es csigolya patológiás törését mutatta. Sürgős MR-vizsgálata kompressziós frakturát, ennek hátterében extraosseális terjedést mutató térfoglaló folyamatot írt le. Idegsebészeti konzíliumot követően OKITI-be került áthelyezésre, ahol T12 korpektómia, T10-L1 fixálás történt. További kezelésre a II-es számú Gyerekklínikára került felvételre, ahol a daganat szövettani és FISH vizsgálat alapján Ewing-szarkomának bizonyult. Második esetünk egy 3 és fél éves kisfiú, akit láb-, hát-, derék-, nyak-, és bordafájdalom miatt hozott édesanyja Ambulanciánkra. 2 hónappal korábban csípőfájdalommal, mindkét oldali térdfájdalommal kezdődtek tünetei. Házi orvos akkor coxistist véleményezett, Cataflam cseppet írt fel. A fájdalom hullámzóan jelentkezett, 1 hónappal vizsgálatunk előtt lett ismét kifejezettebb. Ekkor vették észre, hogy vizeletet ritkábban ürít, illetve szekunder enurézise jelentkezett. Étvágya romlott, 1 hónap alatt 3 kg-ot fogyott. Vizsgálat előtt 1 héttel dereka és alsó bordái váltak fájdalmassá, lábujjhegyen járt, nem lépcsőzött, nyakát mereven tartotta, nehezen állt fel guggolásból. Csípő és térd UH és RTG készült, negatív eredménnyel. Laborjában emelkedett CRP és süllyedés látszott, egyebekben negatív volt. Későbbiekben a gyulladási laborértékek emelkedtek, LDH és NSE vizsgálatok eredményei a kóros tartományban voltak, valamint normociter anaemia jelentkezett. A halasztott sürgősséggel elvégzett MR-vizsgálat kiterjedt csontvelői érintettséget mutatott. Csontvelő-biopszia neuroblasztomát igazolt.



Következtetés: A hosszabb ideje perzisztáló, a gyermeket mindennapi tevékenységében akadályozó csont- vagy ízületi fájdalmak esetén fontos gondolni az esetleges malignitás lehetőségére, és fokozott figyelmet kell fordítani az alap diagnosztikus eljárásokkal észlelhető apróbb eltérésekre is.

Csak egy újabb lázas csecsemő?

Zsigmond Borbála dr., Fekete Ferenc dr., Müller Brigitta dr.

HPOGYI

Előadásunk során egy 2 hónapos csecsemő esetét ismertetjük, aki elhúzódó lázas állapottal, gastroenteritises tünetekkel és szolid periorbitális oedemával érkezett kórházunkban. Az indukáló laborértékekben extrém emelkedett fehérvérsejtszámot és magas gyulladásos értékeket észleltünk, így ennek megfelelően szépszis gyanúja miatt széles spektrumú antibiotikum került beállításra. Az antibiotikumos kezelés ellenére a gyermek összesen még 6 napig volt lázas és emellett több alkalommal észleltük spontán szűnő urticariás kiütését. A leoltások és a különböző vírus azonosításra küldött vizsgálatok mind negatívnak bizonyultak. Képkalkotó vizsgálatok csupán minimális szabad hasi és pericardiális folyadékot igazoltak, melyet a szignifikáns hypalbuminaemiával hoztunk összefüggésbe. Összesen 2 hét parenterális antibiotikum kezelés mellett a gyermek tartósan láztalanává vált, a fehérvérsejtszáma normalizálódott és a gyulladásos értékei igaz vonzatot, de lefelé menő tendenciát mutattak, így otthonába bocsátottuk.

5 nappal az emisszió után a gyermek ismét magas lázzal, enyhe perifériás oedemával és urticariával jelentkezett kórházunkba. Az ekkor elvégzett laborok ismét kifejezetten emelkedett gyulladásos értékeket, magas fehérvérsejtszámot mutattak valamint emellett észleltük kifejezetten magas ferritin és enyhe transzamináz érték emelkedést is. A magas ferritin miatt csontvelő aspiráció történt, mely negatívnak bizonyult. Tekintettel az elhúzódó lázas állapotra és a komplikált klinikai képre felmerült Kawasaki szindróma lehetősége is, így empirikus alapon immunoglobulin beadására került sor. Az immunoglobulin alkalmazása közben azonban keringés megingás történt, melynek hátterében egy korábban nem azonosított billentyű elégtelenség állt. A későbbiekben az intenzív osztályon a gyermeknek változatlanul voltak lázai, mindemellett thrombocytopeniája és anaemiája is jelentkezett enyhe hepatosplenomegalia mellett. Immunológiai konzílium alapján ekkor szteroid beállításra került sor, mely mellett a gyulladásos értékek normalizálódtak és a gyermek láza megszűnt. A későbbiekben a billentyű elégtelenség műbillentyű beültetését tette szükségessé, mely mellett a gyermek kardiális állapota stabilizálódott.

Esetünkkel a csecsemőkorban elhúzódó lázas állapotok differenciáldiagnosztikai nehézségeit szeretnénk hangsúlyozni.

Osteomyelitis és ami mögötte van

Szekeres Klaudia dr.¹, Zsigmond Borbála dr.¹, Ringwald Zoltán dr.², Szabó László dr.¹

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet- Gyermek Bel- és Tüdőgyógyászati Osztály

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet- I. Számú Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztály

Az osteomyelitis felismerése és a kezelés gyors elkezdése, a potenciális septicus állapot elkerülése és a későbbi gyógyulás szempontjából kiemelkedő fontosságú.

A 6 éves gyermeket lázas állapotban két napja fennálló bal oldali térd fájdalom miatt kezdték vizsgálni vidéki intézményben. Ultrahang vizsgálat során bal térdízületben folyadékot detektáltak, látott kép alapján septicus arthritis merült fel. Laboratóriumi vizsgálat során magas gyulladásos paraméterek igazolódtak, haemokultúra mintavételezés történt, melyet követően antibiotikum terápia indítottak (amoxicillin- clavulánsav, ceftriaxon) és fenti diagnózis gyanúja miatt további ellátás céljából kórházunkba helyezték a gyermeket. Intézetünkben MR vizsgálattal a femur proximalis diaphysisétől egészen a distalis metaphysisig heterogén-ödémás szerkezet mutatkozott, illetve a csont körül nagy kiterjedésben doralisan és mediálisan is körülírt folyadékgyülem volt kimutatható. Ezt követően a kiterjedt osteomyelitis és periostealis tályog sebészeti ellátása mellett döntöttünk így trepanatio, sequestrotomia, lavage történt. A műtét és a folyamatos drenálás ellenére, a gyermek továbbra is lázas maradt, gyulladásos paraméterei stagnáltak, fájdalma, valamint mozgásbeszűkültsége nem javult megfelelő ütemben. Mindez felvetette a terápia sikertelenségét, melynek hátterében az alkalmazott antibiotikumra rezisztens - methicillin rezisztens Staphylococcus aureus fertőzés igazolódott. A célzott, kezdetben intravénásan alkalmazott antibiotikum terápia követően harmadik ápolási napon javuló klinikai kép és csökkenő gyulladásos paraméterek birtokában per os kezelésre tudtunk váltani.

Esetünk kapcsán szeretnénk áttekinteni a csont és ízületi fertőzések diagnosztikai nehézségeit és terápiás kihívásait, illetve a kórházunkban jelenleg alkalmazott ellátási algoritmust. Valamint röviden kitérnénk, a rezisztens kórokozók okozta fertőzések lehetőségére is.

A szinkópe értékelése a sürgősségi osztályon – az EGSYS-score

Róth György dr.¹, Szabó Andrea dr.^{1,2}, Környei László dr.¹

¹ Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Gyermekszív Központ

² Békés Megyei Pándy Kálmán Tagkórház

Bevezetés: A szinkópe gyakori panasz a gyermekkori primer ellátás során, melynek hátterében az esetek 3-4%-ban áll kardiológiai kórállapot, így akár öröklött aritmia szindróma (IAS). Előjelezhet továbbá hirtelen szívhalált, mely az 5 éves kor fölötti gyermekkori mortalitás 3-5%-át felel. Irodalmi adatok alapján a terápiarezisztens epileptiform görcsöknek akár 26-42%-ban is egyéb, nem neurológiai kórállapot (így akár konvulzív szinkópe) áll a hátterében. Az etiológia tisztázásában számos, az irodalomban fellelhető kardiológiai, neurológiai és vazovagális figyelmeztető jel („red flag”) lehet a klinikus segítségére. Új eszköz lehet továbbá a 2008-ban az „Evaluation of Guidelines in Syncope Study”-ban publikált EGSYS-score.

Célok és eszközök: Vizsgálatunk célja volt a Gyermekszív központban öröklött aritmia szindróma (IAS) miatt gondozott gyermekek között előforduló szinkópék gyakoriságának és karakterisztikájának felmérése, különös tekintettel az ismert „red flag”-ek, illetve az EGSYS-score érzékenysége. Ennek érdekében minden 1990 és 2015 között Magyarországon IAS-el diagnosztizált gyermek (n=56) klinikai adatait összesítettük.

Eredmények: A betegcsoportban a különböző szindrómák eloszlása a következő volt: 2 esetben aritmogén jobbkamrai kardiomiopátia (ARVD), 5 esetben katekolaminerg polimorf tahikardia (CPVT), 4 esetben Brugada szindróma, 45 esetben hosszú QT szindróma (LQTS) valamely formája. A vezető tünet 7 esetben volt szinkópe, további 7 esetben pedig átmenetileg neurológus által gondozott konvulzív szinkópe (összesen 26%). 10 esetben állt rendelkezésre a szinkópe körülményeinek leírása. Az ismert kardiológiai, illetve neurológiai „red flag”-ek nem



mutattak érdemi összefüggést az etiológiával. Az EGSYS score azonban 8 betegnél (80%-ban) lett pozitív, azaz javasolt volna kardiológiai konzíliumot, azon két esetben, ahol nem volt pozitív, ott az LQTS értékelésére alkalmazott „Schwartz score” is csak alacsony valószínűségű LQTS-t jelzett.

Következtetés: Míg az eddigiekben használt „red-flag”-ek kevésbé tűnnek megfelelően alkalmazhatónak, az EGSYS-score hasznos és egyszerű eszköz lehet a klinikus kezében a szinkópéval jelentkező gyermekek további kivizsgálásának megtervezése során.

Szervesfoszfát-mérgezett gyermekek klinikuma és kezelésük: 10 év tapasztalata

Halkó Evelin dr., Szentirmai Réka dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, KAITO

Bevezetés: A háztartásban használt növényvédő és rovarirtó szerek fő hatóanyaga szervesfoszfát, amivel történő kontamináció súlyos kolinerg tünetegyütteshez, végső soron halálhoz vezethet.

Napjainkban a szervesfoszfát mérgezés igen ritka, de minden esetben kórházi kezelést igényel. Vizsgálatunkban 2010-2019 között előforduló eseteket dolgoztuk fel (n=5), akiknél igazoltan jelen volt szervesfoszfát expozíció.

Módszer: Az elmúlt 10 évben Intenzív Osztályunkon 5 gyermeket kezeltünk szervesfoszfát mérgezés miatt, amiből 2 esetben gépi lélegeztetés, 1 esetben pedig haemoperfúzió is szükséges volt. Három gyermek külső intézményből, kettő a Toxikológiai Osztályunkról került felvételre. Vizsgálatunkban megnéztük az expozíció időpontjától számított kórházba kerülés idejét, mértük a páciensek kolinészteráz aktivitását, figyelembe vettük a klinikai tünetek súlyosságát, valamint az alkalmazott gyógyszeres terápia időtartamát. Egy eset kivételével minden betegünk kapott antidótumot az atropin mellett.

Eredmény: Azoknál a gyermekeknél, akiknél a dekontamináció rögtön megtörtént és azonnal orvoshoz fordultak enyhébb kolinerg tüneteket észleltünk, mint akik már csak a tünetek otthoni megjelenésekor kerestek fel egészségügyi intézményt. A tudatromlással nem járó esetekben atropin és pralidoxim adására 2 napon túl nem volt szükség. A súlyos eseteknél a kolinészteráz aktivitás 200 U/L alá csökkent, náluk átlagosan 4 napig tartott az antikolinerg terápia. Gépi lélegeztetést 4 napnál tovább nem igényelték az érintettek. Mind az 5 gyermek maradványtünetek nélkül hagyta el kórházunkat.

Következtetés: Összefoglalónkban szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy az időben felismert és azonnali ellátásra kerülő szervesfoszfát mérgezés fontos feladat. A korai speciális kezelés csökkenti a kolinerg tünetek megjelenését, ezáltal elkerülhető a tudatromlás és az esetleges gépi lélegeztetés is.

Paranasalis sinusitisből agytályog, avagy miből lesz a cserebogár?

Takács László dr.¹, Hegyi Márta dr.², Fogarasi András dr.², Markia Balázs dr.³, Czelecz Judit dr.⁴

¹ MRE Bethesda Gyermekkórháza

² MRE Bethesda Gyermekkórháza, Neurológiai Osztály

³ Országos Klinikai Idegtudományi Intézet

⁴ MRE Bethesda Gyermekkórháza, II. Belgyógyászati Osztály

Bevezetés: Évente egy gyereknek 5-6 alkalommal is van felső légúti fertőzése, melynek akár 6-13%-a is akut bakteriális sinusitisbe torkollik. A paranasalis sinusok közelsége a központi

idegrendszerhez sajnos lehetővé teszi, hogy a fertőzés az intracranialis térbe akár közvetlen, akár haematogén úton tovább terjedjen. A diagnózis alapja a klinikai gyanú alapján elvégzett képalkotó vizsgálat (MRI vagy CT).

Esétismertetés: 9 éves fiú betegünk tünetei felvétele előtt 10 nappal kezdődtek fejfájással, köhögéssel, lázzal, purulens orrfolyással, melyek miatt háziorvosa azithromycin kezelést indított. Panaszai a megkezdett terápia ellenére progrediáltak, emiatt intézetünkbe irányították.

A klasszikus akut bakteriális sinusitis klinikuma mellett emelkedő gyulladásos paraméterek jellemezték állapotát, idegrendszeri tünetek nélkül. Kezelését parenterálisan amoxicillin-klavulánsavval folytattuk. Infekciós tünetei javultak, azonban ezzel párhuzamosan meglapult, indítékszegény lett. Az ekkor elvégzett koponya MRI vizsgálat subduralis empyemat, a frontális lebenyben egy kis kiterjedésű agytályogot és pansinusitist igazolt.

Idegsebészeti beavatkozás során az empyemát drenálták, valamint együlésben fül-orr-gégészeti feltárás is történt a sinusitis miatt. Mintát az empyemából és a paranasalis sinusokból vettek, utóbbiból meticillin érzékeny Staphylococcus aureus tenyésztett ki.

Visszavételekor a gyermek jó klinikai állapotban volt, a Staphylococcus egyedüli kóroki szerepét elvetettük, így ceftriaxon és metronidazol kombinációjával folytattuk 6 hétig kezelését. A kontroll MRI vizsgálatok a folyamat fokozatos regresszióját mutatták.

Összegzés: Akut bakteriális sinusitis kezelésében elsőként választandó az amoxicillin béta laktamáz inhibitorral vagy anélkül. Amennyiben az adekvát kezelés ellenére is kialakul intracranialis szövődmény, a legfontosabb diagnosztikai lépések a képalkotó vizsgálatok és az idegsebészeti mintavétel. Az oropharynxból, paranasalis sinusokból kitenyésző baktériumokat nem szabad egyedüli kórokozónak tekinteni a valószínűsíthető polimikróbás eredet miatt.

A rekesz, és ami fölötté van – késői megjelenésű veleszületett rekeszsér - esetbemutatás

Nádasy Zsuzsanna dr., Tajti Zsanett dr.

SZTE Gyermekklinika Intenzív Osztály

Bevezetés: A veleszületett rekeszsér az esetek 5-10%-ában nem a típusos, neonatális időszakban, hanem azon túl, későbbi életkorban manifesztálódik, komoly differenciáldiagnosztikai problémát okozva ezzel. A POCUS (Point Of Care Ultrasound) vizsgálat segíthet a kórkép korai felismerésében.

Esetbemutatás: A közel hat hónapos csecsemőt shock, légzészavar, akut hali katasztrófa tüneteivel vettük át Intenzív Osztályunkra. A bal felhasban tapintható terime eredetét célzó vizsgálatok során derült fény a Bochdalek-típusú diaphragma herniára. Az elvégzett POCUS során látható volt a rekeszizom felett perisztaltikus mozgást végző gyomor, valamint a szív jobbra helyzettsége, mely gyors diagnózist tett lehetővé. A gyomor tehermentesítését követően rövid időn belül az elváltozás műtéti megoldása történt, a beteg ezt követően panaszmentessé vált.

Következtetések: A veleszületett rekeszsér ritka, késői megjelenésű formája komoly diagnosztikai problémát jelenthet. Atípusos gasztrointesztinális vagy légúti tünetek esetén gondolni kell a kórképre. Az agy mellett végezhető ultrahangvizsgálat – mint sok más esetben, itt is – lehetővé tette a célzott vizsgálatok elvégzését, és ezzel a korai diagnózist.

Ecetes aceton**Avramucz Zsuzsanna dr., Vajda Zsolt dr.***Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Toxicológiai és Anyagcsere Osztály*

A kétéves, egyébként hurutos gyermeket szülők hozták toxikológiánkra. Elmondásuk szerint érkezés előtt 1 órával acetonos körömlakklemosóba ivott (a vegyszer évek óta a kamra egy polcán állt), utána több alkalommal hányt. Érkezéskor belszervi státuszában felső légúti panaszokon kívül kórosat nem észleltünk. Paraffinolajat kapott, az éjszakát panaszmentesen töltötte, per os jól fogyasztott.

Másnap reggeli fizikális vizsgálat (a fogyasztást követő 12. órában) során duzzadt alsó ajkat, nyelv hegyén fibrines felrakódást láttunk, garatív középső része hyperaemiás volt, rajta fehér pettyezettséggel, emellett édesanya a gyermek étvágytalanságára panaszkodott. Egy órával később a nyálkahártya-elváltozások további fokozatos progresszióját észleltük. A behozott, otthon

vízzel többször átöblített vegyszeres flakonban levő folyadék pH-ja ekkor 3 volt.

Tekintettel a klinikai tünetekre endoszkópos vizsgálatot végeztünk, mely során Zargar I. típusú oesophagitist írtak le.

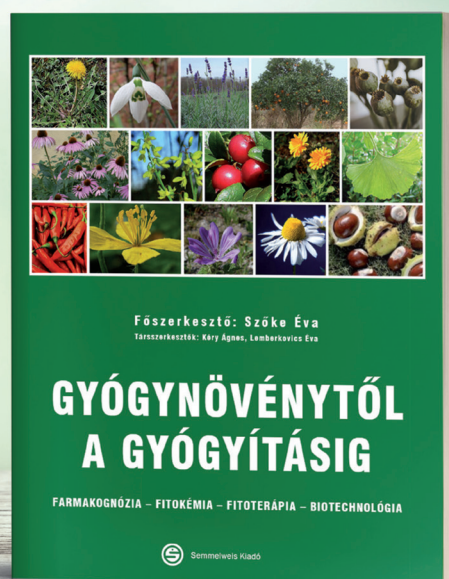
A szakirodalomban és osztályunk több évtizedes munkája során sem talákoztunk soha szénhidrogén-származék okozta felmaródással. Feltételezésünk szerint a fogyasztott vegyszer mégsem körömlakklemosó volt, hanem valamilyen egyéb vegyszert töltöttek az üvegbe – akár az aceton mellé. A szülők ezt egyértelműen sem megerősíteni, sem kizárni nem tudták.

A marószér-mérgezésre kifejezetten jellemző, hogy a látható nyálkahártya-elváltozások legkorábban az expozíciót kb. 6 órával követően észlelhetők, így a vegyszerfogyasztás után rövid időn belül történő fizikális vizsgálat során nem mindig látunk eltéréseket. Amennyiben marószér-mérgezésre jellemző tüneteket észlelünk – akár ennek ellentmondó anamnézissel is – mindig szükséges elvégezni az endoszkópos vizsgálatot!

Szőke Éva (főszerk.)**GYÓGYNÖVÉNYTŐL A GYÓGYÍTÁSIG****Farmakognózia – Fitokémia – Fitoterápia – Biotechnológia**

Számos színes fénykép, didaktikus ábra, precíz leírás mutatja be a Kárpát-medence és a nagyvilág gyógynövényeit, azok használatát, a hatóanyagokat, a biológiai aktív molekulák szerkezeti képletét és bioszintézisét, a kedvező vagy a mérgező hatások mechanizmusát.

Nemcsak egyetemi hallgatók, gyógyszerészek és orvosok, a szakképesítésben és a továbbképzésben résztvevők, hanem a gyógynövények iránt érdeklődő minden olvasó örömmel és haszonnal forgathatja e gondosan szerkesztett, igényes könyv lapjait.

Ára: 15 000 Ft helyett 12 000 Ft**www.semmelweisikiado.hu**



KÁLIMMUN medencei VESEkötenger

Rituximab alkalmazása steroid rezisztens nephrosis szindrómában

Havelant Eszter dr., Magyar István dr., Dicső Ferenc dr.

SZSZBMK Jóna András Oktatókórház Gyermekosztály

A 16 éves fiúbeteg 2018. novemberében került először osztályunkra nephrosis szindróma tüneteivel. Akkor rövid kivizsgálás után elindított corticosteroid kezelés mellett tünetei mérséklődtek, kezelését ambuláns keretben folytattuk. Kontrollvizsgálaton nem jelentkezett, gyógyszereit otthon nem szedte. Egy év elteltével került ismét osztályunkra, jelentős túlsúllyal.

A laborvizsgálatok során mérsékelten beszűkült vesefunkciót találtunk, nagyfokú hypoproteinaemiával, vizeletében napi 12-15 g fehérjeürítést mértünk, amit microscopos haematuria kísért. Az immunológiai vizsgálatok során antinukleáris és ANCA antitesteket nem találtunk. Az első komplement vizsgálat során a C3 érték alacsonyabbnak bizonyult.

Érkezésekor nagy dózisu methylprednisolon kezelést kezdtünk, amit kombinált diureticus és ACE gátló kezeléssel egészítettünk ki. A perzisztáló tünetek miatt vesebiopsziát végeztünk, az immunhisztokémiai és fénymikroszkopos kép alapján elsősorban IgM nephropathia merült fel. A komplement rendszerben észlelt eltérések miatt kontrollvizsgálat történt, ami az összes komplement alacsony szintje mellett C3 nephritis faktor jelenlétét jelezte. Mivel nephrosis szindrómája steroid rezisztensnek bizonyult, ciclosporin A-t vezettünk be.

A kezelés harmadik hetére az oedema jelentősen csökkent, majd később csaknem teljesen megszűnt, proteinuriája viszont nem mérséklődött. A perzisztáló proteinuria miatt biológiai terápia mellett döntöttünk, rituximab adására került sor. Kontrollvizsgálat során a proteinuria jelentős csökkenését észleltük.

Időközben végleges szövettani eredménye ismertté vált, IgM nephropathia-t vagy FSGS ércollapsussal járó formáját vélelmezték. Az elvégzett vizsgálatainkkal ezek hátterében egyelőre primer betegséget igazolni ezidáig nem tudtunk.

Az élet sója

Balogh Réka dr., Tészás Alexandra dr., Szász Mária dr., Györke Zsuzsanna dr., Aradi Pálma dr., Erhardt Éva dr.

PTE-KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

Bevezetés: A neonatális Bartter-szindróma a vese egy autoszomális recesszív módon öröklődő, ritka tubuláris transzport zavara. A betegségre jellemző elektrolit és vérgáz eltérések a vese Henle-kacs felszálló ágán lévő ion csatornák genetikai hibája miatt alakulnak ki.

Bemutató: Betegünk polyhidramnióval szövődött várandósságból, a 31. gestációs hétre, 1490 g-mal született. Az első életében észlelhető volt a koraszülöttnél a polyuria, következményes hyponatraemiával (130 mmol/l) és hypokalaemiával (2,29 mmol/l), valamint fokozatosan kifejezetté váló metabolikus alkalózissal. Jelentős nátrium és kálium pótlás mellett is nehéz volt a szérumszinteket normális tartományba hozni és tartani. A klinikai kép (polyhidramnion, koraszülöttség, mérhetetlenül magas aldosteron szint (4589 pg/ml), hypovolaemia, elektrolit eltérések) felvetették a Bartter szindróma lehetőségét, amit 8 he-

tes korban, Szegeden elvégzett genetikai vizsgálat bizonyított. A Bartter szindróma IV. típusa – Cl csatorna defektussal, süket-séggel járó formája – igazolódott (BSND gén homozigóta mutációja). Az alkalmazott indomethacin, verospiron, valamint per os nátrium és kálium pótlás mellett a gyermek elektrolit eltérései rendeződtek, azonban 4 hónapos kortól progrediáló veseelégtelenség klinikai képe alakult ki.

Következtetés: A Bartter szindróma ismert formái közül a betegünkön igazolt IV. típus tekinthető a legrosszabb prognózisúnak. Ebben az esetben a szenzoneurális halláskárosodás és a metabolikus eltérések következményeként kialakuló szisztémás károsodások mellett a veseelégtelenség megjelenésére is számítani kell.

Ismeretlen orbita tumor és magas vérnyomás - mi lehet ez?

Andrási Noémi dr., Lengvári Lilla dr., Horváth Zsuzsanna dr., Bense Tamás dr., Constantin Tamás dr.

II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem

Bevezetés: Magas vérnyomás-betegség esetén minden esetben szükséges kizárni az organikus okokat. Gyermekgyógyászatban a magas vérnyomás-betegség gyakran aluldiagnosztizált körkép, akár önállóan, akár egyéb betegségek mellett megjelenő entitásként. A következőkben pseudotumor orbitae irányú diagnózissal Klinikánkra küldött leánygyermek esetét szeretnénk bemutatni.

Esetbemutató: A 6 éves gyermeket a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájáról küldték Reumatológia osztályunkra aktuálisan pseudotumor orbitae fennállása, valamint korábbi többszöri csípő ízületi panaszok okán. Anamnéziséből kiemelendő 2 éves kora körül több alkalommal zajló, ultrahanggal is alátámasztott transziens coxitis. Egyéb végtagi fájdalmak miatt számos alkalommal járt reumatológiai szakrendelésen, azonban ízületi gyulladásra utaló jelet nem találtak, thoracolumbalis scoliosira derült fény és gyógytornát kezdtek. 2,5 éves korától észlelték jobb szemhéj duzzanatát, mely miatt területileg illetékes szemészeti szakrendelésen vizsgálták. Az észlelt duzzanat, és az alsó szemizom mozgáskorlátozottsága miatt 6 éves korában orbita MR vizsgálatot indikáltak, mely során az orbitában jobb oldalon jeldúsabb, kontrasztanyagot halmozó képlet került leírásra. Ekkor a gyermeket a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájára küldték, itt jobb oldali ptosis, és pseudotumor orbitae-t vélelmezték. Az etiológia tisztázása, szisztémás autoimmun betegség kizárása végett Osztályunkra küldték a gyermeket. Felvételkor bőrén számos café-au-lait folt, hónaljban és nyakán freckling-szerű eltérések, a glutealis régió felett egy apró neurofibromának imponáló képlet, valamint jobb szem ptosis, és a szem körüli lágyrészekben laterális túlsúllyal duzzanat volt látható. Ezen felül mind a négy végtagon neméhez és testmagasságához képest 95 percentilt jelentősen meghaladó szisztolés (141 Hgmm) és diasztolés (88 Hgmm) vérnyomást mértek. A klinikai kép alapján a Neurofibromatosis 1 típus (NF-1) diagnózisát felállítottuk. Az ismételt koponya és orbita MR során a jobb intraorbitális eltérés plexiform neurofibromának bizonyult. Az észlelt magas vérnyomás hátterében organikus okot keresve komplex kivizsgálása zajlott, hasi



CT angiográfia bal oldalon kettős artériás ellátású vesét igazolt, mindkét ágán szűkülettel, a caudális ágon szinte teljes occulsióval. A szív ultrahang vizsgálat jelzett pulmonális insufficiencián kívül érdemi eltérést nem talált. Kombinált antihypertenzív kezelés mellett nem javuló értékek miatt intervenciós radiológiai beavatkozás mellett döntöttünk. Magasabb vérnyomás értékei a beállított kezelés, és a katéteres beavatkozást követően sem rendeződtek, mely háttérben újabb intervenciós beavatkozást igénylő restenosis igazolódott. A második intervenciós beavatkozást követően antihypertenzív kezelés mellett, otthonában mért vérnyomás értékei rendeződtek. A gyermek átfogó endokrinológiai és neurológiai gondozásba vétele megtörtént.

Összegzés: Gyermekkori magas vérnyomás háttérben mindig keresni kell az organikus hátteret. NF-1 ritkán, de előfordul, hogy magas vérnyomás kapcsán kerül diagnosztizálásra, mely háttérben leggyakrabban a renális artéria szűkülete áll. A korai megkezdett antihypertenzív kezelés kiemelten fontos, mivel a magas vérnyomás szövődésményei így kivédhetők. Esetünk felhívja a figyelmet arra, hogy az ilyen betegséggel küzdők gondozása multidiszciplináris feladat, átfogó gondozásuk és követésük szükséges.

Derült égből krónikus veseelégtelenség – diagnosztikus és terápiás kihívások

**Monoczkine Nyuzó Ágnes Renáta dr.¹,
Horváth Dóra dr.¹, Ormay Cecília dr.²,
Fitala Réka dr.², Papp János dr.³, Kovács Judit dr.⁴,
Kóbor Krisztina dr.⁵, Bajusz Ilona dr.¹,
Kosaras Éva dr.¹**

¹ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ, Csecsemő- és Gyermek Belgyógyászati Osztály

² Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gyermek-Aneszteziológiai és Intenzív osztály

³ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gyermeksebészeti, Traumatológiai és Égési Osztály

⁴ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Patológia

⁵ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, FMC Miskolci Neurológiai Központ

BEVEZETÉS: Esetismertetésem alanya egy 17 éves fiú, aki 4 napa kezdődött, folyamatosan fokozódó, generalizált oedema miatt érkezett Gyermek Intenzív Osztályunkra. Laboreredményei, klinikai állapota és a hirtelen kezdet alapján kezdetben non-oliguriás akut veseelégtelenség lehetősége is felmerült, a lefolyás és későbbi diagnosztikus vizsgálatok azonban krónikus folyamatot igazoltak.

A vese méregtelenítő szerepét haemodialízisekkel helyettesítettük, kezdetben merev-katéteres, majd centrális vénába helyezett tartós feretizáló kanülön keresztül. Hospitalizációja során célzott antibiotikus kezelés ellenére visszatérően aktiválódó *Staphylococcus aureus* kanül szepszis változó súlyosságú tünetei jelentkeztek. Társuló – megjelenés alapján EBV fertőzésnek megfelelő – virális infekció háttérben kórokozót indentifikálni nem tudtunk. Az indukált májelégtelensége, generalizált lymphadenomegalia azonban felvetette malignus betegség lehetőségét is, melyet csontvelő biopszia eredmény birtokában zárhattunk. Anaemiája miatt rendszeres erythropoetin adása mellett is többször vörösvértest koncentratum adásában részesült. Kardiális eltéréseit a kép és a lefolyás figyelembe vételével a veseelégtelenség következményének tartottuk. A laborvizsgálati eredmények primer okot az akut veseelégtelenség háttér-

ben nem tártak fel, a vesebiopszia már végstádiumú szövettani eltérést talált.

Tartós veseptlő kezelés igénye megmaradt, azonban a kanül szepszisek miatt a haemodialízis nehézkesen zajlott, végül CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis) mellett döntöttünk, ugyanakkor végleges érbehatolás (cimino fistula) kialakítása is megtörtént.

Otthonában végzett, FMC (Fresenius Medical Care) által koordinált hasi dialízise folyamán egy alkalommal peritonitis zajlott. A jobb hatásfok és az optimálisabb nappali életmód biztosítása céljából Sleep Safe rendszer használatra tértünk át.

Esetünk prezentációját a komplex diagnosztikai szemlélet, valamint a kórházon belüli és kórházközi csapatmunka kiemelése céljából tartom ismertetésre érdemesnek.

Az anamnézis fél diagnózis

**Nagy Noémi dr.¹, Tészás Alexandra dr.¹,
Békési Bernadett dr.¹, Péterfia Csaba dr.¹,
Jakab Ferenc dr.², Erhardt Éva dr.¹**

¹ PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

² Szentágotthai János Kutatóközpont, Pécs

Haemoptoe háttérben számos fül-orr-gégészeti, pulmonológiai, esetleg gasztroenterológiai ok állhat. E betegbemutató során véres köpetürítés mellett kialakuló akut veseelégtelenség háttérben álló ritka okot szeretnénk ismertetni.

A 11 éves gyermek mellkasi fájdalom, haemoptoe miatt került felvételre. Anamnézisében 5 napos lázas periódus szerepelt, mely miatt antibiotikum kezelésben részesült. Laboratóriumi paramétereiben emelkedett CRP-t (28 mg/l), leuko- és thrombocytopaeniát (2,89 G/l; 10⁶ G/l) lehetett mérni. Felvételét követően továbbra is napi 2-3 alkalommal vérköpés jelentkezett. A 4. ápolási napon a gyermek deréktáji fájdalmat jelzett, az ekkor elvégzett laboratóriumi vizsgálat jelentősen beszűkült vesefunkciót (GFR: 32,7 ml/min/1,73 m²) mutatott. 24 órás vizelet gyűjtés tubularis károsodásra utalt, proteinuria nem érte el a nephrotikus mértéket. Kiegészítő vizsgálatok történtek, többek között immunológiai és a felmerült infekció eredetének tisztázása céljából, melyek során Hantavírus fertőzés igazolódott. Az utólagosan kiegészített anamnézis a fertőzés eredetét is feltárta. A gyermek vesefunkciós értékei a 6. ápolási naptól spontán normalizálódtak, az előzőleg észlelt tünetek megszűntek.

A Hantavírus fertőzés egy ritka megbetegedés, mely haemorrhagiás lázat okoz. Kezelése alapvetően tüneti, a vesekárosodás jellemzően önmagától, kezelés nélkül gyógyul, de létrejöhet súlyos vesekárosodás, dialízist igénylő veseelégtelenség is.

Etiológiai faktorok felismerése, terápiás nehézségek két Stevens-Johnson szindrómás gyermek esetében

**Ticudean Nikolett Janina dr., Kovács Bernadett dr.,
Mózes Katalin dr., Kövesdi József dr.**

Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház

A Stevens-Johnson szindróma (SJS) egy súlyos immunológiai kórkép. Provokáló faktora leggyakrabban gyógyszer, vagy valamilyen patogén okozta fertőzés. Klinikai megjelenésére jellemző az általános tünetek és láz mellett a súlyos haemorrhagiás mucositis, a bőrön kialakuló purpuriform maculák, laza falú bullák jelenléte. A súlyos nyálkahártya-tünetek miatt fellépő táplálási nehezítettség további gondot jelent a betegek ellátásában.



Előadásomban egy 15 éves, ismert epilepsziás, somatomentális retardált nagyfiú és egy 3,5 éves, egyébként egészséges kislány esetét szeretném bemutatni. A fiú kórelőzményéből felvétele előtt egy hónappal indult lamotrigin terápia emelendő ki, emiatt SJS hátterében az újonnan bevezetett gyógyszer feltételeztük kiváltó okként. A kislánynak érkezés előtt tíz nappal kezdődtek lázzal járó légúti hurutos tünetei, melyre háziorvosa kezdetben tüneti terápiát javasolt, majd állapotromlás, mellkas röntgenen igazolt pneumonia miatt cefuroxim kezelést indított. Lázcscillapításként antipyretikus kúpot, ibuprofen és metamizol hatóanyagú gyógyszereket használtak. Provokáló faktorként tehát az addig alkalmazott gyógyszerek mellett, a kifejezett alsólégúti hurutos tünetek miatt, a fertőző ágens szerepe is felmerült. Szerológiai lelet friss Mycoplasma pneumoniae és RSV infectiót igazolt.

Mindkét gyermek esetében a supportív terápiát szisztémás szteroiddal is ki kellett egészíteni, mindemellett is csak lassú, fokozatos regressziót tapasztaltunk.

Előadásomban szeretném hangsúlyozni, hogy a SJS egy súlyos kórkép. Az etiológiai okok tisztázása időnként kifejezetten nehéz, olykor csak a visszaérkező eredmények, illetve a klinikum alapján lehetséges, de nem megkerülhető a későbbiekben alkalmazható gyógyszerek kérdése miatt sem. Ellátásában hangsúly a csapatmunkán van, társszakmák bevonása mellett fontos a családdal történő együttműködés, nagymértékű türelemre, figyelemre és kitartásra van szükség, hiszen a gyógyulás folyamata egy hosszadalmas út.

Egy inkomplett Kawasaki szindrómával diagnosztizált leány csecsemő esetének bemutatása

Lengvári Lilla dr., András Noémi dr.,
Horváth Zsuzsanna dr., Constantin Tamás dr.

SE II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: Mind féljük a Kawasaki szindróma – főként 5 éves kor alatt jelentkező, lázzal járó, önkorlátozó, kis és közepes ereket érintő vasculitis – súlyos szövődményét, a coronaria arteria aneurysmát. Mindemellett, a tünetsegényen zajló inkomplett Kawasaki szindróma diagnózisának felállítása mégis sok esetben késhe.

Esetismertetés: Egy 9 hónapos lány csecsemő az alábbi panaszokkal és tünetekkel – két napja tartó láz, testszerte látható, maculopapulosus rash, kétoldali száraz conjunctivitis, hyperemiás garatképletek – érkezett területileg illetékes gyermekgyógyászati osztályra.

Laboratóriumi vizsgálatait során emelkedett gyulladásos és transzamináz értékeket észleltek.

Érkezését követően urticariát vélelmezve szteroid és antihisztamin terápiát, illetve magas gyulladásos paraméterek miatt antibiotikum kezelést kezdtek. A megkezdett terápia ellenére perzisztáló klinikai tünetek miatt felvetődött szisztémás autoimmun folyamat lehetősége, ezért a gyermeket a SE II. Számú Gyermekgyógyászati Klinikára helyezték át.

A Kawasaki szindróma klasszikus kritériumai - száraz conjunctivitis, szájnyalkahártya eltérések, polymorph rash, cervicalis lymphadenopathia, akrák különböző eltérései - közül a gyermeknél ugyan csak három feltétel teljesült, azonban a laboratóriumi eredményeket is megnézve - emelkedett májenzim értékek, anaemia, izolált leukocyturia -, a gyermeknél a laboratóriumi kritériumok teljesülése alapján az inkomplett Kawasaki szindróma diagnózisa felállítható volt. A gyermeknél felmért szív ultrahang vizsgálat történt, majd a megfelelő időben specifikus terápiában - IVIG, és TAG gátlás - részesült. A gyermek utánkövetése, kontroll szív ultrahang vizsgálata SE II. Számú

Gyermekgyógyászati Klinikán történnek, eddigiekben a gyermeknél coronaria szövődmény nem jelentkezett.

Konklúzió: Az egy éves kor alatt jelentkező infantilis Kawasaki szindróma esetében általában a klasszikus diagnosztikai kritériumok nem teljesülnek, de elhúzódó láz esetén eszünkbe kell jusszon az inkomplett Kawasaki-szindróma fennállásának lehetősége, és a klinikai képet a laboratóriumi eredményekkel kell összevetni és értékelni. Annál is inkább, mivel megkésett diagnózis és kezelés esetében a coronaria szövődmények jelentkezésének rizikója megháromszorozódik.

Attól függ, honnan nézem – sokszínű eosinophyilia

Kövér Anna dr.

Semmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika,
Haematológiai Osztály

Bevezetés: Eosinophilának nevezzük ha a perifériás vérben az eosinophil granulocyták száma 0,5 G/l feletti. Ennek hátterében számos ok állhat, így például allergia, fertőzések, gyulladásos folyamatok, gyógyszerreakció, illetve malignus betegségek is. A klinikus feladata a tünet mögött álló ok felderítése és arra specifikus kezelés alkalmazása.

Esetismertetés: Előadásommal 4 beteg esetét mutatom be, akik mind a Semmelweis Egyetem II.sz. Gyermekgyógyászati Klinikáján jelentkeztek. Egy 2 éves lánygyermeket a Tatabányai Kórház irányított hozzánk, hasi fájdalom kapcsán észlelt laboreltérések miatt. A 13 éves Tamás neurológiai tünetek miatt érkezett Klinikánkra. A 3 éves Sári a Mosonmagyaróvári Kórházból került áthelyezésre visszatérő lázas állapot mellett detektált extrém vérvék eltérésekkel. Egy 4 éves fiúgyermeket a Bethesda Kórház kérésére vettünk át bronchitis mellett megjelenő vérvék abnormalitásokra való tekintettel. A változó tünettannal jelentkező gyermekek közös jellemzője, hogy vizsgálataik során leukocytosis (WC: 29-219 G/l), és eosinophyilia (>15 G/l) volt detektálható. A tünetek hátterében megbújó diagnózis a klinikai képnek megfelelően igen változatos volt, az előadásban ez kerül kifejtésre.

Összefoglalás: Az előadás célja, hogy bemutassuk az eosinophyilia hátterében álló pathológia felderítésére alkalmazható diagnosztikus algoritmusokat, illetve hogy felhívjuk a kollegák figyelmét egy sokszínű tünet klinikai jelentőségére.

Csípő panaszok

Varga Martin dr., Horváth Zsuzsanna dr.,
Ponyi Andrea dr., Constantin Tamás dr.

Semmelweis Egyetem II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: A reaktív arthritis (korábbi nevén Reiter-szindróma) lezajlott enteritist vagy genitourethralis infekciót követően jelentkezik. Klasszikus tüneti triász az arthritis, urethritis és conjunctivitis, azonban mindhárom tünet egyidejű fennállása ritka. Tinédzseréknél jelentkező akut ízületi gyulladásra utaló panaszok esetén - enterális fertőzés hiányában - gyermekgyógyászként is gondolnunk kell a szexuális úton terjedő fertőzésekre.

Esetbemutatás: A 17 éves nagyfiú egy megyei kórház sürgősségi osztályán jelentkezett három hete fennálló ízületi panaszok miatt, melyek a felvételt megelőző öt napban fokozódtak, hozzájuk hasfájás és láz társult. A gyermek anamnéziséből kiemelendő 14 éves korában leírt végtagkülönbséget okozó Perthes-kór, valamint egy hónappal a felvételét megelőzően dysuria és véres vizelet hátterében diagnosztizált akut urethritis. A klinikai kép alapján felmerült szisztémás autoimmun betegség, ezért a II. sz.

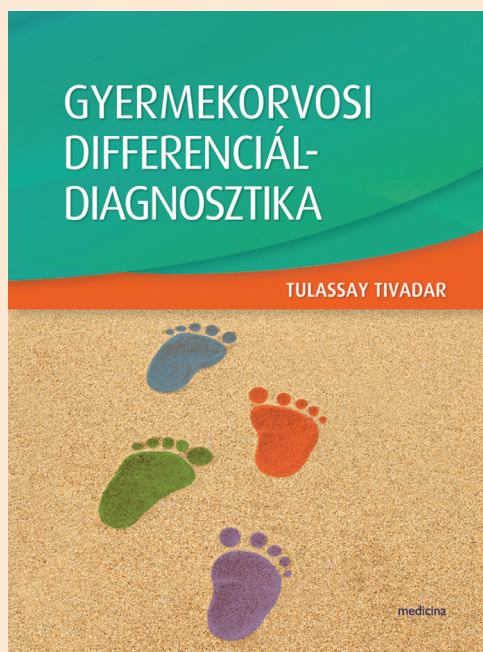
Gyermekegyógyászati Klinikára utalták reumatológiai kivizsgálás céljából. Felvételi státuszából kiemelendő bal alhasi nyomásérzékenysége, 1,5 cm-es alsó végtaghossz különbsége, minden irányban fájdalmasan kötött bal csípő ízülete, bal boka duzzanata, mindkét oldali jobb II. lábujj dactylitise, valamint a bal I. PIP ízület kontraktúrája. A laboratóriumi vizsgálatok során emelkedett gyulladásos paramétereket (We 81 mm/ó, CRP 113 mg/l) találtunk. Csípő röntgen és ultrahang vizsgálaton a korábban is ismert Perthes-kór reziduális állapotának megfelelő képen kívül arthritisre utaló eltérés nem ábrázolódott. Anamnézisében szereplő urethritis miatt STD szerológiai vizsgálatot, a húgycsőváladékból bakteriológiai leoltást végeztünk. Húgycsőváladékból Chlamydia trachomatis, valamint Ureaplasma urealyticum volt kimutatható.

A reaktív arthritis biztos diagnózisa két major és egy releváns minor kritérium teljesülése mellett mondható ki. Major kritériumok: 1) Aszimmetrikus mono- vagy oligoarthritis az alsó végtagon; 2) Az ízületi panaszokat maximum 6 héttel megelőző, panaszokat okozó enteritis vagy urethritis. Minor kritérium: ismer-

ten reaktív arthritist okozó patogén kórokozó kimutatása releváns bakteriológiai mintából.

A fentiek szerint esetünkben mind a major, mind a minor kritériumok teljesültek, így felállítottuk a reaktív arthritis diagnózisát. Ízületi panaszai és a mikrobiológiai eredményei alapján per os naproxen kezelést, valamint tíz napos doxiciklin kúrát indítottunk. Egy hónapos kontroll vizsgálaton láza és fájdalma szűnt, azonban bokáját és lábujjait érintő ízületi gyulladása, valamint emelkedett gyulladásos értékei perzisztáltak. Ezért bázisgyulladáscsökkentő kezelésként szulfaszalazin terápiát kezdtünk felépíteni.

Összefoglalás: Fenti esetünkkel azt szeretnénk illusztrálni, hogy ízületi panaszok esetén kiemelten fontos az életkornak megfelelő szexuális anamnézis felvétele, illetve terhelő anamnézis esetén a megfelelő mikrobiológiai mintavétel. Ezek ismerete elengedhetetlen egy esetleg felmerülő reaktív arthritis pontos diagnózisához.



Méret: 193 x 262 mm
Oldalszám: 434
Kötés: kartonált
Medicina Könyvkiadó, 2020

Könyvajánló

Tulassay Tivadar: Gyermekegyógyászati differenciáldiagnosztika

Tulassay Professzor Úr nagy sikerű Gyermekegyógyászati tankönyve után ezúttal egy szintén kiváló színvonalú differenciáldiagnosztika kiadványt jelentetett meg.

A kiadvány színvonala, megjelenése, tartalma, tudományos igényessége egészen kimagasló.

434 oldalon foglalja össze a gyermekegyógyászat minden területét, ad hasznos útbaigazítást nem csak a szakorvos jelölteknek, de a már kész szakorvosoknak és persze az érdeklődőknek, az orvostanhallgatóknak, háziorvosoknak is.

A könyv első része az általános tüneteket és laboratóriumi eltéréseket mutatja be, pl. elektrolit- és sav-báziszavarok, „síró csecsemő”, „rosszul kinéző csecsemő” stb.

A könyv második része a szervspecifikus tüneteket és kórképeket foglalja össze. Olyan, kevés helyen megtalálható, de fontos gyakorlati kérdéseket veszegető témák is szerepelnek, mint pl. syncope, irritabilitás, TIC, ballismus, rossz lehelet, kóros fonticulus, szaglászavar, fotofóbia, hajszálak rendellenességei stb.

Minden fejezet külön színnel van megjelölve a jobb tájékozódás érdekében.

A megértést számtalan színes, jól áttekinthető ábra, rajz, táblázat, folyamatábra és kép teszi jól megérthetővé és különösen didaktikussá.

Nagyon hasznos eligazítást ad a mindennapi munkában és sikeresen segíti az oktatást és az önképzést is!

Köszönjük az igen igényes, nagyon tartalmas, nagyon hasznos kiadványt!!

Forgassák gyakran!

Prof. Dr. Kovács Gábor



Boglári BŐRKóstoló az ONKOrmányzat támogatásával

Üléselnökök:

Differenciáldiagnosztikai szempontból elgondolkodtató hólyagos bőrtünetekkel járó eseteink

Révész Lilla dr.¹, Hetesi Kinga dr.¹, Beke Dóra dr.¹, Gyórbíró Csilla dr.¹, Vass Viktória dr.², Szalai Zsuzsanna dr.¹

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Bőrgyógyászati Osztály,

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Patológia

Bevezetés: Gyermekbőrgyógyászati és gyermekgyógyászati rendelések során számos hólyagos bőrtünettel járó kórképpel találkozhatunk. Ilyen esetekben a ritka, klasszikus autoimmun és hereditaer bullosus betegségeken kívül számos, jellemzően nem hólyagos megjelenésű kórképre is gondolni kell. Ezen betegségek kezelése és prognózisa is nagyban különbözhet, így a differenciáldiagnosztikai szempontból lehetséges kórképek ismeretének és a pontos diagnózis felállításának különös jelentősége van.

Betegek, módszer: 2017 januárjától 2020 januárjáig terjedő időszakban a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Bőrgyógyászati Osztályán észlelt hólyagos megjelenésű tanulságos és látványos eseteink kerülnek bemutatásra, hangsúlyt fektetve a klasszikusan nem hólyagos megjelenésű, de gyakrabban előforduló bőrbetegségekre, a megtévesztő tünetekre, a hólyagképződés mechanizmusára, a differenciáldiagnosztikára és a terápiás lehetőségekre.

Eredmények: Bakteriális infekciók kapcsán gyakran észlelhetők hólyagos bőrtünetek, a háttérben a *Staphylococcus aureus* desmoglein-1-et hasító exfoliatív toxinja állhat. Valamennyi bullosus impetigo és bullosus cellulitis esetében a fenti kórokozó igazolható volt. Arthropodák, mint például a *Sarcoptes scabiei* illetve a *Cimex lectularius* és a *Cimex hemipterus* okozta bőrbetegségekre társulóan feszes falú hólyagok megjelenése sem ritka. Az ekzémás kórképek közül nem csak dyshidrosis hanem phytophotodermatitis esetében is bullák voltak láthatóak. Kiterjedt erythema exudativum multiforme major herpes simplexhez, és *Mycoplasma* infekcióhoz társultan is megjelent. A klasszikus bullosus bőrbetegségekre például pemphigus vulgaris, linearis IgA dermatosis, lichen planus pemphigoides illetve az epidermolysis bullosa simplex, disztrófiás és junkcionális formáiban szenvedő betegek bőrtüneteit szemléltetjük. Végezetül néhány különleges hólyagos bőrtünetként is megjelenő betegség is említésre kerül, mint például az artefakt dermatitis, a difúz cutan mastocytosis és az incontinentia pigmenti.

színű vagy hyperpigmentált verrucosus papula vagy plaque. Fel-nőttkorban alapvetően szexuális úton terjed, leggyakrabban a 6 és 11 szerotípusok okozzák. Gyermekkorban jellemzőbb a nem szexuális úton való terjedés, de a lehetséges szexuális abúzus számbavétele szükségszerű. Szokatlan megjelenés esetén a szövettani elemzés nyújt segítséget egyéb, akár malignus kórképektől való elkülönítésében.

Betegek, módszer: Egy 12 éves leánygyermek a vulván és perianalisan jelentkező elhanyagolt, hatalmas kiterjedésű condylomata acuminata miatt kereste fel ambulanciánkat. A kiterjedés miatt Buschke-Löwenstein tumor fennállása is felmerült. Laboratóriumi vizsgálatok mellett a háttérben előforduló abúzus kizárását célzó egyéb vizsgálatokra is sor került. A terápia során konzervatív és sebészi módszereket egyaránt alkalmaztunk, szövettani elemzésre is sor került. A hivatalos szerveket a bizonytalan eredet miatt értesítettük, a gyermek pszichés feltárása elindult. A kezelést nagyban megnehezítette az alacsony szülői compliance.

Eredmények: A laboratóriumi vizsgálatok eredményei alapján immunuszupprimált állapot nem merült fel, HPV 11 szerotípus igazolódott. Egyéb szexuális úton terjedő betegségek szerológiai eredményei negatívak lettek. Urológiai és nőgyógyászati vizsgálat során a hüvelybemenetben condyloma ábrázolódott, a hymen állapota alapján a korábbi szexuális abúzus nem volt kizárható. Több ülésben történt cryotherapy és electrocauterisatio segítségével az elváltozás eltávolításra került. A szövettani vizsgálat a condyloma acuminatum diagnózist megerősítette, így a Buschke-Löwenstein tumor diagnózis kizárható volt. A gyámhivatal visszajelzése alapján az azonnali hatósági intézkedés, a családból való kiemelés nem bizonyult szükségesnek, a gyermeket otthonában a gyermekjóléti szolgálat védelembevétel keretében belül gondozza, büntetőjogi eljárást nem kezdeményeztek. További szoros bőrgyógyászati és nőgyógyászati ellenőrzés folyamatban, HPV elleni oltás tervezett.

Következtetés: A gyermekkorban diagnosztizált szexuális úton terjedő betegségek, köztük a condyloma acuminatum háttérben fontos további szexuális úton terjedő betegségek kizárása, illetve a társszakkák bevonása a felszálló, nyálkahártyára való terjedés, valamint a korábbi abúzus valószínűségének megítélésére. Szövettani minta elemzésével az elváltozás differenciálható malignus folyamatról. A felmerülő szexuális abúzus kizárására a gyermekek védelmében kiemelt figyelmet kell fordítanunk. A hivatalos szervekkel való kapcsolatfelvételen a védőnői hálózattal nyújthat jelentős, szakszerű segítséget.

Fájdalmas genitalis növedékek nyomában

Fodor Annamária dr.¹, Tari Zsófia dr.¹, Ónody Anna Mária dr.¹, Antal Klára², Ringwald Zoltán dr.³, Szalai Zsuzsanna dr.¹

¹ Heim Pál OGYI Bőrgyógyászati Osztály

² Heim Pál OGYI Ápolási Igazgatóság

³ Heim Pál OGYI I. Sz. Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztály

Bevezetés: A condyloma acuminatum a human papillomavirus (HPV) infekció okozta, anogenitalis régióban megjelenő, bőr-

„MIRM úr” kalandjai – Egy régi entitás új köntösben

Váradi Bianka dr.¹, Kiss Ákos Zoltán dr.², Csernus Adriána Evelin dr.³, Rózsai Barnabás dr.¹, Nyul Zoltán dr.¹

¹ PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház

³ PTE KK Bőr-, Nemikórtani- és Onkodermatológiai Klinika

Esetismertetés: A 10 éves fiú gyermeket a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház helyezte át klinikánk Intenzív osztályára Stevens-Johnson syndrome iránydiagnózissal. Panaszai 12 nappal korábban kezdődtek lázzal, légúti tünetekkel; a diag-



nosztikus vizsgálatok pneumoniára utaltak. Az ambulanter elkezdett makrolid antibiotikum adását követően conjunctivitis, bőrén anularis erythema, szájában hólyagok jelentkeztek, majd per os beviteli nehézségek és hányások miatt került felvételre a küldő intézetbe. Magas gyulladásos paraméterek miatt intravénás antibiotikus kezelésben részesült. A kibontakozó bőr- és nyálkahártya tünetek (ocularis, ano-genitalis, oralis mucositis) jelentős progressziója a korábban megkezdett antibiotikus kezelés váltásakor (amoxicillinről majd ceftriaxonról clarithromycinre) lépett fel. Klinikánkon alkalmazott lokális tüneti kezelés, parenterális antibiotikum és szteroid, illetve átmeneti parenterális táplálás és fájdalomcsillapítás mellett bőrtünetei lassú, de fokozatos javulást mutattak. Összesen 15 nap kórházi ápolást követően, megbízható per os bevitel és jelentősen regrediált bőrtünetek mellett, jó általános állapotban tudtuk otthonába bocsátani. Laboratóriumi vizsgálatok friss *Mycoplasma pneumoniae* fertőzést igazoltak. Az antibiotikum szerepét tisztázó leukocita-transzfúziós teszt eredménye folyamatban van.

Megbeszélés: A Stevens Johnson syndrome (SJS) egy ritka, potenciálisan életveszélyes kórkép, mely a bőr és a nyálkahártyák gyulladásos-nekrotikus megbetegedése, jellemzően 10% alatti bőrfelület érintettséggel. Az utóbbi években külön entitásként szerepel a Stevens-Johnson szindrómához nagyon hasonló tünetekkel járó, *Mycoplasma pneumoniae* indukálta rash és mucositis (MIRM). A betegség pontos patomechanizmusa nem tisztázott, az infekció kiváltotta fokozott immunválasz vezethet a keratinocyták apoptosishoz. Gyermekek körében gyakoribb, körlefolysa és halálozási rátája azonban sokkal kedvezőbb, mint a SJS-é. Etiológiáját tekintve a MIRM infekcióhoz társul, míg a SJS gyakran gyógyszer-indukálta folyamat.

Konklúzió: Esetünkben a kihívást a kiváltó tényező felkutatása és ezzel együtt a pontos diagnózis felállítása jelentette. Erősen felmerült mind az infekciós eredet, mind pedig az alkalmazott makrolid antibiotikum szerepe. A jelenleg birtokunkban lévő eredmények alapján, összességében a *Mycoplasma pneumoniae* fertőzést tartjuk leginkább valószínűnek a betegség kiváltásában, vagyis a kórkép MIRM-nek megfelelő.

Ritka bőrelváltozás az onkohaematológiai osztályon – mikor vághat a sebész?

Kardos Dániel dr., Horváth Gábor dr.,
Józsa Gergő dr., Vajda Péter dr., Ottóffy Gábor dr.
PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: Egy egyszerű gyulladásnak tűnő hyperaemiás bőrelváltozás is rejtegethet potenciálisan súlyos, szisztémás kórképet, különösképpen akkor, ha azt az onkohaematológiai osztályon észlelik.

Esetismertetés: A 15 éves lány akut leukémia típusos tüneteivel került felvételre klinikánkra. Felvételi státuszából kiemelendő a jobb combján észlelt felszívódóban levő haematoma. A vizsgálatok közepes rizikójú csoportba tartozó, precursor B-sejtes heveny lymphoblastos leukémiát igazoltak. A kórházi kezelés 3. hetében a neutropenia és a szisztémás infekciós tünetek mellett észleltük a jobb comb első felszínén levő, erythemás, indurált gyulladásos bőrelváltozás megjelenését, amit a már meglevő amikacin terápia mellett lokálisan párákötésekkel kezdtünk kezelni. Öt nappal később az erythema közepén feketés-lilás hemorrhagiás vezikulák jelentek meg, amik nekrotikus fekélyekké konfluáltak, ami az ecthyma gangraenosumra jellemző típusos jelenség. A seb leoltásából *Pseudomonas aeruginosa* tenyésztett ki. A haemokultúra negatív volt. A célzott antibiotikus terápia mellett a folyamat progrediált, két héttel később a bőr teljes vastagságát érintő, tenyérszerű bőrelhalás jelentkezett. A szükségessé vált necrectomiát a kemoterápia okozta mély

neutropenia és ennek következményei miatt még nem tudtuk elvégezni. A szisztémás kezelést meropenemmel és granulocytacolonias stimuláló faktorral egészítettük ki, valamint a gyermek elégtelen per os kalóriabevitele miatt szondatáplálást kezdtünk. A kezelés mellett a szisztémás gyulladásos tünetek megszűntek, a bőrfolyamat demarkálódott, a necrectomia elvégezhetővé vált. Az elhalt hámot a quadriceps izompólyájáig kellett eltávolítanunk. A műtétet követően negatív nyomás kezelést kezdtünk, amit 6 héten át folytattunk. A sorozatosan vett leoltásokból a negatív haemokultúrák mellett folyamatosan *Pseudomonas* tenyésztett. A megfelelő granuláció elérését követően a kemoterápiás protokollhoz igazodva, ugyanerről a végtagról félvastag bőrt transzplantáltunk a sebre. Fél évvel a beavatkozás után a kozmetikai eredmény kielégítő.

Megbeszélés: Az ecthyma gangraenosum típusosan az immun-supprimált betegek *Pseudomonas aeruginosa* okozta bakteriemiájának a következménye. Esetünkben valószínűbb, hogy a gyermek felvételekor a combján észlelt haematoma infekciója következtében alakulhatott ki a kórkép „nem-bakteriemiás” formája, ami kedvezőbb lefolyással bír. A jellegzetes bőrtünetek esetén fontos a széles spektrumú, kombinált antibiotikus kezelés megkezdése, a neutropenia és a malnutrició mielőbbi rendezése. Progresszió esetén, illetve a folyamat demarkálódása után radikális sebészeti terápia is szükségessé válhat. Az optimális időpont megválasztásában az onkológiai és sebészeti szempontok összehangolása meghatározó jelentőségű.

A sokszínű neuroblastoma

Varga Ágnes dr., Kelemen Ágnes dr., Simon Réka dr.

BAZ Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
Velkey László Gyermekegészségügyi Központ Gyermek
Onkohaematológiai Osztály

Gyermekekben a neuroblastoma a leggyakoribb extracraniális solid tumor. Az összes gyermekkori daganatos betegség 8-10%-t teszi ki és a gyermekkori daganatos halálozás 15%-ért felel. A neuroblastoma a gerinc két oldalán lévő szimpatikus ideglánc ganglionjaiból, illetve a mellékvese velőállományából indul ki. A tumor karakterisztikus sajátossága a változatos klinikai megjelenés és az életkorral szoros korrelációt mutató kimenetel. A prezentációs tünetek alakulása nagymértékben függ a daganat lokalizációjától, méretétől, a tumor catecholamin termelő képességétől, a metastasisok és a paraneoplastikus tünetek jelenlététől, de sok esetben a daganat tünetmentes formában, mellékletként kerül felismerésre. A kezelés és a kimenetel rizikócsoport függő. Az új nemzetközi osztályozás figyelembe veszi az életkort, a klinikai heterogenitást, a tumorszövet elemzéséből származó molekuláris adatokat, beleértve a protooncogén myc státuszt és a szegmentális kromoszóma eltéréseket. Az alacsony rizikójú csoport esetén a prognózis igen jó, akár 80-90%-os gyógyulás is elérhető, szemben a magasrizikójú csoporttal, ahol a hónapokon át tartó kezeléssel is csak 35-40%-os arányú betegségmentes túlélés várható. A kezelési lehetőségek között a megfigyelés, a sebészeti ellátás, a kemoterápia, a sugárkezelés, a haemopoetikus össejtkezelés és a biológiai terápia is szerepelnek. Az előadás során különböző életkorú és különböző klinikai megjelenésű betegeink rövid esetismertetéseinek keresztül szeretnénk bemutatni a neuroblastoma sokszínűségét.

1. esetünk egy hat hónapos fiú csecsemő, akinek bronchitis tünete okán készült mellkasröntgen felvételen ábrázolódó parenchymás árnyék háttérben igazolódott a neuroblastoma.
2. esetünk egy tíz hónapos leány csecsemő, akinek a szülő által észlelt, fokozódó hasi aszimmetria okán készült hasi ultrahang vizsgálaton került leírásra a bal oldali mellékveserégióból kiinduló térszűkítés.



3. esetünk egy három éves kisfiú, akinek egy hete tartó, fokozódó hasi és lábfájdalom, étvágytalanság, lázas állapot miatt készült hasi ultrahang vizsgálaton került leírásra a bal oldali vese-táji térfoglalás.

4. esetünk egy hét éves kislány, akinek több hónapja tartó, visszatérő hasi fájdalom miatt készült hasi ultrahang vizsgálaton került leírásra a jobb vese felső pólusán egy tokkal rendelkező, solid képlet.

Az előadás célja, hogy az általános Csecsemő-, és Gyermekegyógyászati Osztályon megforduló nagyszámú betegforgalom mellett, a nem specifikus tünetek ellenére is mihamarabb felismerésre kerüljenek a gyermekonkológiai esetek.

Szépséghiba vagy "red flag" tünet? - esetbemutató

Kelemen Izabella dr.¹, Papp Zsuzsanna Erzsébet dr.², Élthes-Fülöp Hajnal dr.¹, Hadnagy Margit dr.¹, Horváth Adrienne dr.^{1,2}

¹ 2-es számú Gyermekgyógyászati Klinika, Hematoonkológia Osztály, Marosvásárhely

² Marosvásárhelyi "George Emil Palade" Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány és Technológiai Egyetem

Bevezetés: A retinoblasztóma az ideghártya rosszindulatú daganata, amely kifejezetten csecsemő- és kisgyermekkorban jelentkezik. A gyermekkori malignus daganatok mindössze 2-3%-át teszi ki. Leggyakoribb "red flag" tünete, a macskaszem (leucocoria).

Esetismertetés: A 2 éves és 4 hónapos állami gondozás alatt lévő kisgyermek anamnézisében többszöri szemészeti vizsgálat szerepel, első vizsgálat 1 éves korában történt, amikor gondozója felfigyelt egy fehéres-sárgás foltra a gyermek bal pupilláján, ekkor „esztétikai hiba” címen a gyermeket otthonába bocsájtották. Hónapok elteltével újabb tünetek társulnak: merev pupilla, exoftalmia, könnyezés, további szemvizsgálatokat végeznek, így lassan (2 éves életkorára) körvonalazódik diagnózisa, a retinoblasztóma. Osztályunkon első felvétele 2 éves és 4 hónapos korában történik, amikor a CT eredmény, szemészeti konzultáció és idegsebészeti konzultáció alapján, alátámasztjuk feltételezett diagnózisát, azonnal elkezdjük citosztatikus kezelését (Vincristin, Etoposid, Carboplatin). A kezelés alatt a javulás napról-napra szemmel látható. Jelen pillanatban a 4. citosztatikus blokk után van és a továbbiakban tervezzük bal szemének enukleációját és radioterápiát.

Következtetés: A mindennapi orvosi gyakorlatban, elengedhetetlen a csecsemők szemészeti szűrése, a nem szokványos tünetek helyes értékelése.

Szeptikus embolizáció – hematológiai esetbemutató

Mohás Anna dr.

Semmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály

Immunszupprimált betegeknél egy ritka, de súlyos következményekkel járó jelenség a szeptikus embolizáció, mely forrásának felkutatása sokszor kihívást jelent. Leggyakrabban endocarditis, thrombophlebitis vagy infektálódott centrális vénás kanül áll a háttérben.

Előadásomban egy akut lymphoid leukaemiával kezelt betegünk esetét ismertetném. A hároméves gyermeknél a kezelés indukciós szakaszában, mély neutropaeniás állapotban láz, bizonytalan alhasi panaszok jelentkeztek. Az empirikus széles-

spektrumú antibiotikus terápia mellett érdemben nem javult az állapota, és ezzel egyidőben jobb alsó végtagján 2-3 erythemás, fájdalmas, abscedáló subcutan laesio jelent meg.

Góckutatás kapcsán typhlitis talaján kialakult fedett bélperforáció igazolódott, mely miatt bélreszekció, ileostoma képzés történt. Az alsó végtagi subcutan tályogok mérete a szisztémás és lokális kezelések ellenére folyamatosan nőtt, és többszöri mikrobiológiai vizsgálat eredményeképp egy ritka, nehezen diagnosztizálható, immunszupprimált betegekre veszélyes kórokozó igazolódott. Ezen léziók – retrospektív feltételezésünk alapján – a jobb alhasi infektív folyamatból szóródott szeptikus embólusok következményei lehettek.

Az előadás fő üzenetként megfogalmazhatjuk, hogy elhúzódó lázas neutropaeniás betegek esetében nagyon fontos a góckutatás. Ez sokszor kihívást jelenthet, mert a tünetek gyakran larváltan, tüneteizégyen jelentkeznek az immunszuppresszió miatt.

Atípusos, purulens, nekrozissal járó bőrjelenségek esetén felmerül a szeptikus embolizáció lehetősége, mely nem feltétlenül csak egy távoli gócból eredhet, hanem előfordul anatómiai képletek mentén történő lokális szóródás is.

Végtagfájdalom – amikor patakopogás hallatán zebrát látunk

Pálmay Andrea dr.¹, Janszky Noémi dr.¹, Várkonyi Ildikó dr.¹, Nyitrai Anna dr.¹, Seszták Tímea dr.¹, Csóka Mónika dr.², Erdélyi Dániel dr.², Müller Judit dr.², Krivácsy Péter dr.¹

¹ I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

² II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: Mozgásrendszert érintő panaszokkal gyakran találkozzunk a gyermekgyógyászati ellátás során. Az alsó végtagi fájdalom hátterében lehetséges kiváltó okok széles skálán mozognak; leggyakrabban sérülés, gyulladás vagy különböző infekciós eredet igazolódik. Éppen ezért diagnosztikai kihívást jelenthet, ha a sántítás egy súlyos betegség első prezentációs tünete. Habár a malignus vérképző szervi megbetegedések kevesebb, mint 1%-ban állnak a mozgásszervrendszert érintő panaszok hátterében, muszkuloskeletális fájdalom az akut leukémiás esetek körülbelül felénél jelentkezik.

ESET1: Egy 17 éves fiú, 5 hete tartó bal oldali csípőtáji fájdalom miatt jelentkezett Klinikánkon. A tünetek kezdete óta a házi-ortopédiai és neurológiai szakrendelésen történt vizsgálata, laboratóriumi és képalkotó diagnosztikai eredményei kórokat nem igazoltak. A sürgősségi osztályunkon való megjelenésekor a fájdalom, fáradékonyság, merevedési zavar, étvágytalanság, fogyás, hőemelkedés mellett fizikális vizsgálatokor splenomegáliát, végtagrövidülést észleltünk. Malignus betegség gyanúja miatt röntgen, ultrahang és MR vizsgálatát követően a II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinikára irányítottuk tovább, ahol diffúz nagy B-sejtes lymphoma igazolódott.

ESET2: A 2,5 éves kisedet jobb alsó végtagi fájdalom, sántítás miatt vizsgáltuk. Felső légúti hurutos tünetek mellett jelentkezett a sántítás, mely egy hét elteltével sem mutatott javulást. Csípő- és térdízület ultrahanggal kóros nem ábrázolódott. Laboratóriumi vizsgálatot végeztünk, mely során kifejezett anaemiát, súlyos thrombocytopeniát és emelkedett LDH-t észleltünk, mely felvetette malignus vérképzőszervi betegség lehetőségét. A II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinikára irányítottuk, ahol akut lymphoid leukémia igazolódott.

Megbeszélés: Az előadásunk kapcsán azokat az alarm tüneteket szeretnénk hangsúlyozni, amik arra irányítják a figyelmet, hogy



egy gyakori panasz hátterében egy súlyos, potenciálisan malignus betegség állhat. A gyermekműködési ellátásnak sok más mellett el kell látnia az őrszem funkciót is. Ezeknek a betegeknek az időben történő diagnózisával, túlzás nélkül állíthatjuk, hogy akár életüket is lehet menteni.

Pitvari thrombust okozó mucormycosis acut lymphoblastos leukaemiában: egy ritka kórkép esetbemutatása

Pagáts Rebeka dr.¹, Benedek Noémi dr.¹, Horváth Gábor dr.¹, Masszi György dr.¹, Nyul Zoltán dr.¹, Kassa Csaba dr.², Giyab Omar dr.³, Kajtár Béla dr.⁴, Vincze Virág dr.⁴, Ottóffy Gábor dr.¹

¹ PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

² Dél-pesti Centrumkórház, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Gyermekhematológiai és Össejt-transzplantációs Osztály, Budapest

³ PTE KK Orvosi Képző Központ, Pécs

⁴ PTE KK Patológiai Intézet, Pécs

Bevezetés: A leukaemia miatt kezelt betegekben rendszerint kialakul a neutropenia, mely egy potenciálisan életveszélyes, fertőzésekre hajlamosító állapot. Neutropeniás és immunszupprimált betegekben invazív fonalasgomba infekciók is kialakulhatnak, melyek diagnosztikája és kezelése a mai napig komoly nehézséget jelent, s letalitása akár a 90%-ot is elérheti.

Esetismertetés: A 14 éves high-risk ALL miatt kezelt betegünkönél lázas neutropenia jelentkezett. Az antifungális profilaxisban részesülő gyermeknél mellkasi fájdalom miatt készült CT (computer tomográfia) vizsgálat a jobb oldali alsó tüdőlebenyt érintő aspergillózis lehetőségét vetette fel. A bronchoalveolaris lavage-ból és a szérumból történt galactomannan antigén vizsgálatok negatív eredményt mutattak. Hasi fájdalom miatt készült CT vizsgálat mellékletként a bal pitvarba is betérjedő jobb alsó tüdővéna thrombust írt le, így kombinált antimycoticus és anticoaguláns kezelést kezdtünk. A kontroll vizsgálatok a szív- és tüdő folyamat progresszióját írták le, emellett a gyermek általános állapotában is akut rosszabbodást észleltünk, ezért elektív gépi lélegeztetést kezdtünk. A pitvari thrombus és a jobb alsó tüdőlebeny sebészi eltávolítását terveztük, azonban a gyermek akut keringési elégtelenségben a tervezett műtét előtt elhunyt. A kórbonctani és kórszövettani vizsgálatok disszeminált mucormycosis-t igazoltak.

Következtetés: A mucormycosis diagnózisa szövettani mintavételre alapul. A pitvari thrombust okozó fonalasgomba fertőzés irodalmi ritkaság. Mucormycosisban a mielőbb megkezdett empirikus vagy célzott antifungális terápia mellett fontos az immunszuppresszió lehetőség szerinti csökkentése, neutropenia esetén granulocita-kolónia stimuláló faktor adása. Törekedni kell az infektált, necrotizált szövetek sebészi eltávolítására. A disszeminált mucormycosis halálozása 90% fölé tehető. A fonalasgombára nézve magas rizikójú betegek számára profilaxis javasolt (pl. posaconazol).

Pyogen granuloma – Egy gyorsan növekvő, vérzékeny, de jóindulatú érdaganat

Leibinger Evelin Anna dr.¹, Fathi Khaled dr.², Kántor János dr.², Harangi Ferenc dr.²

¹ Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

² Tolna Megyei Balassa János Kórház, Gyermekosztály, Szekszárd

A pyogen granuloma (PG) egy benignus vascularis tumor, melyre gyors, legtöbbször exophyticus növekedés, sérülékeny szövetszerkezet jellemző.

Két lánybeteg esetét mutatjuk be, akiknél különböző terápiás eszközökkel jó kozmetikai eredményt értünk el. 10 éves betegünk a nyakon kialakult pyogen granuloma miatt jelentkezett, néhány hetes propranolol kenőcsös kezelést követően ligatio történt. 14 éves betegünk a mellkason kialakult kocsányos PG miatt sebészi excisió után esett át.

Pyogen granulomával vagy más néven lobularis kapillaris haemangiomával leggyakrabban fiatal felnőtteknél, gyermekeknél találkozunk. Bármely testrészen előfordulhat, főleg az irritációnak kitett területeken, azonban gyakori a nyálkahártyákat érintő lokalizáció is. Patomechanizmusa jelenleg ismeretlen, de megjelenése bizonyos esetekben összefüggésbe hozható hormonális eltérésekkel, gyógyszer mellékhatással. Esztétikai szempontok mellett gyakori panasz a vérzékenység, ulceratio. A diagnózishoz legtöbb esetben a klinikai kép elegendő, atípusos prezentáció esetén azonban el kell különítenünk infantilis haemangiomától, Spitz naevustól, malignus bőrdaganatoktól. Előfordul spontán regresszió, azonban többnyire jelentős javulást beavatkozás nélkül nem várhatunk. A sebészi kimetszés legtöbbször végleges megoldást jelent, további lehetőségek között szerepel a lézeres excízió, cryoterápia. Konzervatívabb megközelítést képviselnek a topicalis kezelések (pl. scleroterápia, lokális kezelés fenollal, triklórecetsavval vagy béta-blokkolóval) és a ligatio.

Mycoplasma pneumoniae infekcióhoz társult atípusos Steven-Johnson-szindróma (Fuchs szindróma)

Balázs Dorina dr.¹, Nagy Eszter dr.¹, Csákváry Violetta dr.¹, Schneider Ferenc dr.²

¹ Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Osztály

² Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Infektológiai Osztály

Mycoplasma pneumoniae infekcióban az esetek akár 25%-ban megjelenhetnek különböző bőrléziók, az ártalmatlan exanthemától kezdve az akár halálos kimenetellel járó Steven-Johnson szindrómáig. Csak néhány esetben írtak le izolált nyálkahártya elváltozást, amely a M. pneumoniae fertőzéshez társult; az ilyen típusú mucosist az irodalomban atípusos Steven-Johnson-szindrómának, vagy Fuchs szindrómának nevezik.

Esetünkben a 12 éves fiú betegsége az osztályos felvételét megelőzően 10 napja kezdődött torokfájással, köhögéssel, lázzal. Területen készült mellkasröntgen jobb oldali pneumóniát írt le, melyre háziorvosa azithromycin kúrát indított.

A gyermek kórházi felvételére a gyógyszer bevitelét követően kb. 12 óra múlva jelentkező száj- és szemhéjduzzanat, gombócérzés miatt került sor, allergiás reakció gyanújával. Felvételi státusból bal basison és jobb oldali tüdő felett crepitatio kiemelendő, oedemát nem észleltünk. Laboratóriumi eredményeiből enyhén emelkedett aktivitási értékek, enyhe thrombocitosis kiemelendő. Felvételét követően parenterális szteroid és antihiszt-

tamin terápiára gombócérzése megszűnt, allergiás reakcióra utaló tünete a későbbiekben nem jelentkezett. Területen megkezdett azithromycin antibiotikumot intravénás amoxicillin/klavulánsavra váltottuk, valamint kombinált hörgőtágító terápiában részesítettük. Ápolása harmadik napján novumként progrediáló fibrines stomatitist, conjunctivitist, glans penisen erosiv elváltozásokat észleltünk változatlan légúti tünetek mellett. Atípusos kórokozót feltételezve tünetei hátterében, per os doxycyclinre váltottunk.

Az antibiotikum váltást követően fájdalomcsillapítás és gondos szájhigiénia mellett ötödik ápolási napra mind a nyálkahártya

elváltozásokban, mind a légúti tünetekben jelentős javulás történt.

Jó általános állapotban nyolcadik ápolási napon emittáltuk osztályunkról. Emisszióját követően 1 hét múlva kontroll vizsgálata során teljes radiológiai regressio volt látható, panasz és tünetmentes volt.

Szerológia vizsgálat tüneteinek hátterében friss Mycoplasma pneumoniae fertőzést igazolt.

Karen Wambach és Jan Riordan

Szoptatás és humán laktáció

Új!



A „Szoptatás és humán laktáció” kézikönyv világszerte a szoptatással és laktációval kapcsolatos ismeretek vezető tudományos referencia műve, amely több mint 2000 kutatási eredményre alapozottan, a legszélesebb multidiszciplináris kontextusban íródott. A legfrissebb kutatásokat és evidenciákat is felvonultató 5. kiadás (első magyar kiadás) számos világos szakmai ajánlást is tartalmaz, így egyben kiváló gyakorlati kézikönyv is. A szakmailag precíz és egyúttal élő magyar nyelvű kiadása nemcsak a szakmai szereplők szűk körének, hanem laikusoknak is élvezetessé és haszonnal forgathatóvá teszi a művet. A most első alkalommal magyar nyelven is kiadott mű jelentőségét nem lehet alábecsülni; a hazai tudományos gondolkodásra, a szakmai attitűdökre és eljárásokra gyakorolt hatásán keresztül minden bizonnyal az új generációk egészségét, az anyák és családok boldogságát szolgálja majd.

Kedvezményes Legendus ára:
12 000 Ft helyett 10 000 Ft

Dr. Szabó Miklós PhD Med. Habil
neonatólogus szakorvos

www.semmelweisikiado.hu



IDEgtépő Kékszalag

A nagy ijedtség nem mindig vezet jóra – csecsemőkori myoclonus epilepszia reflex mechanizmussal

Dávid Máté dr.¹, Móser Judit dr.²,
Mellár Mónika dr.², Orbók Anna dr.²,
Cserháti Helga dr.², Szamosújvári Judit dr.²,
Rosdy Beáta dr.²

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet –
Neurológiai Osztály; Budapest

Bevezetés: A reflex epilepsziás rohamok esetében jól körülhatárolható szenzoros, vagy kognitív stimulus azonosítható. A fényingerlés mellett számos egyéb egyszerű, illetve összetett inger képes rohamprovokációra.

Esetismertetés: A negatív perinatális anamnézisé, 10 hónapos csecsemőt epileptiform rosszullét gyanújával vettük fel neurológiai osztályunkra. A jelenségek egy jelentős részét hirtelen jelentkező hanghatást, a csecsemő megrémülését követően figyelték meg. Video EEG monitorozás mellett döntöttünk. A regisztrátumon 4 elektroklinikai rohamot rögzítettünk, melyek közül két ízben a szimmetrikus felső végtagi, valamint axialis myoclonusokat megelőzően hirtelen jelentkező acusticus, valamint egy alkalommal tactilis trigger volt azonosítható. Egy esetben négy végtagi spontán myoclonusokat észleltünk. Az irodalmi áttekintést követően esetünket a csecsemőkori reflex myoclonus epilepsziák csoportjába soroltuk. Valproát monoterápia mellett gyors rohammentességet értünk el.

Következtetés: Esetbemutatásunkon keresztül szeretnénk ráirányítani a figyelmet a reflex rohamok ritka formáira, amelyek diagnosztizálásához a video EEG monitorozás elengedhetetlen. A kórkép pontos besorolása fontos. A folyamat jó indulatú, ez segíti a szülők korai megnyugtatótatásában is és elkerülhetővé tesz számos felesleges vizsgálatot.

A tesóm Gru-vá változott!

Ohmachtné Hollódy Katalin dr., Péter István dr.,
Vaski Júlia dr.

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: A temporalis lebeny epilepszia a parciális (fokális) epilepsziák csoportjába tartozik, mely leggyakrabban gyermekserdülőkorban kezdődik. Jellegzetes megnyilvánulása a komplex parciális roham, melyet tudatzavar, orális és manualis automatizmus jellemez. Ezek a rosszullétek rövidek, általában fél percen belül lezajlanak. A komplex parciális roham lehet egyedüli tünet, de megelőzheti őket gastrikus aura, szaglási aura, de ja vu, jamais vu, affektív aura (félelem, szorongás), ritkán álomszerű képek is megjelenhetnek.

Módszer: Előadásomban egy 6 éves gyermek esetét szeretném bemutatni, mely által a differenciáldiagnosztika jelentőségére szeretnék kitérni. A vizuális hallucináció lehetséges okait térképezem fel a szakirodalom segítségével, mint encephalitis, intoxicatio, epilepszia, Alice in Wonderland sy., pszichiátriai kórképek, lázas állapot.

Következtetés: Vizuális hallucináció hátterében számos kórkép állhat, gondos anamnézis felvétel, valamint fizikális vizsgálatot

követően vessük össze a lehetséges diagnózisokat, és további vizsgálatok szükségességét.

A valproát által kiváltott encephalopathia és hyperammonaemia vizsgálata

Jámbor Anna dr., Szentirmai Réka dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Központi
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály

Bevezetés: A status epilepticus kezelésében a benzodiazepinek után alkalmazott másodvonalbeli antiepileptikumok között található a valproát, meghatározott indikációs körrel. Számos adat leírásra került a valproát ritka és súlyos mellékhatásaként megjelenő encephalopathiáról, ami az esetek döntő többségében hyperammonaemiával jár, és kiváltásában a gyógyszer direkt agykérgi depressziót okozó hatása, valamint az ammónia májban történő metabolizmusának gátlása a felelős. A kórkép diagnózisát jelentősen megnehezíti változatos klinikai manifesztációja, mely a mérsékelt lethargiától kezdve a stuporosis állapotig széles skálán mozog.

Célkitűzés és módszerek: Vizsgálatunk célja a valproát másodvonalbeli szerként való használati gyakoriságának felmérése, valamint a társuló rendellenességek és mellékhatások vizsgálata volt 2015-2019 között intenzív osztályunkon, status epilepticus miatt kezelt betegeinknél (n=75). A valproát terápiában részesülő gyermekeknél, az antiepileptikum szérumszintjét, valamint az ammónia- és májenzimszintek emelkedését vizsgáltuk. Felmérésünket kiegészítettük két gyermek esetével, akik kórházunk neurológiai osztályán kerültek ellátásra valproát indukálta encephalopathia miatt.

Eredmények: A fenti időszakban intenzív osztályos betegeink 6 %-át (n=75) kezeltük status epilepticus diagnózissal, közülük 29,33%-nál (n=22) volt a valproát a terápia része. A májenzimszintek tekintetében a GOT és GPT szintek minden gyermek esetben normál tartományban voltak, míg a GGT szintek az esetek 36,84%-ában mérsékeltén emelkedettnek bizonyultak. Ammóniaszint mindössze 31,81 %-ban került vizsgálatra (n=7), és 2 esetben bizonyult magasnak. Valproát szérumszint a betegek 86,36%-nál lett vizsgálva (n=19), 9 esetben mutatkozott eltérés, ami közül 3 esetben a felső határt kissé meghaladó szérumszint volt és 6 esetben alacsony szérumszint. A neurológiai osztály két valproát encephalopathia miatt kezelt, 9 valamint 5 éves betegénél antiepileptikum mellett továbbra is fennálló rohamokkal, roham jellegének megváltozásával, aluszékonysággal indult a kórkép. Mindkét esetben ammóniaszint emelkedésével társult, normál májenzimszintek mellett. A valproát szérumszint a terápiás tartomány felső részébe esett.

Összegzés: Összefoglalásként megállapítható, hogy májenzimszint, illetve ammóniaszint emelkedés a vizsgált populációban kis arányban fordult elő, azonban fontos szem előtt tartani a valproát terápiában részesülő betegeknél az encephalopathia kialakulásának lehetőségét. Hyperammonaemiával társuló esetben, cargininsav adására, és a valproát elhagyására a tünetek reverzibilisnek bizonyultak.



Egy váratlan gyógyszerhatás

Szegner Laura Mária dr., Péter István dr.

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

Bevezetés: Az anisocoriának számos oka lehet, a jóindulatú elváltozásoktól az életveszélyes kórképekig. A differenciál diagnosztikához ismernünk kell az anisocoria gyakori ártalmatlan okait, mint a fiziológias anisocoria, lokálisan alkalmazott szemcseppek, nasalis vazokonstriktorok, inhalációs hörgőtágítók, hogy a felesleges, megterhelő és drága vizsgálatokat elkerülhessük. Mindössze egy jó anamnézisre és egy alapos fizikális vizsgálatra van szükségünk.

Módszer: A szakirodalom áttekintésével térképeztem fel az anisocoria lehetséges okait, az anamnézis és a neurológiai vizsgálat fontos aspektusait. Az előadásban sor kerül egy 5 hónapos, egy két éves és egy három éves gyermek esetének a bemutatására, mely esetekben a fizikális vizsgálat és a gondos anamnézis elkerülhetővé tette a képalkotó vizsgálat elvégzését.

Következtetés: A pupilladifferencia egy rémisztő tünet, de higadságunk megőrzésével, a tanultak előidézésével könnyedén eligazodhatunk a lehetséges okok labirintusában.

Vincristine indukálta perifériás neuropathia (VIPN)-esetbemutatás

Bartók Edit dr., Varga Ágnes dr., Simon Réka, Cservenyák Judit dr., Pauleczki Annamária dr., Kelemen Ágnes dr.

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház Gyermekegészségügyi Központ

A vincristin számos gyermekkori malignus betegségben alkalmazott kemoterápiás szer, vinca-alkaloida, mely anti-mitotikus hatással gátolja a sejtciklust. A májban metabolizálódik, a CYP3A enzimrendszer által. A neurológiai toxicitás a vincristin legfontosabb mellékhatása. A perifériás neuropathia eltérő súlyosságú lehet, jelentkezhet zsibbadás, reflexkiesés, sőt akár a járászavar is.

Előadásomban egy négyéves kisfiú esetét szeretném bemutatni, aki két hete tartó étvágytalanság miatt került felvételre Osztályunkra. Hasi UH vizsgálaton 160 x 125 x 130 mm-es tumor ábrázolódt a has bal oldalán. Hasi MR felvételén mellékvese, illetve vese kiindulású tumor is felmerült, másodlagos letezés során Budapesti vese eredetű tumort véleményeztek. Laboreredményeiben enyhén emelkedett NSE-, LDH-, és normál ferritin-szintet detektáltunk. Mellkas CT-n tüdőmetasztasiszt nem találtunk. A négy hetes preoperatív kemoterápiás kezelését SIOPI Umbrella protokoll alapján megkapta. Kontroll hasi MR során a tumor jelentős regressziója volt látható, azonban a tumor-eltávolító műtét időpontja miatt a preoperatív kemoterápiás kezelést egy 5. heti vincristinnel egészítettük ki.

Az 5. heti kezelés után 3 nappal sürgősséggel került Osztályunkra visszavételre. Felvételi statusából rekedt, időnként aphonyás hang, enyhe nyugalmi-, és kifejezett alvás közbeni inspiratorikus stridor, valamint hiányzó alsóvégtagi mélyreflexek, és széles alapú járás emelhető ki. Fül-orr-gégész fiberoscopes vizsgálat során kétoldali nervus recurrens paresist véleményezt, tracheotomiát tartott szükségesnek. Hirtelen kialakult neurológiai tüneteinek hátterében vincristin okozta perifériás neuropathiat véleményeztünk, ezért nagy dózisú B vitamin és gabapentin kezelést indítottunk. Gyermeksebészeti műtőben tracheotomiát követően a bal oldali nephrectomia és tumor-eltávolító műtét megtörtént. Referencia patológiai szövettani vizsgálat alapján tumora II. stádiumú, intermedier rizikójú, kevert sejtes nephroblastoma, mely alapján postoperatív

chemoterápiás kezelése az AV2 Protokoll alapján történt (27 hét). Postoperatív kemoterápiás kezeléséből a 2-3-4. heti vincristin n. recurrens paresise miatt kihagytuk. Postoperatív 5. heti kezelés során végzett fiberoscopes vizsgálatl megerősítették, hogy mindkét hangszalag mozgása visszatért. Perifériás neuropathiás tünetei javulni kezdtek, így kezelését vincristinnel protokoll szerint folytattuk. Kemoterápiás kezelés befejezését követően dekanulálása megtörtént.

Előadásomban arra szeretném felhívni a figyelmet, hogy bár a perifériás neuropathia egy relatíve gyakran előforduló vincristin mellékhatás, a tünetei szerteágazóak lehetnek, változó súlyossággal, az enyhe zsibbadástól az akár életet veszélyeztető hangszalagbénulásig.

A szingapúri sztori

Schlick-Szabó Anna dr.¹, Czelecz Judit dr.¹, Daoud Salim dr.¹, Kollák Zita dr.¹, Kárász Hajnalka dr.¹, Szabó-Kovács István dr.¹, Ternai Zita dr.¹, Rudas Gábor dr.², Trethon András dr.³, Kalocsai Krisztina dr.³, Herczeg Erzsébet dr.³, Csóka Mónika dr.³

¹ MRE Betesda Gyermekkórháza

² Semmelweis Egyetem MR Kutatóközpont),

³ (DPC, Szent László telephely), (DPC, Szent László telephely)

Mi állhat egy szingapúri beteg konvencionális kezelésre nem javuló torticollisa, láza, lymphadenitise mögött? Kozmopolita fertőzés vagy valamely rejtélyes kórokozó? Erre kerestük a választ betegünk ellátása kapcsán.

2019 Karácsonyán 8 éves, lázas, elesett általános állapotú, szingapúri származású betegünk új keletű, fájdalmas torticollis miatt érkezett kórházunkba. Fizikális vizsgálatl kifejezett, bal oldali túlsúlyú lymphadenitist észleltünk, neurológiai gócjelle nem volt. Laboratóriumi vérvizsgálat bakteriális fertőzés diagnózisát támasztotta alá. Ismételt fül-orr-gégészeti és nyaki ultrahang vizsgálatokkal beolvadást nem láttunk. Nyaki gerinc röntgen felvétel a Grisel-szindróma lehetőségét kizárta, hasi ultrahang vizsgálat negatív lett. Két különböző időpontban levett hemokultúra vizsgálatl és vizelettenyésztéssel kórokozót identifikálni nem tudtunk.

A klinikum és a rendelkezésre álló eredmények alapján empirikus amoxicillin-klavulánsav kezelést kezdtünk tüneti terápia mellett. A folyamatosan fennálló láz, stagnáló fájdalmas torticollis és lymphadenitis, valamint az érdemben nem javuló laboratóriumi vérvizsgálati eredmények miatt a bentfekvés harmadik napján az antibakteriális kezelést ceftriaxonra váltottuk. A fenti kezelés további három napig hatástalannak imponált, így azt clindamycin terápiával egészítettük ki.

A hazautazás tervezett napján a javuló laboratóriumi vérvizsgálati eredmények ellenére továbbra is elesett általános állapotú, torticollisos gyermek 15 órás repülőútját a szülők meggyőzése után kontraindikáltuk. Ultrahang vizsgálatl látótérbe nem hozható elhelyezkedésű, retropharyngealis tályog gyanúja miatt akut nyaki MR vizsgálatot szerveztünk. Az eredmények megérkezéséig infektológiai konzíliumot kértünk, mely kozmopolita kórokozó (EBV, CMV, Bartonella, Toxoplasma infekció) etiológiai szerepe mellett az ázsiai gyermekekben gyakorinak számító extrapulmonalis manifesztációjú TBC, valamint HIV fertőzés lehetőségét is felvetette. Fontosnak tartotta a vena jugularis interna septicus trombophlebitisének (Lemierre-szindróma) MR vizsgálatl történt kizárását is. Valószínűségi szempontokat figyelembe véve a gyakori kórokozók kimutatására szerológiai vizsgálatokat indítottunk (EBV, CMV, Toxoplasma, Bartonella, adenovírus). A TBC gyanú miatt elvégzett mellkasröntgen vizsgálat negatív lett. A szingapúri kollégák által felvetett, benignus,



jó prognózis Kikuchi Fujimoto betegség diagnózisa nem látott megalapozottnak.

Az akut nyaki MR vizsgálat bal oldalon, retropharyngealisan, a környezetétől nem élesen elhatárolódó, gyulladós konglomerátum centrumában kezdődő beolvadást írt le. A mozgásos műtermékek miatt nehezen megítélhető felvétel a bal sinus cavernosus és sinus transversus részleges trombózisának gyanúját is felvetette, emiatt változatlan kombinációjú antibiotikus és tüneti kezelését terápiás dózissal enoxaparinnal egészítettük ki. A gyermeknek neurológiai gócjele továbbra sem volt.

A fenti nap jelentette a fordulópontot betegünk kezelésében: láztalanra vált, általános állapota, torticollisa és lymphadenomegáliája, valamint laboratóriumi eredményei rapid javulást mutattak. Kontroll, altatásban végzett nyaki MR vizsgálat a gyulladós konglomerátum regresszióját írta le, a beolvadás érdemi növekedése nélkül. Vénás trombózis gyanúja ekkor már nem ábrázolódott.

Tekintettel arra, hogy a korábbi trombus jelentését biztonsággal kizárni nem lehetett, és a gyermekre még kifejezetten hosszú repülőt várt, hematológiai konzílium alapján az antikoaguláns kezelést emisszióig folytattuk a ceftioxon és clindamycin kezelés mellett.

Hazatérve a szingapúri kórházban az MRI venogram trombózt nem igazolt, a gyulladás regresszióját írta le. Az általunk megkezdett terápiát a magyar javaslatnál hosszabban, összesen 20 napig folytatták. A gyermek jelenleg panaszmentes, szerológiai vizsgálatai negatívak lettek.

Összefoglalásként megállapítható, bár az ultrahang kiváló vizsgálati eszköz, de nem javuló torticollis és lymphadenomegalia mellett stagnáló láz esetén gondoljunk egyéb képalkotó vizsgálat elvégzésére is, mely az ultrahang által nem látott területek abszcussát is vizualizálni képes. Az egzotikus betegségek felvetése és kizárása mellett jusson eszünkbe a kézenfekvő megoldás is. A gyermek ellátása kapcsán jó érzés volt megtapasztalni a kiválóan működő nemzetközi orvosi együttműködést.

Aluszékony, nevető, összecsukló fiú. Mi állhat a háttérben?

**Kovács Mónika dr., Péter István dr.,
Hollódy Katalin dr.**

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Neurológiai Tanszék

A 13 éves fiút napközbeni aluszékonyság és éjszakai alvászavar kivizsgálása céljából vettük fel neurológiai osztályunkra. Az anamnézis felvételekor rákérdezésre megemlítette a nevetéskor fellépő összecsuklást, hallucinációit, éjszakai felriadásait. Belgyógyászati és neurológiai statusában eltérést nem észleltünk. Video EEG, polyszomnográfia, multiplex alváslatencia-teszt, koponya-MR vizsgálat történt. A humán leukocita antigén meghatározás is alátámasztotta a narcolepsiára jellemző HLA típust (HLA DQB1 0602).

A narcolepsia a legtöbb esetben 15-30 éves életkor között kezdődik, prevalenciája gyermekkorban 0,05%. A narcolepsia 1 típus a betegek egyharmadában kezdődik 15 éves életkor előtt. A típusos 4 tünet a napközbeni aluszékonyság, cataplexia, alvási paralysis, valamint a hypnagog hallucinációk, amelyek azonban együttesen csupán a betegek 10-15%-ában jelentkeznek. Jellegzetes, hogy a cataplexia többnyire emocionális hatásra következik be. Járulékos tünet lehet a felszínes, fragmentált éjszakai alvás, obesitas, depresszió. A tünetek hátterében az alvás-ébrenlét zavara áll, az alvási ciklus REM-fázisa kórosan sokszor és korán következik be. Az ébrenlétet stabilizáló neuropeptid (orexin v. hypocretin-1) hiánya jellemzi. A narcolepsia differenciáldiagnosztikájában elsősorban az epilepszia, a különböző insomniák, az obstruktív alvási apnoe, depresszió,

ADHD, nyugtalan láb szindróma szerepel. A narcolepsia életre szóló betegség, kezelése tüneti, elsősorban az életmódot érinti. A nappali aluszékonyság és a cataplexia szükség esetén gyógyszeresen is kezelhető.

Gastroenteritistől a műtőig

Horváth Fanni dr.¹, Péterfia Csaba dr.¹, Tészás Alexandra dr.¹, Vető Ferenc dr.², Ráth Gábor dr.¹

¹ PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika

² PTE KK Idegsebészeti Klinika

Bevezetés: Egy közel 6 éves fiúgyermek kórtörténetén keresztül mutatunk be egy nem típusos előzmények mellett kialakult intracranialis térfoglaló folyamatot, a háttérben álló patológiát, a terápiás lehetőségeket, és a kórlefolyást.

Bemutató: Két hete tartó gastroenteritises panaszok, fejfájás, szédülés, bal felső végtag gyengeség, ill. bizonytalan járás panaszával érkezett Klinikánkra a beteg. Fizikális vizsgálata során spontán nystagmust, bal oldali hemitüneteket, ataxiás járást észleltünk. Laboratóriumi vizsgálat jelzetten emelkedett gyulladásos aktivitási értéket igazolt. Akut koponya képalkotó vizsgálat történt, mely beékelődés közeli állapotot okozó bal oldali cerebellaris tályogot igazolt, így akut idegsebészeti beavatkozás történt, mely során a tályog lebecsátásra került, majd kombinált parenteralis antibiotikum kezelés indult. 4 hetes antibiotikumos kezelést követően a gyermeket panaszmentesen emittáltuk.

Következtetés: Láztalan állapotban, közel negatív gyulladásos aktivitási értékek mellett jelentkező neurológiai tünetek hátterében is állhat központi idegrendszeri gyulladásos folyamat.

Sokszínű coeliakia - amire nem is gondolnál

**Szántó Zita dr.¹, Guthy Ildikó dr.¹,
Merő Gabriella dr.¹, Újfalusi Anikó dr.²**

¹ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Kórház, Gyermekosztály Nyíregyháza

² Debreceni Egyetem ÁOK, Laboratóriumi Medicina Intézet

K. Istvánnak (2015.04.28.) 2,5 évesen kezdődött kivizsgálása bőrtünetei miatt, mely során elvégzett labor vizsgálatok emelkedett LDH és transzamináz értékeket mutattak. Néhány hónap múlva kontroll során magas CK szintet találtunk, mely alapján izombetegség gyanúja merült fel. Neurológiai vizsgálat során klinikai tünetet nem észleltünk, az elvégzett vizsgálatok a leggyakoribb neuromuszkuláris kórképek irányába – Duchenne, Pompe, valamint tárolási betegségek – eltérést nem mutattak. Ezt követően 2019. októberében továbbra is magas transzamináz értékei miatt gasztroenterológiai vizsgálatra került sor, ahol a beteg külső karaktere a coeliakia gyanúját vetette fel. Ezirányban végzett vizsgálatok a diagnózist megerősítették (EMA pozitivitás, endoscopia- MARSH 3 C stádium). Azonban a gluténmentes diéta mellett a CK érték továbbra is magas maradt, és a Duchenne-féle izomdystrophiára jellemző klinikai tüneteket figyeltünk meg. Jelenleg a folyamatban lévő genetikai vizsgálat eredményére várunk, mely igazolhatja ritkán előforduló két különböző kórkép együttes jelenlétét. Előadásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy kóros laboreltérés mögött, még ha klinikumunk nincs is hozzá, mindenképp kitartóan keresni kell az etiológiát, hiszen esetünkben is egy kezelhető kórkepről van szó és a ritka betegségeknek is egyre bővül a terápiás palettája.



A torticollis egy ritka esete

**Bujtás Tímea dr.¹, Haragovics Helga dr.¹,
Csákváry Violetta dr.¹, Csóka Monika dr.²,
Eipel Olivér dr.²**

¹ Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Gyermekek Osztály,
Csecsemő-és Gyermekgyógyászati Osztály, Szombathely

² SOTE II. Sz. Gyermekklinika, Budapest

Kulcsszavak: nyaki lymphadenomegalia, torticollis

Az 5 hónapos, elhúzódó kitolás miatt fogóval született fiú csecsemőnél születéstől észlelt és havi rendszerességgel követett torticollis mellett észleltük a jobb oldali m. sternocleidomastoideus középső harmadában tapintható cseresznyéni, fájdalmas terime megjelenését, mely a korábbi fizikális vizsgálataihoz képest novum eltérésként jelent meg. A gyermeknek ezt megelőzően infekciós tünete nem volt, így az elvégzett képalkotó, valamint laborvizsgálatok alapján kezdetben felmerülő lymphadenomegalia colli lehetőségét elvetettük. 3 hónapnyi ultrahangos követés, valamint aktív gyógytorna mellett a terime mérete és a torticollis súlyossága érdemben változatlan maradt. Etiológia pontosabb tisztázása céljából készült nyaki MR a Kaposiform haemangioendothelioma, egy lokálisan agresszív, ritka vascularis tumor lehetőségét vetette fel, melynek szövődésményei között coagulopathia és thrombocytopenia miatt súlyos vérzésveszély szerepel, emiatt a SOTE II. számú Gyermekklinika Hemato-Onkológiai Ambulanciájára utaltuk.

A Klinikán történt biopsziás mintavétel az MR alapján feltételezett diagnózist alátámasztotta. Tumor Board döntése alapján kezelését hetente adott vincristin terápiával kezdték.

A kezelés hatására a haemangioendothelioma mérete a 2019 decemberében készült MR-en már 40%-os méretbeli regressziót mutat.

Miért hányhat egy bántalmazott kisdéd?

**Lendvai Réka dr., Györei Eszter dr., Nagy Eszter dr.,
Tárnok András dr., Gajdócsi Edit, Péter István dr.,
Ohmachtné Hollódy Katalin dr.**

PTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika, Neurológiai Tanszék

Esetbemutató előadásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a bántalmazott gyermekek kórképeinek összetett tünettanára és a diagnózis felállításának nehézségeire, valamint a megoldási lehetőségeink multidiszciplináris jellegére, melyben az orvosoknak, az ápoló személyzetnek, a pszichológusoknak és a szociális munkatársaknak egyaránt fontos szerep jut.

A 34. hétre, 2200 grammal született, felvételekor kétéves kisdéd primer ellátó intézményből került klinikánkra hányások, macrocephalia, szemfenék vizsgálat során észlelt elmosottabb határú, minimálisan előemelkedő papilla, koponyaűri nyomásfokozódás gyanúja miatt.

Fizikális vizsgálata során macrocephaliát (97pc), quadrált fejformát, elődomborodó homlokot észleltünk az agítaltan viselkedő kislánynál. Neurológiai körjelet nem találtunk. Vitális és laboratóriumi paraméterei a normál tartományban voltak. Hasi ultrahang vizsgálat körjelzőt nem igazolt. A naponta több alkalommal jelentkező hányások, az időszakosan agitált viselkedés, a trigonocephal fejforma, macrocephalia miatt koponya MR vizsgálatot kértünk, mely kétoldali, szimmetrikus subduralis hygromát, apró fehérállományi góccokat, jelzett oldalkamra tárgulatot írt le. Liquor áramlási zavar jele nem volt látható.

A kórtörténet és a családi szociális anamnézis kiegészítése (mater bántalmazó párkapcsolata), az anya-gyermek kapcsolat megfigyelése és a koponya MR kép alapján shaken baby szindróma diagnózisát állítottuk fel. Agnyomásfokozódásra utaló újabb tünete a továbbiakban sem jelentkezett, idegsebészeti konzílium teendőt nem véleményezett. Törvényi kötelességünknek eleget téve a családvédelem és a védőnő felé jelzett tettünk, majd beleegyezésükkel a kisdédet jó általános állapotban otthonába bocsátottuk. Azonban két nap elteltével továbbra is fennálló hányások miatt ismételt felvételre került a területileg illetékes gyermekosztályra, majd klinikánkra. A hányások hátterében további kórokokat kerestünk. Hasi ultrahang és nyelési röntgen vizsgálat történt, melyen a nyelőcső kétharmadig felérő reflux ábrázolódott, ellapult His szöggel (90 fok). Konzervatív terápia (pantoprazol és Gastrotuss baby) és életkorának megfelelő táplálás mellett a hányások megszűntek.

Az időközben befejeződött gyámhatósági vizsgálat a gyermek családból történő kiemelését javasolta. A jelenleg 20. hetes gravid édesanya az osztályon kritikátlanul, a gyermekét elhanyagolón viselkedett, majd a kislányt klinikánkon hagyta.



Irány a SEBÉSound Zamárdiban

A kóros elhízás okozta ápolási nehézségek potenciálisan szeptikus sebbel rendelkező gyermeksebészeti betegek kapcsán

Csordás Vivien Eszter, Strehó Virginia,
Dencsik Zsuzsanna, Garai Gábor dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet

Problémafelvetés: Korunk egyik legnagyobb problémája az elhízás. Az 5 évesnél idősebb magyar lakosság 30%-a, a 15 év alatti magyar fiatalok 16%-a küzd túlsúllyal. A gyermekek szervezetére nézve ez nagyobb tehernek számít.

Műtési indikáció tekintetében mind altatási, mind sebkezelési szempontból problémát jelent az obes betegek ellátása. Sebkezelés kapcsán hosszabb gyógyulási folyamatot eredményez, a szövődmények (fertőzés, vérzés) kialakulására fokozott hajlamot jelent. A testfelszín a kórokozók számára nagyobb területet biztosít a megnövekedett felülete miatt, így gondolnunk kell a nosocomialis fertőzésekre is. A túlsúly megnehezíti a mobilizációt, a mindennapi tisztálkodást, a sebellátást és a fájdalomcsillapítást is.

Vizsgálati módszer: Két esetbemutatás kapcsán szeretnénk ezen nehézségeket ismertetni.

Első esetünk egy 17 éves, epileptiform rosszulletekkel intézetünk neurológiáján gondozott, szomatomentálisan retadált, 110 kg-os nagyfiú akinél az abscedálódott pilonidalis tömlője miatt előbb incisio eztán froid állapotban a tömlő kiirtására került sor, majd a műtési seb suppuratioja kezdődött, ezért feltárás, és nyitott sebkezelés történt drainage hátrahagyásával.

Ugyancsak egy 17 éves igazolt appendicitis miatt drain hátrahagyásával appendectomyt átesett, 95 kg-os nagyfiú, akinél a szélesspektrumú antibiotikumok kezelés mellett az ellátás 4. napján a sebvonallal közepes harmadából egy varrat exsiccálódott. Alóla haematoma kiirtása vált szükségessé, valamint felezett szilikon drainage behelyezése. A sebűreg folyamatos váladékozást mutatott.

A nagy kiterjedésű bőrredők folyamatos sebellátást és bőrellátást igényeltek. A nagyobb zsírszövet miatt kevesebb izomerő hatására a mobilizáció is fájdalmasá vált, a betegek kimerültebbek lettek, kiszolgáltatottabbá váltak.

Következtetés: Összefoglalva tehát elmondható, hogy a preoperatív és posztoperatív ellátásban is problémát okoz az elhízás. A szeptikus szövődmények az elhízás mértékével jelentősen emelkednek. Figyelnünk kell a váladékelvezető eszközök, a fedőkötés megfelelő rögzítésére, a megfelelő testi higiénia. Amennyiben lehetséges, az elhízás elkerülése érdekében a primer prevencióra nagyobb hangsúlyt szükséges fektetni, ezalatt mind a gyerekek, mind a szülők edukációjára, továbbá a hajlamosító tényezők elkerülésére.

ben záródik. Ennek elmaradása vagy inkomplett visszafejlődése esetén beszélünk ductus omphalentericus persistens-ről (DOEP), ami különböző anatómiai struktúrák (pl. umbilicalis cysta, Meckel-diverticulum vagy akár a teljes hosszában megmaradó vitellinus járat) perzisztálását jelenti. E struktúrák közül leggyakrabban a Meckel-diverticulum fordul elő, mely változatos klinikai tünetegyüttes formájában jelentkezhet. Lehet ez hasi fájdalom, véres székletürítés (melaena), bélelzáródás (strangulatio, invaginatio, tumor) klinikai képe, vagy diverticulitis esetén akut hasi gyulladás, esetleg perforatio alakulhat ki. Gyanú esetén a diagnózis felállításában az ultrahang, az izotóp (Meckel-scan) vagy MR vizsgálat segíthet. Leggyakrabban a kórisme csak a hasi műtét során tisztázódik, amit a kórszövetani vizsgálat erősít meg.

Célkitűzés: Az előadás célja a Meckel-diverticulum talaján esetlegesen kialakuló rendkívül változatos klinikai kép bemutatása néhány, az elmúlt egy év alatt intézetünkben kezelt betegek kapcsán.

Esetbemutatás: Klinikánkon 2019. március és 2020. február között öt beteget kezeltünk Meckel-diverticulum okozta panaszok miatt. Mind az öt beteg különböző prezentációs tünetekkel érkezett. Előfordult invaginatio klinikai képével műtetre került beteg, akinél a laparotomia során igazolódott az invaginatio okozó vezető pont. Egy másik betegnél appendicitis klinikai tünetei miatt végzett laparoscopia során észleltünk Meckel-diverticulit. Egy esetben krónikus melaena, anaemiasalódás következtében a gondozásban álló gyermeknél akut hasi klinikai képe lépett fel, ahol a laparotomia egy fekély talaján kialakult Meckel-diverticulum perforatiót igazolt. Előfordult akutan fellépő véres széklet ürítés, anaemiasalódással jelentkező beteg, akinél a vizsgálatokat követő diagnosztikus laparoscopia során észleltük a fejlődési maradványt, továbbá egy idősebb gyermeknél visszatérő, ismeretlen eredetű hasi fájdalom miatt végzett diagnosztikus laparoscopia során derült fény Meckel-diverticulum jelenlétére. További egy gyermeknél appendicitis acuta miatt végzett laparoscopia appendectomy során, mint műtési (tünetmentes) melléklet került megállapításra. Minden betegünk 1-12 éves kor közötti fiúgyermek volt. Mindegyik esetben a Meckel-diverticulumot reszekáltuk és primer anastomosis került kialakításra. Szövetani vizsgálat a Meckel-diverticulum diagnózisát minden esetben alátámasztotta. Vérzéssel szövődménnyel is járó eseteknél a kórszövetani vizsgálat a diverticulumban ectopiás gyomor nyálkahártya jelenlétét igazolta.

Összefoglalás/Következtetés: A Meckel-diverticulum rendkívül változatos tünetekkel jelentkezhet de akár az élet végéig tünetmentes is maradhat. Bizonytalan eredetű hasi tünetek, visszatérő hasi fájdalom, ismeretlen eredetű melaena, vagy egy nem típusos életkorban észlelt invaginatio esetén mindig gondolni kell a Meckel-diverticulum lehetőségére.

A Meckel öt (és még egy) árnyalata

Dávidovics Kata dr., Farkas András dr.,
Vajda Péter dr., Biró Ede dr., Józsa Gergő dr.

PTE, KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Manuális Tanszék,
Sebészeti osztály

Bevezetés/Háttér: A magzati élet során a primitív előbelet a szikzacskóval összekötő járat, a ductus omphaloentericus (ductus vitellinus, Yolk sac) normálisan a magzati élet 6. heté-



A here cisztikus elváltozásai csecsemőkorban

Balogh Dorottya dr.¹, Biró Ede dr.¹, Garai Gábor dr.², Mohay Gabriella dr.³, Semjén Dávid dr.⁴, Vástyán Attila dr.¹

¹ PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Manuális Tanszék

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, I. Számú Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztály

³ PTE KK, Orvosi Képzőképző Klinika

⁴ PTE KK, Pathológiai Intézet

Bevezetés: Csecsemőkorban a here cisztikus elváltozásai ritka entitásnak számítanak. Az angol nyelvű szakirodalom kevés hasonló esetről számol be, az esetek harmadában orhiektómia történt. A hisztológia leggyakrabban teratómát, ritkábban egyszerű cisztát igazol. Mindkét elváltozás jóindulatú, egy éves kor alatt a leggyakoribb. Esetbemutataink célja, a here-megtartó kezelés propagálása.

Esetismertetések: A PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika Manuális Tanszékén és a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet I. számú Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztályán, 2015 és 2018 között négy esetet észleltünk, melyek egy spektrumként értelmezhetők. Mind a négy alkalommal a gyermek fél éves kora előtt észlelték az egyik oldali here, panaszokat nem okozó elváltozását. Az UH vizsgálat három esetben cisztózus képletet írt le. Egy esetben szeptált, sűrű folyadékkal telt cisztózus képletet véleményezett, számottevő hereállomány nem mutatkozott. Ennél a betegnél MR vizsgálat készült, mely teratóma diagnózisát vetette fel. A feltárás során mind a négy esetben cisztikus képletet észleltünk, három alkalommal hereszövet-megtartó műtét, egy esetben az érdeken megtartható hereszövet hiánya, teratóma gyanúja miatt magas szemikasztáció történt. A kórszöveten két esetben egyszerű epiteliális cisztát, két esetben prepubertális teratómát véleményezett.

Összefoglalás: A here cisztikus elváltozásai csecsemőkorban döntően benignusak. Az egyszerű ciszta és a prepubertális teratóma jóindulatú elváltozás, malignus transzformációra nem hajlamos. A képzővizsgálatok közül az UH elegendő lehet a kezelési terv felállításához. Mindig törekedni kell hereszövet-megtartó beavatkozásra.

Osteomyelitis: varietas delectat

Tiborczi Krisztina dr., Wéber Gabriella dr., Karsza Levente dr., Ringwald Zoltán dr., Fadgyas Balázs dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, I. Számú Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztály

Bevezetés: Az osteomyelitis kezdeti tünetei legtöbbször nem specifikusak (pl. rossz közérzet, láz) bármilyen életkorú gyermeknél. Láz mellett általános tünetek (ingerlékenység, csökkent étvágy, csökkent aktivitás), lokális gyulladásos jelek és az érintett végtag terhelésképtelensége hívhatja fel a figyelmet csontvelőgyulladás lehetőségére. Az anamnézis változatos lehet.

Esetismertetések: 3 különböző módon indult esetünkkel szeretnénk bemutatni az osteomyelitis változatosságát.

6 éves fiú láz, általános tünetek, végtagfájdalom miatt más intézetben került felvételre, osteomyelitis gyanúja miatt vettük át. MRI vizsgálat igazolta a csontvelőgyulladást, műtéti ellátása és széles spektrumú antibiotikus kezelése történt meg.

11 éves fiú alsó végtagi fájdalom, láz miatt került vizsgálatra. Fizikális vizsgálat során egyedül rovarcsípés okozta cellulitist észleltünk. Labor és képzővizsgálatok durva eltérést nem mutattak. Néhány nappal később 40 °C feletti láza alakult ki,

mely miatt felvételre került. Felmerült osteomyelitis lehetősége is, MRI ezt igazolta, műtéti és antibiotikus kezelésben részesült. 16 éves fiú 3 hónappal korábban sérült, szeg szúrta meg a talpát. Más intézetből vettük át, nem gyógyuló localis folyamat miatt. Röntgen idegentestet nem látott, de felmerült csontvelőgyulladás lehetősége, MRI krónikus folyamatot írt le. Műtéti és antibiotikus kezelés történt. Mindhárom betegünk gyógyult.

Összegzés: A csontvelőgyulladás általános kórkép, mivel az általános tünetek mellett banális trauma, vagy helyi folyamat is szerepelhet az anamnézisben, mely a vizsgáló orvost sokszor tévútra viheti. Kórisztizésében alapvető az MRI, de a vizsgálatot csak indokolt esetben kell elvégezni. Röntgen vizsgálat akut szakaszban értelmetlen. UH vizsgálat a periosteum elemelkedettségét mutathatja, olyan intézetekben, ahol akut MRI nem érhető el, kezdeti képzővizsgálat gyanánt elvégzendő. Minden lázzal, végtag terhelési képtelenséggel járó, elesett beteg képében jelentkező esetben gondoljunk erre a kórképre (is).

Egyoldali tonsilla palatina hypertrophia differenciáldiagnosztikai kérdései gyermekkorban

Keserű Fanni dr., Lanszki Judit dr., Péter György dr., Katona Gábor dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet
Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Onkológiai Osztály

Bevezetés: Egyoldali tonsilla palatina hypertrophiával mind fül-orr-gégészeti, mind gyermekgyógyászati ambulancián rendszeresen találkozunk. Kialakulásának hátterében különböző etiológiájú kórképeket valószínűsíthetünk, melyek az esetek egy részében komoly differenciáldiagnosztikai problémát jelentenek, ellátásuk határterületi szakmák együttműködését igényli.

Célkitűzés: Esetbemutató segítségével az egyoldali tonsilla palatina hypertrophia hátterében álló lehetséges okok, differenciáldiagnosztikai nehézségek ismertetése.

Módszerek: A differenciáldiagnosztika multidiszciplináris szemléletben történt (fül-orr-gégészet, haematológia, labor-diagnosztika, radiológia és patológia).

Eredmények: N.Á., 6 éves fiúgyermek étvágytalanság, nyelési- és légzési nehezítettség, akut alvási apnoe miatt került a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Sürgősségi Ambulanciájára. Fizikális vizsgálat során a bal tonsilla hypertrophiája, oedemás, livid képe ábrázolódott, mely a korábban alkalmazott antibiotikus terápiára, gyulladáscsökkentőkre nem mutatott javulást. Fül-orr-gégészeti, onkológiai konzílium történt, képzővizsgálatok elvégzését tartotta szükségesnek. Nyaki ultrahang során érdemi eltérés, abscessus nem igazolódott. Nyaki CT és MR vizsgálat az oro- és hypopharynx területén inhomogén, szolid szövetszaporulatot írt le, mely felvetette a malignitás lehetőségét. A végleges diagnózishoz Kórházunk Fül-Orr-Gégészeti Osztályán tonsillectomiát végeztünk, az eltávolított mintát szövettani feldolgozásra küldtük. Citológiai vizsgálat során Burkitt lymphoma igazolódott. Kórházunk Onkológiai Osztályán protokoll szerinti kombinált kemoterápiás kezelést indítottunk, melyet a beteg jól tolerált, szövődésmint nem jelentkezett. A terápia befejeztét követően a gyermeket jó általános állapotban, klinikai-, illetve képzővizsgálatokkal alátámasztott remisszióban emittáltuk. További onko-haematológiai gondozása során tumor recidívát nem észleltünk.

Következtetés: Általános tünetekkel járó, egyoldali tonsilla palatina hypertrophia esetén a hétköznapi gyakorlatban rendszeresen előforduló kórképek mellett (melyek leggyakrabban infekciós eredet, akut-, krónikus gyulladás, ezek következtében kialakult abscessus, ...) terápia rezisztens esetben kevésbé meg-



szokott háttérre is gondolni kell (mint érjejlődési rendellenesség, vagy az esetünkben előforduló malignitás). A pontos diagnózis felállításához elengedhetetlen a kellő körületekintés, alapos kivizsgálás és a társszakmák együttműködése.

Súlyos orbitalis cellulitis acut ethmoiditis szövődeményeként egy 11 éves kisfiú esetében

**Szilágyi Henrietta dr., Mózes Katalin dr.,
Virágos-Kis Katalin dr., Kövesdi József dr.**

Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház

A rhinitis és a rhinosinusitis a leggyakoribb gyermekkori betegségek közé tartozik. Csecsemők és kisgyermekes esetében az általános tünetek dominálnak (láz, lymphadenitis), míg nagyobb gyermekeknél a helyi tünetek a kifejezettebbek (nátha, gennyes orrfolyás, orrdugulás, éjszakai száraz köhögés). Gyermekekben a hajszálvékony lamina papyracea miatt a folyamat hajlamosít orbitalis szövődeményekre.

Esetismertetés: Egy 11 éves gyermek jelentkezett ambulanciánkon 3 napja tartó jobb szemre lokalizálódó szemfájdalom miatt. Felvételét megelőzően háziorvosánál járt, aki állapotát sinusitisnek vélte, így szisztémás antibiotikumot és tüneti terápiát javasolt. Másnap ügyeletre mentek, ahol conjunctivitist véleményeztek, így lokális antibiotikumot tartalmazó szemcseppet írtak fel, ám a szülő egyik gyógyszer sem váltotta ki. Estére szemét már csak résnyire tudta kinyitni, fejét fájalta, időnként hányingert és szédülést panaszolt. Újból jelentkeztek ambulanciánkon, ahol elmondása szerint két héttel korábban szemhéját megütötte, de külsérelmi nyomot nem láttunk. Fizikális vizsgálattal mind az alsó, mind a felső szemhéj vörös, valamint feszesen duzzadt, manuális feltárással szem kb. 1 cm-re volt nyitható, conjunctiva kifejezetten vérbő, benne purulens váladék volt látható.

Vizsgálati módszerek: laboratóriumi eredményében emelkedett fehérvérsejtszámot és CRP-t kaptunk. Haemocultura, szem- és orrváladék tenyésztés történt. Szemészeti konzíliumon jobb oldalon feszesen duzzadt, oedemás, hyperaemiás alsó és felső szemhéjt írtak le. A szemrés nem nyílt spontán, szemrésben vasos purulens váladék mutatkozott. A bulbus jelentős protrusióban, a szemmozgás minden tekintési irányba jelentősen korlátozott volt. Durva, pangásos jellegű vérbőség volt látható. A cornea, a csarnok tisztának tűnt, pupilla jól reagált, törközegek szintén tiszták voltak, papilla ovál szintben lévő, hátsó pólus szabályos volt. Ezek és az általános tünetek alapján súlyos orbitalis cellulitisnek megfelelő kórképet véleményeztek. Gégészeti vizsgálattal mindkét oldali orrfélben, jobb oldali túlsúllyal mucopurulens orrváladék, emellett orrgyök kifejezett duzzanata volt látható. Orbita MR vizsgálat történt, mely súlyos fokú, az orbitába tört gyulladáshoz vezetett.

Terápia: Szisztémás antibiotikum (ceftriaxon), lokálisan antibiotikum tartalmú szemcsepp, fájdalomcsillapító és orrnyálkahártyára ható helyi decongestans kezelésben részesült. Tekintettel a klinikai tünetekre és az orbita MR eredményére további gyógykezelés céljából SZTE Gyermekklinikára áadtuk, ahol sürgős FESS műtétet végeztek. 5 nappal későbbi kontroll vizsgálaton infraorbitalis phlegmone miatt ismételt műtéti beavatkozás (tályog transpalpebrális megnyitása) volt szükséges.

Összefoglalás: A fent részletezett esetet azért tartottuk közlésre érdemesnek, mivel a beteg banálisnak tűnő hurutot követően részben az őt ellátó egészségügyi rendszer felületessége, a felvilágosítás hiánya, részben szülői hanyagság miatt súlyos orbita phlegmone állapotába csúszott. Ilyen esetekben a helyes diagnózis felállítás, az esetleg szövődemények ismerete, és a megfelelő, gyors terápiás beavatkozás sorsdöntő lehet.

A gastrotubus ballonjának szokatlan sérülése

**Tóth Brigitta dr.¹, Müller Katalin Eszter dr.¹,
Nemes Éva dr.¹, Kadenczki Orsolya dr.¹,
Kálmán Attila dr.², Szűcs Dániel dr.³, Cseh Áron dr.²,
Kiss Ime dr.², Veres Gábor dr.^{1†}**

¹ Debreceni Egyetem ÁOK-KK, Gyermekgyógyászati Intézet-Klinika, Debrecen

² Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

³ SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: A gastrocolicus fistula egy ritka szövődemény percutan endoscopos gastrostomia (PEG) kapcsán. Felnőttek körében 0,5%, míg gyermekek esetén 1,3%-ban fordul elő. A gastrocolicus fistula rendszerint késői szövődemény, hónapokkal, évekkel a PEG behelyezése után jelentkeznek tünetek vagy derül rá fény véletlenül. Megoldása rendszerint műtétet igényel. Megjegyzendő, hogy gyermekkorban a gastrocolicus fistula leggyakoribb oka a PEG. Alábbi, korábban gastrocolicus fistula miatt operált, később gastrotubuson keresztül táplált betegünknel a gastrotubus ballonja szokatlanul gyakran eresztett le, melynek hátterében nem mindennapi okot találtunk.

Eset: M.Á. 5 éves, Fallot tetralógiával született gyermek. 15 hónapos korában rekonstrukciós műtétet végeztek a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben. A posztoperatív időszakban reoperációra volt szükség, mely során keringés-légzés leállás miatt komplett resuscitációt igényelt. Ennek következményeként súlyos spasticus tetraplegiája alakult ki. Később táplálási nehezítettség miatt PEG behelyezés történt, amit elzáródás miatt el kellett távolítani. Ekkor derült ki gastrocolicus fistulája, amelynek az I. Sz. Gyermekklinikán történt sebészeti zárása és gastrotubus behelyezése. 2019. májusában két gastrotubus ballonja is tönkrement néhány héten belül, a ballon megsérült. A szülő beszámolt róla, hogy mintha valami fémet látott volna, mikor a sérült ballon kicsúszott, illetve ennek kapcsán jelezte, hogy az elmúlt hónapokban többször hányt a gyermek. A helyzet tisztázására endoszkópos vizsgálatot végeztünk, és a gyomorban a gastrotubus ballonja körül valóban a varrógépből származó kapcsokat találtunk. Ezek okozhatták a korábbi ballonok mechanikus sérülését. A még látható, azonban el nem távolítható kapcsok miatt a gastrotubust PEG-re cseréltük. A PEG-en keresztül szokásos adagjait jól tolerálta, sőt az előző időszakban fokozódó hányásai is csökkentek. Kontroll endoszkópiája során újabb szövődémmel találtuk szemben magunkat...

Konklúzió: A PEG kapcsán kialakuló gastrocolicus fistula igen ritka. Bár ismert, hogy a záráshoz használt kapcsok kimozdulhatnak, ilyen jellegű szövődémmel az irodalomban nem találtunk. Kiemelésre érdemes, hogy a somatomentalisán sérült gyermekeknél, bár hányás gyakran fordul elő, állapotváltozás esetén érdemes újraértékelni a beteg állapotát, illetve kivizsgálást kezdeni. Ha a gastrotubus ballonja nagyon gyakran sérül meg, akkor érdemes az okát keresni.



Hazai trend az ileocolicus invaginatio ellátásában. Multicenter vizsgálat

Ott Virág dr.¹, Wéber Gabriella dr.¹, Mócsán Evelin², Vass Annamária dr.³, Dávidovics Kata dr.⁴

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sebészeti és Traumatológiai Osztály

² SE I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Sebészeti Osztály

³ Szent János Kórház és Észak-Budai Egyesített Kórházai Gyermeksebészeti és Traumatológia Osztály

⁴ PTE Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika, Manuális Tanszék, Sebészeti Osztály

⁵ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház, Gyermeksebészeti, Traumatológiai és Égési Osztály

⁶ SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermeksebészeti Osztály

⁷ DE Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermeksebészeti Osztály

Bevezetés: Az ileocolicus invaginatio egy jellemzően kisgyermekkori akut hasi kórkép, mely bélhalálhoz, perforációhoz vezethet. Sürgős ellátást igényel: hidrosztatikus vagy pneumatikus desinvaginációt, sikertelenség esetén akut műtéti ellátást.

Célkitűzés: Célunk volt megvizsgálni az invaginatio ellátási gyakorlatát, keresni a különbségeket, hasonlóságokat, az eltérő kezelési metódusok sikerességét egy hazai multicenter vizsgálatban.

Módszerek: 2013.01.01-2017.12.31. között invaginatio miatt 7 hazai gyermeksebészeti intézményben kezelt betegek adatait retrospektív módszerrel dolgoztuk fel. A kórházak informatikai rendszeréből kigyűjtöttük az invazív beavatkozást igénylő eseteket a K5610 BNO kód alapján. Vizsgáltuk a tünetek kezdetétől a beavatkozásig eltelt időt, az első illetve az esetenként szükséges további beavatkozás típusát, annak sikerességét, a korai (<72 óra) és késői reinvagináció (>72 óra) előfordulását, a kórházban töltött napok számát. Statisztikai vizsgálataink során Fisher-egzakt tesztet használtunk.

Eredmények: 476 beteg, összesen 492 eset adatait dolgoztuk fel, átlag életkoruk 2,3 év volt 2:1 fiú-lány arányban. Az első orvosi vizsgálat és az első invazív beavatkozás között átlagosan 1 óra telt el. Hidrosztatikus desinvaginatio 381, míg pneumatikus desinvaginatio 70 esetben történt. 12,6%-ban későbbiekben a sikertelen beavatkozás, vagy korai reinvaginatio miatt műtét vált szükségessé. 14 esetben történt második desinvaginációs kísérlet, mely 4 esetben volt eredményes. A két beavatkozás típus közötti sikeresség tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget ($p < 0,05$; $< 0,076$). 7,5%-ban (36/476 eset) a kórkép primer operatív ellátást igényelt.

Korai reinvaginatio 13,2%-ban, késői reinvaginatio 3,6%-ban fordult elő.

13 gyermek összesen további 16 alkalommal került ismételt kórházi felvételre, ebből 5 eset igényelt műtéti ellátást.

A műtétek 84%-ban nyílt műtéti és 16%-ban laparoscopos beavatkozás történt. 27 esetben valamilyen kóros anatómiai elváltozás állt a kórkép hátterében (Meckel-diverticulum, bél duplicatura, tumor). 44,9%-ban (221/492 eset) a panaszok jelentkezésétől a kórházba érkezésig 12 óra vagy annál hosszabb idő telt el. Ezen esetek szignifikánsan nagyobb eséllyel kerültek műtéti ellátásra ($p < 0,05$; $< 0,0001$). Az összkórházi ápolási napok átlaga 4,4 nap volt.

Következtetés: Vizsgálatunk alapján elmondható, hogy a hidrosztatikus/pneumatikus desinvaginatio priméren 87,4%-ban eredményes. Sikertelenség hátterében a tünetek kezdete és a kórházba érkezés között eltelt hosszabb időintervallum, illetve egyéb kísérő betegség állt. Az invaginatio kezelésében a jelen hazai gyakorlatban a laparoscopos műtéti technika még nem rutinszerűen elterjedt, ez a közeljövőben valószínűleg változni fog.

Gyermekekori akut hasi kórkép ritka oka: duodenum perforatio

Tiborczi Krisztina dr.¹, Fadgyas Balázs dr.¹, Szakállas Rita dr.², Karoliny Anna dr.³, Molnár Diána dr.⁴, Kovács Éva dr.⁵

¹ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, I. Számú Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztály

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sürgősségi Betegellátó Osztály

³ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Gasztróenterológiai és Nephrológia Osztály

⁴ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Röntgen, Ultrahang

⁵ Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, CT intervenció és Radiológiai Osztály

Bevezetés: Gyermekekori akut hasi kórképek hátterében az esetek többségében gyakori kórképek állnak (appendicitis, invaginatio, Meckel diverticulitis). Elsődlegesen választandó képalkotó vizsgálat a hasi ultrahang. Natív hasi röntgen ez után ileus, üreges szerv perforatio gyanúja esetén indokolt. Perforatio leggyakrabban appendicitis, Meckel-diverticulitis, koraszülöttek esetén NEC kapcsán alakul ki.

Esetismertetés: Somatomentárisan retardált, 15 éves lány négy napos periodikus hasi fájdalmak, hasmenés, valamint többszörös hányás miatt került felvételre. Anamnéziséből kiemelendő GER. Fizikális vizsgálat: meteorisztikus, nehezen betapintható hasat, diffúz nyomásérzékenységet, defense-ot észleltünk. Az elvégzett laborvizsgálatok során emelkedett gyulladásos értéket (CRP: 240,18 mg/l, WBC 19,32 G/l) észleltünk. A hasi ultrahangon jelentős mennyiségű szabad hasi folyadék és ileusnak megfelelő kép ábrázalódott. Ileus gyanúja miatt végzett natív hasi röntgen szabad hasi levegőt észleltünk. A szükséges műtéti beavatkozás megtervezése végett akut hasi CT vizsgálatot végeztünk, mellyel a perforáció helyét nem tudtuk pontosítani. Akut exploratív laparotomia történt, és duodenum perforációt észleltünk. A perforációt elvarrtuk, antibiotikum kezelést alkalmaztunk. Állapota rendeződött. Gasztroenterológiai gondozásba vétele megtörtént.

Összegzés: Somatomentárisan retardált gyermekek vizsgálata mindig kihívással teli. Szabad hasi levegő hátterében leggyakrabban perforált appendicitis áll. A magas szintű képalkotó vizsgálat esetünkben nem tudta perforatio helyét megmutatni, így kiterjedt feltárás vált szükségessé.

Emlőaszimmetria: kérdés ez gyermekkorban?

Tiborczi Krisztina dr., Novoth Béla dr., Fadgyas Balázs dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, I. Számú Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztály

Bevezetés: A gyermekekori emlőbetegségek, veleszületett elváltozások, bár ritkák, jelentős pszichológiai stresszforrást jelentenek a serdülők számára. Ezen állapotok többségének kezelése magában foglalja a műtéti korrekciót, időzítésük kritikus jelentőségű.

Esetleírás: 15 éves lány emlő-aszimmetriában szenvedett, amit a Poland szindróma okozott (m. pectoralis aplasia, mamma hypoplasia, bőr hypoplasia). Betegünknek a jobb oldali mellkasi izmok (m. pectoralis maior és minor) és az emlőszövet hiányzott. A rekonstrukció nagymértékben függ a hiányzó szövetektől. Ettől függően lehet saját zsírfeltöltésben, expander és/vagy implantátum behelyezésben, vagy akár m. latissimus dorsi áthelyezésben gondolkodni. Ha kicsi a nagyságbeli különbség a saját zsír töltés is lehet célravezető. Általában a re-



konstrukció nem oldható meg egy lépésben. Mivel 18 és kor alatt emlő implantátum behelyezése hazánkban nem engedélyezett, így időlegesen, a nagy méretű aszimmetriát csökkentendő, emlőplasztikát és autológ zsírtöltést végeztünk. Nagy volumen különbség esetén 18 év alatt expanderrel is lehet a nagyságbeli különbséget áthidalni.

Így a pszichés teher részben csökkenthető volt. Nagykorúvá válása után definitív műtét (augmentatio mammae és implantátum behelyezés) történt.

Összegzés: A gyermekkori emlő rendellenességek – akár veleszületett, akár szerzett – műtéti úton, mindig individualis módon kezelhetők. Lehetőségeinket korlátozza, hogy implantátum behelyezés 18 éves kor alatt nem lehetséges. Az időleges műtéti megoldás is fontos, a pszichés teher csökkentése végett.

Az obesitas gyermeksebészeti vonatkozásai

Gedei Alexandra dr., Novoth Béla dr.

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, I. Sz. Gyermek Sebészeti és Traumatológiai Osztály

Bevezetés: A gyermekkori elhízás a 21. század egyik legjelentősebb globális népegészségügyi problémája, mely rövid és hosszú távú hatásai jelentősen csökkentik a várható élettartamot, valamint az életminőséget. A WHO 2016-os jelentésében 41 millióra teszik az elhízott 5 éven aluli gyermekek számát, mutatva a probléma súlyosságát. Jelenleg kevés hatásos megoldás áll rendelkezésünkre a súlyos elhízás kezelésére, sebészeti szempontból a Roux-en-Y gastric bypass és a vertical sleeve gastrectomy technika alkalmazott szélesebb körben.

Esetleírás: 17 éves lány drasztikus fogyást követően jelentkezett hasfali bőr megereszkedés miatt. Műtéti megoldásként midi hasrekonstrukciót végeztünk, mely során a hasi derma-zsírlebens eltávolítása mellett a kialakult köldöksérvét is elláttuk. Zavartalan posztoperatív szak után drainnel és hasköti felhelyezésével otthonába bocsájtottuk LMWH terápia mellett. Az eltávolított zsírlebensből szövettani vizsgálat készült, mely kóros elváltozást nem igazolt. Az elért esztétikai eredménnyel a lány maximálisan elégedett volt, posztoperatív szövődmény nem alakult ki.

Összegzés: A túlsúlyos és elhízott gyermekek döntő többsége felnőtt korukban is súlyproblémákkal küzd, növelve kockázatukat krónikus betegségek egyre korábbi életkorban való manifestálódására. Ezért kiemelkedően fontos a súlyfelesleggel küzdő gyermekek gondos kivizsgálása, multidiszciplináris gondozása.

Jobb alhasi fájdalom, lázzal: mi az, ha nem appendicitis?

Berta László dr., Cseh Áron dr., Kálmán Attila dr., Seszták Tímea dr., Krivácsy Péter dr.

SE I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

12 éves lány érkezett 2 hete fennálló hasi panaszokkal, lázzal. ABC stabil. Köldök körüli fájdalom kezdődött, ami a jobb alhasi régióba vándorolt. 4 hete időnként előfordult, hogy székelés után a kitörlés fájdalmas, WC papír véres. Vizelete rendben. Egyéb infekcióra utaló tünete nem volt. Fájdalma miatt Nurofent szedett, nyaralás alatt Ausztriában látták. Az ott készült hasi UH vizsgálaton peritoneális irritációt láttak a jobb alhasi régióban. 4 éves korában appendectomián esett át.

Klinikánkon vércép, kémia készült, emelkedett CRP értékkel és abszolút neutrofil számmal. Hasi UH és MR vizsgálat történt. Az ileocecalis régióban ventrálsan, közvetlenül a hasfal alatt, a colon ascendeshez szorosan hozzáfekvő 5 cm-es elváltozást írtak le. Gasztroenterológiai osztályon tályog gyanúja miatt iv. kombinált antibiotikum terápiaiban részesült, majd a második napon, romló hasi státusz miatt a terimét eltávolították.

A klinikum alapján feltehetően az appendectomia késői szövődménye, idegentest típusú reakció állhatott, de necroticus centrumú solid eltérés is felmerült. A patológiai eredmények az előbbi igazolták, malignitásra utaló jeleket nem találtak. A gasztroenterológia kivizsgálás során cöliakiára is fény derült, mely magyarázza a véres széketet.

A hasfájás gyakori tünet a sürgősségi osztályokon. Nem ritka a szubakut, krónikus vagy szomatizáló panasszal megjelenő páciens sem, ami plusz terhet ró a betegellátásra. Ugyanakkor egyes esetekben fontos feladatunk a gyanús betegek kiemelése és kórokok tisztázása.

Primer peritonitis

Farkas László dr., Lazáry György dr.

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely, Gyermeksebészeti Részleg

Bevezetés: Az egészséges gyermekeknél a primer peritonitis rendkívül ritka. A klinikai kép egyértelmű hajlamosító tényezők hiányában nem különbözik a szekunder peritonitisektől.

Esetismertetés: 15 éves, korábban egészséges fiút kezeltünk enteritisnek megfelelő panaszokkal. A panaszok kezdetétől 24 órán belül akut has és septicus sokkos állapot alakult ki. A has komputer tomográfiás vizsgálatok apró levegőzárványok látszottak a has középvonalában és a terminális ileum mellett. Sürgősséggel laparotomiát végeztünk perforációs peritonitis gyanúja miatt. A műtét során azonban a purulens peritonitis hátterében perforációt nem találtunk.

Következtetések: Primer peritonitissnél a nem specifikus, rapidan progrediáló tünetek miatt a sürgős műtét általában elkerülhetetlen.



FIGYEK Névmutató – Előadók / Társszerzők

- A**
 Almási Andrea 94
 Altorjai Péter 80
 Ambrus Flóra 96
 Andrási Noémi 108, 110
 Antal Klára 112
 Antal Zsuzsa 85
 Aradi Pálma 108
 Arató András 85
 Avramucz Zsuzsanna 88, 104, 107
- B**
 Bajusz Ilona 94, 109
 Bakó Krisztina 94
 Balatoni Ildikó 96
 Balázs Barbara 81
 Balázs Dorina 115
 Balázs György 85, 100
 Balku Enikő 92
 Balla Eszter 94
 Balogh Dorottya 122
 Balogh Réka 108
 Bartók Edit 118
 Bártai Bence 84
 Bazsó Viktória 88
 Beke Dóra 112
 Békési Bernadett 109
 Bene Zsolt 88
 Benedek Noémi 115
 Benedek Pálma 88
 Bense Tamás 108
 Benyó Gábor 80
 Berta László 125
 Berta Réka 87
 Bessenyei Mónika 102
 Biró Ede 121, 122
 Bodnár Ágnes 102
 Bogár Andrea 100
 Bognár Zsolt 103, 104
 Bojtár Zsüliet 85
 Boros Judit 100
 Boros Kriszta Katinka 101
 Bujtás Tímea 120
 Bunkóczi Csilla 101
 Burghardt Zsófia 93
- C**
 Constantin Tamás 91, 108, 110
 Czágány Bence 98
 Czelecz Judit 89, 106, 118
- CS**
 Csábi Györgyi 97
 Csákváry Violetta 115, 120
 Cseh Áron 81, 85, 99, 101, 123, 125
 Cserháti Helga 117
 Csernus Adriána Evelin 112
 Cservényák Judit 118
- Csóka Mónika 114, 118
 Csóka Monika 120
 Csordás Vivien Eszter 121
 Csozánsszki Noémi 85
 Csürke Ildikó 86, 101
- D**
 Dalloul Hicham 79
 Dán Ildikó 98
 Daoud Salim 89, 118
 Dávid Máté 117
 Dávid Mónika 98
 Dávidovics Kata 121, 124
 Deák Ágnes 96
 Deák-Sala Júlia 97
 Demeter Botond 87, 88, 90
 Dencsik Zsuzsanna 121
 Dezsőfi Antal 84, 99, 101
 Dicső Ferenc 92, 99, 100, 101, 108
 Domos Gyula 85
 Dóra Virág 92
- E**
 Eipel Olivér 120
 Elek Gabriella 92
 Élthes-Fülöp Hajnal 114
 Eörsi Dániel 82
 Erdélyi Dániel 114
 Erhardt Éva 97, 108, 109
- F**
 Fábíán Kitti 100
 Fadgyas Balázs 122, 124
 Farkas András 121
 Farkas László 125
 Fathi Khaled 86, 115
 Fekete Ferenc 81, 105
 Felszeghy Enikő Noémi 96, 98
 Fitala Réka 109
 Fodor Annamária 112
 Fogarasi András 106
 Fülöp Boglárka 83
 Fürtön Sarolta 93
- G**
 Gács Éva 87, 88, 89
 Gács Zsófia 85, 97
 Gajdócsi Edit 120
 Garai Gábor 121, 122
 Garami Miklós 85
 Gedei Alexandra 125
 Giyab Omar 115
 Gulyás Klaudia 94
 Guthy Ildikó 100, 101, 102, 119
- GY**
 Györfbiró Csilla 112
 Győrei Eszter 120
 Györke Zsuzsanna 108
- H**
 H. Nagy Katalin 97
 Hadnagy Margit 114
 Hajósi-Kalcakosz Szófia 103
 Halics Éva 93
 Halkó Evelin 106
 Haragovics Helga 120
 Harangi Ferenc 86, 98, 115
 Harsányi Gergő 99
 Hauser Péter 95, 97
 Havelant Eszter 108
 Hegedüs Katalin 84
 Hegyi Márta 106
 Herczeg Erzsébet 118
 Herczeg Vivien 82
 Hetesi Kinga 112
 Hidas Dóra 87
 Hollódy Katalin 84, 119
 Horváth Adrienne 114
 Horváth Dóra 109
 Horváth Fanni 119
 Horváth Gábor 113, 115
 Horváth Gina Franciska 85
 Horváth Orsolya 103
 Horváth Zsuzsanna 91, 108, 110
- J**
 Jakab Ferenc 109
 Jámbor Anna 117
 Janszky Noémi 114
 Jenei Kinga 84
 Józsa Gergő 113, 121
- K**
 Kadenczki Orsolya 102, 123
 Kajtár Béla 115
 Kálmán Attila 99, 123, 125
 Kalocsai Krisztina 94, 103, 118
 Kántor János 115
 Kárász Hajnalka 89, 118
 Kardos Dániel 113
 Karoliny Anna 99, 100, 124
 Karsza Levente 122
 Kassa Csaba 115
 Kassay Anett 101
 Katona Gábor 122
 Katona Márta 92
 Kelemen Ágnes 95, 113, 118
 Kelemen Izabella 114
 Kelen Kata 101
 Kelen Mária 95
 Kémenes Anna Virág 87
 Kerekes Kamilla 98
 Kerekes Szilvia 88
 Kéri Adrienn Krisztina 89
 Keserű Fanni 88, 122
 Kiss Ákos Zoltán 112
 Kiss Éva 82
 Kiss Gabriella 85
 Kiss Ime 123
- Kóbor Krisztina 109
 Koczkané Hovanyecz Ilona 101
 Kollák Zita 89, 118
 Kosaras Éva 82, 94, 109
 Kovács Bernadett 109
 Kovács Éva 103, 124
 Kovács Fanni 99
 Kovács Judit 109
 Kovács Mónika 119
 Kovács Veronika 102
 Környei László 105
 Kövér Anna 110
 Kövér Balázs 89
 Kövesdi József 93, 109, 123
 Kristóf Orsolya 82, 94
 Krivácsy Péter 114, 125
- L**
 Lanszki Judit 122
 Lazáry György 125
 Leibinger Evelin Anna 86, 115
 Lendvai Réka 120
 Lengvári Lilla 108, 110
 Losonczi László 80
- M**
 Magyar István 108
 Major Judit 85, 90
 Marián Erzsébet 99
 Markia Balázs 106
 Márton Dóra 95
 Masszi György 115
 Mekler Krisztina 103
 Mellár Mónika 117
 Merő Gabriella 119
 Mezőfi Beáta 99
 Mócsán Evelin 124
 Mohás Anna 114
 Mohay Gabriella 122
 Molnár Adrienn 88
 Molnár Diána 124
 Molnár Evelin 81
 Monoczkiné Nyuzó Ágnes Renáta 109
 Móser Judit 117
 Mózes Katalin 109, 123
 Mudra Katalin 85
 Müller Brigitta 105
 Müller Judit 114
 Müller Katalin 80
 Müller Katalin Eszter 102, 123
- N**
 Nádasy Zsuzsanna 106
 Nagy Eszter 115, 120
 Nagy Ilona 81
 Nagy Noémi 109
 Nemes Éva 123
 Németh Gabriella 82
 Németh Gitta 84



Németh Gyula 87
Novoth Béla 124, 125
Nyitrai Anna 99, 114
Nyul Zoltán 83, 112, 115

O
Oberfrank Míra 99
Ohmachtné Hollódy Katalin
117, 120
Oláh Alexandra 92
Ónody Anna 112
Orbók Anna 117
Ormay Cecília 109
Oroszlán Klára 86, 101
Ott Virág 124
Ottóffy Gábor 113, 115

P
Pagáts Rebeka 115
Pálmafi Beatrix 97
Pálmay Andrea 114
Papp János 109
Papp Zsuzsanna Erzsébet 114
Parázso Katalin 87, 90
Pataricza Iván Ferenc 92
Pauleczki Annamária 118
Pecsenka Gabriella 93
Peskó Gergely 90
Péter György 122
Péter István 84, 117, 118, 119,
120
Péterfia Csaba 85, 90, 109, 119
Pleszkó Apollónia 82
Pohoriljak Leonetta 102
Polovitzner Mária 99
Pongrácz Brigitta 86
Ponyi Andrea 91, 110
Pölöskey Péter 79

R
Rác Katalin 92
Ranyák Márta Szilvia 91
Ráth Gábor 119
Reusz György 101
Révész Lilla 104, 112
Ringwald Zoltán 105, 112,
122
Rippl Ilona 98
Rosdy Beáta 117
Róth György 105
Rozovljan László 98
Rózsai Barnabás 112
Rudas Gábor 118
Rudolf Judit 100

S
Sághy László 92
Sallai Ágnes 97
Schlick-Szabó Anna 89, 118
Schneider Ferenc 115
Schveibert Ágnes 104
Semjén Dávid 122
Seszták Tímea 114, 125
Simon Réka 95, 113, 118
Somogyi Délia 85
Soós Andrea 87, 90
Stankovics Gergely 90
Strehó Virginia 121
Surányi Lajos 98
Sutka Melinda 80
Svraka Eszter 86, 98

SZ
Szabó Andrea 93, 105
Szabó Attila 85, 88, 99
Szabó Csenge Yvette 97
Szabó László 87, 105

Szabó Levente 102
Szabó Miklós Károly 103
Szabó Tamás 98, 102
Szabó-Kovács István 118
Szakállas Rita 124
Szakos Erzsébet 82, 94
Szakszon Katalin 98
Szalai Zsuzsanna 104, 112
Szamosújvári Judit 100, 117
Szántó Zita 119
Szász Mária 108
Széchenyi Renáta 97
Szeigner Laura Mária 118
Szekeres Klaudia 105
Szentirmai Réka 106, 117
Szilágyi Henrietta 123
Szita Judit 97
Szungyi Kata 87
Szűcs Dániel 123
Szűcs Ildikó 94, 95

T
Tajti Zsannett 106
Takács Dorottya 103
Takács László 90, 106
Tari Zsófia 112
Tárnok András 100, 120
Tényi Tamás 97
Ternai Zita 118
Tészás Alexandra 108, 109,
119
Tiborc Krisztina 122, 124
Ticudean Nikolett Janina 109
Tordas Dániel 79
Tóth Ágnes 103, 104
Tóth Brigitta 123
Tóth G. Ágnes 88
Török Dóra 97

Török Viktória 104
Trethon András 118

U
Újfalusi Anikó 119
Ujvári Anett 99
Ujváry László 94

V
Vajda Dorottya 85
Vajda Péter 113, 121
Vajda Zsolt 100, 104, 107
Váradi Bianka 112
Varga Ágnes 113, 118
Varga Edit 85
Varga Martin 110
Vargha Edit 87
Várkonyi Ildikó 85, 114
Várnai Bianka 98
Vaski Júlia 117
Vass Annamária 124
Vass Viktória 112
Vástyán Attila 122
Veres Amarilla 94
Veres Gábor + 102, 123
Vető Ferenc 119
Viberál Zsuzsanna 93
Világos Eszter 79
Vincze Virág 115
Virágos-Kis Katalin 123

W
Wéber Gabriella 122, 124

ZS
Zsigmond Borbála 103, 105

Gary D. Hammer, Stephen J. McPhee

KÓRÉLETTAN

Bevezetés a klinikai orvostudományba

A könyv elsődleges célközönségét az orvos-, fogorvos-, és gyógyszerész-hallgatók képezik, amely képzések preklinikai modulja keretében kötelező vagy ajánlott tankönyvként szerepelhet majd.

Oldalszám: 800 oldal ■ Ára: 18 000 Ft helyett 13 000 Ft

A könyv megvásárolható a Legendus és az EOK Könyvesboltban, illetve megrendelhető honlapunkról:

www.semmelweis kiado.hu

Új!

Gary D. Hammer, Stephen J. McPhee

KÓRÉLETTAN

Bevezetés
a klinikai orvostudományba





A Bátor Táborban életeket változtatunk

Sorsfordító élményeket nyújtunk súlyosan beteg gyerekeknek a következő betegségcsoportokból:

- > daganatos megbetegedés
- > IBD gyulladásos bélbetegség
- > szervtranszplantáltak
- > krónikus ízületi gyulladás
- > cukorbetegség
- > súlyos scoliosis
- > hemofília

Kiket keresünk?

Gyermekegálátásban jártas

- > orvosokat
- > ápolókat
- > dietetikusokat
- > gyógytornászokat



A gyermekonkológiai vagy diabetológiai jártasság nem feltétel, de előnyt jelent.

Jelentkezés: volunteer.batortabor.hu

Információk: onkentes@batortabor.hu