

# Magyar Perinatológiai Társaság 8. Kongresszusa

Ramada Hotel & Resort Lake Balaton\*\*\*\* Balatonalmádi  
2009. szeptember (17. vezetőségi ülés) 18 - 19.



Kedves Kollégák!

Budapest 2009.

A tavalyi jól sikerült nemzetközi kongresszus után idén az a cél vezetett minket a kongresszus szervezésében, hogy részben a nemzetközi kitekintés hatására is, vizsgáljuk meg közös dolgainkat. A kongresszus témáit ezért igyekeztünk úgy megválasztani, hogy az mind a szülések mind a gyermekgyógyászok számára érdekesek legyenek, és a hazai viszonyokat járjuk körül. Az első témakör, amit megbeszélésre ajánlanánk a szűrővizsgálatok kérdése. Igazságügyi szakértői tevékenységünk során gyakran merül fel az a kérdés, hogy egy megtörtént szűrés pozitív eredményét követően nem volt elégséges a szülőnő, vagy az újszülött szüleinek a felvilágosítása, illetve nem történtek meg azok a lépések, amit a pozitív eredmény kívánt volna. Ilyen eset például az alacsonyabb AFP, vagy a leoltásból kitenyészett GBS. De sorolhatnánk tovább a kombinált tesztek eredményeinek az értékelhetőségét az áll pozitív és negatív eredmények problémakörét és az ultrahanggal kiszűrt, vagy ki nem szűrt rendellenességek kérdését. Akinek van ilyen esete, esetleg szakértőként került szembe ezzel a kérdéssel, kérjük, ossza meg velünk. A második témakör az örökké aktuális fertőzés kérdésköre, mely nap, mint nap aktuális, a postpartum időszakról kezdve a koraszülésekben betöltött szerepén át, az újszülött kori sepszis ellátásának és diagnosztikájának kérdéséig. A harmadik megbeszélésre ajánlott témakör az igen kissúlyú koraszülöttek örökké aktuális problematikája. Szülésvezetés, császármetszés, kezelés vagy nem kezelés, további életkilátások kérdése illetve a mesterséges terhességek kapcsolódása e betegségcsoporthoz mindannyiunk közös, megbeszélésre érdemes problémája. A tudományban való elmélyülés mellé szeretnénk egy kellemes őszi balatoni pihenést és felüdülést szerezni a résztvevőknek Balatonalmádiban a Ramada Hotel vendégszeretetével.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk, a rendező SE. II. sz. Szülészeti Klinika nevében

Dr. Nobilis András

A PIC vezetője

és

Prof. Dr. Pajor Attila

Klinikaigazgató



# Sponzoraink

Gyémánt szponzor

**Dräger Medical Kft.**

Arany szponzor

**Abbott Laboratories Magyarország Kft.**

**Torrex Chiesi Kft.**

**Med-Pro Hungary Kft.**

Amik Kft.

B.Braun Medical Kft.

Biotest Hungaria Kft.

Care Fusion

Cephalon Sp. .z.oo.

Conex Medical Equipment Kft.

Covidien ECE SRO

Duchmed Kft.

FMC Magyarország Kft.

Genzyme EU.B.V.

Hoge Orvosi Műszer Kft.

HS.medplan Kft.

Human Bioplazma Kft.

Medifair Kft.

Medico Uno Kft.

MEDICOR Elektronika Zrt.

Nestlé Hungaria Kft.

Milupa Kft.

Pfizer Kft.

SCA Hygiene Kft .

Trimus Kft.

ZÉ-MED Kft.

WIP Kft .

Almádi Yacht Club

Ramada Hotel & Resort Lake Balaton

## Szállás helyben, Ramada Hotel

1 ágyas elhelyezésnél	18.800.- Ft/fő/éj
2 ágyas elhelyezésnél	12.000.- Ft/fő/éj

Regisztrációs díj	<u>2009 aug. 15.-e előtti</u> jelentkezés esetén	<u>2009 aug. 15.-e utáni</u> jelentkezés esetén
Részvevők	24.000,- Ft	28.000,- Ft
Rezidens, nővér		
Orvostanhallgató, kísérő	19.000,- Ft	24.000,- Ft

*A részvételi díj egy személy részére tartalmazza az előadásokon, a szakmai kiállításon, a kávészüneteken, egy ebéden és a fogadáson való részvételt, valamint az írásos dokumentációt.*

Előadások, poszterek bejelentési határideje: 2009. május 31.

Projektor van, ha ettől eltérő igénye van, kérjük, jelezze.

### **Előadóink figyelmébe!**

Az előadások időtartama 8 perc, utána 2 perc van kérdésekre. Esetbemutatók időtartama 6 perc, szintén 1-2 perc áll rendelkezésre a kérdésekre. A poszterek bemutatására 2 perc 1-2 jellemző kép bemutatásában. A posztereket a megérkezést követően pénteken kérjük kihelyezni, hogy minél többen megtekinthessék, a poszterek megvitatására szombat reggel kerül sor.

**Szervező cég:**

New Instant Bt.

1013 Budapest Attila út 29. I. em.

Tel.: 06/1/225-0303, 225-0302, Fax.: 06/1/212-2232 E-mail: [newinst@newinstant.hu](mailto:newinst@newinstant.hu)

# A kongresszus programja

## Szeptember 17.

15 órától 18 óráig **vezetőségi ülés**, Hotel Ramada Panoráma terem

19 órától **vezetőségi vacsora**, Almádi Yacht Club

## Szeptember 18.

- 7:00-tól **Kiállítás**  
8:00-tól **Regisztráció**
- 9:30-10:30 **MEGNYITÓ**  
Elnökség: *Prof. Balla György, Prof. Tóth Zoltán, Prof. Pajor Attila*  
**Kisszel-Büky emlékérem átadása** Díjazottak: *Prof. Machay Tamás, Prof. Tóth Zoltán*  
**Prof. Machay Tamás: Emlékelőadás**  
**Prof. Tóth Zoltán: Ultrahang szűrővizsgálat jelentősége**
- 10:30-11:00 *kávészünet*
- 11:00-13:00 **FELKÉRT ELŐADÁSOK**  
Üléselnökök: *Prof. Machay Tamás, Prof. Tóth Zoltán*  
**Mészáros Gyula:** Bakteriális vaginosis és terhesség (30 perc)  
**Veszprémi Béla:** Kötelező és választható szűrővizsgálatok terhesség alatt (30 perc)  
**Melczer Zsolt:** Koraszülés és infekciók kapcsolata (30 perc)  
**Prof. Paulin Ferenc:** Stratégia kissúlyú koraszülöttek számának csökkentésére (30 perc)
- 13:00-14:00 *ebédszünet*
- 14:00-15:30 **FELKÉRT ELŐADÁSOK**  
Üléselnökök: *Prof. Ertl Tibor, Prof. Paulin Ferenc*  
**Prof. Vassilios, Fanos:** Antibiotics in the newborn (30 perc)  
**Prof. Hajdú Júlia:** Magzati bradycardia perinatológiai jelentősége (30 perc)  
**Prof. Bell, Edward:** Blood Transfusion for the Preterm Baby - When and Whether (30 perc)
- 15:30-16:00 *kávészünet*  
*A kávészünetben a CareFusion bemutatkozik*
- 16:00-16:30 **RSV FERTŐZÉS MINDENNAPI GYAKORLATA (Abbott Symposium)**  
Üléselnök: *Prof. Balla György*  
**Szabó Miklós:**  
Csecsemőkori RSV fertőzések epidemiológiai jellegzetességei Magyarországon  
**Nobilis András:**  
A Synagis oltás első évének gyakorlati tapasztalatai és a következő szezon lehetőségei

16:30-18:30 Üléselnök: *Prof. Katona Márta, Prof. Pajor Attila*

1. **Szarka A., Gerlei Zs., Kóbor L., Molvarec A., Garamvölgyi Z., Rigó J.Jr.:**  
Májtranszplantációt követően fogant terhességek esetismertetése
2. **Karimov A.H., Fattahova M.A.:**  
Efficiency of Sertocanazol (ZALAIN) at the local treatment vulvovaginal candidiasis at pregnant women with fetoplacental insufficiency
3. **Papitashvili A.:**  
Antenatal ultrasound diagnosis of viral infection
4. **Jávorszky E., Takáts Z.:**  
Kibővített újszülöttkori anyagcsere rendellenesség szűrés Magyarországon (20 perc)
5. **Murlasits H.:**  
Volumetric capnography as lung recruitment maneuver
6. **Novák T., Radnay M., Orbán E., Nagy E., Eller J., Gorzó I., Pál A.:**  
Koraszülés és periodontitis közötti összefüggések tanulmányozása a Dél-magyarországi régióban
7. **Joó J. G., Csatlós É., Rigó J. Jr.:**  
Magzati intracranialis cysta vizsgálata a terhesség 35. hetében mágneses rezonancia technikával
8. **Hatmath Á., Pete B., Jeager J., Sógorka I., Szalóczy B., Varga P., Rigó J.Jr., Hajdú J.:**  
Az incurabilis hosszú távú kezelést igénylő esetek perinatalis ellátása
9. **Kőrösy Sz., Preszenszky Sz., Hajdú E., Bakki J., Katona M., Pál A., Orvos H.:**  
Igazolt újszülöttkori Streptococcus agalactiae fertőzésszűrés hatékonysága
10. **Papp É., Szabó J., Keresztúri A., Pál Z., Sikovanyecz J., Pál A.:**  
Izoláltan előforduló plexus chorioideus cysta jelentősége magzati kromoszóma rendellenességek felismerésében
11. **Gergely Farnos Z.:**  
NAVA, neurálican szabályozott lélegeztetési támogatás

20:00

**Fogadás**

(A fogadás műsorát a Trimus Kft. támogatja)

## Szeptember 19.

8:30-9:00

**POSZTEREK**

Üléselnök: *Adamovich Károly, Nobilis András*

12. **Flach E., Vámos E., Klivényi P., Vida G., Zádori D., Vécsei L., Ertl T.:**  
Újszülöttek köldök artériájában és vénájában mért kynurensav koncentráció értékek
13. **Zátanyi A., Halics É., Takács T.:**  
Koraszülöttek neurológiai és pszichiátriai követése a gyulai gyermekosztályon
14. **Abdulrahman A., Máté Cs., Sipos P.:**  
Légzési elégtelenséget okozó veleszületett endokrinológiai kórkép
15. **Horváth A., Jeager J., Harmath Á., Hajdú J., Görbe É., Rigó J.:**  
Townes-Brocks szindrómában szenvedő újszülött esetismertetése

16. **Katona M., Máder K., Kiss J., Maróti Á., Turi S.:**  
A monitorizálás fejlődése az újszülött intenzív ellátásban: infravörös közeli spectroscopia
17. **Kiss J.,:**  
Rekeszsérves beteg ellátása kapcsán észlelt szövődmények
18. **Pete B., Harmath Á., Szalóczi B., Varga P., Hajdú J.:**  
Congenitalis hydrothorax kezelése és kimenetele- 4 év tapasztalatai
19. **Varga P., Harmath Á., Pete B., Szalóczi B., Berecz B., Hajdú J., Rigó J. Jr.:**  
Extrém kis súlyú, 500 gramm alatti születési súlyú koraszülöttek prognózisa
20. **Vida G., Veszprémi B., Vízer M., Arany A., Sárkány I. Funke S., Gyarmati J., Flach E., Ertl T.:**  
A non immun hydrops áttekintése egy esetünk kapcsán
21. **Tenk Tamás, Soós Hajnalka, Mátay Lilla, Szabó Éva**  
Diabeteses anyák újszülötteinek ellátása osztályunkon
22. **Sára Levente, Pajor Attila**  
Terhesség alatti diabetes telemedicinális gondozása, Protokoll

9:00-11:00 Üléselnök: *Adamovich Károly, Dicső Ferenc*

23. **Sárközy G., Lakatos P.: Surfactans:**  
Új kezelési lehetőségek (nemzetközi ajánlások, hazai perspektívák)
24. **Kovács T., Mogyorósy G., Balla Gy.:**  
Vitiumok vezető tüneteit és a tünetképződés időpontja klinikánk öt éves anyagába, avagy szükséges-e pulzoximéterrel szűrünk újszülöttkorban
25. **Kovács T., Bérces M., Horváth Zs., Katona N., Kovács J., Kovács p.b., Polonkai E., Riszter M., Sveda B., Balla Gy.:**  
Agyi perfúzió és szöveti oxigenizáció vizsgálata ductus arteriosus ligatura során extrém kisméretű koraszülöttnél
26. **Jávorszky E., Bokk Á.:**  
Egy kezelhető ritka anyagcsere betegség új hazai diagnosztikus lehetősége
27. **Luczay A.:**  
Új eredmények az SGA növekedési hormonkezelésben
28. **Szűcs I., Váradi K., Székelyi Zs., Papp J., Vichor D., Megyeri T., Fejes M., Várfalvi K., Szűts Á.:**  
Intrauterin fertőzések diagnosztikus korlátai
29. **Leenhoven T.:**  
Ventilator tools to reduce Retinopathy (ROP)
30. **Riszter M., Bérces M., Horváth Zs., Katona N., Kovács J., Kovács P.B., Kovács T., Polonkai E., Sveda B., Balla Gy.:**  
A retinopathia prematurorum (ROP) előfordulása és kialakulásában közrejátszó tényezők felmérése osztályunkon
31. **Takács L., Szász M., Gaál V., Adamovich Károly.:**  
Koraszülött retinopathia: incidencia, klinikum
32. **Beke A.:**  
Az igen kisméretű koraszülöttek fejlődésének nyomonkövetése
33. **Nobilis A., Takáts Á.:**  
Egy fül rövid története

34. **Ferenczy M.:**

Intenzív osztályon ápolts újszülöttek és koraszülöttek nosocomialis  
infectioja ápolói szemmel

11:00-11:30 *kávészünet*

11:30-14:00 **Üléselnök: Alexy Miklós, Gárdos László**

35. **Berdó É., Nagypéter R., Ragó M., Nagy A., Pataki A., Bognár L.:**

Tehermentesítő ventriculo-subgallealis shunt három betegünk kapcsán

36. **Dicső F., Marián E., Major Gy.:**

Óriás bullás pulmpnális intersticiális emphysema kezelésének lehetősége

37. **Máder K., Katona M., Kiss J., Kulka E., Tornyos Sz.:**

Terápiás mellkasi műtét bronchopulmonális dysplasiában? Concenitalis lobaris  
emphysemás esetünk bemutatása

38. **Varga A., Alexy M., Davidovics S., Garab E., Gyűrűs P., Ruzsinkó V.:**

Újszülöttkori bélmotilitási zavarok

39. **Alexy M., Szőnyi L., Hans M.:**

A diagnózis, mint olyan...

40. **Németh A., Alexy M., Simon E.:**

Egy ritka fejlődési rendellenesség: Acro-renális szindróma

41. **Maróti Á., Gellén B., Papp F., Kiss J., Máder K., Katona M.:**

Viktor vagy Viktória?

42. **Szabó K., Marián E., Dicső F., Papp I.Gy:**

Újszülöttkori thromboembolia-diagnosztikája, terápiás lehetőségek és tanulságai

43. **Vichor D., Bajusz I., Poremba B., Székelyi Zs., Váradi K., Szűcs I., Papp J.,  
Kelen M., Megyeri T., Várfalvi K., Szűts Á.:**

Peritoneális dialízis során szerzett tapasztalataink az elmúlt 5 évben

44. **Sógorka I.:**

A kábítószer-használó várandós nők szociális problémáinak kezelése  
a kórházi szociális munka során

45. **Monostori D., Máder K.:**

"A titkok előttünk zajlanak" A gyász útjának nehézségei, ikergyermekeknél  
bekövetkező veszteség

46. **Polonkai E., Bérces M., Kovács T., Kovács P.B., Katona N., Horváth Zs.,  
Riszter M., Sveda B., Kovács J., Balla Gy.:**

A koraszülöttek szocializálódása és a szülői megelégedettség mérése  
kérdőíves felmérés alapján

14:00

*Ebéd*

Minden kedves vendégünknek kellemes és hasznos időtöltést kíván a szervezőbizottság!



## ÓRIÁS BULLÁS PULMONALIS INTERSTICIÁLIS EMPHYSEMA KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGE

Dicső Ferenc, Marián Erzsébet, Major György

Jósa András Okatató Kórház Gyermekosztály, Nyíregyháza

A szerzők 26. gestatio héten 880 gramm testtömeeggel született koraszülöttnél kialakult jobboldali keringési és légzési elégtelenséget okozó konvencionális kezelésre nem javuló óriás bullás pulmonalis intersticiális emphysema sikeres kezeléséről számolnak be. A kezelés lényege: jobb oldali főhörgő ballon katéteres elzárása és a baloldali tüdő szelektív ventilációja.

## INTENZÍV OSZTÁLYON ÁPOLT ÚJSZÜLÖTTÉK ÉS KORASZÜLÖTTÉK NOSOCOMIÁLIS INFEKCIÓJA ÁPOLÓI SZEMMEL

Ferenczy Mónika

### NOSOCOMIÁLIS INFEKCIÓ FOGALMA

### NEONATALIS NOSOCOMIÁLIS INFEKCIÓT OKOZÓ KÓROKOZÓK TÖRTÉNELMI ÁTTEKINTÉSE

ESBL termelő mikrobák jellemzői

Speciális rizikófaktorok

ESBL TERMELŐ GRAM-NEGATÍV TÖRZSEK OKOZHATNAK

TÖRTÉNELMI ÁTTEKINTÉS

MEGELŐZÉS

Nosocomialis fertőzések felosztása

FERTŐZÉST TERJESZTŐ TÉNYEZŐK I. BŐR

FERTŐZÉST TERJESZTŐ TÉNYEZŐK II. LEVEGŐ

FERTŐZÉST TERJESZTŐ TÉNYEZŐK III. VÍZ

FERTŐZÉST TERJESZTŐ TÉNYEZŐK IV. ORVOSI MŰSZEREK, GÉPEK, KÉSZÜLÉKEK

FERTŐZÉST TERJESZTŐ TÉNYEZŐK V.

Nosocomialis infekcióra hajlamosító tényezők

INTRAVASCULARIS KATHETEREK ALKALMAZÁSÁVAL KAPCSOLATOS SYSTEMÁS FERTŐZÉSEK

KÓROKOZÓI INTENZÍV ÚJSZÜLÖTT OSZTÁLYOKON

NEONATALIS SEPSIS

NEONATALIS SEPSIS KLINIKAI TÜNETEI I.

NEONATALIS SEPSIS KLINIKAI TÜNETEI II.

SEPSIS DIAGNÓZISA

SEPSIS TERÁPIÁJA I.

SEPSIS TERÁPIÁJA II.

PREVENCIÓ I.

PREVENCIÓ II.

BETEGLÉTSZÁM ALAKULÁSA OSZTÁLYUNKON (2004-2008)

Bejelentett nosocomialis infekciók osztályunkon (2004-2008)

Rövid esetismertetés

## NAVA, NEURÁLISAN SZABÁLYOZOTT LÉLEGEZTETÉSI TÁMOGATÁS

Gergely Farnos Zoltán

Maquet

(összefoglaló nem érkezett)

### A MAGZATI BRADYCARDIA - MINT RITMUSZAVAR - KÓROKAI, DIAGNÓZISA ÉS SZÜLETÉS KÖRÜLI ELLÁTÁSA

**Prof. Hajdú Júlia, Pete Barbara, Harmath Ágnes, Prof. Rigó János Jr.**

*Semmelweis Egyetem, Budapest Általános Orvostudományi Kar I.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika  
1088 Baross utca 27. Igazgató: Dr. Rigó János, egyetemi tanár*

A terhességek 2%-ában fordul elő magzati ritmuszavar, melyet általában a 20. terhességi hét után észlelünk. A tartós magzati bradycardia különösen nagy fontossággal bír, mert kórokának tisztázása a magzat sorsát meghatározza. Négy módszer áll jelenleg rendelkezésünkre, melyek segítségével a magzati ritmuszavarokat vizsgálhatjuk: scalp elektródák segítségével electrocardiographiás felvétel, magnetocardiographia, magzati electrocardiographiás felvétel az anyai hasfalon keresztül és a magzati echocardiographia (M-mode, pulsatilis-Doppler, Tissue-Doppler). A magzati electrocardiographia kivitelezése nehézkes és sok esetben nem lehetséges. A magzati szív elektromos aktivitására a mechanikus történésekből következtethetünk, ezt az elvet alkalmazzuk a Doppler módszer során, mely a legjobban használhatónak bizonyult a magzati pitvar-kamrai átvezetési idő meghatározásában. Amennyiben a Doppler módszerrel mért mechanikus, vagy az ECG segítségével mért elektromos PR távolság a 150 ms-ot bármely terhességi korban meghaladja, azonnali kivizsgálás indokolt anyai anti-Ro/anti-La antitestek irányában és szoros nyomon követés a komplex ritmuszavarok kizárására. Az anyai anti SSA-Ro/anti SSB-Lo antitest pozitívitás miatt kialakuló magzati bradycardia, pitvar-kamrai disszociáció transplacentaris kezelése hatásos lehet, de csak megfelelő indikációk alapján javasolt, tekintettel a gyógyszerek lehetséges mellékhatásaira. Megfelelő módon alkalmazva a dexamethason, betamethason, sympathomimetikumok, intravénás immunglobulin nagy betegszámon vizsgálva hatékonyak bizonyult. A megfelelő diagnózis és kezelés biztosíthatja a súlyos bradycardia miatt érintett betegek túlélésének és életminőségének javulását. A referátum áttekinti a jelenleg ajánlott kivizsgálási protokollokat és kezelési javaslatokat.

## AZ INCURABILIS, HOSSZÚTÁVÚ KEZELÉST IGÉNYLŐ ESETEK PERINATALIS ELLÁTÁSA

Harmath Ágnes, Pete Barbara, Jeager Judit, Sógorka Ildikó, Szalóczy Beáta, Varga Péter, Rigó János Jr., Hajdú Júlia

*Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatalis Intenzív Osztály, Budapest*

**Célkitűzés:** A szülői döntés következtében vagy a késői felismerés miatt incurabilis, a perinatalis időszak esetleges túlélése esetén rossz életkilátásokat és életminőséget jelentő betegséggel született újszülöttek adatainak ismertetése és a krónikus intenzív ellátás problémáinak elemzése.

**Betegek és módszer:** A retrospektív vizsgálat során a Semmelweis Egyetem I.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatalis Intenzív Osztályán 2007. július 01. és 2009. április 30. közötti időszakban ápolott betegek közül a praenatalisan felismert súlyos rendellenességgel született öt koraszülött és két újszülött adatai kerültek feldolgozásra.

**Eredmények:** Az öt fiú és két leány kora- és újszülött átlagosan a 33. terhességi héten (28-38. terhességi hét), három esetben per vias naturales, négy esetben császármetszéssel született. Átlagos születési súlyuk 1580 gramm (720-3170 gramm), átlagos ápolási idejük az osztályon 31 nap (6-75 nap) volt.

A súlyos, komplex fejlődési rendellenesség a feldozott esetek mindegyikében a 18-29. terhességi hét között felismerésre került. A prae- vagy postnatalisan elvégzett kromoszóma vizsgálat során egy esetben Patau-szindróma négy esetben Edwards-szindróma igazolódott. A 20. terhességi hét előtt felismert három esetben szülők a genetikai vizsgálatot nem kérték. Egy esetben az ismert 18-as triszómia és perinatalis időszakban sebészeti ellátást igénylő eltérés ellenére a szülők a terhesség továbbviselése mellett döntöttek. Öt esetből négy betegnél az életkilátásokat a kromoszóma rendellenesség mellett komplex szívfejlődési rendellenesség is befolyásolta.

A két kromoszóma eltérés nélküli esetben központi idegrendszeri rendellenesség igazolódott praenatalisan. A perinatalis időszakban shunt műtétre egy esetben került sor.

Hét beteg közül hatan meghaltak. Egy központi idegrendszeri rendellenességgel született koraszülött él.

**Következtetés:** Az incurabilis, krónikus intenzív ellátást igénylő betegek ápolása az ellátó intézetet érintő közvetlenül kiszámítható gazdasági vonzata mellett, jelentős pszichés megterhelést jelent az ellátásban érintett kollégáknak. Az esetek felhívják a figyelmet a krónikus intenzív ellátást megoldatlan problémájára.

## KIBŐVÍTETT ÚJSZÜLÖTTKORI ANYAGCSERE RENDELLENESSÉG SZŰRÉS MAGYARORSZÁGON

Jávorszky Eszter, Takáts Zoltán

SE I.sz. Gyermekklinika

A veleszületett anyagcsere rendellenességek újszülöttkori szűrése több mint 30 éves múltra tekint vissza Magyarországon. A szűrés eleinte csak a fenilketonuriára irányult, azonban ez az évek során kibővült a galaktozémia, a biotinidáz defektus valamint a hypothyreózis szűréseivel. 2007-től került bevezetésre hazánkban a tömegspektrometriás alapú szűrés, amely további 21 rendellenesség szűrését tette lehetővé. A kibővített szűrés szükségessé tette a további diagnosztikai vizsgálatok bevezetését is, ugyanis a szűrésre használt módszer számos esetben nem szolgáltat elégséges információt a pontos diagnózis felállításához. Így került bevezetésre a biológiai fluidumok kis molekulatömegű metabolitprofiljának meghatározására szolgáló gázkromatográfiás-tömegspektrometriás módszer, a folyadékromatográfiával kapcsolt tömegspektrometrián alapuló kvantitatív aminosav meghatározás, a szukcinil-aceton közvetlen tömegspektrometriás meghatározása a szűrőpapírba beszárított vércseppből és még számos más, Magyarországon újnak számító módszer. Az előadás során bemutatjuk a teljes szűrési sémát, a populációs szűrőmódszerektől a genetikai diagnosztikáig.

Az újfajta diagnosztikai módszerek révén nyert klinikai kémiai információ értelmezése azonban számos nehézséggel járhat, így a leletek értelmezése nem egyszerű. Előadásunk során ebben a tekintetben is szeretnénk segítséget nyújtani a szakmai közösségnek, mind a gyakrabban meghatározott klinikai kémiai paraméterek értelmezését illetően, mind pedig a szükséges információ elérhetőségét illetően.

A kibővített szűrőprogram bevezetésével együtt újfajta informatikai rendszert is kifejlesztettünk, amely biztosítja a zökkenőmentes adatkezelést és lehetőséget biztosít a leletek gyors megtekintésére az adatbiztonsági szempontok maximális figyelembevételével. Előadásunk során bemutatjuk a Budapesti Szűrőközpontban működő informatikai rendszert, különös tekintettel a következő félév során bevezetésre kerülő beküldő intézmények által használt internet alapú adatbeviteli és leletlekérdezési felületekre.

## EGY KEZELHETŐ RITKA ANYAGCSERE BETEGSÉG ÚJ HAZAI DIAGNOSZTIKUS LEHETŐSÉGE

Jávorszky Eszter - Bokk Ágota

(összefoglaló nem érkezett)

## MAGZATI INTRACRANIÁLIS CYSTA VIZSGÁLATA A TERHESSÉG 35. HETÉBEN MÁGNESES REZONANCIA TECHNIKÁVAL

Joó József Gábor, Csatlós Éva, Rigó János Jr.

*Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika*

Az arachnoidealis cysták olyan jóindulatú elváltozások, melyek a magzati korban előforduló intracraniális elváltozásoknak kb. 1%-át teszik ki. A társuló tünetek jellege és súlyossága a cysta elhelyezkedésétől és méretétől függ. A diagnosztikájában az ultrahang-technika alapvető jelentőségű, manapság azonban egyre gyakrabban jelenik meg a mágneses rezonancia vizsgálat mint a kórismezés fontos kiegészítő eszköze. Esete tanulmányunkban egy magzati intracraniális cysta 35. terhességi héten történő kórismézése, illetve a postnatalis therápia megválasztása kapcsán igyekszik megvilágítani a mágneses rezonancia technikai jelentőségét a magzati központi idegrendszeri malformációinak vizsgálatában.

## EFFICIENCY OF SERTOCONAZOL (ZALAIN) AT THE LOCAL TREATMENT VULVOVAGINAL CANDIDIASIS AT PREGNANT WOMEN WITH FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY

Karimov A.H., Fattahova M. A.

*The Tashkent medical academy, Uzbekistan*

*Obstetrics and gynecology Department for training of doctors of the general practice*

At 32 pregnant women with fetoplacental insufficiency and accompanying acute vulvovaginal candidiasis (VVC) were been investigated by randomized study of efficiency of antifungal treatment by Zalain, manufactured by Laboratoire Theramex (Monaco) and marketed by EGIS company (Hungary). Active substance of Zalain is sertaconazol 300 mg.

Zalain applied intravaginal one time in the second and third trimester. Average age of pregnant women has made 25+2,1 years. Symptoms of VVC of pregnant women were the following: plentiful allocation, edema of vaginal mucous, characteristic leucorrhoea. Bacteriological analysis at patients with VVC have shown, that Candida fungus have been found out in all pregnant women before treatment in titer above 5-6 GFU/ML.

At all pregnant women there has come recover, absence of symptoms and mycology sanitation was observed at 28 pregnant (87,5 %) after one time application of Zalain.

Efficiency of Zalain holds during long time.

High efficiency, good tolerance, safety, and also convenience of Zalain application do its irreplaceable among antifungal products at pregnant women.

## AGYI PERFÚZIÓ ÉS SZÖVETI OXIGENIZÁCIÓ VIZSGÁLATA DUCTUS ARTERIOSUS LIGATURA SORÁN EXTRÉM KISSÚLYÚ KORASZÜLÖTTEKBEN

Kovács T., Bérces M., Horváth Zs., Katona N., Kovács J., Kovács P.B., Polonkai E., Riszter M., Sveda B., Balla Gy.

*DE OEC, Gyermekgyógyászati Intézet, Neonatológiai Tanszék*

A nyitott ductus arteriosus kóroki szerepe az extrém kissúlyú újszülöttek agykárosodásában egyértelműnek látszik. A ductus arteriosus ligatúrája során a ductuson áramló vérmennyiség hirtelen változásain kívül több tényező is jelenthet kockázatot az agyi perfúzió, oxigenizáció szempontjából, mint például  $pCO_2$ ,  $pO_2$ , hőmérsékletváltozások, hypotensio. A "Near infrared" spektroszkópia (NIRS) lehetőséget nyújt az agyi oxigenizáció és perfúzió változásainak non-invazív követésére. A mért értékeket alapvetően az artériás oxigén kínálat és az agyi szöveti oxigén - konzumpció kritikus egyensúlya határozza meg.

A DE OEC, Neonatológiai Tanszéken kezelt, ductus ligatúrán átesett extrém kissúlyú újszülöttek esetében a műtét során végzett NIRS vizsgálataink kezdeti eredményeiről számolunk be. Eddig öt gyermek esetében alkalmaztuk a vizsgálatot, mértük az összhemoglobint (cHb), redukált hemoglobint (HHb), oxihemoglobint ( $O_2Hb$ ), szöveti oxigenizációs index (THI), és szöveti hemoglobint index (nTHI) változások mellett a vérnyomás és transzkután  $O_2$  szaturáció változásokat. A beavatkozás során az agyi perfúzió szignifikánsan emelkedik, de a műtét végére visszatér a kiindulási értékre. A cHb görbe együtt változik a HHb görbével, a háttérben vénás elfolyási nehezítettség, illetve magas  $pCO_2$  eredményezte vazodilatáció állhat. A ligatura felhelyezésének időpontjában a szisztémás tensio szignifikánsan emelkedik. A vérnyomás önmagában nem mutat szoros összefüggést az agyi szöveti oxigenizációval. Az észlelt eltérések jelentősége ebben a betegcsoportban, ennél a műtéti típusnál még nem ismert.

## VITIUMOK VEZETŐ TÜNETEI ÉS A TÜNETKÉPZÉS IDŐPONTJA KLINIKÁNK ÖT ÉVES ANYAGÁBAN, AVAGY SZÜKSÉGES-E PULZOXIMÉTERREL SZŰRNÜNK ÚJSZÜLÖTTKORBAN

Kovács Tamás, Mogyorósy Gábor, Balla György

*DE OEC, Gyermekgyógyászati Intézet*

A kardiológiai vizsgálatra szoruló gyermekek kiválasztása az általános gyermekorvosok feladata. Ideális esetben olyan előszűrésnek kell történnie, amelynek eredményeképpen a lehető legkisebb kardiológiai kapacitást elegendő és nem marad felismeretlenül vitium.

A DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet öt éves beteganyagára alapján választ kerestünk arra, hogy a szignifikáns vitiumok milyen vezető tünetekkel jártak, illetve mi volt a tünetképzés időpontja.

Klinikánkon öt év alatt 152 gyermek esetében diagnosztizáltunk súlyos vitiumot. A leggyakoribb tünet a szívzöreje volt (N=88, 58%), de a cyanosis (N=27, 18%) és a keringési elégtelenség valamely tünete (22 esetben - 15%) is gyakran fordult elő. Ezek mellett renyhe femoralis pulzus, hypertonia, társuló fejlődési rendellenesség miatti szűrővizsgálat volt még a kardiológiai vizsgálat indoka. 14 esetben (9%) in utero diagnosztizálták a vitiumot. A diagnózis felállítására 107 (70%) gyermek esetében két hetes életkor előtt sor került. Egy éves kor után mindössze 8 esetben (5%) derült fény vitiumra.

Adataink alapján megállapíthatjuk, hogy ellátási területünkön a szignifikáns vitiumok döntő többsége újszülött korban kerül diagnosztizálásra. A diagnózis felállításának viszonylag korai időpontját és a szívzöreje, mint vezető tünet nagy számát a relative jó kardiológiai hozzáférhetőség és a neonatológusok körében elindított belső echocardiographiás képzés magyarázza. A vitium gyanújának felvetését a megfelelő időpontban, megfelelő végtagon alkalmazott és helyesen értékelt pulzoximetria is segítheti. Ennek alkalmazása költség/haszon kérdés is, azonban a legtöbb helyen mindössze a már rendelkezésre álló berendezés ilyen célból történő használatára lenne szükség.

## IGAZOLT ÚJSZÜLÖTTKORI STREPTOCOCCUS AGALACTIAE FERTŐZÉSSZŰRÉS HATÉKONYSÁGA

Kőrösi Szilvia<sup>1</sup>, Presenszky Szilvia<sup>1</sup>, Hajdú Edit<sup>2</sup>, Bakki Judit<sup>1</sup>, Katona Márta<sup>3</sup>, Pál Attila<sup>1</sup>,  
Orvos Hajnalka<sup>1</sup>,

1. SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

2. SZTE Klinikai Mikrobiológiai és Diagnosztikai Intézet

3. SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

(összefoglaló nem érkezett)

## VENTILATOR TOOLS TO REDUCE RETINOPATHY (ROP)

Tom Leenhoven

(összefoglaló nem érkezett)

## ÚJ EREDMÉNYEK AZ SGA NÖVEKEDÉSI HORMON KEZELÉSÉBEN

Luczay Andrea

(összefoglaló nem érkezett)

## VIKTOR VAGY VIKTÓRIA?

ESETISMERTETÉS

Maróti Ágnes, Gellén Balázs, Papp Ferenc, Kiss Judit, Máder Krisztina, Katona Márta

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Koraszülött Intenzív Osztály, Szeged

Poszterünkön egy külső nemi szervek fejlődési rendellenességével született újszülött esetét, a felmerülő diagnosztikus nehézségeket és terápiás lehetőségeket szeretnénk részletezni.

Az érett, nagysúlyú az édesanya első, zavartalan terhességéből született. Klinikánkra multiplex fejlődési rendellenesség, mérsékelt extra oxigén igény miatt került felvételre. Számos minor anomáliát észleltünk: microcephalia, facialis dysmorphia, enyhén mongoloid szemrész, micrognathia. Mind a 4 végtagon polydactylia, illetve mindkét lábon syndactylia (II-III), a tenyereken 4 ujjas barázda, közepesen széles lágyszájpad hasadék, illetve a külső nemi szervek fejlődési rendellenessége (nagyajkak szerű hasadt scrotum, cilitorishoz hasonló micropenis, az inguinalis csatornában heréknek imponáló képletek). Kardiológiai vizsgálat során valvuláris aorta stenosis és secundum típusú pitvari septum defektus igazolódott.

A külső nemi szervek morfológiai képe alapján az újszülöttet leánynak vélelmezték. Az újszülött genetikai neme fiú, normál 46 XY karyotypus.

A külső genitalia fejlődési rendellenessége súlyos hypospadiasisnak felel meg. A jellegzetes klinikai stigmák, valamint a laboratóriumi vizsgálatok, alacsony szérumszint alapján Smith - Lemli - Optiz szindróma gyanúja merült fel. A 7-dehidrokoleszterin laboratóriumi meghatározása extrém magas értéket adott, ami Smith - Lemli - Optiz szindróma fennállását megerősítette.

## TERÁPIÁS MELLKASI MŰTÉT BRONCHOPULMONÁLIS DYSPLASIÁBAN?

### CONGENITÁLIS LOBARIS EMPHYSEMÁS ESETÜNK BEMUTATÁSA

Máder K, Katona M., Kiss J., Kulka E., Tornyos Sz.

SZTE Gyermekklinika PIC. Szeged

A congenitális lobaris emphysema (CLE) a tüdőt érintő fejlődési rendellenességek

Egy ritkább formája. Születéskor csak az esetek 30%-ban okoz tüneteket, de többségében 6 hónapos életkor előtt manifesztálódik. Újszülöttkori tünete a fokozódó respirációs distress, későbbi életkorban visszatérő alsó légúti fertőzések hívják fel rá a figyelmet. Diagnózisához legnagyobb segítség a mellkas röntgen vizsgálat nyújt, amelyen az érintett lebenyek megfelelően felfújtság, míg a többi lebeny atelectasiás fedettsége észlelhető.

Előadásunkban a CLE miatt 2.5 hónapos életkorban mellkas-műtéten átesett kissúlyú betegünk kórtörténetét szeretnénk bemutatni. A koraszülött a mater in vitro fertilisatio útján fogant terhességéből a 37. gestatis hétre 1320 g születési súllyal, acut magzati distress miatt sectio casareaval született. Terhességi anamnézisben anyai hüvelyváladék E. coli pozitivitás, gestatis diabetes szerepelt. Osztályunkra érkezésekor nagyfrekvenciás lélegeztetést kezdtünk, a mellkas röntgenen látott III. stádiumú respirációs distress szindrómának megfelelően surfactantot adtunk, amelyet a későbbiekben még egyszer ismételtünk, azonban oxigénigénye nem csökkent. Az infekció és distress talaján kialakult persistáló pulmonális hypertonia miatt először magnézium-szulfát infúziót, majd inhalációs nitrogén-monoxid terápiát alkalmaztunk. A kezelés hatására 10 nap után extubálni tudtuk, de a 18. életnapon infekciós tünetek miatt ismét gépre került. Mellkasröntgen ekkor a látott kép alapján (jobb alsó lebeny felfújtsága mellett a jobb tüdő többi része és a bal tüdő fedettsége) bronchopulmonális dysplasiát (BPD), és pneumóniát véleményezett. ABPD fokozatosan súlyosbodó fizikális és radiológiai jelei alapján komplex terápiát indítottunk. Átmeneti javulás után a 40. életnapon jobb oldali pneumothorax lépett fel, mely miatt mellkas szírást és 6 napon át ismét nagyfrekvenciás lélegeztetést igényelt. Átmeneti javulást, két hetes nasalis CPAP kezelést követően a 68. életnapon ismét gépi lélegeztetést igénylő infekciós állapotromlás jelentkezett. A mellkas röntgen felvetette a CLE lehetőségét, amelyet a néhány nappal későbbi CT vizsgálat megerősített. A korábbi radiológiai vizsgálatok, a Doppler-echocardiographia, valamint a klinikai kép alapján, gyermeksebészeti konzíliumot követően 2.5 hónapos életkorban mellkasi műtét történt. Ennek során kifejezett felfújtságot mutató jobb középső és alsó lebenyt távolítottunk el. A kórszöveti vizsgálat a CLE-et igazolta. A műtétet követően 10. napon extubáltuk a beteget, extra oxigénigénye 2 nappal később szűnt meg. Tüneti terápia alkalmazása mellett 3 héttel a műtét után hazaadtuk.

Az eset bemutatásával a kezdetben csak BPD-nek megfelelő tünetek mellett fokozatosan

Kialakuló, egyértelmű diagnózist mégsem nyújtó radiológiai kép alapján felmerült dilemmáinkat, valamint azt a tanulságot szeretnénk megosztani, amelyet a magas kockázata miatt nehéz döntést követően elvégzett mellkasi műtét eredményessége adott számunkra.

## "A TITKOK ELŐTTÜNK ZAJLANAK"

### A GYÁSZ ÚTJÁNAK NEHÉZSÉGEI, IKERGYERMEKEKNÉL BEKÖVETKEZŐ VESZTESÉG Monostori Dóra, Máder Krisztina

Szeged, NIC,

A veszteség feldolgozása sajnos még napjainkban is a tabu témák közé sorolódnak. A NIC-ben dolgozó szakemberek tudják, és látják, hogy nagyon sok család milyen nagy lelki terheket hordoz, de csekélynek tűnnek a lehetőségek a segítségnyújtásban. Az előadásomban ismertetni szeretném azon interjúk eredményeit, melyeket olyan szülőkkel vettem fel, akik ikergyermekük közül elvesztették az egyiket. Látszólag azt feltételezhetnénk, hogy talán könnyebb lehet nekik a veszteség feldolgozása, mint azoknak a szülőknek, akik egyetlen gyermeküket veszítik el. A szakirodalom és a saját tapasztalataim azonban azt bizonyítják, hogy nem, hogy könnyebb lenne, hanem nehezebbé válik a gyászolás útja. Lélektanilag egy olyan ambivalens helyzet teremtődik, amiben az állandó vívódás, gyötrődés válik központi élménnyé, avagy a szülő örüljön és örülhet-e az életben maradó gyermekének, vagy sirassa el az elhunyt gyermekét. A professzionális támogatási lehetőségnek nincs széles palettája hazánkban, hiszen nem egy patológias folyamat zajlik le, és mégis azt gondolom, hogy a lelki támogató védőhálót meg kellene szövegetnünk...

Ezen folyamat értelmezéséhez és a segítségnyújtás lehetőségeinek kibővítéséhez szeretnénk javaslatokat tenni.

## VOLUMETRIC CAPNOGRAPHY AS LUNG RECRUITMENT MANEUVER

Herbert Murlasits

(összefoglaló nem érkezett)

## EGY RITKA FEJLŐDÉSI RENDELLENESÉG: ACRO-RENÁLIS SZINDRÓMA

Németh Attila - Alexy Miklós - Simon Edina

PAMOK, Perinatalis Intenzív Részleg, Győr

Egy ritka veleszületett malformatiót szeretnénk bemutatni. Betegünk anyja egy eddig ismeretlen eredetű kézfejlődési rendellenességgel született, a családban más fejlődési rendellenesség nem ismert. Egy spontán abortust követően született betegünk mater 2. terhességéből a 37. terhességi héten. Már a terhesség alatt oligohydramniont, pyelontágulatot, kézfejlődési rendellenességet és növekedésbeli elmaradást észleltük.

Megszületést követően felső végtagokon több eltérést láttunk: radius aplasia, ulna hypoplasia, csökevényes hüvelykujj, hiányzó kéztőcsont. Az első ápolási napokon oliguriás volt, hasi ultrahang vizsgálat mindkét oldali hydronephrost és hydrouretert írt le, laborvizsgálataiból jelentősen emelkedett szérum kreatinin és karbamid, valamint csökkent nátrium szintje volt kiemelő. Forszírozott diurézissel és parenterális folyadék, valamint nátriumpótlással laborparaméterei normalizálódtak.

A szindróma genetikai háttere prognózis és a családot érintő genetikai tanácsadás céljából még tisztázásra vár, felmerült több ritka örökletes génmutáció lehetősége, de külföldi szakirodalom alapján a hasonló esetek mintegy felének genetikai eredetét a mai napig sem lehetett igazolni.

## KORASZÜLÉS ÉS PERIODONTITIS KÖZÖTTI ÖSSZEFÜGGÉSEK TANULMÁNYOZÁSA A DÉLMAGYARORSZÁGI RÉGIÓBAN

Novák Tibor<sup>1</sup>, Radnay Márta<sup>3</sup>, Orbán Edit<sup>2</sup>, Nagy Erzsébet<sup>2</sup>, Eller József<sup>4</sup>, Gorzó István<sup>3</sup>, Pál Attila<sup>1</sup>

1. SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
2. SZTE Klinikai Mikrobiológiai és Diagnosztikai Intézet
3. SZTE Fog orvostudományi Kar
4. SZTE Orvosi Informatika

(összefoglaló nem érkezett)

## EGY FÜL RÖVID TÖRTÉNETE

Nobilis András, Hugyecz Katalin, Takáts Ágoston

SE. II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A szerzők ismertetik egy kissúlyú betegük történetét, és az észlelt szövődmények alapján elemzik az infúziós technikák alkalmazásának nehézségeit az 1000 g alatti születési súlyú koraszülöttek esetén.

## ÍZOLÁLTAN ELŐFORDULÓ PLEXUS CHORIOIDEUS CYSTA JELENTŐSÉGE MAGZATI KROMOSZÓMA RENDELLENESÉGEK FELISMERÉSÉBEN

Papp Éva<sup>1</sup>, Szabó János<sup>2</sup>, Keresztúri Attila<sup>1</sup>, Pál Zoltán<sup>1</sup>, Sikovanyecz János<sup>1</sup>, Pál Attila<sup>1</sup>

1. SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
2. SZTE Orvosi Genetikai Intézet

(összefoglaló nem érkezett)

## ANTENATAL ULTRASOUND DIAGNOSTIC OF VIRAL INFECTION

Alexander Papitashvili

Tbilisi, Georgia

Identification of foetal viral infection is possible on of pathogens by immunologic techniques and special molecular biology techniques. Intrauterine viral infections commonly induce alterations such as organic and physiologic changes in response to chronic hypoxia, IUGR, placental abnormalities, and alterations of amniotic fluid volume. Ultrasound scanning is capable of detecting most of the grave alteration typical of foetal viral infection.

The evidence of foetal infection may be intrauterine growth restriction (IUGR) mildly inappropriate calcification of foetal organs, placenta, cord, and membranes. The evidence of infection may be foetal malformation, severe central nervous system structural damage and foetal death.

CNS viral infections can cause destruction and initiate changes that lead to hydrocephaly, calcification in brain tissue, cyst formation and microcephaly. Congenital viral infection can also affect other foetal structures - the kidneys, lungs, and intestines.

Doppler studies can be used to study alterations in vascular flow that result from congenital infection. Unexplained ultrasound alterations and abnormalities of the foetal, placental circulation require Doppler scanning to rule out changes associated with intrauterine viral infection.

## A KORASZÜLÖTTEK SZOCIALIZÁLÓDÁSA ÉS A SZÜLŐI MEGELÉGEDETTSÉG MÉRÉSE KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS ALAPJÁN

Polonkai E, Bérces M, Kovács T, Kovács P. B, Katona N, Horváth Zs, Riszter M, Sveda B, Kovács J, Balla Gy.

*DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet, Neonatológiai Tanszék*

Az elmúlt egy-két évtizedben a koraszülött ellátásban bekövetkezett jelentős minőségi változás következtében egyre több extrém kissúlyú koraszülött maradt életben és került haza egészségesen vagy utóbetegséggel. Ezen utóbbiak nem kis terhet jelentenek a családnak, a társadalomnak és nem utolsó sorban az egyénnek. Ennek nehézségeit szülők kérdőíves felmérésével vizsgáltuk meg. A kérdőívet a DE OEC Szülészeti Klinikán született és III-as szintű Neonatológiai Tanszéken 2001 és 2005 között kezelt, 36. terhességi hétnél fiatalabb koraszülöttek szüleinek küldtük ki. 980 családot kerestünk meg levelünkkel. 460 szülőtlől érkezett vissza válaszevél. 101 család ismeretlen helyre költözött. A kérdőív öt kérdéscsoportra osztható: szülés körülményei, tartós betegségek, szomatomotoros és mentális fejlődés, családi háttér, elégedettség szintmérés. A szülők válaszai alapján a kezelt gyermekek 30%-a tartozott a különböző súlyosságú utóbetegségben szenvedő csoportba, közel 70%-a az egészségesek csoportját alkotta, mely egyben a kontroll csoportot jelentette. A beteg csoporthoz tartozó szülők 34%-a vélte úgy, hogy többlet kiadással jár beteg gyermekük nevelése. Míg érzelmi többlet terhet 68%-ban jelent a sérült gyermek. Érdekes, hogy az egészségesként hazament koraszülöttek szülei között is 7%-ban jelentett érzelmi terhet gyermekük további sorsa. A beteg koraszülöttek szülei 93%-ban, az egészséges koraszülöttek szülei 97%-ban számíthatnak a család támogatására. A beteg gyermekek szülei 73%-ban gondolták úgy, hogy gyermekük önálló életre képes lesz, 18%-a segítségre szorul, míg 9% állandó gondozást igényel majd. A visual analogic scale-n mért elégedettség érték az egészséges gyermekek szüleinél mutatott magasabb értéket. Ezzel a felméréssel szerettünk volna rávilágítani arra a nehéz etikai kérdésre, hogy az extrém koraszülöttek életben tartásában és kezelésében a mai napig nincs egységes állásfoglalás a szakmában. A neonatológus előre nem tudhatja pontosan a végső kimenetelt az egyes eset kapcsán, ezért fontos az, hogy mindenkinek válogatás nélkül megadja az esélyt az életben maradáshoz.

## A RETINOPATHIA PREMATURORUM (ROP) ELŐFORDULÁSA ÉS A KIALAKULÁSÁBAN KÖZREJÁTSZÓ TÉNYEZŐK FELMÉRÉSE OSZTÁLYUNKON

Riszter M., Bérces M., Horváth Zs., Katona N. Kovács J., Kovács P.B., Kovács T., Polonkai E., Sveda B., Balla Gy.

*DE OEC, Gyermekgyógyászati Intézet, Neonatológiai Tanszék*

Az extrém értetlen koraszülöttek túlélése mellett, nagyon fontos életminőségük alakulása, melyet alapvetően befolyásol a látás. A gyermekkori maradandó nagyfokú látássérülés és vakság egyik leggyakoribb oka a retinopathia prematurorum. A koraszülött retinopathia kialakulása sok esetben nem előzhető meg, a látás megőrzésében kiemelkedően fontos a korszerű szűrési és kezelési protokoll alkalmazása, valamint a hosszú távú gondozás (az élet első 20 éve). Ezért tűztük ki célul, a ROP előfordulásának, súlyosságának és kialakulásában közrejátszó rizikófaktorok, valamint a kezelés eredményeinek felmérését. 285 hazaadott, 2002-2008 között osztályunkon ápolott, 1000 gramm születési súly alatti koraszülött kórtörténetét tekintettük át. 500 gramm születési súly alattiakban a ROP előfordulása 70%, súlyos (III., IV., V. st.) ROP 40%-ban fordult elő, közülük 11%, 3 koraszülött mindkét szemére vak. 500-750 gramm születési súlyú újszülöttek 35% szenvedett a koraszülöttek retinopathiájában, köztük a ROP 16% volt súlyos fokú, 1 koraszülött vakult meg. 750-1000 grammos koraszülöttek között már csak 7,8 %-os a ROP előfordulása, 2%-nak volt súlyos a betegsége, egyikük sem vakult meg. 1000 gramm születési súly felett a vizsgált időszakban, osztályunkon, súlyos, kezelést igénylő ROP nem fordult elő. A retinopathia kialakulására és súlyosságának mértékére hajlamosító tényezők közül, vizsgáltuk a koraszülött érettségét, születési súlyát, az első élethéten a kapillaris pCO<sub>2</sub> és laktát szint alakulását, gépi lélegeztetés hosszát, 30%-nál több oxigén adásának hosszát, iu. infectio meglétét, az igényelt transfúziók számát. Statisztikai elemzés alapján megállapítható, hogy a ROP kialakulásában és súlyosságának mértékében az extrém éretlenség a legfőbb kockázati tényező. A retinopathia kialakulását kevésbé befolyásolják a perinatalis időszak különböző eseményei.

### SURFACTANS:

#### ÚJ KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK (NEMZETKÖZI AJÁNLÁSOK, HAZAI PERSPEKTÍVÁK)

Sárközy Gergely, Lakatos Petra

*Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Neonatális Intenzív Centrum*

A Respirációs Distress Syndroma (RDS) a perinatalis halálozás egyik fő oka, mortalitása az intenzív ellátás ellenére 10%.

Az RDS kezelésében 25 éve alkalmazott surfactansterápia jelentősen csökkenti a morbiditást és a mortalitást, megrövidíti a respirációs kezelés időtartamát és mérsékli a szövődmények számát.

A jelenleg forgalomban levő különböző surfactans készítmények különböző dózisainak hatékonyságát számos klinikai vizsgálat során hasonlították össze. Az eredmények azt mutatják, hogy a hazánkban is alkalmazott Poractant Alfa az újabb, nemzetközi ajánlások szerinti adagolásban eredményesebben fejti ki hatását.

Az egyes készítmények hatásossága és gazdaságossága közötti eltérések új terápiás protokoll irányába mutatnak.

## A KÁBITÓSZER-HASZNÁLÓ VÁRANDÓS NŐK SZOCIÁLIS PROBLÉMÁINAK KEZELÉSE A KÓRHÁZI SZOCIÁLIS MUNKA SORÁN

Sógorka Ildikó

*Semmelweis Egyetem ÁOK, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika*

A droghasználó várandós nők ellátása mind az egészségügyi, mind pedig a szociális ágazat számára különös kihívást jelent. A probléma kezeléséhez a két ágazat közötti együttműködés elengedhetetlenül szükséges annak érdekében, hogy mind a szerhasználó várandós nő, mind pedig a születendő gyermek számára a megfelelő ellátást tudjuk biztosítani. Az orvosok és a paramedikális személyzet tagjai sokszor szembesülnek olyan helyzetekkel, ahol a betegek szociális problémái erős hatást gyakorolnak a betegségfolyamatokra. Bár a várandósságot nem tekinthetjük betegségnek, mégis egy megváltozott, egészségügyi ellátást igénylő állapot, amelyben a szociális problémák igen hangsúlyossá válnak. A kórházi szociális munka alkalmazása biztosítja a két ágazat hatékony együttműködését.

Figyelemre méltó, hogy az Európai Unióban végzett adatgyűjtések alapján (Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja EMCDDA, 2008-as Éves Jelentés), a kezelés alatt álló kábítószer-használók körében gyakran magas szintű a munkanélküliség és a hajléktalanság. Az ilyen hátrányok jellemzően elterjedtebbek a szerhasználók bizonyos csoportjainál, különösen a nők, a heroin- és crackhasználók, az etnikai kisebbséghez tartozók és a komorbid pszichiátriai betegségekkel rendelkezők esetében. Kvantitatív adataink azonban csupán a kezelés alatt állókról szólnak, amely csoport valószínűleg csak a jéghegy csúcsát képezi. A kábítószer-használat, és a kísérő szociális problémák jelentős mértékben módosíthatják a szerhasználó nők gyermekvállalási szándékait. Sokszor ebben a kérdésben nem csak a szerhasználat kezelése jelenti a legnagyobb feladatot, hanem a kapcsolódó szociális problémák megoldása is. Az előadás során esetbemutatókon keresztül ismertetjük az eddigi tapasztalatainkat. A téma aktualitását a közeljövőben megjelenő a szenvedélybeteg várandós nők és gyermekeik ellátása című szakmai módszertani anyag adja.

## ÚJSZÜLÖTTKORI THROMBOEMBOLIA-DIAGNOSZTIKÁJA, TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK ÉS TANULSÁGAI

Szabó Katalin, Marián Erzsébet, Dicső Ferenc, Papp István Gyula,

*Jósa András Oktató Kórház, Nyíregyháza, Szt. István u 68.*

Előadásunkban zavartalan perinatális időszakot követően két hetes korban súlyos acrocyanosissal, légzési elégtelenséggel jelentkező újszülött esetét mutatjuk be. Masszív pulmonalis embóliát diagnosztizáltunk, betegsége a megkezdett kezelés ellenére fatális volt. A családi anamnézis, és a később elvégzett thrombophilia genetikai vizsgálatok az újszülöttnél többszörös thrombosis kockázatot igazoltak. Az eset kapcsán áttekintjük a pulmonalis thromboembolia differenciáldiagnosztikáját, terápiás lehetőségeit. Egyben felhívjuk a figyelmet a társszakmák együttműködésének fontosságára.

## "MÁJTRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN FOGANT TERHESSÉGEK ESETISMERTETÉSE"

SZARKA ANDRÁSI, GERLEI ZSUZSANNA<sup>2</sup>, KÓBORI LÁSZLÓ<sup>2</sup>, MOLVAREC ATTILAI, GARAMVÖLGYI ZOLTÁNI, RIGÓ JÁNOS JR. I

1: Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

(igazgató: Dr. Rigó János Jr. egyetemi tanár.)

2: Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Transzplantációs és Sebészeti Klinika

(igazgató: Dr. Langer Róbert egyetemi docens)

Összefoglalónkban májtranszplantációt követően fogant terhesség gondozásáról, sajátosságairól, különös tekintettel az esetleges komplikációk előfordulásáról és az immunszuppresszív terápia optimalizálásáról számolunk be saját eseteink kapcsán.

Egy esetben Wilson-kór, egy esetben antifoszfolipid-syndroma, egy esetben Budd-Chiari syndroma szerepel a májelégtelenség okai között. Két esetben nem volt ismert a májelégtelenség oka.

A terhességek során valamennyi esetben kifejezett anaemiát, két terhes nőnél thrombocytopaeniát, egy-egy esetben szérum-kreatinin szint emelkedést, cholestasis laboratóriumi és klinikai jeleit, és hypertoniát észleltünk. A terhesség során az immunszuppresszív szerek napi ösdózisait szoros szérumszint ellenőrzések mellett fokozatosan a fogantatás előtti dózis másfélszeresére emeltük, majd a gyermekágyban csökkentettük. Minden terhes nőnél a per os és intravénás vaspótlás mellett vörösvértest-koncentrárum transzfúziójára volt szükség a kialakult anaemia rendezéséhez. Két esetben a betöltött 38. terhességi héten elektív császármetszés útján élő, érett magzatokat segítettünk világra, 9/10-es Apgar értékekkel, míg egy esetben a 37. terhességi héten fenyegető intrauterin asphyxia jelei, és egy esetben pedig a 36. terhességi héten idő előtti burokrepedés miatt végeztünk császármetszést, melyek során szintén élő, érett súlyú magzatokat segítettünk világra 9/10-es Apgar értékekkel. Egy alkalommal alakult ki a császármetszést követően DIC, mely miatt postpartum hysterectomiát végeztünk. A terhesség alatt, illetve a gyermekágyas időszakban grafterjekció nem jelentkezett.

Tapasztalataink megerősítik azt az álláspontot, mely szerint legalább két évvel a májtranszplantációt követően, stabil graftműködés esetén, szoros obszerváció mellett vállalható terhesség, melynek gondozása során a szülész-nőgyógyász, illetve a hepatológus szakorvos szoros együttműködésére van szükség.

## INTRAUTERIN FERTŐZÉSEK DIAGNOSZTIKUS KORLÁTAI

Szűcs Ildikó, Váradi Katalin, Székelyi Zsuzsanna, Papp Judit, Vichor Diána, Megyeri Tímea, Fejes Melinda, Várfalvi Katalin, Szűts Ágnes

B-A-Z Megyei Kórház, Miskolc, NIC

A várandós hónapok alatt a szoros anya-magzat kapcsolat árnyoldala a kórokozók lehetséges átjutása a fejlődő magzatba. Kötelező szűrővizsgálat csak lues és Hepatitis B esetében történik az anyánál a terhesség idején.

A megszületett beteg újszülött diagnózisának felállítását befolyásolja az ellátó kórházzal szerződésben álló laboratórium aktuális lehetőségei, a progresszív, regionális, országos laboratóriumi központ elérhetősége. A levett minták tárolása, szállítása, az időfaktor, a finanszírozás egyre gyakrabban ütközik az orvos elvárásaival.

Ezen összetett helyzetben nehéz szakmai - logisztikai feladat egy adott eset kóroki felderítése.

## KORASZÜLÖTT RETINOPATHIA: INCIDENCIA ÉS KLINIKUM

Takács László, Szász Mária, Gaál Valéria, Adamovich Károly

Zalai Megyei Kórház, Gyermekosztály

PTE KK Gyermekklinika PIC

PTE KK Szemészeti Klinika

A koraszülött retinopathia (ROP) a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokban a kisgyermekkorú maradandó látássérülés és vakság egyik leggyakoribb oka.

Célkitűzés: A ROP incidenciájának felmérése osztályunkon, ill. a ROP-os és nem ROP-os koraszülöttek legfontosabb klinikai és szemészeti adatainak elemzése és összehasonlítása.

Beteganyag és módszer: A Pécsi Gyermekklinika perinatalis Intenzív Centrumában 2002 és 2007 között ápolt. A 35. gest. hét előtt született, és szemészeti lelettel rendelkező koraszülötteket vontuk be a vizsgálatba. A kórlapok retrospektív feldolgozása során 3 csoporttal alakítottunk ki és hasonlítottunk össze (t-próba X2 próba). Az első csoportot a kezelt retinopathiás, a másodikat a kezelést nem igénylő de ROP-os, míg a harmadikat a nem retinopathiás koraszülöttek alkották. A szemészeti beavatkozás cryopexia ill. 2004-től kizárólag lézerkezelés volt.

Eredmények: A hat év során 434, a fenti kritériumoknak megfelelő koraszülött került felvételre. Közülük 107 volt ROP-os: 50 újszülöttnél szemészeti beavatkozásra is szükség volt. A kezelt ROP-os koraszülöttek szignifikánsan kisebb születési súllyal ( $923 \pm 255$  g. v.s.  $1130 \pm 357$  g.  $p < 0.001$ ) és korábban jöttek a világra ( $26,4 \pm 2,2$ , vs.  $28 \pm 2,1$  hlt,  $p < 0.001$ ) súlyosabb asphyxiát szenvedtek el, mint a szemműtétet nem, igénylő ROP-os újszülöttek. Az első csoportban szinte valamennyi újszülött NRDS-ben szenvedett és hosszabb ideig igényelték mind gépi légzéstámogatást, mind oxigénkezelést, mint a 2. ill. 3 csoportba tartozók. A hypernatraemia és transzfúziót igénylő anaemia szignifikánsan gyakoribb volt az első csoportban. Az első szemészeti vizsgálat a születést követően 3-4 héten (29-34. posconcept.hét) történt, míg az első beavatkozásra átlagosan a 2. élethó betöltését követően (36. postconcept.hét) került sor. Minden 5. gyermek igényelt újabb szemműtétet átlagosan 3 hét elteltével. Az elbocsájtási szemészeti státusz szerint a kezelt retinopathiás koraszülöttek közül 3-nak (6%) lett retina teljes leválása és emiatt vaksága. A 2006-os évet leszámítva 2003-tól a beavatkozások száma - elsősorban a 30. gestatios hét előtt született koraszülöttek vonatkozásában - nem egyenletesen, de emelkedő tendenciát mutat.

Konklúzió: A 29. gest. Hétnél érettebb koraszülöttek körében mind a ROP incidenciája, mind a szemműtétek gyakorisága igen alacsony (8 ill. 2 %). A szemészeti beavatkozást igénylő koraszülöttek 90 %-a a 30. gestatios hét előtt jön a világra. Ennek megfelelően ennél a csoportnál kell számolni a ROP szempontjából is rizikófaktort jelentő - megbetegedések halmozásával. Az emelkedő ROP műtéti szám szemészeti szemléletváltozást tükröz.

## ÚJSZÜLÖTTKORI BÉLMOTILITÁSI ZAVAROK

Varga Anikó (1), Alexy Miklós (1), Davidovics Sándor(2), Garab Endre(2), Gyűrűs Péter(3), Ruzinkó Viktória (4)

1.Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Centrum, PIC, Győr

2.Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Centrum, Gyermeksebészet, Győr

3.Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pathológia, Győr

4.Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Centrum

Újszülöttkori táplálási zavarok hátterében fejlődési rendellenességek, ritkábban funkcionális zavarok állhatnak. Előadásunkban szeretnénk rövid áttekintést adni az újszülöttkori motilitási zavarokról, azok differenciál diagnosztikájáról egy esetünk kapcsán. Ez év áprilisában táplálási intolerancia, epés hányások miatt vettünk fel osztályunkra egy egypetéjű ikerpárt. A leggyakoribb fejlődési anomáliák és a hasi műtétek során felmerülő meconiumileus, cystas fibrosis kizárása mellett szövettani vizsgálat történt. A mintákban sem a vastagbél, sem a terminalis ileum falában nem találtak idegelemeket. A passagezavar az ileostoma felhelyezése után sem oldódott meg egyik gyermeknél sem. A bélműködés hiányának pontos okát nem sikerült tisztázni, két hónapos korban betegeinket elvesztettük. A jelenleg is folyamatban lévő post mortem hisztológiai vizsgálat segíthet a végső diagnózis felállításában.

## SZŰRŐVIZSGÁLATOK A VÁRANDÓSOK GONDOZÁSA SORÁN (KÖTELEZŐ ÉS AJÁNLOTT)

Veszprémi Béla

PTE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

A várandósok gondozását még ma is a 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet szabályozza, ami a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény 3. §-ának (3) bekezdésében foglaltakon alapul.

1. § A terhesgondozás célja az állapotos nő egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének és egészségesen születésének elősegítése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, valamint a szülésre, a szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés.

2. § (1) A terhesgondozás olyan komplex egészségügyi szolgáltatás, amely a szülész-nőgyógyász szakorvos, a háziorvos, a védőnő és a gyermeket váró nő együttműködésén alapul.

A rendelet bizonyos szűrővizsgálatokat kötelezően előír a gondozás során, melyeket a 2. számú melléklet tartalmazza.

A terhesgondozás keretében a gondozást végző orvos által elrendelendő szűrővizsgálatok közül a következőket emelném ki:

1. Első jelentkezés alkalmával

- a méhen belüli terhesség igazolása ultrahang vizsgálattal.
- betöltött 35 éves életkor felett genetikai tanácsadás.
- hüvelyi váladék mikroszkópos vizsgálata, trimeszterenként egy-egy alkalommal;
- kolposzkópos vizsgálat;
- onkocytológiai kenetvétel rákszűrés céljából, amennyiben nincs egy naptári éven belül erre utaló hiteles adat, vagy ha a kolposzkópos vizsgálat indokolja;

2. További jelentkezések alkalmával

- laboratóriumi vizsgálatok anyai vérmintából
  - = A, B, 0 és Rh vércsoport meghatározás, ellenanyag szűrés,
  - = lues serologia,
  - = haemostatus meghatározása trimeszterenként egyszer,
  - = a 16. terhességi héten serum alfa-fötóproteín meghatározása,
  - = terheléses vércukorszint meghatározás a második trimeszterben;
- laboratóriumi vizsgálatok anyai vizeletmintából
  - a magzat fejlődésének és életjelenségeinek fizikális és/vagy műszeres ellenőrzése
    - = a 38-39. héten egy-egy alkalommal, a 40. héten két alkalommal és utána másnaponként cardiotocographiás vizsgálat,
    - = a 40. hét után kétnaponta amnioscopia végzése.

A felsorolásból látható, hogy nem minden szempontból felelnek meg a fenti vizsgálatok a korszerű gondozás követelményeinek. Vannak olyan vizsgálatok, amelyek a felsorolásból kimaradtak, illetve több olyan, ami módosításra szorul.

Fontosnak, hogy a várandósok gondozása során végezzék el a kromoszóma rendellenességek szérumszűrését, illetve bizonyos esetekben bakteriológiai és más infekciók szűrését.

Összegezve: a várandósok gondozásának törvényi kereteit újra kellene gondolni, és korszerű formába kellene önteni a szakemberek segítségével.

## PERITONEALIS DIALÍZIS SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ ELMÚLT 5 ÉVBEN

Vichor Diána, Bajusz Ilona, Poremba Beáta, Székelyi Zsuzsanna, Váradi Katalin, Szűcs Ildikó, Papp Judit, Kelen Mária, Megyeri Tímea, Várfalvi Katalin, Szűts Ágnes

*B-A-Z Megyei Kórház, Miskolc, NIC*

A perinatális intenzív ellátás során viszonylag gyakran találkozunk olyan kórállapotokkal, melyek romló vesefunkcióval és következményes oliguriával járnak. Az esetek döntő többségében ez átmenetinek bizonyul, azonban néhány alkalommal a folyamat progressziója dialízist tesz szükségessé. Az utóbbi 5 évben végzett peritoneális dialízisek nehézségeit, kis sikereit, összegzett eredményeit szeretnénk előadásunkban ismertetni.

## Poszterek

### ÚJSZÜLÖTTEK KÖLDÖK ARTÉRIÁJÁBAN ÉS VÉNÁJÁBAN MÉRT KYNURENSAV KONCENTRÁCIÓ ÉRTÉKEK

Flach Edina, Vámos Enikő, Klivényi Péter, Vida Gabriella, Zádori Dénes, Vécsei László, Ertl Tibor

*PTE KK ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Neonatalis Intenzív Centrum, Pécs*

*Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinika Központ, Neurológiai Klinika Szeged*

#### **Háttér:**

Az esszenciális amonisav tryptophan az agyban két fő úton metabolizálódik, a kynurenine út egyik metabolítja a kynurensav (KYNA) ami az L-kynurenine-ből keletkezik astrocytákban, gliasejtekben és neuronokban, a kynurenine amonotransferase segítségével. A neuroprotectív KYNA egyike a kevés ismert endogén NMDA receptor antagonistának. Vizsgálatunk célja a KYNA koncentráció meghatározása érett újszülöttek köldök vénás és artériás vérében.

#### **Módszer:**

Születés után köldök vénából és artériából vettünk vért 24 egészséges, érett újszülöttől. Az átlagos (+ SD) születési súly 3445,0 (+ 499,3 g, az átlagos gestációs kor 39 , (0 + -0.9) hét volt. A serum KYNA koncentrációt HPLC-val (high performance liquid chromatography) mértük.

#### **Eredmények:**

A KYNA szint a köldökvénában szignifikánsan ( $p=0,022$ ) magasabb volt, mint a köldök artériában. A spontán és császármetszéssel született újszülöttek köldök artériás és vénás vérmintában mért KYNA szintek között nem volt szignifikáns különbség. Fiú újszülöttek köldök vénájában meghatározott KYNA-szint szignifikánsan ( $p=0,044$ ) nagyobb volt, mint a lányoké.

#### **Következtetés:**

A köldök vénában lévő magasabb KYNA koncentráció azt sugallja, hogy egészséges, érett újszülöttekben a KYNA -szint nem emelkedett. A magasabb köldökvéna KYNA. szint lehet anyai eredetű, vagy placentáris. Eredményeink hozzájárulnak a perinatalis időszakban lejátszódó neuroprotectív és neurotoxicus mechanizmusok megértéséhez.

## KORASZÜLÖTTÉK NEUROLÓGIAI ÉS PSZICHIÁTRIAI KÖVETÉSE A GYULAI GYERMEKOSZTÁLYON

### Zátonyi AI, Halics ÉI, Takács Tímea<sup>2</sup>

1. Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Csecsemő és Gyermekosztálya

2. Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Gyermekpszichiátria

A gyulai gyermekosztály koraszülött gondozójában a követés az első iskolai év befejezéséig tart. A koraszülöttek gondozásának komplexitását növelve pszichológiai vizsgálatot indítottunk. Célunk, a kisdedkorban már felismerhető részképessége-zavarok felismerése, mértéken meghatározása.

A vizsgálatot a Brunet-Lézine fejlődési skálával végeztük. A nagymozgások, a manipuláció, játék tevékenység, szociabilitás, beszéd és szülő-gyermek interakció közül a legjelentősebb elmaradást a beszédfejlődésben láttuk. Ez más európai országokban végzett vizsgálatokkal is összecseng.

Munkánk célja, hogy felhívja a figyelmet a követésben való résztvevők (gyógypedagógus, gyógytornász, pszichológus, neurológus, neonatológus, logopédus) összehangoltabb munkájának szükségességére. Úgy véljük, hogy szükség van egy differenciáltabb vizsgálóeszköz kidolgozására és egységes bevezetésére a magyarországi koraszülött gondozókban.

Terveink között szerepel nagyobb számú, kizárólagosan igen alacsony születési súlyú (1500 g alatti) koraszülött populációt felmérni együttesen neurológiai és pszichológiai szempontok alapján.

## A NON IMMUN HYDROPS ÁTTEKINTÉSE EGY ESETÜNK KAPCSÁN

Vida Gabriella, veszprémi Béla, Vízer Miklós, Arany Antal, Sárkány Ilona,

Funke Simona, Gyarmati Judit, Flach Edina, Ertl Tibor

PTE ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

**Háttér:** Hydrops foetalisról akkor beszélünk, ha magzatban felsorolt abnormális folyadék gyülem köztül kettő vagy több jelen van: escites, pleuralis effusio, pericardialis effusio, subcutan oedema, polyhydramion. A nonimmun hydrops foetalis olyan alcsoport, ami nem valamilyen immunmechanizmus által jön létre. Születéskori gyakorisága: 1:150- 1:3800.

24. hét előtt: aneuploidia (10%). 24. hét után: strukturális szív fejlődési rendellenességek, ritmuszavarok, (40%) a mellkasban elhelyezkedő rendellenességek (10%), intrauterin infekció (8%), anaemia (10-27%), anyagcsere betegségek (1-15%),

Gastrointestinalis, genitourinaris rendszer rendellenességei állhatnak a háttérben. Az okok 50.85 %-a diagnosztizálható prenatálisan, 5-8 % "idopathiás"

**Eset:** Intrauterin a 28. gestatios héten diagnosztizált súlyos hydrops foetalis a magzatnál.

Köldökszinórból vérvétel, haematokritra, vérgázértékekre, kromoszóma vizsgálatra, vírusszerológiára (TORCH). Intraumbilicalisan történő keringéstámogató gyógyszerelés, szteroid adása megtörtént. Romló magzati állapot miatt sürgős császármetszése a 30. héten, mely során súlyos állapotú 2300 grammos koraszülött született. A 2 napos HFO lélegeztetés, keringéstámogató diuretizálás mellett állapota stabilizálódott (kb. 1000 grammos súlyvesztés az első héten). Végső diagnózis dilatív cardiomyopathia, mely gyógyszerekkel egyensúlyban tartható. A csecsemő szív transzplantációs programba vétele folyamatban van.

**Összefoglalás:** A betegség mortalitása: 50 -98 %. A hydrops jelenléte rossz prognózist jelent a perinatális túlélés szempontjából. A kezelés és a beavatkozások az etiológiától függenek.

Fontos, hogy perinatalógusok és neonatológusok együtt kezeljék ezeket a várandós anyákat és magzatukat. Ezek az anyák olyan központokban szülnének, ahol neonatológiai intenzív ellátás rendelkezésre áll.

## LÉGZÉSI ELÉGTELENSÉGET OKOZÓ VELESZÜLETETT ENDOKRINOLÓGIAI KÓRKÉP

Abdulrahman Abdulrab, Máté Csilla, Sipos Péter

Pándy Kálmán Kórház, Gyermekosztály, Gyula

A congenitális hypothyreosis (CH) a pajzsmirigy veleszületett alulműködése következtében kialakuló tünet együttes. A tartós congenitális hypothyreosis háttérében döntő többségben a pajzsmirigy hibás fejlődése áll (85%), míg lényegesen kevesebb százalékot tesz ki a dyszomogenogenesis (10%), illetve az egyéb kórokok, mint például a szekunder vagy terciér hypothyreosis (5). Magyarországon a primer congenitális hypothyreosis incidenciája 1:4000 élveszülés.

A congenitális hypothyreosis leggyakoribb tünetei az elhúzódó icterus, a praetibialis myxoedema, a köldöksérv, az obstipatio, a nagy nyelv, a tág kiskutacs, illetve az etetési nehézség. A diagnózis felállításában az újszülöttkori szűrővizsgálatok segítenek, amelyeket laboratóriumi és radiológiai vizsgálatokkal egészítünk ki. A kezelésben elsődleges szempontot jelent a minél hamarabb elkezdett, élethosszig tartó hormonszubsztitúció. Amennyiben a kezelés időben elkezdjük, a prognózis jó, a beteg gyermekek későbbi szellemi teljesítménye megfelel a betegség nélkül elvárhatónak.

M. A. az anya III/I. panaszmentes terhességéből született a 40. gestációs héten, 3660 gramm születési súllyal, Apgar 6/8 státuszban, anyai okok miatt sectio caesareával. Megszületését követően kifejezett inspiratorikus stridort, illetve nehézlégzést észleltek, emiatt intubálásra került sor, és további gyógykezelés céljából kérték átvételét osztályunk NIC részlegére. Fizikális vizsgálattal már érkezéskor észlelhető volt mindkét oldalon a pajzsmirigy kifejezett megnagyobbodása. Gépi lélegeztetés nem igényelt, és a fej pozicionálásával a stridor lényegesen enyhült. Az újszülöttkori súlyos hypothyreosist támogató jelentősen emelkedett TSH érték valamint a radiológiailag igazolt hypervascularizált struma miatt hormonszubsztitúciós kezelést kezdtünk, melyet jól tolerált. A terápia mellett a gyermek szomatomentális és motoros fejlődése azóta megfelelő.

Esetünket ritka előfordulása miatt kívántuk bemutatni.

Háttér:

Az esszenciális aminosav tryptophan az agyban két fő úton metabolizálódik, a kynurenine út egyik metabolitja a kynurensav (KYNA) ami az L-kynurenine-ből keletkezik astrocytáiban, gliasejtekben és neuronokban, a kynurenine aminotransferase segítségével. A neuroprotectív KYNA egyike a kevés ismert endogén NMDA receptor antagonistának. Vizsgálatunk célja a KYNA koncentráció meghatározása érett újszülöttek köldök vénás és artériás vérében.

Módszer:

Születés után köldök vénából és artériából vettünk vért 24 egészséges, érett újszülöttől. Az átlagos (+ SD) születési súly 3445,0 (+499,3 g, az átlagos gestációs kor 39, (0 + -0.9) hét volt. A serum KYNA koncentrációt HPLC-val (high performance liquid chromatography) mértük.

Eredmények:

A KYNA szint a köldökvénában szignifikánsan ( $p=0,022$ ) magasabb volt, mint a köldök artériában. A spontán és császármetszéssel született újszülöttek köldök artériás és vénás vérmintában mért KYNA szintek között nem volt szignifikáns különbség. Fiú újszülöttek köldök vénájában meghatározott KYNA-szint szignifikánsan ( $p=0,044$ ) nagyobb volt, mint a lányoké.

Következtetés:

A köldök vénában lévő magasabb KYNA koncentráció azt sugallja, hogy egészséges, érett újszülöttekben a KYNA -szint nem emelkedett. A magasabb köldökvéna KYNA. szint lehet anyai eredetű, vagy placentáris. Eredményeink hozzájárulnak a perinatalis időszakban lejátszódó neuroprotectív és neurotoxicus mechanizmusok megértéséhez.

## TOWNES-BROCKS SZINDRÓMÁBAN SZENVEDŐ ÚJSZÜLÖTT ESETISMERTETÉSE: Horváth Adrienn, Jeager Judit, Harmath Ágnes, Hajdú Júlia, Görbe Éva, Rigó János Jr. *Semmelweis Egyetem Budapest I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika NIC*

Bevezetés:

A ritka fejlődési rendellenességek csoportjába mintegy 3000 kórkép sorolható, melyek összesített előfordulási gyakorisága 10 ezrelék. Egy részük viszonylag állandó, egyértelmű tünetekkel járó kórkép, azonban ritkaságuk összetettségük okán a pontos diagnózis felállítása nehéz. Ilyen esetekben a tünetek, belszervi eltérések pontos számbavételén túl a klinikus számára nagy segítséget jelent, ha a gyanított szindróma genetikai háttere ismert, így segítségül hívhatja a molekuláris biológiai, cytogenetikai vizsgálómódszereket. Ezek közé tartozik a Townes-Brocks szindróma.

Esetismertetés:

Betegünk a 38- gestációs héten született az édesanya első terhességéből, mely szövődménymentes volt. A megszületéskor észlelt jellegzetes dysmorphológiai jelek - csészefül, praexiális polydactylia, anus dysgenesis - valamint a detektált halláskárosodás, féloldali vesedysgenesisia és a kialakuló veseelégtelenség Townes-Brockes szindróma fennálltára terelte a gyanút. A belgiumi Gosselies Molekuláris Biológiai Intézetének laboratóriumában elvégeztettük a szindrómában érintett gén szekvenálását, mely egy, a kórkép esetén gyakran leírt mutációt (R276X SALL1) igazolt.

Az újszülöttet tekintettel súlyosbodó általános állapotára más intézménybe helyeztük át, ahol veseelégtelenség miatt kezelték, majd a kialakuló kardiális dekompenzáció hátterében álló vitium miatt szívműtéten esett át. Táplálási nehezítettség miatt PEG beültetésre került sor. Betegünket jelenleg kielégítő általános állapotban édesanyja otthonában ápolja. A hypothyreosis, a mentális retardáció, az urogenális fejlődési rendellenesség is részjelensége lehet a szindrómának, ezért ilyen irányú vizsgálatok elvégzését javasoltuk, melyek alapján a hypothyreosis bebizonyosodott.

Következtetés:

A molekuláris biológiai módszerek nélkülözhetetlenek a pontos diagnózis felállításához, melynek ismeretében a szülőknek pontosabb tájékoztatás adható a kórkép ismétlődési kockázata és prognózisa tekintetében, az ápolási teendőkkel kapcsolatban. A korrekt diagnózis a hosszútávú gondozást végző orvos-team, és a fejlesztésben résztvevő szakemberek munkáját is jelentősen segíti. Ismereteink szerint ez az első molekuláris genetikai vizsgálattal is megerősített magyarországi Townes-Brocks szindrómás eset.

## A MONITORIZÁLÁS FEJLŐDÉSE AZ ÚJSZÜLÖTT INTENZÍV ELLÁTÁSBAN: INFRAVÖRÖS KÖZELI SPECTROSCOPIA

Katona Márta, Mader Krisztina, Kiss Judit, Maróti Ágnes és Túri Sándor

SZTE Gyermekklinika Újszülött osztály, Szeged

Az infravörös közeli spektroszkópia (near infra-red spectroscopy NIRS), azaz a 800-2500 nm hullámhosszúságú fény alkalmazásával a hemoglobinnal oxigén koncentrációja noninvaszív módon mérhető. Ezzel a módszerrel a koponyán keresztül vizsgálható a cortex oxigenizációja olyan betegségekben, ahol az agyi vérátáramlás változik, de egyéb szervek (mint pl. máj, vese, intestinum) oxigenizációja is mérhető. Kezdetben a felnőtt idegsebészeti és szívsebészeti műtétek során használták, újabban azonban a csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív ellátásban is egyre szélesebb körben került a NIRS alkalmazásra.

Az előadás célja:

Beszámolni kezdeti tapasztalatainkról, hogy újszülött korban a különböző eredetű tartós, vagy átmeneteli hypoxia hatására hogyan változik az agyi oxigenizáció.

Betegek, módszerek:

A PIC-ben ápolt, 22 gépi lélegeztetett kisméretű koraszülöttek (szül.súly: 1230 + 370 g, gestatio kor, 28.3+2.4 hét) ill. hypoxiát elszenvedett 8 érett újszülött 5 Apgar <5, vagy Postnatalis hypoxia) agyi oxigenizációját mértük a homlokukra helyezett egyszer használatos elektróddal 10 óra ill. 5 napos időtartamban. Minden betegnél történt folyamatos pulzoximetria, alkalmanként sav-bázis és pO<sub>2</sub> meghatározás, ill. Doppler-echocardiographiás vizsgálat a szív anatómiájának tisztázása, ill. a ductus arteriosus mérése céljából. Az oxyhemoglobinnal koncentráció változásának grafikus regisztrációját elemeztük és összehasonlítottuk a pulzoximetriás vizsgálatokkal, ill. a betegek állapotváltozásával.

Eredmények:

Különböző betegségekben szenvedő (RDS, i.c. vérzés, PDA, NEC, hydrocephalus, asphyxia neonatorum, congenitalis vitium, stb) NIRS - el monitorizált koraszülöttek és érett újszülöttek 63 %-ában lehetett átmeneteli, és 22 %-ban tartós agyi hypoxiát kimutatni. Az agyi hypoperfusio nem mindig korrelált a pulzoximetriás mérések eredményeivel. A kisméretű koraszülötteknél tartós és súlyos agyi hypoxia volt detektálható intracranialis vérzés. Hydrocephalus internus esetén. Enyhe, vagy rövid ideig tartó agyi hypoxia apnoe, trachealis leszívás illetve, a szélesen nyitott PDA esetében már kimutatható volt. Érett újszülöttek súlyos vagy enyhe agyi oxigenizációs zavara perinatalis hypoxia után, ill. a ductus-depedens congenitalis vitiumokban volt kimutatható.

Megbeszélés:

A NIRS alkalmas módszer a koraszülöttek és újszülöttek cerebrális perfúziós változásaiból eredő agyi oxigenizációs zavarok monitorizálására. A NIRS a pulzoximetriánál érzékenyebben és specifikusabban (regionális saturáció) jelzi az agy, vagy egyéb szerv hypoxiáját. Asphyxia neonatorum esetén az agyhalál NIRS-el kimutatható. Congenitalis vitiumos újszülöttek együttműködésének perioperatív monitorizálására NIRS alkalmas módszer. A módszerrel nyert információ, hasonló a funkcionális MRI-hez, de a beteget nem kell szállítani, a betegágy mellett is végezhető.

## REKESZSÉRVES BETEG ELLÁTÁSA KAPCSÁN ÉSZLELT SZÖVŐDMÉNYEK

Kiss Judit

## CONGENITALIS HYDROTHORAX KEZELÉSE ÉS KIMENETELE - 4 ÉV TAPASZTALATAI

Pete B., Harmath Á., Szalóczi B., Varga P., Hajdú J.

SE. I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, PIC

**Bevezetés:** A congenitalis hydrothorax incidenciája 1: 2000- 15000 közé tehető, az esetek jelentős része nyirokáramlási zavar következtében kialakuló chylothorax. A kórkép ritka előfordulása nehezíti a terápiás beavatkozások hatékonyságának a vizsgálatát. Munkánkban ezért célul tűztük ki a kórkép mortalitásának, a mellkasi folyadék gyülem alakulásának, és chylothorax esetén az octreotide kezelés hatékonyságának elemzését.

**Beteganyag és módszerek:** 2005. január és 2008. december között az I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatalis Intenzív Centrumában congenitalis hydrothorax miatt kezelt koraszülöttek és újszülöttek adatainak retrospektív vizsgálatát végeztük. Osztályunkon a congenitalis mellkasi folyadék gyülem kezeléséhez a mellkas punkció és drainage, valamint chylothorax fennállása esetén a per os táplálás teára vagy közepes szénláncú zsírsavakat (MCT) tartalmazó tápszerre való megszorítása, szükség esetén teljes parenteralis táplálás (TPN) bevezetése és 1-3 ug/ttkg/ó dózisú octreotide adása tartozik.

**Eredmények:** A fent említett időszakban 8 beteget kezeltünk congenitalis hydrothorax miatt, 2 esetben jobb oldali, 1 esetben dominálónan bal oldali és 5 esetben kétoldali hydrothorax állt fenn. Non-immun hydrops fetaliszal 5 eset szövődött, akik közül 4 túlélte. A betegek gesztációs kora megszületéskor átlagosan 32, 4 hét (29- 37 hét) volt. Két 29 hetes koraszülöttet az első életnapon elvesztettünk. Az egyik esetben a klinikai kép súlyos vírus infekció lehetőségét vetette fel, a másik esetben az igen súlyos fokú tüdő hypoplasia miatti légzési és keringési elégtelenség vezetett a koraszülött halálához. A 6 túlélő betegből octreotide kezelést 5 betegben alkalmaztunk, melyet átlagosan a 15. életnapon (5- 22. életnap kezdtünk el, és 10, 6 napon át (8- 18 nap) folytattunk. Három betegnél a mellkasi folyadék gyülem tartósan megszűnt - mindhárman MCT tartalmú tápszert kaptak-, 2 esetben a somatostatin analóg kezelés nem volt eredményes- egyik esetben MCT tápszer mellett, a másik esetben kizárólag teáztatás mellett észleltük a mellkasi folyadék ismételt visszatelődését. Egy esetben a hydrothorax drainage és TPN/ teáztatás mellett szűnt meg.

**Következtetések:** Tapasztalataink azt mutatják, hogy megfelelő intenzív terápiás ellátás mellett a hydropsszal szövődött congenitalis hydrothoraxos betegeknek jó esélyük van a túlélésre. A kezelés eredményességének további vizsgálatát egységes kivizsgálási és kezelési elvek alkalmazása javíthatja.

## TERHESSÉG ALATTI DIABETES TELEMEDICINÁLIS GONDOZÁSA, PROTOKOLL

Sára Levente, Pajor Attila

## DIABETESES ANYÁK ÚJSZÜLÖTTJEINEK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON

Tenk Tamás, Soós Hajnalka, Mátay Lilla, Szabó Éva

## EXTRÉM KIS SÚLYÚ, 500 GRAMM ALATTI SZÜLETÉSI SÚLYÚ KORASZÜLÖTTEK PROGNÓZISA

Varga P., Harmath Á., Pete B., Szalóczi B., Berecz B., Hajdú J., Rigó J. Jr.

*Semmelweis Egyetem I Számú Szülészeti És Nőgyógyászati Klinika Neonatalis Intenzív Osztálya*

### **Céltűzés:**

Az 500 grammnál kisebb születési súllyal született, koraszülöttek prognózisának elemzése.

### **Beteganyag és módszer:**

A 2006. január 1. és 2008. április 30. között az Semmelweis Egyetem I Sz Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatalis Intenzív Centrumában kezelt 500 gramm alatti születési súlyú koraszülöttek adatainak retrospektív elemzését végeztük. Túlélőnek tekintettük azokat a koraszülötteket, akiket II szintű neonatalis intenzív osztályra helyeztünk át. Vizsgáltuk a prognózis a születési súly, a koraszülés oka, valamint az egy és öt perces Apgar értékek összefüggését. Elemeztük a túlélő koraszülötteknél előforduló neonatalis szövődeményeket. Statisztikai elemzést a khi négyzet próbával végeztük.

### **Eredmények:**

A 22 beteg, átlagos születési súlya 428 gramm (270-500 gramm), átlagos terhességi kora 24,3 hét (22-28 hét) a túlélés 23% volt. A 23. terhességi héten vagy korábban született koraszülötteket kivétel nélkül elvesztettük. A 24. és 25. terhességi héten született 12 koraszülöttből 2 maradt életben, a túlélés: 16%. A 26. terhességi hetet betöltött vagy ennél érettebb 4 koraszülöttből 3 maradt életben, a túlélés 75%-os. A praeclampsia miatt végzett császármetszésből született 6 koraszülöttből 3 életben maradt. Ebben a csoportban az átlagos terhességi kor 25,5 hét, szemben vizsgálatban szereplő összes koraszülött, 24,3 hetes átlagos terhességi korával. A túlélő koraszülöttek neme, átlagos születési súlya 428 gramm (400-490 gramm) nem különbözik szignifikánsan a meghaltak átlagos születési súlyától 426 gramm (270-500 gramm). A túlélők között az egy perces Apgar értéke átlaga 6,0; az öt perces Apgar érték átlaga pedig 8,0 szemben a meghalt koraszülöttek egy perces Apgar értékének átlaga 4,2, az öt percesé pedig 5,1. Valamennyi túlélő koraszülöttnél BPD, 60% -ban pedig laser coagulatiót igénylő ROP alakult ki.

### **Következtetés:**

Adataink alapján az 500 grammnál kisebb születési súllyal született koraszülöttek prognózisát alapvetően az érettségük befolyásolja. Vizsgálatunk alapján az extrém kis súllyal született koraszülötteknek esélyük van a túlélésre, azonban valamennyi túlélőnél súlyos neonatológiai szövődemények előfordulására számíthatunk.