

Tartalom

105

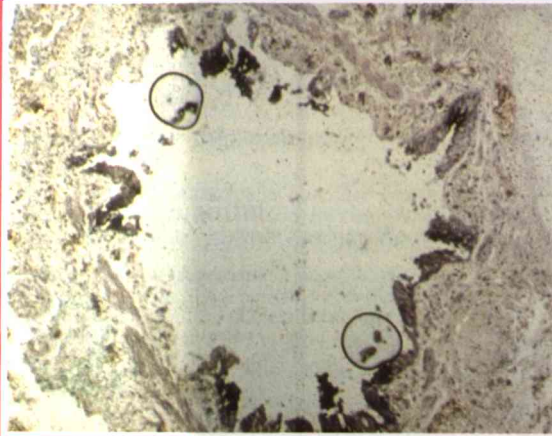
Hazai aktualitás

Az intenzív újszülöttellátás aktuális kérdései

Dr. Katona Márta* és dr. Orvos Hajnalka**

* Szegedi Tudományegyetem, Gyermekgyógyászati Klinika,

** Szegedi Tudományegyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika



110

A respiratorikus syncytialis vírus-fertőzés jellemzői, kezelése és megelőzése

Carol A. McCarthy, MD, Caroline Breese Hall, MD

A kórokozó gyermekgyógyászati jelentősége már több mint négy évtizede ismert, azt azonban csak nemrégiben bizonyították, hogy bármely életkorban okozhat komoly légúti fertőzést. Bár az RSV által okozott megbetegedések teljes kivédése ma még csak álom, a fertőzés hatékony kezelése és a betegek szigorú nyomon követése megoldott.

Kommentár:

Dr. Mészner Zsófia

Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest

118

Hypothyreosis

Thomas P. Foley, Jr, MD

Kommentár:

Prof. dr. Péter Ferenc

Budai Gyermekkórház

125

Listeriosis

Klara M. Posfay-Barbe, MD, Ellen R. Wald, MD

Kommentár:

Dr. Simon Gábor

Fejér Megyei Szent György Kórház, Újszülött-, Csecsemő- és Gyermekosztály, Székesfehérvár

Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle

Pediatrics in Review • Magyar kiadás

Tartalom folytatás

133

Esettanulmányok

Crohn-betegség

Aaron Lane-Davies, MD, Jeri L. Lantz, MD

Sclerosis multiplex

Jane M. Benton, MD

136

Cikkreferátum

Szükség van-e képalakító vizsgálatokra az első lázas húgyúti fertőzés után?

Aaron L. Friedman, MD, FAAP, Beverly P. Wood, MD, MscEd, PhD, FAAP, Mobeen H. Rathore, MD, FAAP

Szükség van-e idegrendszeri képalakító vizsgálatra az első afebrilis görcsroham után?

J. Gordon Millichap, MD, FAAP, Donald Schiff, MD, FAAP

139

Quiz-kérdések

Beküldési határidő: 2005. augusztus 31.

132

Quiz-megoldások

Főszerkesztő

Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle

Dr. Madácsy László, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Gyermekklinika, Budapest

Felelős szerkesztő Szerkesztőbizottság

Dr. Simonfalvi Ildikó

Dr. Barkai László, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Gyermek-egészségügyi Központ

Dr. Fekete György, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Gyermekklinika, Budapest

Dr. Oláh Éva, Debreceni Egyetem, Orvostudományi Kar, Gyermekklinika

Dr. Oroszlán György, Vas Megyei Markusovszky Kórház

Dr. Sulyok Endre, Baranya Megyei Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkorház

Dr. Tulassay Tivadar, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Gyermekklinika, Budapest

Dr. Virág István, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Gyermekklinika

Dr. Nagy Judit

Szerkesztési és produktions igazgató

Szerkesztőségi asszisztens

Szerkesztőség és kiadó

Borító- és lapterv

Tördelés

Kézirat-előkészítés

Értékesítés és üzletfejlesztés

Hirdetésfelvétel

Felelős kiadó

Nyomdai munkák

Faragó Beatrix, tel: 430-3420, fax: 430-3421

Medical Tribune Kiadó Kft., 1037 Budapest, Montevideo u. 3. Postacím: 1300 Budapest, Pf. 157. Tel.: 430-3420; fax: 430-3421

Novák Tamás

Szabó István

Budainé Nagy Katalin, Kuchár Attiláné

Vándor Ágnes, igazgató, a.vandor@medical-tribune.hu

Bacsuri Andrea, senior key account manager; a.bacsuri@medical-tribune.hu

Tel: 430-3430; fax: 430-3431

Fabian Müller, a Medical Tribune Kiadó Kft. ügyvezető igazgatója

Komáromi Nyomda

■ A Pediatrics in Review-ban megjelenő megállapítások és vélemények a cikkek szerzőitől származnak és nem feltétlenül egyeznek meg az American Academy of Pediatrics, illetve Bizottságai véleményével. A közleményben szereplő ajánlások nem képviselik a kezelés egyetlen lehetséges módját és nem az orvosi ellátás standardjai.

■ Az American Academy of Pediatrics nem vállal semmilyen felelősséget az angol szöveg magyarra fordításának pontatlanságából vagy hibájából származó következményekért.

■ © American Academy of Pediatrics, 2005. Minden jog fenntartva. A Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle cikkei sem részben, sem egészben nem másolhatók, illetve terjeszthetők az American Academy of Pediatrics, illetve a Medical Tribune Kiadó Kft., Budapest, Magyarország előzetes írásbeli engedélye nélkül.

Pediatrics in Review

Robert J. Haggerty, University of Rochester, Rochester, NY

Lawrence F. Nazarian, Panorama Pediatric Group, Rochester, NY

Henry M. Adam, Bronx, NY

Tina L. Cheng, Washington, DC

Joseph Zenel, Portland, OR

Brahm Goldstein, Portland, OR

Theresa Tracy, Elk Grove Village, IL

Laurence A. Boxer, Ann Arbor, MI, Patricia K. Crumrine, Pittsburgh, PA,

Jeremy N. Friedman, Toronto, ON, J. Carlton Gartner, Jr, Wilmington, DE,

Margaret F. Guill, Augusta, GA, Robert Holl, Leyden, The Netherlands, Russel

J. Hopp, Omaha, NE, Teri Kahn, Cleveland, OH, Alan E. Kohrt, Tafton, PA,

Danielle Laraque, New York, NY, Michael R. Lawless, Winston-Salem, NC,

DeWayne Pursley, Boston, MA, David S. Rosen, Ann Arbor, MI, Matthew D.

Sadof, Springfield, MA, Richard L. Saphir, New York, NY, Michael Silberbach,

Portland, OR, Mark L. Silen, Portland, OR, Mark D. Simms, Milwaukee, WI,

David L. Skaggs, Los Angeles, CA, Dan Thomas, Los Angeles, CA, Surendra

K. Varma, Lubbock, TX, Ellen R. Wald, Pittsburgh, PA

Sydney Sutherland

American Academy of Pediatrics, Director, Division of Medical Journals:

Nancy Deal Chandler, Medical copy editor: Deborah Kuhlman

AAP Grand Rounds

Lewis R. First, Burlington, Vt, Edgar K. Marcuse, Seattle, WA

Joseph D. Dickermann, Burlington, Vt, Douglas Diekema, Seattle, WA

M. Douglas Baker, Leslie Barton, Alan B. Gruskin, Robert H. A. Haslam,

Virginia Moyer, Gary Onady, Richard A. Polin, Janet Squires

■ Statements and opinions expressed in Pediatrics in Review are those of the authors and not necessarily those of the American Academy of Pediatrics or its Committees. Recommendations included in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care.

■ The American Academy of Pediatrics assumes no responsibility of the consequences attributable to inaccuracies or errors in the translation of any publishable material from the English language to the Hungarian language.

■ © American Academy of Pediatrics, 2005. All rights reserved. No part may be duplicated or reproduced without permission of the American Academy of Pediatrics and Medical Tribune Kiadó Kft., Budapest, Hungary.



Lapunkat rendszeresen szemlézi
Magyarország legnagyobb médiatitkárja az

»OBSERVER«
BUDAPEST MÉDIAFIGYELŐ KFT.

1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://www.observer.hu

Az intenzív újszülöttellátás aktuális kérdései



Dr. Katona Márta* és dr. Orvos Hajnalka**



Az újszülött intenzív terápiában bekövetkezett jelentős fejlődés gyökeresen megváltoztatta a kis súlyú koraszülöttek és a súlyos beteg újszülöttek életkilátásait. A javuló terhesség-gondozás, a kíméletes szülés-vezetés, az adekvát cardiopulmonalis reszuscitáció, a megfelelő szállítás, az élettani paraméterek korszerű monitorizálása, a surfactant-terápia rutinszerű alkalmazása, a modern lélegeztetési módok, az új típusú gyermeksebészeti és szívsebészeti technikák bevezetése, az adekvát posztoperatív ellátás, a megfelelő enterális és parenterális táplálás, valamint a koraszülöttek ápolásában alkalmazott ún. „minimal handling” elv a perinatalis mortalitás és morbiditás jelentős javulását eredményezte.

Bár a rohamosan fejlődő intenzív ellátás az esetek döntő többségében minőségi túlélést eredményez, a betegek nem elhanyagolható hányadánál bizonyos fokú károsodással kell számolni. E betegek rendszeres gondozást, megfelelő rehabilitációt és különféle szakorvosi felügyeletet is igényelnek. A gyógyítás során számos etikai dilemmával is szembetalálja magát a súlyos betegeket gyógyító orvos, amely az intenzív terápiával járó stressz mellett további pszichés terhelést is jelent, és felléphet az ún. „burn out” szindróma (kiégés). Nem elhanyagolható a média egyre növekvő szerepe sem, amely egyre inkább befolyásolja az orvosok döntéseit és az ápolók munkáját.

Közleményünkben a neonatológia ezen aktuális kérdéseit elemezve próbáljuk az elért eredményekre, valamint a még fennálló hiányosságokra is felhívni a figyelmet.

Az újszülöttek szülőszobai reszuscitációja

A vizsgálóval egybekötött újszülött-reszuscitációs tanfolyamok országsszerte történő szervezése, valamint a neonatológiai szakképzés elnyeréséhez az újszülött-reszuscitációs bizonyítvány megszerzése azt eredményezte, hogy az ország nagy részén már megfelelően kiképzett személyzet áll rendelkezésre a szülőszobákon és az újszülöttsztyályokon.

Van azonban néhány nyitott kérdés, köztük a 100% oxigénnel vagy szobalevegővel történő lélegeztetés. Az újraélesztésre szoruló újszülöttek kis csoportjának valószínűleg elegendő a kisebb koncentrációjú oxigén vagy a szobalevegő is, a betegek többsége azonban súlyos légzési elégtelenségben vagy olyan fejlődési rendellenességben szenved, amely megfelelő ellátásához nem nélkülözhető a nagy koncentrációjú oxigén. Akkor ideális a reszuscitáció, ha az oxigénszaturáció 85–94%-on tartható (kivéve a cyanoticus szívbetegségben szenvedő újszülötteket).

Az újszülöttek megfelelő szállítás

Igen nagy előrelépés, hogy az egész országban sikerült megszervezni a korszerű újszülöttszállítást. A „mozgó intenzív osztály” megteremtése nemcsak a helyszínen történő stabilizálást jelenti (pl. intubálás, pneumothorax becsövezése) neonatológus szakorvos és az újszülöttek intenzív ellátásában jártas szakápoló segítségével, hanem centrális kanülök behelyezését, speciális életmentő gyógyszeres terápia indikálását (pl. surfactant, dopamin, prostin), az inkubátorban szállított újszülött lélegeztetését és megfelelő monitorizálását (szívfrekvencia, légzés, vérnyomás, testhőmérséklet, oxigénszaturáció stb.) is 24 órás szolgálatban.

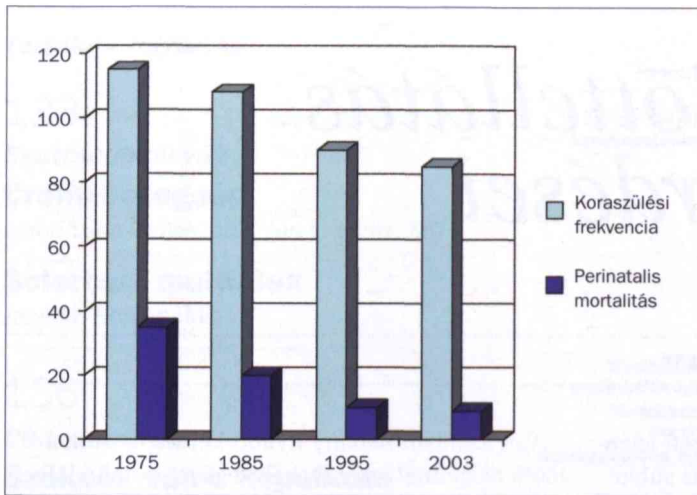
Ez lényegesen javítja a szülőotthonokban, illetve kisebb kórházakban világra jött, súlyos betegségben szenvedő újszülöttek esélyeit az egészséges életre.

Újszülöttkori légzési elégtelenség

A koraszülöttek respirációs distressz szindrómája (RDS) még napjainkban is vezető szerepet játszik a perinatalis mortalitásban és morbiditásban. Az elmúlt három évtized hazánkban is jelentős javulást hozott e téren. Óriási előrelépést jelentett az RDS-prevenció bevezetése és kiterjesztése (tocolysis, antenatalis szteroidterápia), valamint 1976-ban a perinatalis intenzív centrumok (PIC) létrehozása.

* Szegedi Tudományegyetem, Gyermekgyógyászati Klinika

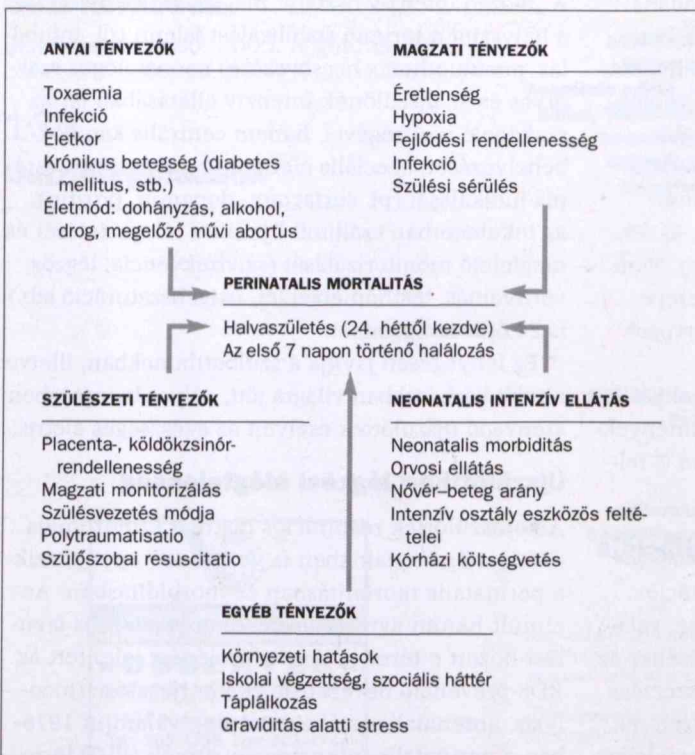
** Szegedi Tudományegyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika



1. ábra. A perinatalis mortalitás változása Magyarországon 1975–2003 között 1000 születésre vonatkoztatva

1. táblázat. Demográfiai adatok: élveszületések száma, koraszülési frekvencia és a perinatalis mortalitás Magyarországon 1975 és 2003 között

	ÉLVE SZÜLETÉSEK SZÁMA	KORASZÜLÉSI FREKVENCIA	PERINATALIS MORTALITÁS
1975	195 000	11,5 %	35 ‰
1980	150 000	10,8 %	23 ‰
1985	130 000	10,8 %	20 ‰
1990	125 000	9,3 %	14 ‰
1995	112 000	9 %	10 ‰
2000	97 597	8,4 %	10 ‰
2003	94 647	8,5 %	9 ‰



2. ábra. A perinatalis mortalitást meghatározó tényezők

Az RDS kezelésében a felületaktív anyag rutinszerű alkalmazása Magyarországon 1995 óta áll folyamatosan rendelkezésünkre. A kezdetben adott szintetikus surfactant (Exosurf) után a természetes surfactant (Curosurf, Survanta, Alveofact) alkalmazása további jelentős javulást eredményezett. Hazánkban évente közel 2500 esetben kell számolni RDS előfordulásával.

Az elmúlt három évtizedben Magyarországon jelentősen csökkent a perinatalis mortalitás (1975-ben 35‰, illetve 2003-ban 9‰) (1. ábra és 1. táblázat) és a neonatalis mortalitás is. A perinatalis mortalitást befolyásoló tényezőket a 2. ábra tünteti fel. Ezen fontos statisztikai mutatókat jelentős mértékben befolyásolja a koraszülési frekvencia, amely hazánkban köztudottan még napjainkban is magas (8,39%), és elmarad a legfejlettebb országokban tapasztalható, igen csekély értéktől (4–5%).

A biztató eredmények ellenére felmerül azonban néhány kérdés (például az ismételt szteroidadást követő neonatalis sepsis gyakoribbá válása, a prophylacticus vagy rescue surfactant-terápia közötti választás problémája, a szintetikus vagy természetes felületaktív anyag előnyei), amelyeket nem lehet figyelmen kívül hagyni. Magyarországon a legtöbb PIC-ben ún. korai rescue surfactant-kezelés történik, amely a felületaktív anyag megszületés után 30 percnél belüli adását jelenti (3. és 4. ábra).

Az állati eredetű készítményekkel átvihető ún. „slow virus” fertőzés vagy prionbetegség lehetősége miatt felmerül a hosszú távon is biztonságosabb, szintetikus előállított, de megfelelő hatású készítmények iránti igény.

Az újszülöttkori légzési elégtelenség sikeres gyógyításának egyik kulcskérdése a modern lélegeztetési technikák alkalmazása. Magyarországon a kilencvenes évek közepétől van lehetőség a konvencionális lélegeztetési módok (CPAP, IPPV, PEEP, CMV, SIMV) mellett nagyfrekvenciás oszcillációs lélegeztetésre (HFO) és inhalációs nitrogén-monoxid (iNO) alkalmazására. E két utóbbi lélegeztetési mód nagy előrelépést jelentett a nagy mortalitással és pulmonális hipertensióval járó újszülöttkori betegségek kezelésében (perzisztáló foetalis keringés, *Streptococcus* B-sepsis, meconium-aspirációs szindróma, újszülöttkori szív-műtétek pulmonális hipertenzív krízissel járó posztoperatív szaka, hernia diaphragmatica stb.). A kis súlyú koraszülöttek kíméletes gépi lélegeztetése (szinkronizált konvencionális lélegeztetés, nasalis CPAP stb.) csökkenti a légutak sérülését (mechanikai barotrauma, illetve volumentrauma), és ezzel a bronchopulmonalis dysplasia (BPD) is megelőzhető.

Újszülöttkori infekciók

Bár az antenatalis szteroidprofilaxis jelentősen csökkentette az RDS incidenciáját és súlyosságát, a PIC-ekben gépi lélegeztetést igénylő koraszülöttek száma lényegesen nem változott, amelyek háttérben különböző fertőzések húzódnak meg.

Az intrauterin fertőzések vezető helyen állnak a koraszülést kiváltó tényezők között, így jelentős szerepet játszanak a perinatalis morbiditásban és mortalitásban is. A klinikai tünetek leggyakrabban respirációs distress (pl. apnoe, tachypnoe, pneumonia, PFC) formájában manifesztálódnak, és a célzott antibiotikum-kezelés, valamint immunglobulinok adása mellett nélkülözhetetlen az adekvát respirációs terápia is.

Újszülöttkorban van létjogosultsága az antibiotikum-profilaxisnak is, amennyiben a kórelőzményi adatok alátámasztják a feltételezett infekciót (pl. burokrepedés, amnionitis, anyai láz, leukocytosis, eszközös beavatkozások).

Az intenzív újszülöttosztályokon előforduló nozokomiális fertőzések szoros kapcsolatban állnak a hypoxia mértékével (amely a koraszülöttek rendkívül éretlen immunrendszerét tovább gyengíti), az eszközös beavatkozások gyakoriságával (kanülök, tubus, teljes parenterális táplálás, műtét, posztoperatív időszak), a nővérek elégtelen létszámával, valamint a zsúfoltsággal.

Az igen kis születési súlyú koraszülöttek számának növekedésével sajnos a nozokomiális fertőzések előfordulása is emelkedik, hiszen e betegek életben tartása csak hosszan tartó kórházi ápolással (2–4 hónap), tartós lélegeztetéssel és egyéb eszközös beavatkozásokkal (centrális kanülök) biztosítható. A tartós antibiotikum-kezelés elősegíti a gombás fertőzések kialakulását, ezért törekedni kell az anyatejes táplálás minél korábbi bevezetésére, illetve a dysbacteriosis kivédése céljából probiotikumok alkalmazására is.

Javítani kell a sepsis diagnosztikáját, mert a tenyésztési eredményekre támaszkodva nem lehet elég korán felállítani a diagnózist, az adekvát terápia megkezdésében való késlekedés pedig végzetes lehet a beteg számára. A legjellegzetesebb klinikai tünetek alapján egyedileg meghatározott ún. sepsis score, valamint a laboratóriumi vizsgáló módszerek (vérkép, CRP, PCT, szerológia, latex agglutinációs próba stb.) nagy segítségünkre lehetnek a súlyos fertőzések korai kimutatásában és a komplex terápia azonnali megkezdésében.

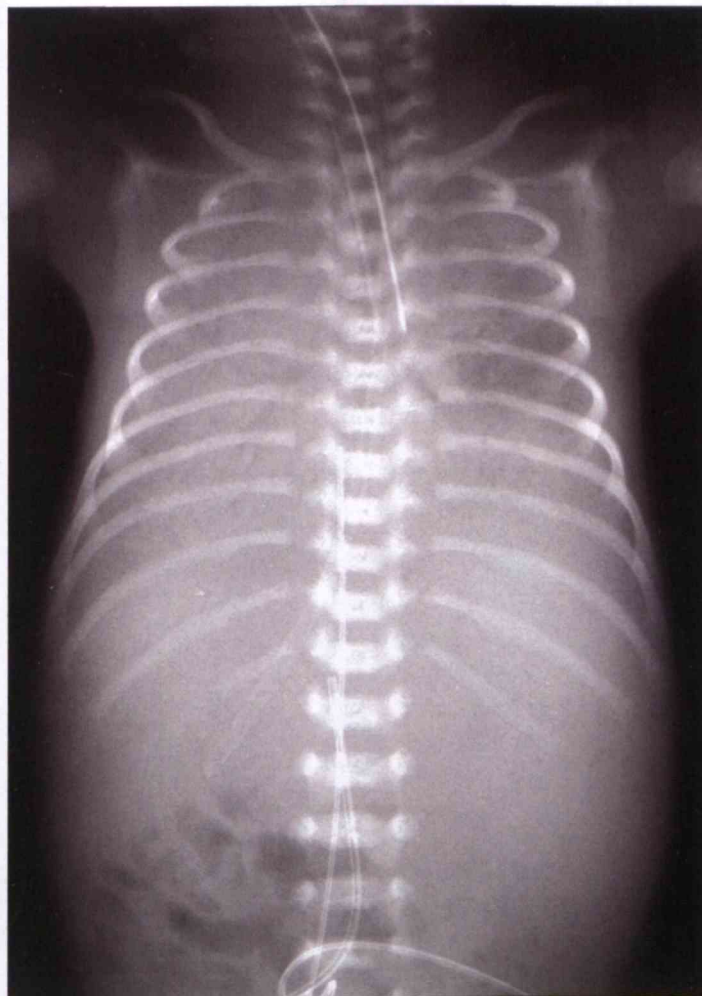
Fejlődési rendellenességek

A folyamatosan javuló gyermeksebészeti és szívsebészeti műtéti beavatkozások és a korszerű neonatalis posztoperatív ellátás révén egyre több, súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülött élete menthető meg. Az elmúlt 20 év során látványos előrelépés következett be az ún. indexműtétet igénylő fejlődési rendellenességgel (tracheo-oesophagealis fistula, gastroschisis, intestinalis atresiák, urogenitális fejlődési rendellenességek stb.), valamint az extracorporalis szívműtétet igénylő kongenitális vitiummal (teljes nagyér-transpositio, teljes tüdővéna-transpositio stb.) világra jött újszülöttek túlélésében.

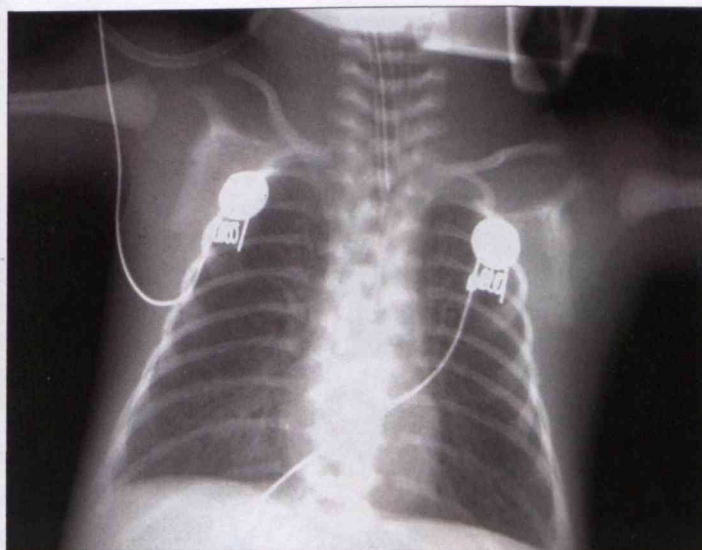
A javulásban igen nagy szerepe van az antenatalis diagnosztikának, amely elősegíti a korai diagnózis felállítását (5. ábra), a megfelelő centrumba történő *in utero* szállítást és a sürgősségi vagy elektív műtét időpontjának megválasztását (6. ábra).

Egyre gyakrabban kerül sor egyes magzati betegségek *in utero* terápiájára, ún. foetalis intervenció segítségével (pl. pleuralis folyadék leszívása, vese-cysta punkciója, intrauterin transfúzió), illetve útvárára indult a foetalis sebészet is (pl. hernia diaphragmatica, spina bifida, obstruktív uropathia). Ez utóbbi kapcsán azonban igen komoly aggályok is felmerültek, elsősorban etikai szempontból.

A családban előfordult malformáció esetén a várandóst prenatális szűrővizsgálatra kell irányítani.



3. ábra. A respirációs distress szindrómában szenvedő koraszülött mellkasi röntgenfelvételén ún. „fehér tüdő” képe látható. A tüdő légtelen, a szív és a tüdő határa nem különíthető el



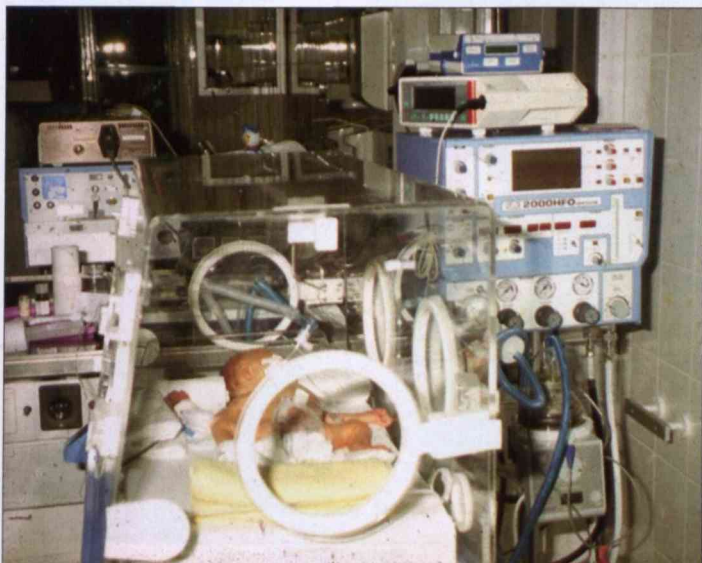
4. ábra. A surfactant-kezelés után 24 órával készült mellkasfelvételen jelentős javulás látható: a szív és a tüdő határa jól elkülöníthető, a tüdő légtartóvá vált. A koraszülött állapota lényegesen javult

A családorvosok szerepe a koraszülöttek utógondozásában, rehabilitációjában

A kis súlyú koraszülöttek javuló túlélése sajnos új problémák forrása is lehet, amely részben a családorvosokat is terheli. A koraszülöttségből adódó morbiditás (pl. anaemia, BPD, osteopenia praematurorum, posthaemorrhagiás hydrocephalus inter-nus, szomatomentális retardatio, retrolentaris fibroplasia, cereb-ralis paresis, kognitív zavarok, cardiovascularis betegségek) prevenciója, illetve rehabilitációja rendkívül fontos feladat, amely a családorvosok és a különböző szakterületek képviselői-nek összefogását igényli, hogy a betegek megfelelő gondozása megszervezhető legyen. Az éretlen koraszülöttek javuló túlélése új betegségek megjelenését is jelenti.



5. ábra. A magzati ultrahangvizsgálat jelentős mennyiségű pleurális folyadékot mutat (nyílak) egy 26 hetes magzatban. A szerológiai vizsgálatok cytomegalovirus-fertőzést igazoltak



6. ábra. A Perinatalis Intenzív Centrumok létrehozásával jelentősen csökkent az újszülöttkori morbiditás, javult a perinatalis mortalitás és a csecsemőhalálozás 1976 óta

Etikai kérdések az intenzív újszülöttellátásban

Az újszülött intenzív terápiában számos olyan kérdés merül fel, amelyre nem lehet egyértelműen igennel vagy nemmel válaszolni: Kell-e minden újszülöttet kezelni/intenzív terápiában részesíteni? Hol van az életképesség határa (< 500 g)? Ki határozhat élet és halál kérdésében? Mi tekinthető ma inoperábilis fejlődési rendellenességnek?

Az etikai döntéshozatal emocionálisan és morálisan egyaránt rendkívül megterhelő az orvosok és nővérek számára. Az intenzív osztályokon dolgozó személyzetnél igen nagy hangsúlyt kell fektetni az ún. „burn out” szindróma (kiégés) megelőzésére, kezelésére. Az etikai döntéshozatal kritériumait tanítani kell!

A súlyos állapotban lévő újszülötteket gyógyító neonatológus szinte naponta szembesül az i. e. 460-ban megfogalmazott hipokratészi eskü ellentmondásaival, nevezetesen azzal, hogy az orvos legfőbb kötelessége – a „nil nocere” elv szem előtt tartása mellett – a beteg szenvedéseinek enyhítése és a beteg gyógyítása. A „salus aegroti suprema lex” azonban azonos lehet-e a mindenáron történő életben tartással, amely akár fokozhatja is a beteg szenvedéseit.

Az orvosnak nemcsak gyógyítania és fájdalmat csillapítania kell, hanem olykor nagyon nehéz döntésekre is kényszerül: ezeket a döntéseket az orvostudomány mindenkori eredményeit figyelembe véve kell meghoznia oly módon, hogy mindenképpen a beteg/szülő ne veszítse el a bizalmát, és hitet, reménységet kapjon.

Nem lenne etikus, ha az orvos a gyógyítás során ellenezné vagy figyelmen kívül hagyná a beteg/szülő hitét, mivel ma már nem vitatott, hogy a hit, az imádság előnyös hatással van az egészségi állapotra.

Az életmentő gyógyszerek (pl. tonogen, dobutrex) megvonása, a cardiopulmonalis reszuscitáció és a műtéti beavatkozás mellőzése kimeríti a passzív euthanasia fogalmát.

A hypoxiás agykárosodás kapcsán agyhalottá vált újszülött-nél elengedhetetlen az agyhalál objektív kritériumainak megállapítása (kómához vezető ok, fizikális vizsgálat során észlelt areflexia, hypotoniás izomzat, fénymerev, tágult pupillák, cornea reflex hiánya, fix szívfrekvencia, spontán légzés teljes hiánya), illetve eszközös vizsgálattal (EEG, agyi artériák Doppler-vizsgálata, szcintigráfia) az agyi keringés hiányának észlelése.

Nem szabad szem elől téveszteni, hogy a neonatológus/gyermekorvos soha nem hagyhatja abba a kezelést a szülő akarata ellenére!

Az agyhalott újszülött mint szervtranszplantációra potenciális donor kérdése számos etikai dilemmát rejt magában. A döntéshozatal egy ad hoc vagy állandó kórházi etikai bizottság feladata, amelynek alapja legalább három személy véleményazonossága. E bizottságban az intézetvezető vagy osztályvezető mellett egy független – a beteg ellátásában közvetlenül részt nem vevő – orvosnak is közreműködnie kell, valamint jelen kell lennie a beteget ápoló nővérnek, a szülő(k)nek és a beteg-jogi képviselőnek is. A szülő kérésére jogász vagy pap is részt vehet a döntésben.

Az etikai döntéshozatal szempontjainál figyelembe kell venni a beteg életkorát, testsúlyát, a beteg rövid és hosszú távú életkilátásait, a beteg érdekét, a szülők véleményét (ez nem mindig azonos a beteg érdekével), a jogi szempontokat (egészségügyi törvények, növekvő számú orvospercek), valamint a morális és vallási szempontokat is. Transzfúzió adása esetén szükség lehet akár az újszülött ideiglenes gyámság alá helyezésére is.

Minden egyes döntésről pontos, részletes feljegyzést kell készíteni, amely évek múlva is hozzáférhető! Az etikai döntések beírása kötelező, melyet minden egyes tagnak aláírásával kell hitelesíteni!

A média növekvő szerepe és befolyása a döntéshozatalban

Az orvosi perek szaporodása, az esetek egyoldalú prezentálása, a laikus közönség szenzációhajhász módon történő tájékoztatása, a bulvársajtóban megjelenő „címlapsztorik” és az orvosi perek szakértőinek megkérdőjelezhető „szaktudása” egyre inkább defenzív magatartásra kényszeríti az orvosokat és nővéreket.

Az új Egészségügyi Törvény (1998. január 1.) alapján a szülőnek joga van a beteggel kapcsolatos teljes dokumentációra. A szülőket korrekt módon és részletesen, a laikus számára is érthető módon kell tájékoztatni, közölni kell a rövid és hosszú távú prognózist, tájékoztatni kell a gyógykezelés mibenlétéről, az esetleges

szövődményekről, azok elhárítási lehetőségeiről, illetve a gyógykezelés elmaradása esetén várható következményekről.

A beteg újszülött jogai

Invazív beavatkozás kizárólag a szülő/gyám beleegyezésével végezhető, a fájdalom jelentkezése azonban mindenképpen fájdalomcsillapítást tesz szükségessé. A vérvételek számát és gyakoriságát a feltétlenül szükséges szintre kell szorítani (csak a diagnosztikai célból történő vagy terápiás konzekvenciával járó vérvizsgálatnak van létjogosultsága). A kutatási programba vétel etikáját szigorúan be kell tartani.

A betegjogokat hangsúlyozva azonban ne szoruljanak háttérbe az orvos és a nővér jogai!

A humán genom teljes ismeretében bizonyos betegségek korai ismerete megbélyegzést, ill. kirekesztést eredményezhet. ■

Javasolt irodalom

- Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark A.** Manual of Neonatal Care. Lippincott, Philadelphia, 2004
Kurjak A. Textbook of Perinatal Medicine. Parthenon Publishing, London, 1998
Machay T, Nagy A, Kiss Cs, Verebély T, Katona M, Oláh É. Neonatológia. In: Oláh É. Gyermekgyógyászati kézikönyv. Medicina, Budapest, 2004
Machay T, Balla Gy. Neonatológia. In: Maródi. Gyermekgyógyászat. Medicina, Budapest, 2002
Sauer J. Ethical dilemmas in neonatology: recommendations of the Ethics Working Group of the CESP. Eur J Ped. 2001;160:364-368
Rennie JM, Robertson NRC. A Manual of Neonatal Intensive Care. Arnold, London, 2002
Simon G és mtsai. Újszülött-utógondozás Magyarországon – Hogyan tovább? Gyermekorvos. 2005;4:2-27.
Somogyvári Zs és mtsai. A Magyar Reszuscitációs Társaság újszülöttek újraélesztésére (NBL) vonatkozó 2004-es ajánlása. Újraélesztés. Resuscitatio Hungarica. 2004;2:59-82
Spitzer AR. Intensive Care of the Fetus and Neonate. Mosby, St. Louis, Baltimore, 1996
Stopfkuchen H, Queisser-Luft A, Simbruner G. Neonatológia. Gyógyítás és ápolás. Golden Book Kiadó, Budapest, 1998

Magyar Gyermekorvosok Társasága 2005. évi Nagygyűlése

Balatonszárszó, 2005. szeptember 29.–október 1.



A rendezvény szervezői: Semmelweis Egyetem I. és II. sz. Gyermekklinika, MRE Bethesda Gyermekkorháza

Részletes információk és jelentkezési lap:

www.bethesda.hu; nagygyules@bethesda.hu; telefon: 1/273-0748

Absztrakt beküldése és jelentkezési határidő: 2005. június 15.