

# A MAGYAR INTENZÍV NEONATOLÓGIAI ELLÁTÁS JELLEMZŐI

**BALLA GYÖRGY  
DR.**

DEBRECENI EGYETEM,  
ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTU-  
DOMÁNYI CENTRUM  
GYERMEKKLINIKA,  
NEONATOLÓGIAI TANSZÉK,  
DEBRECEN

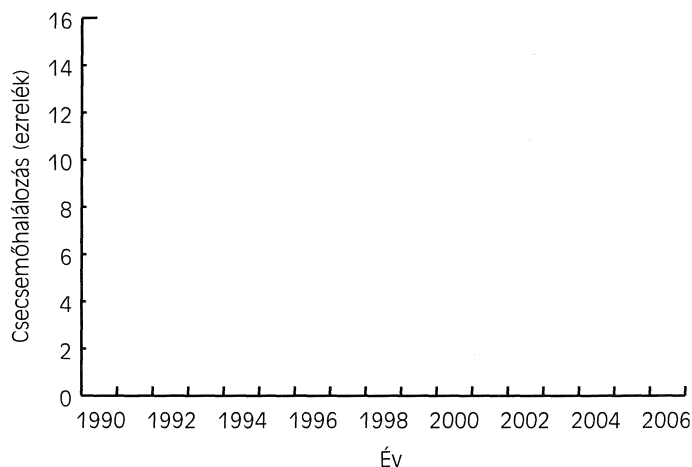
magyar neonatológia fejlődése párhuzamos a csecsemőhalálozás alakulásával, mivel a neonatalis halálozás az összes csecsemőhalálozás kétharmadáért felelős. Még megdöbbentőbb a kapcsolat erőssége akkor, amikor napjaink fejlődési rendellenességeinek korrekciója a neonatalis korra tevődik át, így további 20%-kal nő a neonatalis halálozás részvétele a csecsemőhalálozásban. Miért követik a világ minden országában a csecsemőhalálozást kiemelt figyelemmel? Azért, mert az összes népegészségügyi paraméter közül ez jellemzi legjobban az illető ország egészségügyének fejlettségét, az elesettek irányában mutatott szolidaritást. A csecsemőhalálozás az egészségügyi ellátás tükröje. A csecsemőhalálozási arányszámban a neonatalis ellátáson túl benne foglalják a kismamák gondozása, a születés körülményei, a szülészeti ellátás, a gyermekgyógyász családi orvosok, a védőnők, a szociális munkások lelkiismeretes tevékenysége. A kórházak neonatalis intenzív centrumai, újszülött- és csecsemő osztályai ma nyitottak, mára a szülők, a családorvosok, védőnők a kórházakban dolgozó kollégák csoportjának tagjaivá váltak. Ez az együttműködés vezetett oda, hogy az általában negatív tendenciát mutató magyar egészségügyi indikátoroktól eltérően a

csecsemőhalálozás több mint egy évtizede egyenletesen javul, megközelíti a fejlett európai államok eredményét (1. ábra). A magyar újszülöttekért, csecsemőkért tevékenykedők iránt hálával tartozunk.

A magyar adatok megbízhatóak, teljes mértékben eurokomfortok. Elfogadtuk, hogy az életképesség alsó határa a 24. terhességi hét és az 500 g születési súly, és születésnek tekintjük azt az eseményt, amikor életjelenséget észlelünk, bármely érettségi állapotban. Hazánkban nem gyakoroljuk sem az aktív, sem a passzív eutanáziát, így minden erőnket az élet szolgálatába állítjuk. Ennek a gyakorlatnak az eredménye az 1000 g alatti születési súllyal születettek életességének folyamatos javulása (1. táblázat). Ebben az igen sérülékeny populációban minden 30%-os túlélésjavulás, a csecsemőhalálozásban 1,5 ezrelékes csökkenést eredményez. A neonatológiában természetesen nagy figyelmet kell szánni az érett újszülöttek sorsának is, azonban ha jól működik az extrém éretlenek megmentése, gondozása, a felhalmozódó ismeretek az érettebb újszülöttek számára is kamatozik.

Az extrém kissúlyúak neonatalis ellátása az elmúlt években két területen javult jelentős mértékben. Az egyik az ellátórendszer szervezettsége. Létrejöttek azok a szülészeti központok, ahol tapasztalat halmozódhatott fel az extrém kissúlyúak megszületésével kapcsolatban, ide már in utero beszállításra kerülnek a veszélyeztetett kismamák, valamint a szülőszoba mellé, ugyanabban az épületben neonatalis intenzív egységek kerültek kialakításra, biztosítva a napi 24 órás szülőszobai és neonatalis intenzív ellátás folyamatosságát. Az in utero szállítás lehetővé teszi, hogy az édesanya az intenzív újszülött ellátás esetében is gyermekével együtt maradjon, ez a rendszer nem választja el a beteg gyermeket édesanyjától. Megvalósult az egész országra kiterjedő újszülött mentés, ami azokat a beteg újszülötteket szállítja, akik igénylik az intenzív újszül-

## 1. ÁBRA: HAZÁNK CSECSEMŐ- HALÁLOZÁSA



löttellátást, de a kismama nem juthatott, számos ok miatt, időben a perinatalis centrumba.

A másik, jelentős javulást mutató terület az egyetemi klinikákon, kórházakban működő neonatalis intenzív centrumok szakmai színvonala. A centrumok a kor legmodernebb terápiás eljárásait magas szakmai igényességgel alkalmazzák, az ország minden régiójában mind az extrém kisméretű gyermekeknek, mind a súlyosan beteg, érett újszülötteknek szinte egyforma esélyük van a túlélésre. Az akut betegségek ellátása azonos szakmai irányelvek alapján történik, minden centrum azonos indikációval használ surfactant szubsztitúciót, hasonló módon végez mechanikus lélegeztetést. Nagy figyelmet szentelnek a nyitott ductus arteriosus Botalli kezelésére, megszerveződött a sebészi lekötés rendszere. A központi idegrendszeri vérzések, perivenetricularis leukomaláciák prevenciója, kezelése még nincs megoldva, nemcsak hazánkban, hanem a fejlett országokban sem, aminek oka a betegség patomechanizmusának még számos tisztázatlan kérdésében rejlik. A nekrotizáló enterocolitis előfordulása csökken, hála a korai anyatejes táplálásnak és a szigorú infekciókontrollnak. Minden centrum törekszik a krónikus utóbetegségek követésére, koraszülött és újszülött rehabilitációs egységek kialakítására került sor. A bronchopulmonalis dysplasia, a retinopathia prematurorum, a központi idegrendszeri bénulások, az osteopenia, a szomatikus és mentális retardáció gyógyítása nem csupán a fekvőbeteg intézmény és utógondozói szakrendelések feladata, hanem interdiszciplináris tevékenység, amelyben részt vesz a családorvos, a rehabilitációs rendszer, a pedagógus és maga a család is. E rendszer megszervezése, ellenőrzése a neonatalis intenzív centrum feladata kell, hogy legyen, hiszen ő maga is sokat tanulhat belőle, mert csupán e rendszeren keresztül kap visszajelzést, mi lett a megmentett újszülöttek sorsa.

A szülészeti osztályokról történő korai

Születési súly	2005. év	2006. év
500 g alattiak	22%	30%
500 g–749 g	43%	46%
750 g–999 g	73%	80%

hazaadás nagyobb terhet ró az alapellátásra. A kórházak kevésbé fogják tudni követni az újszülöttek adaptációját, ott-hon zajlik majd a sárgaság megítélése, az anyagcsere-szűrővizsgálatok lebonyolításának jelentős része, a pozitív eredmények értékelése és a család tájékoztatása. Ha rövidül a kórházi adaptációs időszak követési periódusa, a bölcsőhalálra hajlamosító tényezők családi megbeszélése, a primer prevenció szintén családorvosi teendő lesz.

A neonatológus orvosok, intenzív nővérek, szakemberek áldozatos munkája segíti át a magyar neonatológiát számos nehézségén. Az intenzív centrumok infrastruktúrája, műszerezettsége fejlesztésre szorul ahhoz, hogy az európai színvonalhoz képest leszakadás ne következzen be. Mind orvos, mind szakdolgozói téren minden centrumban létszámot kellene növelni ahhoz, hogy kollégáink újra tudják tölteni magukat, mind szaktudással, mind testi- és lelki erővel, mert a halál közelében tevékenykedni mindennap óriási lelki megterheléssel jár.

A magyar gyermekorvosok, neonatológusok, rehabilitációs szakemberek és nővérek szakmai rendezvényeiken rendszeresen áttekintik a neonatológia aktuális kérdéseit, ajánlásokat fogalmaznak meg, amelyeket összefoglaló tanulmányokban, folyóiratokban közölnek. Így született ez a sorozat is, amelyet az újszülöttekkel foglalkozó alap, járó- és fekvőbeteg egészségügyi intézményekben dolgozó kollégáinknak jó szívvel ajánlunk. Reméljük, az intenzív ellátást igénylő magyar újszülöttek nemcsak nagyobb arányszámban élnek túl, hanem egyre többen élnek majd egészséges, krónikus utóbetegség nélküli életet.

**1. TÁBLÁZAT:  
1000 G SZÜLETÉSI SÚLY ALATT SZÜLETETT ÚJSZÜLÖTTEK HAZAADÁSI ARÁNYSZÁMA A NEONATALIS INTENZÍV CENTRUMOKBÓL**