HIÁNYPÓTLÓ ÁPOLÁSI KÉZIKÖNYV

Afonyiné Kaló Tünde, Nagy Lívia, Dr. Nádor Csaba

Diplomás Ápoló, Melletted a helyem Egyesület

Három évtizeden keresztül foglalkoztam koraszülött és betegen születetett újszülöttekkel.

Az elmúlt években folyamatosan fejlődött, bővült az ellátásukhoz, ápolásukhoz szükséges tudásunk, változott szemléletünk, hozzáállásunk.

Az Újszülöttek Ápolási Kézikönyve elsősorban ezen sérülékeny populáció ápolásával foglalkozó szakembereknek, nővéreknek szól.

A könyv fejezetein keresztül a neonatológiában, a betegágy „inkubátor" mellett naponta hivatásukat végző ápolók munkáját segíti elő elméleti és gyakorlati útmutatásaival. A könyv lapjait forgatva megismerhetik az újszülöttek és koraszülöttek megbetegedéseit, az alkalmazható diagnosztikus és terápiás eljárásokat, a labor értékeket, a különböző beavatkozásokhoz szükséges ápolói feladatokat. A szerzők nagy hangsúlyt fektettek arra is, hogy megismertessék az ápolókat a koraszülött ellátásban napjainkban olyan lényeges nézőpontokkal, melyek a gyógyításon kívül a koraszülött és betegen született újszülött minőségi ellátására irányulnak. Részletesen ismertetik az anyatejes táplálás jelentőségét és létjogosultságát, a korai és folyamatos kengurugondozás jótékony hatását. Evidenciának tekintik a szülők bevonását az ápolási, gondozási feladatok elvégzésébe, felhívja figyelmet a káros környezeti hatások megelőzésére, melyek megvalósítása az idegrendszert támogató ellátás alapjait jelentik.

A könyvet ajánlom minden Újszülött Intenzív osztályon dolgozó nővérnek, akár évtizedek, akár csak néhány hónapja foglalkoznak ezen sérülékeny és kiszolgáltatott helyzetben lévő gyermekekkel. Mindezt azzal a jószándékú céllal, hogy meglévő tudásukat, ismereteiket bővíteni tudják, valamint szükség szerint képesek legyenek szemléletüket módosítani.

A DEKK GYERMEKKLINIKA NEONATÁLIS INTENZÍV CENTRUMÁBAN 2012-2021 KÖZÖTT SZÜLETETT ÉS SZÁLLÍTOTT IGEN ÉRETLEN KORASZÜLÖTTEK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA

Balázs Gergely[1], Veress Bertalan[2], Márki Mariann[1], Riszter Magdolna[1], Nagy Andrea[3], Balajthy András[1]

[1]*Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Neonatológiai Tanszék*

[2]*Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar*

[3]*Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Perinatális Intenzív Centrum*

Bevezetés: A tercier centrumokban született koraszülöttek rövid és hosszú távú kimenetele kedvezőbb lehet az alacsonyabb progresszivitási szintű intézményekben született társaikénál. A koraszülöttek életkilátásainak javítása érdekében fenyegető koraszülés esetén az in utero transzport kiemelt fontosságú. Ennek hiányában a szülőszobai ellátás mellett a posztnatális transzport alatti ellátás minősége jelentősen befolyásolja a szállított betegek kimenetelét.

Célkitűzés: A DEKK Neonatológiai Intenzív Centrumában született és a koraszülött transzport által alacsonyabb progresszivitási szintű intézményekből szállított, 30. gesztációs héttől fiatalabb koraszülöttek korai és késői neonatális kiementelének összehasonlító vizsgálata 2012-2021 közötti időszakban.

Módszerek: Az adatgyűjtést retrospektív módon, az írott és elektronikus dokumentáció elemzésével végeztük. A vizsgálati csoportok összehasonlításhoz diszkrét változók esetében Khí-négyzet, a folytonos változóknál pedig T-próbát használtunk. Az egyes változók esetében az évek során megfigyelhető trendeket joinpoint regressziós analízissel értékeltük.

Eredmények: A vizsgálatba 636 tercier centrumban született és 84 szállított koraszülöttet választottunk be. A két csoport életkorának medián értékében nem volt eltérés (26,45 hét vs. 26,3 hét, p=0,58), azonban a szállított gyermekek szignifikánsan nagyobb súllyal születtek (895 gramm vs. 924 gramm, p=0,027). Az 1 perces Apgar értékekben nem volt eltérés azonban a tercier centrumban született koraszülöttek 5 perces Apgar értéke szignifikánsan magasabb volt (4,84 vs. 5,84; p=0,044). A tercier centrumban született koraszülöttek közül 267 gyermek (42%) a transzporttal szállított koraszülöttek közül 57 gyermek (68%) részesült invazív lélegeztetésben (p<0,001). A mortalitásban és a súlyos morbiditás nélküli túlélésben nem találtunk eltérést. A szállított koraszülöttek csoportjában szignifikánsan magasabb arányban alakult ki broncopulmonális dysplasia (131 eset, 21% vs. 46 eset, 54%; p<0,001). A szállított

gyermekek 5 perces Apgar értékeinek, invazív lélegeztetésének és a bronchopulmonális dysplasiának trend analízise nem mutatott szignifikáns eltérést a vizsgálati időszakban.

Megbeszélés: A szállított és az optimálisabb személyi és infrastrukturális háttérrel rendelkező tercier intézményben született igen éretlen koraszülöttek neonatális kiemenetelében észlelt eltérések felhívják a figyelmet a koraszülött ellátás további fejlesztésének (pl. vonatkozó protokollok és eljárásrendek fejlesztése, beteg utak megtervezése) szükségességére.

REZIDENSI HATÁSKÖR KÓRHÁZUNK ÚJSZÜLÖTTRÉSZLEGÉN

Balázs Fruzsina[3], Jakab Janka[1], Farkas László[1], Hauser Péter[3], Szűcs Ildikó[2]

[1]*Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Szülészet-Nőgyógyászati Osztály,*

[2]*Újszülött Intenzív Osztály,*

[3]*Velkey László Gyermekegészségügyi Központ, Miskolc*

Bevezetés és célok

A hazai újszülött fekvőbetegellátásban jelentős nehézséget jelent a szakorvosok országosan korlátozott száma. Kórházunkban, Magyarország egyik legmagasabb születésszámot felmutató Szülészetén a korábbihoz képest egy új ellátási modell került bevezetésre, melyben szignifikáns szerepet kapnak a csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosképzésben részt vevő rezidensek. Ennek rendszernek az eredményességére kerestem a választ saját tapasztalataim alapján.

Vizsgálati módszertan és eredmények

A kórházi informatikai rendszerből nyert adatok, valamint az ellátott betegek teljes dokumentációjának áttekintése alapján elemeztük rezidensi munkám 17 hónapja alatt, 2021.11.01.-2023.03.23. között, az Intézményünkben megszületett és általam ellátott újszülöttek adatait. A vizsgált időszakban született 5554 gyermekből összesen 312 kora- vagy érett újszülött első ellátásában vettem részt személyesen, közülük 137 fő (44%) ügyeleti-, 175 fő pedig munkaidőben született, a PIC-be 44 gyermek került átadásra (14,1%), 25 fő az első életórában. Munkámat protokollok határozták meg, melyet előzetes felkészítés és folytatólagos oktatás mellett, a PIC szakorvosainak felügyeletével, de jelentős részben önállóan végeztem.

Az előadásban áttekintésre kerülnek az általam ellátott újszülöttek adaptációs folyamatai, szülőszobai, mért vitális paraméterei, következményes teendőim, illetve az elvégzett beavatkozások típusai.

Konklúzió

Tapasztalatom alapján a szülőszoba és az újszülött részleg ellátását egy újszülöttélesztésben, csecsemő- és gyermekgyógyászatban jártas nem szakorvos személy is végezheti (a hazaadás kivételével), akinek viszont pontosan kell ismernie a döntési korlátait, hogy időben tudja bevonni szakorvosi felettesét.

A RESPIRÁCIÓS DISTRESSZ SZINDRÓMA KEZELÉSÉNEK TRENDJEI A DEBRECENI EGYETEM KLINIKAI KÖZPONTBA SZÁLLÍTOTT IGEN ÉRETLEN KORASZÜLÖTTEKBEN

Balajthy András[1], Kovács Panna Eszter[2], Márki Mariann[1], Riszter Magdolna[1], Nagy Andrea3, Balázs Gergely[1]

[1]*Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Neonatológiai Tanszék*

[2]*Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar*

[3]*Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Perinatális Intenzív Centrum*

Bevezetés: Fenyegető koraszülés esetén in utero transzport javasolt, azonban ez nem mindig lehetséges. A posztnatális transzport alatti ellátás jelentősen befolyásolja a szállított betegek kimenetelét.

Célkitűzés: A betegek jellemzőinek, az ellátásuk és a neonatális kimenetel trendjeinek vizsgálata a 2008-2021 között posztnatális szállítást igénylő igen éretlen koraszülöttekben.

Módszerek: Retrospektív vizsgálatot végeztünk az írott és az elektronikus betegdokumentáció áttekintésével. A vizsgált trendeket joinpoint regressziós analízissel értékeltük, illetve éves százalékos változással (APC) jellemeztük.

Eredmények: A vizsgálatba 177 koraszülöttet választottunk be. A szállítások száma nem szignifikáns növekvő trendet mutatott (APC=6.8%, p=0.087). A 60 percnél hosszabb helyszíni ellátások aránya szignifikánsan emelkedett (APC=7.4%, p=0.016). 2008-2010 között a szállítások során emelkedett (APC=36.4%, p=0.578), majd a vizsgálati időszak hátralévő részében csökkenő tendenciát mutatott (APC=-7.2%, p=0.068) a gépi lélegeztetés alkalmazása. A 40% feletti oxigénkoncentráció használata szignifikánsan csökkent (APC=-9.5%, p=0.043). A 150 mg/kg-nál kisebb surfactant dózisok aránya szintén csökkenő tendenciát mutatott (APC=-7.65%, p=0.162), míg a 180 mg/kg felettiek száma szignifikánsan emelkedett (APC=8.5%, p=0.031). Az újszülöttek hosszútávú kimeneteli mutatói egyaránt javuló tendenciát mutattak.

Megbeszélés: Vizsgálatunk során az ellátás non-invazivitás felé mutató trendjei mellett a szállított koraszülöttek javuló kimenetelét észleltük. Eredményeink felgyorsíthatják a szállítás alatti ellátás folyamatban lévő szemléletváltását, elősegíthetik a vonatkozó protokollok, illetve eljárásrendek fejlesztését, melyek együttesen javíthatják a tercier centrumokon kívül született koraszülöttek életkilátásait.

KORAI NEONATÁLIS TRANSZPORTBAN RÉSZESÜLT 1000 GRAMM ALATTI KORASZÜLÖTTEK JELLEMZÉSE

Balog Vera[1], Jermendy Ágnes[1], Lantos Lajos[2], Somogyvári Zsolt[2], Bélteki Gusztáv[3]

[1] *Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika*

[2] *Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat*

[3] *Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust*

Bevezetés: Az igen kissúlyú koraszülöttek korai neonatális transzportja magas rizikójú beavatkozás, különösen az 1000 g alatti koraszülöttek (ELBW) körében. Bizonyos anyai/magzati veszélyállapotok esetén azonban az in utero transzport nem megvalósítható a definitív ellátás végző III. szintű PIC intézménybe, ilyenkor az első életnapon kerül sor a neonatális transzportra. Hazánkban kevés adat áll rendelkezésre ezen koraszülöttek demográfiájáról és kimeneteli mutatóiról.

Célkitűzés: A közép-magyarországi régiót ellátó Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat által a születést követő 24 órán belül szállított 1000 g alatti betegek vizsgálata.

Módszerek: Retrospektív kohorsz vizsgálatunk során 2017. április és 2022. augusztus között született, 24 órán belül III. szintű PIC központba szállított, 1000 g alatti koraszülötteket vontunk be. Demográfiai adatokat, perinatális körülményeket és a szállítás előtt és után észlelt klinikai paramétereket vetettük össze. Vizsgáltuk az első ellátást végző személyzet jelentőségét (szülészeti intézmény munkatársai vagy transzportot végző csapat). A betegek állapotának súlyosságát SNAPPE-II pontszámmal jellemeztük. A kimenetelt a PIC osztályról való távozás idején értékeltük: halálozás vs túlélés, társbetegségek előfordulásával.

Eredmények: Vizsgálatunkba 55 fő, medián 25 [IQR 24; 27] hét gesztációs korú és 750 [600; 950] g születési súlyú koraszülöttet vontunk be. A betegek közül 7 (13%) kórházon kívül született. Összesen 15 fő (27%) részesült részleges vagy teljes antenatális szteroid profilaxisban. Késleltetett köldökzsinór ellátásról 16 betegnél történt feljegyzés. A betegek állapotának súlyosságát jelzi, hogy medián 37 [25; 56] SNAPPE-II pontszámot kaptak. A PIC-ből való távozás idejéig, 22 (40%) halálesetet regisztráltunk, 8 beteg (15%) távozott szövődménymentesen. A komorbiditások előfordulását vizsgálva 8 beteg (15%) rendelkezett egy hosszútávú társbetegséggel, míg 7 beteg (13%) kettő, illetve 5 beteg (9%) három társbetegséggel élt túl. Egyszerű logisztikus regressziós modellünk alapján, a gesztációs kor a legerősebb prediktora a kimenetelnek, esélyhányados (OR) 0.41 (95%-os konfidencia intervallum (CI) 0.23-0.64), vagyis 1 héttel idősebb kor 60%-kal növeli a túlélés esélyét.

Többszörös regressziós analízis szerint a kimenetelre szignifikáns hatása volt a SNAPPE-II pontnak (OR: 1.05, 95% CI 1.01-1.09).

Következtetés: Az első életnapon szállított ELBW koraszülöttek magas morbiditású és mortalitású betegpopuláció. További vizsgálatok szükségesek, hogy a kimeneteli mutatóikat hasonló, de korai életkorban nem szállított populációval is összevethessük.

Nemzeti Tehetség Program – Nemzet Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíj: NTP-NFTÖ-22-B-0081
Transzlációs Idegtudományi Nemzeti Laboratórium: RRF-2.3.1-21-2022-00011
OTKA FK_20 135222, TKP2021-EGA25

A MECONIUMOS MAGZATVÍZ ÉS AZ INTRAUTERIN GYULLADÁS KAPCSOLATA KORASZÜLÉSEK ESETÉN

Balogh Dóra Csenge[1,3], Kovács Kinga[1,3], Kovács Őzike[1], Gasparics Ákos[1,3], Fintha Attila[2], Regős Eszter[2], Harmath Ágnes[1,3], Szabó Miklós[1], Varga Péter[1,3]

[1]*Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Neonatológiai Tanszéki Csoport*

[2]*Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet*

[3]*Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika*

Bevezetés: Koraszülések során a meconiumos magzatvíz ritkábban fordul elő, és jelentősége is kevésbé ismert, mint az érett szülések esetében. Több közlemény talált kapcsolatot a koraszülések esetében kialakuló meconiumos magzatvíz (MMV) és az intrauterin gyulladás között. A chorioamnionitis diagnózisa klinikai tünetek alapján bizonytalan, jelenlétét a placenta és a köldökzsinór szövettani vizsgálata igazolja. A szövettani vizsgálat módszertanát a 2014-es Amsterdam Placental Workshop Group Consensus Statement (APWGCS) egységesítette.

Célkitűzés: A koraszülötteknél előforduló meconiumos magzatvíz és a szövettanilag igazolt chorioamnionitis (histological chorioamnionitis: HCA), illetve a magzati gyulladásos reakció (fetal inflammatory response: FIR) együttes előfordulásának vizsgálata. Emellett vizsgáltuk a meconiumos magzatvízből született koraszülöttek korai szövődményeit.

Anyagok és módszerek: A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Baross utcai részlegén 2020-2022 között, 33. gesztációs hétnél éretlenebb, vagy 1500 grammnál kisebb születési súllyal született koraszülötteket vizsgáltunk. A placenta- és a köldökzsinórminták szövettani értékelését a 2014-es APWGCS ajánlás alapján végeztük. A meconiumos (MMV), illetve a tiszta magzatvízből született (TMV) koraszülöttek csoportjában a HCA, FIR jelenlétét, súlyossági fokát, az anyai és magzati vaszkuláris malformáció előfordulási arányát és a kedvezőtlen kimenetelt jelző klinikai paramétereket hasonlítottuk össze. Klinikai paraméterek voltak: az anyai és újszülöttkori fehérvérsejtszám és C-reaktív protein (CRP) érték, újszülött mortalitás, intraventrikuláris vérzés, periventrikuláris leukomalácia, bronchopulmonális diszplázia és nekrotizáló enterokolitisz előfordulási aránya.

Eredmények: A vizsgált 236 koraszülött (átlagos gesztációs kor: 28,6 (95CI: 28,2; 28,9) hét, átlagos születési súly: 1165 (95CI: 1110; 1218) gramm) közül 22-en születtek meconiumos magzatvízből. Az MMV és a TMV csoportok fő perinatális jellemzői hasonlóak voltak. Az MMV csoportban mind a HCA (54,5% vs 32,6%; p: 0,038), mind a legsúlyosabb 3. stádiumú HCA (45,4% vs 9,3%; p<0,0001), mind a FIR (50% vs 16,7%; p: 0,0002) mind a legsúlyosabb 3. stádiumú FIR (18,2% vs 1,9%; p<0,0001) előfordulási aránya magasabb volt a TMV

csoporthoz képest. Az MMV csoportban az emelkedett anyai (36,8% vs 15,3%; p:0,02) és újszülöttkori CRP-érték (31,8% vs 14,4%; p:0,03) is gyakoribb volt. A korai szövődmények közül a súlyos (III-IV. stádiumú) intraventrikuláris vérzés gyakrabban fordult elő a meconiumos csoportban (22,2% vs 5,1%; p:0,005).

Összefoglalás: Vizsgálatunk szerint koraszülöttekben meconiumos magzatvíz esetén az intrauterin gyulladás és annak súlyos formái, valamint a súlyos intraventrikuláris vérzés gyakrabban fordult elő, mint azokban az esetekben, amikor a magzatvíz tiszta volt. Mindezek alapján a jövőben a meconiumos magzatvíz a koraszülöttek prognózisának pontosabb megítélésében fontos szereppel bírhat.

CONGENITALIS ICHTHYOSIS – KLINIKAI TAPASZTALATOK

Bándoli Júlia[1], Gajda Anna[1], Mari Judit[1], Kiss Judit Klára[1], Csoma Zsanett Renáta[2]

[1]*SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-Egészségügyi Központ*

[2]*SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika*

Bevezetés: Az ichthyosis, a bőr elszarusodási zavarának egy rendkívül heterogén csoportja, amelyre a bőr extrém fokú, kóros elszarusodása jellemző. A veleszületett formái ritka, öröklődő genetikai betegségek, amelyekre jellemző, hogy már újszülöttkorban is súlyos bőrgyógyászati manifesztációk jelentkeznek. A betegség diagnosztizálása és kezelése a mai napig kihívást jelent mind a neonatológusok, mind a bőrgyógyászok, mind más területen dolgozó klinikusok számára.

Módszer: Retrospektív módszerrel vizsgáltam a Szegedi Tudományegyetem Perinatális Intenzív Osztályán az elmúlt 7 évben ellátott ichthyosisos betegeket, illetve a hospitalizációjuk során felmerülő problémákat és tapasztalatokat.

Eredmények: A vizsgált időszakban 8 beteget kezeltünk osztályunkon, mindegyik esetben már a megszületést követően észleltük az elszarusodási zavar különböző klinikai formáit. 2 esetben száraz, hyperkeratotikus bőrtüneteket, 2 esetben kiterjedt felszínes denudációt, 4 esetben pedig a súlyos ectropiummal és eclabiummal járó, úgynevezett kollodium-bébi fenotípust figyeltünk meg. A klinikai tünetek és a genetikai vizsgálatok eredményei alapján az alábbi diagnózisokat állítottuk fel: lamelláris ichthyosis, epidermolyticus ichthyosis, önmagától gyógyuló kollodium ichthyosis és Comel-Netherton-szindróma. Az érintett újszülöttek mindegyike speciális ellátást igényelt. A károsodott epidermalis barrieren keresztüli fokozott folyadékvesztés, infekció, gépi lélegeztetés, keringéstámogatás, táplálási nehezítettség mellett szemészeti és fül-orr-gégészeti komplikációkkal találkoztunk, melyek jól tükrözik a betegség komplexitását.

Megbeszélés: A légköri viszonyokhoz történő adaptáció elősegítését, a felmerülő komplikációkat, továbbá az összetett bőrgyógyászati ellátást követően a betegek minden esetben otthonukba tudtak távozni, szoros után követésük azóta is rendszeresen zajlik.

AZ ÚJSZÜLÖTT ÉS LÉLEGEZTETŐGÉP KÖZÖTTI KÖLCSÖNHATÁSOK AZONOSÍTÁSA ÉS ELEMZÉSE KONVOLÚCIÓS NEURONHÁLÓZATOKKAL

David Chong, BA, MB BChir, Lakshana Gunathilagan, BA, MB BChir, Gusztav Belteki, MD, PhD, FRCPH

Újszülöttintenzív Osztály, The Rosie Hospital, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK

Célkitűzések: Célunk olyan gépi tanulási algoritmusok kifejlesztése volt, amelyek segítségével konvencionális gépi lélegeztetésben részesülő újszülöttek esetében azonosíthatók a baba és gép közötti kölcsönhatások és aszinkróniák. Azt is vizsgálni kívántuk, hogy az egyes interakciók milyen gyakorisággal fordulnak elő.

Módszerek: 23 újszülöttet választottunk ki véletlenszerűen 190 esetből, akik SIPPV-VG vagy SIMV-VG lélegeztetésben részesültek legalább 12 órán keresztül. Valamennyi esetben vizualizáltunk és részletesen megvizsgáltunk 500 véletlenszerűen kiválasztott légzésciklust (összesen 11500 légzésciklust), és azonosítottuk bennük a baba és gép közötti esetleges kölcsönhatásokat és aszinkróniákat. Minden egyes kölcsönhatás esetében meghatároztuk azt is, hogy a légzésciklusok hányad részét érinti (aszinkrónia index, AI). A manuálisan elemzett adatok felhasználásával azután konvolúciós neuronhálózatokat fejlesztettünk ki, amelyek képesek ezen kölcsönhatások automatikus azonosítására és osztályozására.

Eredmények: Az összes mintát tekintve azok 52.5% fordult elő a beteg és gép közötti kölcsönhatás vagy aszinkrónia. Az alábbi kölcsönhatások fordultak elő a légzési ciklusok több mint 1%-ában: aktív kilégzés (31.2%), túl hosszú gépi belégzés (9.9%), megkésett trigger (5.9%), elmaradt trigger (4.3%), többszörös trigger (1.3%), túl korai trigger (1.23%). A légzések mintegy 25%-a kettő vagy több aszinkróniát is tartalmazott. Konvolúciós neuronhálózatokkal a kölcsönhatások nagy része jól felismerhető volt, az alábbi F1 pontértékekkel a tesztadatokon: korai trigger: 0.809, megkésett trigger: 0.922, elmaradt trigger: 0.912, többszörös trigger: 0.917, túl rövid gépi belégzés: 0.909, túl hosszú gépi belégzés: 0.900, aktív kilégzés: 0.934.

Megbeszélés: Beteg-gép kölcsönhatások és aszinkróniák gyakran fordulnak elő újszülöttek szinkronizált konvencionális lélegeztetése során, és a légzésciklusok jelentős részét érintik. Konvolúciós neuronhálózatokkal lehetséges az aszinkróniák automatikus felismerése és osztályozása.

ÚJSZÜLÖTTEK GÉPI LÉLEGEZTETÉSE – MELYIK LÉLEGEZTETÉSI MÓDOT HASZNÁLJUK?

Bélteki Gusztáv

Újszülöttintenzív Osztály, The Rosie Hospital, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK

Az újszülöttek invazív lélegeztetésére szolgáló modern lélegeztetőgépek számos rutinszerűen használt lélegeztetési móddal rendelkeznek: SIPPV, SIMV, PSV, HFOV és ezek kombinációja volumen garanciával (VG). Emellett megtalálhatók rajtuk ritkábban használt módok is (például PAV, MMV), és a NAVA lélegeztetés is elérhetővé vált újszülöttek számára. A különböző újszülöttintenzív osztályok e lélegeztetési módokat különböző fokban, illetve gyakorisággal használják. A legtöbb osztályon az alkalmazott lélegeztetési mód megválasztása hagyományon alapul, és az újabb módok alkalmazását hátráltatja azok ismeretének hiánya, illetve a működésükkel kapcsolatos aggodalmak és bizalmatlanság.

Előadásomban szeretném összefoglalni, hogy milyen klinikai bizonyítékok szólnak az egyes lélegeztetési módok alkalmazása mellett illetve azok ellen. Szeretném kihangsúlyozni a konvencionális lélegeztetés során alkalmazott volumen garancia mellett szóló erős bizonyítékokat, és bemutatni azt is, hogy a különböző konvencionális lélegeztetési módok (SIPPV, SIMV, PSV) összehasonlításában milyen adatok állnak rendelkezésre. A HFOV használatáról, illetve a ritkábban használt lélegeztetési módokról is szeretnék szót ejteni. Szeretném feltárni az újszülött lélegeztetési vizsgálatok általános korlátait is, és hogy a >5000 publikált klinikai vizsgálat miért nem nyújt egyértelmű választ a kérdésre. Végezetül szeretném hangsúlyozni az explicit lélegeztetési protokollok és vezérfonalak alkalmazásának fontosságát az újszülöttintenzív osztályokon.

HIPOTENZIÓ ÉS AGYI SZÖVETI OXIGENIZÁCIÓ-CSÖKKENÉS ÖSSZEFÜGGÉSE KORASZÜLÖTT ÉS ÚJSZÜLÖTT MŰTÉTEK SORÁN

Bogner Luca Laura[1], Trinh Sarolta[1], Balog Vera[1], Barra Magdolna[2], Bélteki Gusztáv[3], Hauser Balázs[4], Jermendy Ágnes[1]

[1] *Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika*

[2] *Semmelweis Egyetem, Orvosi Képalkotó Klinika*

[3] *Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust*

[4] *Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika*

Bevezetés

A perioperatív kritikus események előfordulása, különösen a hipotenzió, gyakori újszülöttek altatása során. A biztonságos anesztéziához a hemodinamikai stabilitás fenntartása szükséges, amit elősegíthet az agyat is érintő monitorozás alkalmazása. A közel infravörös spektroszkópia (NIRS) az agyi szöveti oxigenizáció (rSO2) monitorozására alkalmas eszköz, használata újszülött szívműtétek során már elterjedt, azonban kevés adat áll rendelkezésre az egyéb újszülött sebészeti beavatkozások során az rSO2 értékek változásáról.

Célkitűzések

Hipotenzív epizódok és az esetlegesen társuló agyi szöveti oxigenizációs eltérések vizsgálata újszülött műtétek során.

Módszerek

Prospektív obszervációs vizsgálatunk során a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikáján, 2021. június - 2023. február között altatott 92 újszülött (37 érett és 55 koraszülött) adatait dolgoztuk fel, akiket a műtét során INVOS 5100C NIRS monitorral (Medtronic) követtünk, az adatokat 1 perces frekvenciára átlagolva értékeltük. Vérnyomást nem-invazív módon, jobb felkaron mértünk, 5 percenként. A hipotenziót életkorspecifikusan definiáltuk, de Graaff szerint, ill. a <7 napos korszülöttek esetében a gesztációs kornál alacsonyabb artériás középnyomást (MAP) vettünk hipotenziónak. A 70% alatti rSO2-értékeket definiáltuk rSO2-csökkenésként. Vizsgáltuk a vérnyomás és rSO2 korrelációját (ismételt méréses korrelációs analízis), ill. az időben szinkron hipotenzió és rSO2 csökkenés előfordulását.

Eredmények

Az altatás idején a koraszülöttek testtömege 2,1 [1,6; 3] az érett újszülötteké 3,3 [2,8; 3,6] kg volt. Összesen 8931 percnyi adatpontot rögzítettünk. A műtétek medián hossza 97 [60; 133] perc volt. rSO2-csökkenés gyakoribb volt koraszülötteknél, az anesztézia összidejének 44%-ában fordult elő, míg érett újszülötteknél 34%-ban (p<0,001). A MAP és az rSO2 gyenge

pozitív korrelációt mutatott a teljes betegpopulációban (r=0.24). Koraszülöttekben hipotenzió rSO2-csökkenés nélkül a vizsgált időszak 19%-ában fordult elő, míg hipotenziót és szinkron rSO2 csökkenést az idő 26%-ában regisztráltunk. Ezzel szemben érett újszülöttekben ezen arányok 27% és 14%-nak adódtak, vagyis a hipotenziót ritkábban követte rSO2-csökkenés.

Következtetés

NIRS alkalmazásával elkülöníthetőek voltak azon hipotenziós események, amelyeket rSO2-csökkenés nem kísért; ezek feltehetően nem igényelnek azonnali intervenciót. A rutinszerűen monitorozott értékek által előre nem jelzett rSO2-esés esetén a NIRS használata lehetővé teszi a korai intervenciót, hozzájárulva a neuroprotekció fókuszú anesztézia biztosításához.

Támogatás

OTKA FK_20 135222 és RRF-2.3.1-21-2022-00011

„VENDÉGBABÁK ÉS AKIKET HÁTRAHAGYNAK”
PERINATÁLIS GYÁSZFELDOLGOZÁS OSZTÁLYUNKON EGY ESET KAPCSÁN

Tory Vera, Bokori Barbara
ÉKC Szent János Kórház és Szakrendelő, Gyermekosztály

Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2017-ben 1000 születésre (halva és élve születésre) 6,2 perinatális halálozás jutott, ugyanebben az évben 435 volt a halva szülöttek, 132 a 0–6 na¬pos korban meghaltak száma.

A perinatális halál traumája hosszú távú negatív hatást fejt ki a család egészére, emellett perinatális halál után az anyáknál növekszik a poszt-partum pszichózis előfordulásának kockázata is. Munkánk során általában nincs szükség komplex pszichoterápiás beavatkozásra, inkább exploráció, pszichoedukatív foglalkozás, habilitációs tanácsadás, utánkövetés történik. Ez alapvetően fontos a szülők mentális egészsége szempontjából, hiszen ott kapnak hatékony segítséget, ahol a tragédia történt. Szakemberhez való továbbküldésre csupán a gyászfolyamat patológiás torzulása esetén van szükség.

Előadásomban a gyászfeldolgozás segítését mutatnám be osztályunkon egy eset kapcsán a Baba-Mama-Papa program szellemében. A 32. hétre született ikrek „B” ikerfele érkezett osztályunkra édesanyjával együtt, míg az „A” ikerfelet, akinek már intrauterin megállapították súlyos fejlődési rendellenességét, az I. számú Gyerekklinikán kezelték. A fejlődési rendellenességekkel született gyermek sajnos pár nappal később elhunyt.

A gyászoló szülők gondozásában számos szakember összehangolt munkájára volt szükség.

Pszichiátriai Osztályunkon (Budai Családközpontú Lelkiegészség Centrum), pszichológusaink megkezdték az édesanya, édesapa, gyermekpszichológusunk pedig a nagyobb testvér lelki szupportját, mely a mai napig folytatódik. Munkánk során igyekeztünk mi is a hatályos NEFMI szakmai irányelvek alapján kommunikálni, mely összefoglalja a pszichológiai feladatokat a szüléshez társuló veszteségek során. A perinatális mentális problémák a mai napig tabutémának számítanak. Összefoglalónkban szeretnénk rávilágítani arra, hogy mennyire fontos a családot, mint egységet segíteni.

IKREK SZOPTATÁSTÁMOGATÁSÁNAK KIHÍVÁSAI ÉS LEHETŐSÉGEI

Dombi Anna Zsófia[1,2], Harmath Ágnes[1],2, Szabó Miklós[1,2]

[1]*Semmelweis Egyetem, Neonatológiai Tanszéki Csoport*

[2]*Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Baross utcai részleg*

Bevezetés: Az ikerszületések száma világszerte emelkedő tendenciát mutat, jelenleg az élveszületések körülbelül 3%-át adja. Ennek hátterében többek között az emelkedő anyai életkor, az asszisztált reprodukciós technikák elterjedése áll. Ikergyermekek számára is a hat hónapos életkorig tartó kizárólagos és igény szerinti szoptatás az ideális. Az iker várandósságokat gyakrabban kíséri koraszülés, veleszületett rendellenességek, terhességi korhoz képest alacsonyabb születési súly, méhen belül növekedésbeli elmaradás, valamint ikervárandósságokra specifikus szövődmények. Ezekből adódóan gyakrabban van szükség az újszülöttek intenzív osztályos felvételére, ami szeparációhoz, a bőrkontaktus és a szoptatás megkezdésének késéséhez vezethet. Az Édesanyánál magasabb kockázattal alakul ki gesztációs diabétesz, perinatális vérzés. Mindezek a laktogenezis II késéséhez, hosszútávon csökkent tejhozamhoz vezethetnek.

Célkitűzés: Az ikervárandósok hasonló arányban szeretnék szoptatni gyermekeiket, mint az egy gyermeket várók. Viszont bizonytalanabbak abban, hogy képesek lesznek-e erre. Kisebb eséllyel kezdenek el szoptatni. Az érett és koraszülött ikerpárokat is rövidebb ideig szoptatják, mint az egyedül születetteket. Kisebb eséllyel valósul meg a kizárólagos szoptatás. A szoptatástámogatás egyik legfontosabb pillére az információ, amit az Édesanya az egészségügyi ellátóktól kap. A szakirodalom áttekintésével szeretnénk feltárni azokat a szoptatástámogatási lehetőségeket, melyek emelhetik a szoptatott ikergyermekek arányát.

Konklúzió: Ikerpárok hat hónapos korig tartó kizárólagos szoptatása lehetséges. Hármas és négyes ikrek egy éves korig tartó szoptatásáról esettanulmányok számolnak be. Az ikres Édesanyák magasabb tejhozam termelésére képesek az egy gyermeket szülő Édesanyákhoz képest. A várandósok szoptatási céljairól érdeklődjünk, elhatározásukban erősítsük őket meg. Megszületést követően, lehetőség szerint, biztosítsuk az aranyórát, korai mellretételt, rooming-in elhelyezést, minimalizáljuk az Édesanyától való szeparációt. Koraszülöttség és számos egyéb neonatális morbiditás miatt non-nutritív szoptatás mellett rendszeres fejésre lehet szükség. Az iker újszülöttek esetén szopási képességük, mintázatuk, hatékonyságuk egymástól igen eltérő lehet. Az Édesanyával külön-külön diádként viselkednek. A tandem szoptatás számos előnnyel jár, módjait mutassuk be az Édesanyáknak. A korai elválasztás, elválasztódás egyik leggyakoribb oka az újszülöttekről való gondoskodás terhe.

HOL A HELYE A GYERMEK REHABILITÁCIÓ SZAKORVOSNAK AZ UTÓGONDOZÁSBAN?

Elmont Beatrix

Zala Megyei Szent Rafael Kórház

Csecsemő és gyermekosztály, Gyermek rehabilitációs részleg, Zalaegerszeg

A gyermek rehabilitációs ellátás az elmúlt két évtizedben jelentős fejlődésen és szemlélet váltáson ment át. Létrejöttek új gyermekrehabilitációs centrumok, és több gyermek rehabilitációs ambulancia is elkezdte munkáját. Előadásom célja, hogy az újszülött ellátást, utógondozást végző kollégákat megismertessem ezzel a rendszerrel.

Rehabilitáció egyéni rehabilitációs terv alapján, reális célok kitűzésével történjen. Célunk az életminőség javítása a megfelelő rehabilitációs lehetőségek kiválasztásával, az összetett problémák miatt csak teamben lehetséges. Teamban speciálisan képzett szakorvosok, gyógytornászok, ergoterápeuták, pszichológusok, logopédusok, gyógypedagógusok, konduktorok, szociális munkások, nővérek, dietetikusok, ortopédusok és más szakemberek vesznek részt. Team aktív tagja kell, hogy legyen a család.

Az államilag finanszírozott ellátás mellett számtalan magán intézmény működik, időnkét irreális célokat kitűzve, szülőket hitegetve dolgoznak. Vannak módszerek, melyeket egyedülállónak hirdetnek, ezzel a szülőket félrevezetik, akik emiatt erőn felül próbálnak minden lehetőséget megragadni a gyermekük kezelése céljából.

Sikeresek csak akkor lehetünk a rehabilitáció során, ha teambe dolgozunk. Ez arra is érvényes, ha nem egy munkahelyen dolgozunk. Ezért ismernünk kell egymás munkáját és közös célt kell kitűzünk, és kell, hogy legyen egy szakember, aki ezt a munkát koordinálja. 1,5-2 éves korig minden kigyermeknek, akinek a betegsége miatt szüksége van rehabilitációra el kellene jutni gyermekrehabilitációs szakorvoshoz. Remélem, hogy előadás végére mindenki számára egyértelmű lesz, hogy hol a helye az utógondozásban a rehabilitációs szakorvosnak.

ESETISMERTETÉS: ÚJSZÜLÖTTKORI SUBGALEALIS FOLYADÉKGYÜLEM RITKA ESETE

Erdős Fruzsina, Nagy Andrea

Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika és Intézet

D.Z. a 29. gestatiós héten, lepényleválás miatt sürgős sectio cesareaval született. Koponya UH vizsgálattal az első életnapokon subependymalis vérzés igazolódott, de a későbbiekben kamratágulat, cysta nem alakult ki.

Először a 2. élethéten észleltük tapintással jobb oldalon parieto-occipitalisan subgalealis liquornak imponáló folyadékgyülemét, mely várakozás után sem tűnt el, így etiológiájának tisztázása érdekében koponya röntgenvizsgálat készült, melyen egyértelmű fractura nem, de diffúz osteopenia volt látható. Koponya MR vizsgálata során a subgalealis folyadék eredetét nem sikerült tisztázni, ezért a subgalealis folyadék diagnosztikus punkciója történt, mely során víztiszta liquort bocsájtottunk le. A punkciót követő 2. napon a subgalealis folyadék ismételt megjelenését észleltük, ezért csontablakos koponya CT vizsgálat készült, melyen fractura, vagy a liquorgyülem eredetét tisztázó egyéb kóros eltérés nem ábrázolódott. A rendelkezésre álló szakirodalmat is áttekintve a ritka entitás hátterében idiopathiás subaponeurotikus folyadékgyülemet véleményeztünk, mely a hosszútávú követés során spontán felszívódott, további beavatkozást nem igényelt.

Az irodalmat áttekintve a folyadékgyülem pontos etiológiája jelenleg sem ismert, elsősorban subgalealis vérzéstől kell elkülöníteni, amely születés után azonnal megjelenik, és életveszélyes állapotot okozhat. Az idiopathiás subaponeurotikus folyadékgyülem önlimitáló folyamat lévén kezelést nem igényel, azonban a szükségtelen terápiás beavatkozások elkerülése érdekében ismerete elengedhetetlen.

ÍGY CSINÁLJUK MI.
MI ÍGY CSINÁLJUK.
KORASZÜLÖTT UTÓGONDOZÁS A PÉTERFYBEN

Gráf Rózsa, Boross Gábor
Péterfy Kórház-Rendelőintézet PIC II Koraszülött Osztály

James J. Heckman: Közgazdasági Nobel-díjas közgazdász: „A költségvetési deficit visszaszorításnak és a gazdaság megerősítésének egyetlen és legbiztosabb módja: a korai gyermekévekbe való befektetés (Warren, 2010). A hazánkban magasszintű koraszülött ellátás is ezt a célt szolgálja. A legnehezebb, és legköltségesebb időszak a születés utáni és az egy éves korig tartó időintervallum. De ahhoz, hogy ez a befektetés valóban megtérüljön a társadalom számára, ahhoz a későbbi életévek történései, a későbbi fejlődés minősége is jelentős mértékben hozzájárul. Egy éves korig az orvosi kontrollok és terápiák a legfontosabbak, de ezután már a fejlesztések, a szülői edukáció is fontossá válnak. Hogy sikeres legyen az iskolakezdés, ahhoz a 3-6 éves kor közötti időszakra is nagy figyelmet kell fordítani. Az eredményes fejlesztés alapja a megfelelő állapot felmérés fizikai és pszichés, kognitív téren egyaránt. Mindez csak team munkában valósulhat meg. Három éves korig szerencsés lenne, ha a team vezetője a neonatológus/gyermekgyógyász lenne. A koraszülöttségnek több olyan egészségügyi következménye van/lehet, amiről nem szabad nem tudomást venni. Ha ezekkel nincsenek tisztában a fejlesztők, ez nagy mértékben ronthatja a hosszú távú kimenetet. És természetesen szükség van a jól tájékoztatott, tudatos szülőkre is ebben a folyamatban.

A Pétefyben a mamák már az osztályon kapnak pszichés támogatást (művészetterapeuta/pszichopedagógus). A zárójelentéssel kapnak a szülők egy tájékoztatást az utánvizsgálatok menetéről, a kapcsolattartás lehetőségeiről. Egy éves korig az orvosi kontrollok, oltások zajlanak. A Bayley III. vizsgálatot korrigált 12, 24 hónapos korban vesszük fel, de ki lehetne terjeszteni a 36 hónapos korra is. 24 hónapos korig korrigáljuk az életkort.

A Bayley teszt a kognitív, a nyelvi és a mozgás területeket méri fel sok-sok próbával. A fejlesztők számára kiváló kiinduló pont lehet a Bayley -profil, lerövidül a bekerülési idő a fejlesztésekre. Ha a kontroll Bayley-ket mi (PIC/NIC) csinálnánk, ez visszajelzés is lehetne Pedagógiai Szakszolgálatoknak a fejlesztésekről, esetleg konzultációs lehetőség a „hogyan továbbról".

A Bizos Lépések csoportot azért hoztuk létre, hogy a szülőknek legyen lehetőségük hiteles forrásból tájékozódni, kérdezni, és mi pedig igyekszünk olyan tájékoztató anyagokat feltenni ide, ami segítségükre van. Ha a Pedagógiai Szakszolgálatnál van már a gyermek (a mi

javaslatunkra), szükség esetén ott folytatódhatna az óvodás kori fejlesztés és az iskola-előkészítés is.

Az életminőség egyik alaptényezője az egészségi állapoton túl az iskolázottság. Mindaz a befektetett tőke, áldozatos munka majd ebben teljesedik ki. Ezért nagyon fontos az együttműködés, a konzultáció a fejlesztő szakemberekkel, hogy valóban a legjobb életminőség legyen elérhető a koraszülött gyermekek számára.

ÚJ KEZELÉSI LEHETŐSÉG AZ ÚJSZÜLÖTTKORI TROMBÓZIS TERÁPIÁJÁBAN

Gulyás Klaudia[2], Fejes Melinda[1], Ivancsó Johanna[1], Kelen Mária[1], Megyeri Tímea[1], Váradi Katalin[1], Vichor Diána[1], Kelemen Ágnes[2], Szűcs Ildikó[1]

[2]*B.-A.-Z. Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ,*

[1]*B.-A.-Z. Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Újszülött Intenzív Osztály*

Bevezetés:

Az újszülöttkorban kialakuló trombózis egy ritka, de életet veszélyeztető betegség. Esetünkkel egy Magyarországon, fiatal csecsemőkorban még széles körben nem elterjedt véralvadás gátló módszer alkalmazására szeretnénk felhívni a figyelmet.

Esetbemutatás:

Betegünk a 38. gesztációs hétre, császármetszéssel, 3380 grammal, Apgar 9/10 állapotban született. Kardiopulmonális adaptációja zavartalanul zajlott. Két napos korban észlelték a jobb alsó végtag lilás elszíneződését, duzzanatát. Color Doppler ultrahang vizsgálat a jobb vena iliaca externa és femoralis communis trombózisát írta le. Osztályos felvételekor már a másik oldali lábán is hasonló elváltozás volt látható, mely a has alsó felére terjedt, a has- és mellkasfalon tágult vénás hálózatot okozva. Hátterében az ellenoldalon is trombózis volt igazolható. Ellátása során a thrombus a vena cava inferior proximalis harmadáig növekedett további szövődmények nélkül.

Az újszülöttkori trombózis kezelési stratégiáira, a gyógyszerek hatékonyságára és biztonságosságára vonatkozó adatok korlátozottak, országos irányelv nincs. Betegünk kezelését nem frakcionált heparin készítménnyel kezdtük, majd 16 napos korban alacsony molekulasúlyú heparinra tértünk át. Négy hetesen, a trombózis kezelésében új terápiás lehetőségként megjelenő, per os alkalmazható thrombin inhibitor oldat, rivaroxaban adását kezdtük el, melyet jól tolerált, és otthonában is tudott folytatni. A kezelés hatására a thrombus rekanalizáció megindult, a végtagduzzanat megszűnt.

Következtetés:

A heparint és a K-vitamin antagonistákat több mint 50 éve használják a tromboembóliás betegségek terápiájában. Használatukat azonban mellékhatásaik, kiszámíthatalan biohasznosulásuk, intravénás és subcutan adagolási lehetőségük negatívan befolyásolják. Az új antikoagulánsok iránti igényre válaszul fejlesztették ki a direkt thrombin inhibitorokat, amelyek per os adagolhatósága kevesebb fájdalmat és stressz okoz a gyermeknek, valamint gyorsabb hazaadhatóságot és jobb szülői compliance-t biztosít.

A KIÉGÉS ÉS A BÁNTALMAZÓ KOMMUNIKÁCIÓ ÉSZLELÉSE ÉS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI- GYAKORLATORIENTÁLT, SAJÁTÉLMÉNYŰ WORKSHOP

Illés Szilvia

Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A kiégés világszinten jelentős probléma az egészségügyi állátók körében, hiszen hatására a munkavégzés során tapasztalt szubjektív jóllét és a kommunikáció hatékonysága romlik, az elvégzett munka minősége és az egyén teherbírása csökken, mely a pácienseknél alacsonyabb gyógyulási mutatókhoz, az őket ellátó szakembereknél rosszabb mentális állapothoz, magasabb pályaelhagyási arányokhoz vezet. A neonatológusok, és a PIC osztályos ápolók kiégettségét mérő vizsgálatok eredménye szerint, az ezen a területen dolgozók jelentős részénél diagnosztizálható valamilyen fokú kiégés, ilyen szempontból ez egy kiemelkedően veszélyeztetett ellátási terület.

A munkahelyi környezetben tapasztalható bántalmazó kommunikáció (bullying) mind a kiégés előzményeként, mind következményeként azonosítható. Mind az egyéni pszichés állapotra, mind a munkahelyi közösségre negatív hatással van, és jelentősen rontja a betegbiztonságot.

A workshop e két téma jelentőségére való figyelemfelhívás mellett az egyéni érintettség mérését, és a lehetséges prevenciós és intervenciós módszerekbe való betekintést tűzte ki célul egy megoldásorientált élményközpontú műhelymunka keretében.

AMIKOR A PROBLÉMÁK HALMOZÓDNAK, GONDOLJUNK A KÖZÖS EREDETRE

Imre Alexandra, Simon Kornélia

Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház

Az Edwards-szindróma (18-as triszómia) kormoszomális eredetű születési rendellenesség, mely közel 5000 magzatból egyet érint.

Előadásunk során egy a 38. gesztációs hétre 2240 grammal született újszülött esetét ismertetjük, akivel édesanya a 33. gesztációs héten jelentkezett magzati echocardiographias vizsgálatra, ahol kettős kiáramlású jobbkamra, valvularis pulmonalis stenosis és valvularis aorta stenosis igazolódott. Megszületéskor 3/8/9-es Apgar státuszban, intubálva szállítottuk PIC részlegünkre. Dyspmorphiás arc, mélyen ülő fülek, kis állkapocs, dongaláb miatt további vizsgálatokat végeztünk, melyek trachea dyskinesist, arachnoidealis cystát, Dandy Walker variánst igazoltak. A klinikai kép alapján genetikai vizsgálat történt, mely az Edwards-szindróma gyanúját megerősítette. Az Edwards-szindróma az élettel összeegyeztethetetlen betegség, mely rendszerint az első életévben halálhoz vezet, ezért a kardiális eltérések operatív ellátása nem merült fel, palliatív terápiát kezdtünk.

Az intrauterin elvégzett genetikai szűrővizsgálatok bevezetésével az élve született betegek száma jelentősen csökkent. Megszületés esetén a szülők megfelelő tájékoztatása, pszichés támogatása és felkészítése a várható eseményekre kiemelten fontos.

AZ EGYETLEN KÖNNYEDÉN ELVISELHETŐ FÁJDALOM

Ivancsó Johanna, Fejes Melinda, Kelen Mária, Megyeri Tímea, Váradi Katalin, Vichor Diána, Szűcs Ildikó

Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Újszülött Intenzív osztály, Miskolc

Bevezetés: A koraszülött osztályokon kezelt betegeknek ápolásuk alatt számos fájdalmas beavatkozást kell elszenvedniük. Kezelés nélkül az ismétlődő és elhúzódó fájdalomnak hosszútávú káros neurológiai, fejlődés- és viselkedésbeli következményei vannak. A megfelelő és hatékony fájdalommenedzsment alkalmazásához a fájdalommal és annak csillapításával kapcsolatos széleskörű és biztos ismeretek alapvető fontosságúak.

Célkitűzés: Vizsgálatunkban célul tűztük ki az európai gyermekgyógyász rezidensek, szakorvosjelöltek és szakorvosok neonatális fájdalommal kapcsolatos ismereteinek a felmérését.

Anyagok és módszerek: Egy Google Form online kérdőívet készítettünk, amit online szakmai közösségi fórumokon terjesztettünk, a szerzők levelezőlistáján szereplő releváns kontaktoknak, valamint az európai gyermekgyógyászati társaságok titkárságainak juttattuk el e-mailben, utóbbiakat kérve a kérdőív terjesztésére a tagjaik között. A kitöltésre 2021. májustól júliusig 3 hónap állt rendelkezésre. A kérdések a neonatális fájdalom észlelésével, rövid- és hosszútávú hatásaival, a fájdalom gyógyszeres és nonfarmakológiaI kezelésével kapcsolatos ismeretekre vonatkoztak.

Eredmények: 1229 válasz érkezett, 39 európai és 44 Európán kívüli országból. A fájdalommal kapcsolatos ismereteket értékelő kérdésekre maximum pontot mindössze 7 kitöltő szerzett (0,5%), míg a válaszolók 24%-a a kérdések felére sem válaszolt helyesen. Az általános fájdalomismeretekkel kapcsolatban a válaszadók 77%-a, a fájdalomcsillapítással kapcsolatos kérdésekre 69%-a, a fájdalom észlelésére vonatkozó kérdésekre a kitöltők 51 %-a adott megfelelő választ. Legtöbb helyes válasz a szoptatás fájdalomcsillapító hatásáról érkezett (a válaszolók 96 %-a). A legkevesebben arra a kérdésre tudtak megfelelően válaszolni, hogy az újszülöttek erős fájdalom ellenére is képesek-e aludni (21 % helyes válasz). Fájdalomskálát a válaszolók 26 %-a használ rendszeresen. Emellett a kitöltők 33,9 %-a válaszolta, hogy biztonsággal meg tudja ítélni az újszülöttek fájdalmát.

Következtetések: A kérdőívet kitöltő orvosok rendelkeznek ismeretekkel a neonatális fájdalommal kapcsolatban, de vizsgálatunk számos hiányt is feltárt. A nonverbális koraszülött-újszülött populációban a fájdalom felismerése a hatékony fájdalomcsillapításhoz vezető első

lépés. Ha nem megfelelő a fájdalom észlelése, annak kezelése sem lehet effektív. A vonatkozó szakirodalom szerint a neonatális fájdalom alulértékelt, alábecsült és sok esetben nem megfelelően kezelt. Ennek fő oka az egészségügyi személyzet fájdalommal kapcsolatos ismereteinek a hiánya. Képzési programokkal, tréningekkel javítani lehetne a koraszülöttek, újszülöttek fájdalommenedzsmentjét.

MENTORKÉPZÉS TAPASZTALATAI SZUPERMENTORKÉNT ÉS PSZICHIÁTERKÉNT

Jalekné dr. Rózsavölgyi Katalin[1,2], Monostori Dóra[1,3,4]

[1]*Korábban érkeztem Dél-alföldi Regionális Koraszülött Intenzív Osztályért Alapítvány, Szeged*

[2] *Békés Vármegyei Központ Kórház Pándy Kálmán Tagkórház Addiktológiai Rehabilitációs Osztály, Gyula*

[3]*Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs*

[4]*Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális képzési Kar, Preventív Egészségügyi Gondozás Tanszék, Szeged*

A Korábban Érkeztem Alapítvány 2017.07.01-én elindította „Mentorház" projektjét azzal a céllal, hogy koraszülésben érintett családoknak komplex támogatást nyújtva segítsen a trauma feldolgozásában, a szülői kompetenciák erősítésében. Az alapítvány célja volt egy olyan mentorhálózat kiépítése, melyben koraszülöttségben érintett önkénteseink egy 30 órás tematikus képzést követően folyamatos szakmai felügyelet mellett segíthetik a hasonló helyzetbe került családokat.

Előadásomban szeretném bemutatni, hogy elmúlt hat év alatt hogyan alakult a mentorhálózat, milyen újabb kihívásokkal találtuk szembe magunkat Békés Vármegyében. Előadásomban kiemelten foglalkozom az ADHD problémakörével, hisz ez a kórkép egyre emelkedő tendenciát mutat koraszülött gyermekek körében és jelentős megterhelést jelent a családok egészének.

KÉSŐI KORASZÜLÖTTEK - MŰKÖDIK? - AVAGY TAPASZTALATOK AZ ÚJSZÜLÖTT OSZTÁLYOS ROOMING-IN ELLÁTÁST KÖVETŐ OTTHONI ELSŐ HÓNAP SORÁN

Kiss Anna Aranka, Mader Krisztina

Észak Pesti Centrumkórház- Honvédkórház Perinatális Intenzív Centrum

Napjainkban Magyarországon a családok részéről alapvető igény, az egészségügy részéről kézenfekvő lehetőség, hogy az érett újszülöttek problémamentes világrajövetelét követően az anya-gyermek kapcsolódást elősegítő rooming-in rendszerben kerüljenek ellátásra újszülött osztályokon. Ezzel szemben a késői koraszülöttek (34-36. gesztációs hét) – állapottól függetlenül – jellemzően koraszülött osztályra kerülnek, ahol édesanyjuktól elkülönítve ápolják őket és kezelik első életnapjaik többször csak kisebb, intenzív ellátást nem igénylő megingásait. Kórházunkban az elmúlt évek során szigorúan kidolgozott ellátási protokollok és a tapasztalt, képzett szakszemélyzet segítségével lehetővé vált, hogy az intrauterin anamnézis és a megszületést követő állapot, korai adaptáció értékelését követően a stabil állapotot mutató késői koraszülötteket az újszülött osztályra helyezzük édesanyjukkal együtt - ott követve, segítve első életnapjaikat, onnan hazabocsájtva őket.

Jelen retrospektív vizsgálatban telefonos interjúk alapján felvett adatok segítségével azt tanulmányoztuk, hogy ezen újszülött osztályunkon ellátott koraszülötteknek a hazabocsájtást követően, első élethónapjuk során milyen gyakorisággal volt szükségük gondozáson felüli orvosi ellátásra, hospitalizációra, illetve ezen igény hátterében milyen kórkép állt. Emellett felmértük, hogy a táplálásuk során milyen arányban részesültek anyatejes vagy tápszeres táplálásban.

A vizsgálat 2022.január 1- 2023.január 1. között született, újszülött osztályon ellátott es onnan hazaadott, késői koraszülöttek - tervezetten 170 fő - bevonásával történik.

AZ ÚJSZÜLÖTTKORI THROMBOCYTOPÉNIA LEHETSÉGES IMMUNOLÓGIAI OKA

Kiss Nóra Ágnes, Kiss Judit Klára, Mari Judit, Gajda Anna

Szegedi Tudomány Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Bevezetés: A neonatális alloimmun thrombocytopéniát (NAIT) az újszülött vérlemezkéin megtalálható alloantigének (HPA) ellen termelődő anyai antitestek okozzák. Ennek következtében az újszülöttben súlyos fokú thrombocytopénia alakul ki, amely vérzéses tünetekhez, akár intracraniális vérzéshez is vezethet. A kezelés első lépéseként intravénás immunglobulin (IVIG) alkalmazása javasolt. Súlyos thrombocytopenia vagy vérzéses szövődmény esetén ABO kompatibilis, irradiált thrombocytakészítmény vagy ha elérhető, HPA1a negatív donortól származó thrombocytakészítmény transzfúziója javasolt. A végső diagnózist a szerológiai vizsgálatok adják meg.

Célkitűzés: A Szegedi Tudomány Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ Perinatális Intenzív Osztályán 2019-2023 márciusáig NAIT-tal kezelt újszülöttek ellátásának összehasonlító elemzése

Eredmények: A vizsgált időszakban összesen 15 újszülött esetében szerológiai vizsgálatok is megerősítették a NAIT diagnózisát. Közülök 14 esetben már az első életnapon észlelt vérzéses tünetek (hematomák, petechiák, purpurák, suffusiók) alapján indítottunk kivizsgálást NAIT iránydiagnózissal. Intracraniális vérzés egyik újszülött esetében sem lépett fel. Három újszülött esetén idősebb testvérük esetében már ismert volt a NAIT. Az induló thrombocytaszám 5-63 G/l közt alakult. IVIG beadására 9 esetben került sor, ezen esetekből 3 alkalommal volt szükség ismétlésre. Thrombocytakészítmény transzfúziójában 6 újszülött részesült, ezen esetekből 3 alkalommal volt szükség ismétlésre. Egy alkalommal HPA1a negatív donortól származó thrombocytakészítmény használatára volt szükség.

Összefoglalás: Az érett újszülötteknél a megszületést követően észlelt vérzéses tünetek, illetve alacsony thrombocytaszám esetében gondoljunk NAIT lehetőségére is. Amennyiben a diagnózist szerológiai vizsgálatok is alátámasztják, a következő terhesség során is fennáll a NAIT kialakulásának veszélye, ezért kiemelt figyelmet kell fordítani a terhesgondozásra.

A HYDROCORTISON TERÁPIA HOSSZÚTÁVÚ KIMENETELRE GYAKOROLT HATÁSA ASPHYXIÁS ÚJSZÜLÖTTEKBEN: A CORTISOL VIZSGÁLAT MÁSODLAGOS ANALÍZISE

Kovács Kata, Dobi Marianna, Varga Zsuzsanna, Szakmár Enikő, Méder Ünőke, Vámos Anna, Szabó Miklós, Jermendy Ágnes

Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, MTA Kiváló Kutatóhely, Neonatológiai Tanszéki Csoport

Bevezetés: A szisztémás hypotensio gyakori szövődmény terápiás hypothermia során hypoxiás-ischaemiás encephalopathiás újszülötteknél, melynek egyik lehetséges oka a relatív mellékvesekéreg elégtelenség. Munkacsoportunk korábban igazolta, hogy a hydrocortison szupplementáció hatékonyan emeli a vérnyomást asphyxiás újszülöttekben a placebóhoz képest (CORTISoL vizsgálat), azonban a terápia hosszútávú biztonságosságról nem állnak rendelkezésre adatok ebben a betegpopulációban. Célunk volt a CORTISoL vizsgálatban részt vevő gyermekek 2 éves korban történő fejlődésneurológiai vizsgálata.

Módszerek: Kettősvak, randomizált, placebo kontrollált klinikai vizsgálatot végeztünk a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának PIC osztályán 2016 és 2020 között. Olyan asphyxiás, hypothermiás kezelésben részesülő újszülöttek kerültek bevonásra, akiknél volumen-rezisztens hypotensio alakult ki, és a CORTISoL vizsgálatban 0,5 mg/kg/6 óra hydrocortison vagy ennek megfelelő mennyiségű placebo terápiában részesültek a hypothermia során. A jelenlegi vizsgálat egy másodlagos analízis, ahol kedvezőtlen kimenetelnek tekintettük, ha a 2 éves korban elvégzett Bayley II teszt alapján a mentális vagy pszichomotoros pontszám <70 volt, illetve a halálozást. A fejlődésneurológiai utánkövetés alkalmával szülői kérdőív segítségével a családok szocioökonómiai hátterét is vizsgáltuk.

Eredmények: A vizsgálatba bevont 55 asphyxiás, hypothermiás kezelésben részesülő újszülött közül 26-an a hydrocortison, 29-en a placebo csoportba kerültek, azonban a kritikus állapot miatt számos újszülött a placebo csoportban is hydrocortison terápiát kapott a felmelegítést követően az ellátó klinikus döntése alapján. A hosszútávú kimenetel összehasonlítására így két csoportot elemeztünk aszerint, hogy részesültek-e hydrocortison kezelésben (n=38) vagy nem (n=17), az eredeti randomizációs csoportoktól függetlenül. A hydrocortisont kapott újszülöttek 35%-ának volt kedvezőtlen kimenetele, a terápiában nem részesültek 13%-ához képest (p=0,054). Többváltozós regressziós analízisünkben a hydrocortison kumulatív dózisának, a hypoxiás-ischaemiás encephalopathia súlyosságának és a szülői iskolázottságnak a hatását vizsgáltuk a kedvezőtlen kimenetel előfordulására. 1 mg/kg-mal több hydrocortison terápia

16%-kal emelte (OR 1,16 (95% CI 1,01-1,37); p=0,04), míg a súlyosabb encephalopathia 2,7-szeresre emelte az esélyét (OR 2,71 (95% CI 1,32-7,06); p=0,02) a kedvezőtlen mentális kimenetelnek. A szülői iskolázottság nem befolyásolta a hosszútávú kimenetelt az általunk vizsgált populációban.

Összefoglalás: Eredményeink alapján a hydrocortison terápia hosszútávú biztonságossága megkérdőjelezhető a hypotensiós, asphyxiás, hypothermiás kezelésben részesülő újszülöttek körében. A klinikai hatékonyság ellenére fontos hangsúlyozni, hogy a hydrocortison terápiát a lehető legalacsonyabb dózisban és a lehető legrövidebb ideig alkalmazzuk. A hydrocortison neurológiai fejlődésre gyakorolt hatásának megértéséhez további vizsgálatok szükségesek.

Nemzeti Tehetség Program – Nemzet Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíj: NTP-NFTÖ-22-B-0068
Transzlációs Idegtudományi Nemzeti Laboratórium: RRF-2.3.1-21-2022-00011
Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal PD_22 „OTKA” Posztdoktori kiválósági program: PD 142288

PRE-EXTUBÁCIÓS TELÍTŐ DÓZISÚ KOFFEIN HATÁSA AZ EXTUBÁCIÓ SIKERESSÉGÉRE – RETROSPEKTÍV VIZSGÁLAT

Kovács Kinga[1,2], Nagy Rita[2], Andréka Lilla[3], Valek Andrea[1], Varga Péter[1], Harmath Ágnes[1], Nádor Csaba[1], Szabó Miklós[1], Gasparics Ákos[1,2]

[1] *Neonatológia Tanszéki Csoport, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Gyermekklinika Semmelweis Egyetem,*

[2] *Transzlációs Medicina Központ, Semmelweis Egyetem,*

3 Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Semmelweis Egyetem

Bevezetés: A gépi lélegeztetést igénylő koraszülöttek ápolása során az egyik legfontosabb terápiás célkitűzés a gépi lélegeztetés idejének minimalizálása. Az irodalom alapján, koraszülöttek esetében az extubációs sikertelenség gyakorisága 10% és 80% között van. A neonatológiai ellátásban számos tanulmány született az extubációs alkalmasság megítélésére, az extubáció körüli légzéstámogatás optimális megválasztására, valamint gyógyszeres beavatkozások hatásosságára vonatkozóan. A koffein a „CAP trial" óta a koraszülött ellátás „bázis" gyógyszerei közé tartozik. A megfelelő hatékonysághoz szükséges optimális dózis és adagolás azonban továbbra is kérdéses. Korábbi vizsgálatok alapján a magasabb dózisú koffein kezelés megnöveli az extubáció sikerességét. Klinikánk Üllői utcai részlegén már 2020-tól a pre-extubációs telítő dózisú koffein adása az extubációs protokoll részét képezi, míg Baross utcai részlegünkön ez 2022-ig nem volt része a protokollnak.

Célkitűzés: A reintubáció gyakoriságának vizsgálata a pre-extubációs telítő dózisú koffein kezelésben részesült és nem részesül koraszülöttek körében.

Módszerek: Retrospektív vizsgálatunk során a 2020. január 1-je és 2021. december 31-e között a Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján, a 32. gesztációs hét előtt született, legalább 48 óráig gépi lélegeztetést igénylő koraszülöttek adatait gyűjtöttük össze. Az első tervezett extubációs kísérlet alkalmával pre-extubációs telítő dózisú koffein kezelésben részesült és nem részesült koraszülöttek adatait hasonlítottuk össze. A retrospektív vizsgálat adatait az országos PIC adatbázis és a MedSol rendszer segítségével dolgoztuk fel. Az adatok elemzését leíró statisztikai módszerekkel végeztük.

Eredmények: Összesen 87 koraszülött adatait dolgoztuk fel, akik közül 38-an részesültek pre-extubációs telítő dózisú koffein kezelésben, míg 49-en a rutin fenntartó dózist kaptak. A két csoport között a gesztációs kor, születési súly, valamint nemek aránya nem különbözött. A pre-extubációs telítő dózisú koffein kezelésben részesültek körében magasabb volt a teljes prenatalis szteroidprofilaxist kapottak aránya (63,2% vs. 34,7%; p-érték: 0,008). A pre-

extubációs telítő dózisú koffein kezelésben részesült koraszülöttek csoportjában szignifikánsan alacsonyabb volt a reintubáció aránya a fenntartó kezelésben részesülő koraszülöttekhez képest (15,8% vs. 40,8%; p-érték:0,011).

Konkluzió: Ezen eredmények alapján a pre-extubációs telítő dózisú koffein növelheti az extubáció sikerességének arányát a 32. gesztációs hétnél éretlenebb koraszülöttek csoportjában. A megfelelő evidencia-szint eléréséhez, az esetleges mellékhatások felméréséhez randomizált klinikai vizsgálat szükséges.

	Extubáció koffeinnel össz=38	Extubáció koffein nélkül össz=49	P value
Átlag születési súly	957.11, 95% CI [846.77, 1067.44]	877.96, 95% CI [796.08, 959.84]	0,238
Átlag gesztációs kor	26.55, 95% CI [25.84, 27.27]	25.92, 95% CI [25.36, 26.48]	0,156
Nem (lány/össz)	14/38 (36,8%)	22/49 (44,9%)	0,449
Teljes szteroid profilaxis	24/38 (63,2%)	17/49 (34,7%)	0,008
Teljes és részleges szteroid profilaxis	32/38 (84,2%)	32/49 (65,3%)	0,073
Szisztémás szteroid	9/38 (23,7%)	12/49 (24,5%)	0,931
PDA	11/38 (28,9%)	24/49 (49,0%)	0,059
Reintubáció 48 órán belül	6/38 (15,8%)	20/49 (40,8%)	0,011

MIKOR SZÜKSÉGES HAZAADÁS ELŐTT KARDIOLÓGIAI VIZSGÁLAT?

AZ ÚJSZÜLÖTTKORI SZÍVFEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK DIFFERENCIÁLÁSÁNAK, A KRITIKUS ÉS NEM KRITIKUS ÁLLAPOTOK ELKÜLÖNÍTÉSÉNEK MÓDJA ÉS JELENTŐSÉGE A MEGSZÜLETÉST KÖVETŐEN.

Kovács-Pászthy Balázs

DE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Neonatológia

A szívfejlődési rendellenességek nagy része, a javuló prenatális szűrés ellenére megszületés után kerül diagnosztizálásra. Éppen emiatt vált általánossá, és került bevezetésre 2021-ben hazánkban is, az újszülöttkori pulzoximetriás szűrés. Az európai és amerikai irányelvekhez igazodva ennek célja a kritikus, azaz azonnali beavatkozást igénylő szívfejlődési rendellenességek születést követő korai felismerése.

Hazánkban, és világszerte is, az újszülöttek jelentős része olyan PIC I. vagy PIC II. háttérrel rendelkező újszülött osztályokon születik meg, ahol a szív ultrahang vizsgálatok alig, vagy egyáltalán nem elérhetőek. Fontos tehát, hogy ilyen esetekben is biztosítva legyen az újszülöttek biztonságos, a korai hazaadás elveit követő hazaengedése. A korai pulzoximéteres szűrés eredményei és az esetlegesen észlelt tünetek értékelése alapján tehát el kell tudni dönteni, hogy az újszülött biztonsággal elbocsátható-e. Fontos az is, hogy eltérés esetén milyen információval látjuk el a szülőket, és amennyiben indokolt, hogyan szervezzük meg további gondozásukat.

Jelen előadás célja a tünetek pontos értékelésén alapuló útmutatás a kardiológiai betegségek felismerését és megközelítő diagnózisát illetően. Fontos a kritikus és nem kritikus állapotok definiálása, azok elkülönítése. Az újszülöttek hazaadás előtt elvégzett vizsgálatainak, és a pulzoximetriás szűrés eredményének ismeretében, még eltérés esetén is egyértelmű tanácsot tudunk adni a szülők számára. Ugyanígy, a feltételezett diagnózis alapján tudjuk őket továbbirányítani az alapellátást biztosítók, vagy az újszülöttet tovább gondozók felé.

NYELŐCSŐ ELZÁRÓDÁS SIPOLLYAL… NEM IS OLYAN RITKA BETEGSÉG, ALATTOMOS TÜNETEKKEL.

Kránitz Zsolt Gergő

SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-Egészségügyi Központ, Perinatális Intenzív Osztály

Témavezetők:

Dr. Kiss Judit, Dr. Gajda Anna, Dr. Mari Judit, Dr. Németh Judit, Dr. Pásti Emese

Bevezetés: A nyelőcső elzáródása közepesen gyakori fejlődési rendellenességek közé tartozik, a hazai statisztikák alapján 3000-4500 születésre jut 1, ami Magyarországon évi 30-35 új esetet jelent. Műtéti beavatkozás nélkül hosszútávon életképtelenséget jelentő kórkép, melynek kezelése komplex ellátási igény miatt neonatális sebészeti háttérrel rendelkezdő tercier PIC központokban történik, felismerése azonban bármely újszülött ellátást nyújtó intézményben meg kell történjen.

Módszer: Retrospektív, adatgyűjtésen alapuló vizsgálatunkban az elmúlt 5 évben osztályunkon kezelt újszülöttek esettanát tekintettük át, melyek közül a legutóbbi betegünk kórtörténetén keresztül mutatjuk be a kórkép korszerű intenzív osztályos ellátásának alappilléreit.

Eredmények: Osztályunkon az elmúlt 5 évben összesen 15 újszülöttet kezeltünk nyelőcső elzáródással, döntő többségükben a kórkép fistulával járó formájával találkoztunk. Társuló fejlődési rendellenesség (VACTERL asszociáció) 7 esetben volt igazolható, primer anastomosis 9 betegnél volt kivitelezhető.

Következtetés: A betegség korai felismerésének jelentőségét az adja, hogy megelőzhető az aspiráció okozta tüdőkárosodás, illetve időben észlelésre kerülhetnek a társuló fejlődési rendellenességek. A hosszútávú életminőséget a perioperatív ellátás színvonala, valamint a fellépő szövődmények megfelelő utógondozása határozza meg.

A 34-35. GESZTÁCIÓS HÉTRE SZÜLETETT KORASZÜLÖTTEK KÉSLELTETETT KÖLDÖKZSINÓR-ELLÁTÁSÁNAK HATÁSA AZ ADAPTÁCIÓRA

Andréka Lilla[1,2], Major Gréta Szilvia[3], Kovács Kinga[1,2], Varga Péter[1,2], Harmath Ágnes[1,2], Szabó Miklós[1], Gasparics Ákos[1,2]

[1]*Semmelweis Egyetem, Neonatológiai Tanszéki Csoport*

[2]*Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Baross u. részleg*

[3]*Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet*

Bevezetés: A megszületéskori keringés, -légzésadaptáció vizsgálata alapján egyre több adat utal arra, hogy a köldökzsinór-lefogás késleltetése és az areáció biztosítása újszülötteknél növeli a keringő vérvolument, sikeresebbé teheti az újszülött alkalmazkodását a méhen kívüli élethez. Az európai újszülött újraélesztési irányelv jó állapotban született érett és késői koraszülöttek esetén késleltetett köldökzsinór-ellátást javasol. A késletetett köldökzsinór ellátás kedvező hatásairól újszülöttek esetében számos közlemény született, koraszülöttek esetében kevesebb adat áll rendelkezésre. Késői koraszülötteknél a késleltetett köldökzsinór-ellátás az esetek döntő többségében speciális ellátóasztal és felszerelés nélkül, császármetszés során is kivitelezhető. Intézetünkben a császármetszések során 2021 óta tervezetten 60 másodperces késletetett köldökzsinór-ellátást végzünk koraszülöttek és újszülöttek ellátásakor egyaránt.

Célkitűzés: Az azonnali és a késleltetett (60s) köldökzsinór-ellátás hatásának vizsgálata a 34-35. gesztációs héten császármetszéssel született koraszülöttek körében.

Anyagok és módszerek: A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Baross utcai részlegén 2020-2022 között, a 34-35. gesztációs hétre császármetszéssel született koraszülötteket vizsgáltuk. Az azonnali és késleltetett köldökzsinór-ellátásban részesült koraszülöttek adatait hasonlítottuk össze. Összehasonlítottuk a perinatális faktorokat, a szülőszobai stabilizálás során észlelt állapotot és ellátási igényt, valamint a koraszülött intenzív osztályon szükséges keringés- és légzéstámogatási igényt. Vizsgáltuk az anyai szövődményeket (transzfúziós igény, infekció előfordulása), valamint az újszülöttek hemoglobin, hematokrit, CRP értékeit, az első bilirubinértéket, és a kékfénykezelés átlagos időtartamát.

Eredmények és összefoglalás: Az adatok elemzése jelenleg folyamatban van, vizsgálatunk eredményeit előadásunkban fogjuk ismertetni.

"IZOMHIPOTÓNIA DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA"

Merő Gabriella

DEKK Gyermekklinika

Az egyre javuló, magas színvonalú szülészeti és neonatológiai ellátás eredményeképpen jelentősen javult a kissúlyú, éretlen koraszülöttek túlélési, minőségi túlélési aránya. A minőségi túlélés egyik alappillére a NIC-ekben a fejlődéstámogató ellátás és a hazaadást követően végzett széles körű fejlesztési lehetőségek biztosítása. Gyakran észlelünk ezen betegcsoportban izomtónus eloszlási zavart, izomhipotoniát, mely eltérések a késői koraszülött csoportban és az érett újszülöttek között is gyakran megfigyelhetőek.

Az izomhypotonia hátterében azonban még számos kórfolyamat állhat a neuromuszkuláris betegségektől kezdve genetikai eredetű kórképeken át különböző anyagcserezavarokig.

A neonatális periódusban gyakran az izomhipotnia a vezető tünet melynek hátterében az etiológia tisztázása, illetve a részletes kivizsgálás szükségességének a megítélése gyakran komoly kihívás elé állítja a szakembereket. Az esetek döntő többségében nem találunk a háttérben kóroki tényezőt és a korai fejlesztés hatására ugyan megkésett fejlődésmenettel, de elérik a WHO nagymozgás mérföldköveket. A ritka betegségek egyre bővülő terápiás lehetőségei szükségessé teszik, hogy ebből a viszonylag nagy kohortból időben kiszűrjük a kóros eltéréseket.

Előadásomban néhány fontos betegségcsoportról szeretnék beszélni, melyek ismerete segítséget nyújthat ahhoz, hogy a pontos diagnózist minél fiatalabb életkorban fel tudjuk állítani. A korai diagnózis a kezelhető betegségcsoportok estén jelentősen javíthatja az életminőséget.

„A SZÜLŐ KÉRÉSÉRE TÁPSZERES PÓTLÁST KEZDTÜNK”

Misnyovszki Dorina

csecsemő-és gyermekgyógyász, IBCLC, laktációs szaktanácsadó

Az első életnapokban a legtöbb érett újszülött nem szorulna anyatejes vagy tápszeres kiegészítésre, egy részük mégis szubjektív indikációval részesül benne. A korán elkezdett tápszeres pótlás miatt a későbbi szoptatás időtartama rövidülhet, vagy kizárólagossága megszűnhet. A szülői kérésre megkezdett tápszeres kiegészítés hátterében gyakran információhiány áll.

A prenatális időszakban nagyon fontos lenne online és/vagy offline formában felkészíteni a leendő édesanyákat a kizárólagos szoptatásra. Ezt kutatások, nemzetközi irányelvek, például az ABM protokollok (American Breastfeeding Medicine) és a BBKK (Bababarát Kórház Kezdeményezés) „Tíz lépése” (A sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés) is hangsúlyozzák.

Munkánk során arra kerestük a választ, hogy az online/offline szülésfelkészítőn való részvétel vagy a korábbi szoptatási tapasztalat protektív tényezőnek számít-e a „szükségtelen” tápszeres pótlás megkezdésével szemben. Kutatásunkhoz az adatgyűjtés az Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház újszülött osztályán történt. Egy elektronikus kérdőívet és a munkahelyi kórlapokat véve alapul leíró statisztikai módszerekkel nyertünk adatokat, melyeket leíró statisztikai módszerek segítségével értékeltünk.

KÉSŐI KORASZÜLÖTTEK MEGSZÜLETÉST KÖVETŐ ÁPOLÁSA ROOMING IN RENDSZERBEN AZ ÚJSZÜLÖTT OSZTÁLYON

Németh Nóra, Kiss Eleonóra, Ádám Marianne, Boross Gábor

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet

A hazai koraszülött frekvencia továbbra is 8-9% között mozog. A megszületést követő kórházi ápolás során a morbiditás rizikója hétszeresére növekszik a késői koraszülötteknél az érett újszülöttekhez képest, valamint sokkal nagyobb eséllyel alakul ki náluk hőregulációs zavar, alacsony vércukor és kalcium szint, légző- és keringési rendszeri eltérés, etetési nehezítettség, sárgaság, aluszékonyság. A koraszülötteket világszerte és hazánkban is kisebb arányban és rövidebb ideig szoptatják.

Tekintettel arra, hogy kórházunkban az újszülött osztály mellett PIC II osztály is működik, ezért késői koraszülöttek megszületésére és ellátására is lehetőségünk van. Célunk, hogy amennyiben a késői koraszülött állapota engedi, úgy az ellátása édesanya mellet rooming in rendszerben történhessen az újszülött osztályunkon. A 2022-es évben 915 szülés történt kórházunk szülészeti osztályán, ebből 152 volt késői koraszülött. A 152 késői koraszülött közül 101, tehát az összes késői koraszülött mintegy 2/3-a maradhatott az újszülött osztályon rooming in rendszerben édesanyja mellett. Ellátásuk során lehetőség szerint minden késői koraszülés esetén biztosítjuk a bőrkontaktust. Állapotuktól függően sok segítséggel rooming in-ben maradhatnak szoros kontroll mellett. Tekintettel arra, hogy nehezebben tartják a testhőmérsékletüket minél több bőrkontaktus javasolt. Az érett újszülöttekhez képest azonban hosszabb kórházi tartózkodás várható. Szoptatásuk során nem működik az igény szerintiség, gyakori megfigyelés és segítség szükséges méréssel és szoptatásbarát kiegészítési módszerekkel. Hajlamosak hipoglikémiára, hipocalcémiára és sárgaságra, azonban amíg lehetséges, addig mindezek kezelés az édesanya ágya mellett történik. Mindez természetesen sok nővéri (orvosi) többletmunkát jelent, azonban mind a késői koraszülött, mind pedig az édesanya nagyon sokat nyerhetnek vele.

EGY BENIGNUSNAK VÉLT ARITMOGÉN CARDIOMYOPATHIA MALIGNUS FENOTÍPUSA

Oláh Alexandra[1], Mari Judit[1], Gajda Anna[1], Pásztor Pál[1], Gál Péter[1], Radics Bence[2], Katona Márta[1], Kiss Judit[1]

[1] *SZTE SZAKK, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Szeged*

[2] *SZTE SZAKK, Patológiai Intézet, Szeged*

Bevezetés: A cardiomyopathiák (CMP) a legrosszabb túlélési rátával járó gyermekkori szívbetegségek, a tünetekkel jelentkező CMP-s gyermekek 40%-a szívtranszplantációra szorul vagy meghal a diagnózistól számított két éven belül. A primer CMP-k prevalenciája gyermekkorban 1:100000, csecsemőkori legmagasabb incidenciával. A CMP-k morfofunkcionális megközelítésű kategorizálása használatos, így a főcsoportok közé a dilatatív, hypertrophiás, restriktív, aritmogén és non-compaction cardiomyopathiák sorolandók, ill. ezek további alcsoportokra bonthatók a genetika, ill. egyéb kiváltó tényezők függvényében. Az alábbiakban, a már intrauterin aritmiával jelentkező, újszülöttkorban manifesztálódott, aritmogén-dilatatív CMP jegyeit is mutató, gyors progressziójú, letális kimenetelű, ritka, általában felnőttkorban jelentkező és lassú progresszivitású CMP-vel diagnosztizált újszülött esetét mutatjuk be, mely esetben a pontos diagnózist a postmortem szövettani, ill. a genetikai vizsgálat adta.

Esetismertetés: Klinikánk Koraszülött Intenzív Osztályára rövid újraélesztést követően, egy 36. gesztációs héten, Apgar 3-5-6 státuszban született koraszülöttet, intrauterin észlelt és postnatalisan is fennálló bradycard szívműködés, ill. légzészavar miatt vettünk fel.

A bradycardia hátterében EKG vizsgálattal III. fokú atrioventricularis blokk (AV-blokk) igazolódott, echocardiographiás vizsgálattal strukturális szívfejlődési rendellenesség nem volt észlelhető. Dobutrexes keringéstámogatás mellett a szívfrekvencia 80-90/min-re emelkedett. A harmadik életnapon további bradycardizálódási tendencia (kamrai frekvencia: 50/min), emelkedő szív nekroenzimek, légzési elégtelenség, akut veseelégtelenség jelentkezett, ekkor intubáció történt és transcutan pacemaker (PM) került felhelyezésre. Átmeneti transvenosus PM behelyezést követően a Szívsebészeti Klinikán PM beültetés történt epicardiális elektródákkal. A műtétet követően osztályunkon fokozódó szívelégtelenséget, ödémát, oligo- majd anuriát észleltünk a kombinált inotrop, vazopresszor, folyadékterápia, szteroid, albuminpótlás, vízhajtás ellenére is, így hemodialízis (CRRT) mellett döntöttünk. A Klinikánk Gyermekintenzív Osztályán történő CRRT során kamrai tachycardia jelentkezett, mely

amiodaronra szűnt, ill. ezen kívül két alkalommal történt keringésleállás, az utolsó alkalommal sikertelen újraélesztést követően a beteget elveszítettük.

Összefoglalás: A halál oka a súlyos keringési elégtelenség, ill. következményes sokszervi elégtelenség volt. A szívizom szövettani vizsgálata alapján desmin-related CMP diagnózisa merült fel, mely a klinikai képet (III. fokú AV-blokk, dilatatív CMP) magyarázta, kivéve az életkori manifesztációt és rapid lefolyást. A genetikai vizsgálattal kimutatott desmoplakin (DSP) gén heterozygota mutációjának kimutatása adta a pontos diagnózist. A DSP gén variánsai leggyakrabban aritmogén CMP, ill. dilatatív CMP formájában manifesztálódnak, azonban mára a klinikai és genetikai adatok alapján a DSP gén mutációjához kapcsolt CMP-k külön entitást képviselnek, melyre jellemző a jelentős aritmiarizikó és bal kamrai diszfunkció. A betegek átlagéletkora a diagnózis idején 40 év. Az irodalmi adatok áttekintése után, tudomásunk szerint, újszülöttkorban eddig még nem került leírásra DSP gén mutációja által okozott CMP.

A SARS-COV-2 POZITÍV SZÜLŐNŐK GYERMEKEINEK HOSSZÚTÁVÚ UTÁNKÖVETÉSE

Pál Vanda[1,3], Pekli-Tóth Fanni[1,2], Szabó Miklós[2], Nádor Csaba[1,2]

[1] *Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika*

[2] *Semmelweis Egyetem, Neonatológiai Tanszéki Csoport*

[3] *Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, VI. évfolyam*

Háttér

A COVID-19 pandémia jelentősen emelte a várandósok mortalitását, növelte a koraszülés rizikóját. A fertőzött anyák újszülöttjeinek többsége nem akvirálta a vírust, ha mégis, akkor az újszülöttkori COVID-19 betegség jellemzően enyhe tünetekkel zajlott le. A fertőzött anyák újszülöttjeinek hosszútávú fejlődéséről azonban kevés adat áll rendelkezésre.

Célkitűzés

Követéses eset-kontroll vizsgálatunkkal célkitűzésünk annak a kérdésnek a megválaszolása volt, hogy a születés idején fennálló anyai SARS-CoV-2 fertőzés és a pandémia időszakára eső első életév milyen hatással vannak a csecsemők táplálására, a regulációs zavarok előfordulására és a pszichomotoros fejlődésre. Célunk volt továbbá a pszichomotoros fejlődés és a placenta szövettani diagnózisa közötti esetleges összefüggés kutatása.

Módszerek

A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Üllői úti részlegén született, a szülés idején SARS-CoV-2 pozitív édesanyák csecsemőinek (n=68, ebből 29 koraszülött) és kontrol (SARS-CoV-2 negatív édesanya) csecsemők (n=38, ebből 4 koraszülött) egy éves kori Bayley-III szűrőteszttel, kérdőívekkel, illetve szövettani leletek elemzésével kapott eredményeit hasonlítottuk össze. A SARS-CoV-2 pozitív csoportban nagyobb arányban voltak koraszülöttek, ezért az érett újszülöttek részmintáit külön is értékeltük. Az eredményeket leíró statisztikai módszerekkel, Mann-Whitney próbával, t-próbával, illetve khi-négyzet teszttel mutatjuk be.

Eredmények

A regulációs zavarok, illetve a tápszeres csecsemőtáplálás nem fordultak elő gyakrabban a SARS-CoV-2 pozitív anyák csecsemőinél a SARS-CoV-2 negatív édesanyáktól született csecsemőkhöz képest az érett újszülöttek esetében. Az érett újszülöttek körében a Bayley III szűrőteszt öt szubtesztjében a COVID-19 csoport (n = 39) v. kontrol csoport (n=34) összehasonlításakor az alábbi eredményeket kaptuk: kognitív: 16 □15□17□ v. 18 □16,5□19□; p=0,002, receptív kommunikáció: 11 □11□12□ v. 12 □10□13,25□; p=0,211,

expresszív kommunikáció: 13 □11□13□ v. 13 □12□14□; p=0,145, finommozgás: 13 □12□14□ v. 14 □13□15□; p=0,005, nagymozgás: 16 □14□17□ v. 17 □14,25□17□; p=0,106. A COVID-19 csoport esetében nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget a placenták szövettani diagnózisainak megoszlásában a pszichomotoros fejlődési státuszban eltérést mutató, illetve eltérést nem mutató csoportok között (p=0,386).

Következtetés

Az éretten világra hozott, születéskor SARS-CoV-2 pozitív édesanyák egy éves korú csecsemőinek kognitív teljesítménye és finommozgása kis mértékben elmaradt a szülés időpontjában SARS- CoV-2 negatív anyák csecsemőihez képest. A SARS-CoV-2 pozitív szülőnők gyermekeinek fejlődése hosszútávon fokozott figyelmet igényel.

A FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSI GYAKORLAT FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEI

Pekli-Tóth Fanni[1,2], Ivancsó Johanna[3], Szlávik Éva[1,2], Szabó Miklós[2], Nádor Csaba[1,2]

[1] *Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika*

[2] *Semmelweis Egyetem, Neonatológiai Tanszéki Csoport*

[3] *Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház*

Bevezetés és célkitűzés: A fájdalomcsillapításhoz való hozzájutás életkortól független emberi jog, ennek biztosítása az ellátók humanitárius és etikai kötelezettsége. A leszálló corticospinális pályák fejletlensége miatt az újszülöttek és koraszülöttek kevésbé tudják csökkenteni a nocicepciót, mint a felnőttek. A fájdalom hosszú távon negatívan hat a fájdalomküszöbre, a stresszválaszra, a kognitív funkciókra, a viselkedésre és a figyelmi funkciókra.

A neonatológiában ezen a területen (is) kevés a magas szintű evidencia, azonban a legtöbb nemzetközi ajánlás és kutatás javasolja a validált fájdalomskálák alkalmazását, a nonfarmakológiai módszerek előnyben részesítését és maximális kihasználását. Mindemellett felhívják a figyelmet a folyamatos infúzióval történő opioid szedatoanalgézia indikációs körének leszűkítésére. Célunk volt, hogy képet kapjunk a felsorolt lehetőségek magyarországi megvalósulásáról.

Anyagok és módszerek: 15 különböző magyarországi NIC/PIC III neonatológus (névtelenül) töltötte ki az osztályuk fájdalomcsillapítási gyakorlatára vonatkozó kérdőívet, ezen adatokat összegeztük egyszerű statisztikai módszerrel (százalékszámítás).

Eredmények: A megkérdezettek 6,6%-a (n=1) válaszolta, hogy az osztályunkon van írásos fájdalom management protokoll. Validált fájdalomskálát a kérdőívet kitöltők osztályán nem használnak rutinszerűen. Nem gyógyszeres fájdalomcsillapítást 33%-ban (n=5) néha, 20%-ban (n=3) általában, 40%-ban (n=6) gyakran, 6,6%-ban minden esetben használnak. A válaszadók 26%-ának (n=4) osztályán indul rutinszerűen opioid infúzió 29 hétnél fiatalabb koraszülött gépi lélegeztetése esetén.

Következtetések: Az eredményeink alátámasztják, hogy a fájdalomcsillapítás terén még vannak fel nem használt lehetőségek a gyakorlat fejlesztéséhez, ezáltal a jobb fejlődésneurológiai kimenetel eléréséhez. Ehhez a legalapvetőbb lépés osztályos protokollok, esetleg országos irányelv megalkotása.

HYPOGLYKAEMIA ELŐFORDULÁSA GESZTÁCIÓS DIABÉTESZES ANYÁK ÚJSZÜLÖTTJEINEK KÖRÉBEN

Rossitto Patrizio

Észak Pesti Centrumkórház - Honvédkórház Perinatális Intenzív Centrum

A mindennapi újszülött osztályos gyakorlat egyik, talán leggyakoribb kérdései közé tartozik a hypoglykaemia. Világszerte különféle protokollok állnak rendelkezésre, annak eldöntésére, hogy milyen eljárásrendet kövessünk a hypoglykaemia kezelésében, azonban minden egyes újszülött osztály kissé egyéni, az adott helyszínre jellemző irányelveket követ. A legfrissebb nemzetközi protokollok alapján elfogadott, hogy újszülötteknél 2.6 mmol/L vércukor érték alatt beavatkozást igénylő hypoglykaemiáról beszélünk. Ezenfelül az új irányelvek nem tesznek különbséget a diétával vagy inzulinnal kezelt GDM között, mindkét esetben javasolják a vércukor mérését az újszülöttnél. A klinikai gyakorlatban felfigyeltünk arra, hogy szénhidrát diétával egyensúlyban tartott GDM-es édesanyák újszülöttjei körében a protokollunk szerint mért első két vércukor érték az esetek döntő többségében euglykaem tartományba esik. Tekintettel arra, hogy kórházunk híve a "minimal handling" szemléletnek, egy retrospektív adatgyűjtés során megvizsgáltuk, hogy az új vércukor protokoll bevezetése óta a diétával karbantartott GDM-es anyák újszülöttjeinél hány százalékában fordult elő hypoglykaemia, illetve, hogy valóban érdemes-e náluk a korai adaptációt megzavarni a vércukor mérésével. Az előadás során ezen eredmények bemutatására, összehasonlítására kerül sor.

NEONATÁLIS VV ECMO – AZ ELSŐ HAZAI ESETEK TAPASZTALATAI

Schnur János[1], Márai Katalin[1], Maráczi Veronika[1], Balázsfi Réka[1], Kiss Viktória[1], Koncz Ilona[1], Szentirmai Réka[1], Cao Chun[3], Rosdy Beáta[2]

[1]*Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály,*

[2]*Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Neurológiai Osztály,*

[3]*Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Gyermekszív Központ*

Az intézetünkben 2018. óta futó gyermekkori VV ECMO program kiterjesztéseként 2022. júniusa óta négy alkalommal végeztünk újszülöttkori VV ECMO kezelést.

A betegek első-harmadik életnapjukon kerültek kanülálásra, az indikáció három esetben súlyos meconium aspirációs szindróma, egy esetben Listeria szepszis, perzisztáló fetális keringés volt. A kezelések egy lumenű kanülökkel, jugulo-femoralis áramlási iránnyal történtek, a kanülálások többségét perkután módszerrel végeztük, de két esetben a femoralis kanülöket sebészi úton kellett behelyezni. A kezelések hossza 3-5 nap között volt (átlagosan 89 óra), minden betegünket sikeresen dekanüláltuk, majd extubáltuk, valamennyien otthonukba távoztak.

Az eddigi kezelések tapasztalatai alapján elmondhatjuk, hogy a maximális konzervatív terápiával uralhatatlan, potenciálisan reverzibilis okú újszülöttkori légzési elégtelenségekben (kiemelten a meconium aspirációs szindrómában) a VV ECMO kezelés Magyarországon is elérhető és sikeresen végezhető beavatkozás, az optimális kimenetel szempontjából – a gyermekkori kezelések során szerzett tapasztalatokkal egybecsengően – az időben történő referálás, a referáló központokkal való szoros együttműködés alapvető fontosságú.

NEONATALIS VV ECMO KEZELÉS

Szász Barbara[1], Lódi Csaba[2], Hauser Balázs[3], Szabó Miklós[1]

[1] *Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Neonatológiai Tanszéki Csoport*

[2] *Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai Részleg, Intenzív Terápiás Osztály*

[3] *Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika*

Az extracorporealis membrán oxigenizáció (ECMO) egy életmentő beavatkozás lehet a legsúlyosabb állapotú, potenciálisan reverzibilis tüdő- vagy szívbetegségben szenvedő betegek ellátása során. Újszülöttkori légzési elégtelenség indikációval végzett ECMO kezelések túlélése világszerte az összes korcsoportot vizsgálva a legjobb. Egy ECMO program sikerének nem csak az ellátásban részt vevő szakemberek a kulcsa, hanem a betegek megfelelő időben való referálása is meghatározó tényező.

Előadásomban röviden ismertetném a VV ECMO terápia elméleti hátterét, indikációs körét, valamint a rövid- és hosszútávú kimenetellel kapcsolatban rendelkezésre álló adatokat.

Szeretném bemutatni a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikán újonnan induló újszülött ECMO programunkat, valamint felhívni a figyelmet a korai referálás fontosságára és annak módjára.

„MINDEN KEZDET NEHÉZ”…- ÚJ SURFACTANT KEZELÉSI MÓDSZEREK BEVEZETÉSE

Szigeti Krisztina[1,2], Harmath Ágnes[1,2], Varga Péter[1,2], Szabó Miklós[1,2]

[1] *Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Baross utcai részleg, NIC*

[2] *Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai részleg, Neonatológiai Tanszéki Csoport*

Bevezetés:

A Respirációs Distresz Szindróma (RDS) kezelésre vonatkozó legújabb irányelvek alapján, spontán légző koraszülötteknél a felületaktív anyag adásának elsődlegesen ajánlott módszere a Less Invasive Surfactant Adminstration (LISA) technika. A LISA technikát 2021 közepétől alkalmazzuk nagyobb arányban osztályunkon. A módszer bevezetése előtti és utáni év adatainak áttekintésével reális képet kaphatunk a LISA módszer előnyeiről, és a módszer bevezetése körül felmerülő nehézségekről.

Módszerek:

A Semmelweis Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Baross utcai részlegének Neonatális Intenzív Osztályán, 2020-ban és 2022-ben született, felületaktív anyag kezelésben részesült újszülöttek adatainak retrospektív vizsgálatát végeztem.

Eredmények:

2020-ban 122, 2022-ben 110 surfactant kezelés történt. A két időszakban a betegpopulációk antropológiai jellemzői nem különböztek jelentősen: (2022 vs. 2020) átl.±SD gesztációs kor: 30,0±3,2 vs. 30,2±3,1 hét, születési súly 1515±609 vs. 1590±587 gr. volt. A beadott surfactant dózis medián (min; max), 206 (115; 343) vs. 199 (113; 316) mg/ttkg volt. A kezdetben non-invazív légzéstámogatással (NIV) stabilizált koraszülöttek aránya 2022-ben 75,5%, 2020-ban 61,5% (p=0,03) volt.

A NIV csoportban a LISA gyakorisága 2022-ben 46,5%, 2020-ban 2,5% volt. 2022-ben 52 LISA, és 31 Intubálás SURfactant adás Extubálás (INSURE) történt. A NIV kezelés sikertelenségi aránya LISA esetén 22% INSURE-nál 19% volt (n.s)

Minden esetet figyelembe véve surfactant ismétlés 2022-ben n=25 (22%) 2020-ban n=10 (8%) (p=0,002) esetben történt. 2022-ben surfactant ismétlés LISA után n=14/52, INSURE után n=2/31 volt szükséges. A surfactant adáskor szedatív hatású fájdalom csillapítás gyakorisága az ismételt surfactant csoportban 50%, az ismétlést nem igénylő csoportban 14% (p=0,006) volt.

Következtetés:

2020 és 2022 között az RDS kezelése és a surfactant alkalmazás gyakorlata jelentősen változott osztályunkon. Növekedett a non-invazív stabilizálás aránya és előtérbe került a LISA módszer alkalmazása. A jövőben szeretnénk a sikeres LISA kezelések arányát javítani. A beavatkozás során alkalmazott szedáció elhagyásával várhatóan csökkenteni tudjuk a NIV kezelés sikertelenségének és az ismételt felületaktív anyag adásának arányát.

PULMONALIS HYPERTONIÁVAL SZÖVŐDÖTT BRONCHOPULMONALIS HYPERTONIA KEZELÉSE ÉS LEFOLYÁSA

Szijártó Annamária[1,2], Somoskövi Orsolya Erzsébet[2], Ablonczy László[2]

[1]*Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Baross utcai részleg*

[2]*Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet Gyermekszív Központ*

Bevezetés: A bronchopulmonalis dysplasia-s (BPD) koraszülöttek morbiditását és mortalitását jelentősen fokozza az esetek egy részéhez társuló pulmonalis hypertonia (PAH). A szerzők a BPD-hez társult PAH lefolyását vizsgálták saját beteganyagon.

Beteganyag és módszer: A GOKVI Gyermekszív Központ PAH regisztere segítségével a 2000-2020 között született és a centrumunkban kezelt, volt koraszülöttek illetve méhen belül növekedésükben retardált újszülöttek (23 beteg; testsúly: 420-1810 g, átlag: 847 g; gesztációs kor: 23-38, átlag: 26 hét; fiú:lány - 15:8) perinatális adatai mellett a PAH diagnózisának felállítási idejét és módját (echocardiographia versus hemodinamikai vizsgálat), a választott gyógyszeres kezelést, annak időtartamát, illetve a lefolyást (gyógyult PAH, ongoing PAH, specifikus terápia igény, exit) vizsgáltuk.

Eredmények: A vizsgált betegpopulációban a betegek többsége (19/23, 83%) 1000 g alatti koraszülött volt, átlagosan 7 hét invazív és non-invazív légzéstámogatási igénnyel. A diagnózis felállítása a betegek többségénél hat hónapos korig (0-48 hó; 15/23, 65%), non-invazív vizsgálattal (18/23, 78 %) történt. A választott terápia 100 %-ban a phosphodiesterase 5 inhibitor (PDE5i) sildenafil volt, kiegészítő PAH specifikus terápia alkalmazására nem volt szükség. 3 beteget veszítettünk el (13%) légzési és keringési elégtelenség miatt. A sildenafil terápia átlagos alkalmazása a gyógyult PAH (16/20, 80%) csoportban átlagosan 2.9 év volt (1 hó-11 év), a gyógyszeres terápia leállítása után 56%-ban hemodinamikai vizsgálat történt (1 esetben a katéteres vizsgálat folyamatban van, 2 beteg a kontrollra nem jött el, 4 esetben az echo alapján a hemodinamikai vizsgálat szükségességétől eltekintettünk). 3 betegnél a terápia leállítása után elvégzett felszabadító hemodinamikai vizsgálat alapján perzisztáló PAH volt igazolható, ezért a gyógyszeres terápia ismét elindult, egy betegnél a non-invazív vizsgálatok eredménye alapján a terápia prolongálása mellett döntöttünk (perzisztáló PAH 4/20, 20%).

Következtetések: A BPD-hez társult pulmonalis hypertonia lefolyása az esetek döntő részében jóindulatú, a PAH reverzibilis. Betegeink többségében 2.9 éves átlagos PDE5i kezelés mellett a PAH megszűnt. Bár a diagnózishoz és a terápia indításához az echocardiographiás vizsgálat is megfelelő, a gyógyszeres kezelés lezárását követő 1 éven belül hemodinamikai vizsgálat javasolt a perzisztáló PAH kiszűrése céljából.

AZ ANYAI „AJÁNDÉK": CONNATALIS SZIFILISZ A KLINIKUMBAN

Szilágyi Dávid, Császár Ágnes, Szentkirályi Mariann

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház

Bevezetés: A szifilisz a Treponema pallidum által okozott bakteriális fertőzés, amely a kezeletlen, vagy nem megfelelően kezelt édesanyák esetében a placentán keresztül vagy hüvelyi úton a magzatra terjedhet. A magzati fertőzés intrauterin elhaláshoz, perinatális halálhoz, koraszüléshez vagy connatalis szifiliszhez is vezethet, amelynek incidenciája az utóbbi években emelkedő tendenciát mutat (2019: 3, 2020: 3, 2021: 12).

Esetismertetés: ZS.L. egy gondozatlan terhességből, érettség határán született leány újszülött, B.A. egy hiányosan gondozott terhességből született érett leány újszülött, P. R. egy gondozatlan terhességből született koraszülött. Mindhármuk édesanyjának anamnézisében kezeletlen szifilisz szerepelt. ZS. L. esetében connatalis szifiliszre utaló bőrtüneteket észleltünk, B.A. esetében klinikai tünetek nem jelentkeztek. P. R. esetében a bőrtünetek mellett kétoldali pneumonia, mikroszkópos haematuria és proteinuria is megjelent.

Diagnózis: A connatalis szifilisz diagnózisához szifilisz szerológiai vizsgálatokat végeztünk mind az édesanyáknál, mind az újszülötteknél. Mindhárom gyermek Western blot IgM pozitivitást mutatott, ZS.L. RPR vizsgálata édesanyja eredményénél magasabb titernél mutatott pozitivitást. ZS.L. liquor szerológiája is VDRL és TPPA pozitivitást mutatott.

Kezelés: Mivel a kezelési protokollon a liquor VDRL pozitivitás nem változtat, így mindhárom újszülött intravénásan 3 millió NE kristályos penicillin kezelésben részesült.

Kimenetel: A továbbiakban újabb szifilisz szerológiai vizsgálatok szükségesek mindkét újszülött esetében 1, 2, 3 és 6 hónapos korban.

Következtetés: A connatalis szifilisz gyakran tünetmentes, vagy többféle, kevésbé specifikus tünetekkel járhat, emiatt kizárólag a klinikai tünetek alapján nehézséget jelenthet a fertőzés felismerése. Továbbá a növekvő incidencia miatt is fontos, hogy a differenciáldiagnosztikában felmerüljön a szifilisz fertőzés lehetősége, melynek azonosításában a postnatális szerológiai vizsgálatokon túl az édesanya antenatális STD szűrése, valamint a részletes anamnézisfelvétel is elengedhetetlen szerepet játszik.

ANKYLOGLOSSIA, FRENULUM LINGUAE OKOZTA SZOPTATÁSI NEHÉZSÉG: HOGY OLDJUK MEG, HOGY MEGOLDJUK A NYELVÉT: VÁGJUNK VAGY NE VÁGJUNK?

Tóth Ágnes

DEKK Szülészeti- Nőgyógyászati Klinika Kenézy Gyula Campus, Újszülött Részleg

Nem egészen helyesen definiálva ugyan, de ankyloglossia alatt többnyire olyan elváltozást értünk, mely gyakran fizikális vizsgálattal is felismerhető, mivel megváltoztatja a csecsemő nyelvének hosszát, csökkenti a rugalmasságát, meggátolja a nyelv felső dentális alveolushoz való felemelését vagy az alsó fogív elé történő kiöltését, illetve korlátozhatja oldalirányú mozgását is. Gyakori fizikális jele a nyelv középvonali behúzódása vagy szív alakja kiöltött állapotban. Etiológiája ismeretlen. Az ankyloglossia lehetséges következményei közé tartozhat pl. a szoptatás nehézsége, artikulációs problémák és akár mechanikai/ szociális problémákat is okozhat. Fenti problémák az ankyloglossia műtéti felszabadításának indikációi közé tartozhatnak. A műtét célja a mobilitás növelése, nem pedig a kontúr javítása. A műtét optimális időzítése azonban ellentmondásos. Ésszerű cél a szoptatás támogatása, de kiemelten fontos, hogy a szükségtelen, esetleg helytelenül elvégzett beavatkozásokat elkerüljük. Előadásomat motiválta, hogy egy viszonylag gyakori, sokszor jelentéktelennek tűnő "apró" beavatkozásról van szó, amit mindig a jószándék vezérel, de gyakran hiányos vagy téves információk alapján és rendkívül változó eszközparkkal felszerelkezve végzünk és sokszor már az újszülött osztályokon, a megszületést követő néhány napban. Ismerve a helyi osztályos gyakorlatot, és összegezve laktációs szaktanácsadóként szerzett tapasztalataimat, áttekintettem a rendelkezésre álló szakirodalmi adatokat és ismertetni szeretnék külföldi intézmények által alkalmazott protokollokat, valamint evidenciákon alapuló és mindennapi gyakorlatban alkalmazható útmutatókat.

ESCHERICHIA COLI K1 MENINGITIS KEZELÉSE ÉS A RELAPSZUS MEGELŐZÉSE

Dicső Ferenc, Marián Erzsébet, Trojna Lilla, Derecskei Klaudia, Szabó Katalin, Halász Orsolya
Szabolcs Szatmár Bereg Megyei Kórházak Jósa András Oktatókorház Neonatalis Intenzívcentrum

Az újszülöttkori meningitisek hétszer gyakrabban érintik a koraszülött populációt. Az E coli K1 típusa által okozott fertőzés kezelését a relapszus hajlam nehezíti. Nincs egységes irányelv a kezelés időtartamára ill. a relapszus megelőzésére. Számos biomarker vizsgálata folyik a perzisztáló infekció monitorizálására, melyek vezérelnék a kezelést. Az elmúlt 5 évben Neonatalis Intenzív Centrumunkban évente fordult elő egy E coli K 1 meningitis, minden második eset több hetes kezelést igényelt. A koraszülöttségen kívül más hajlamosító tényező nem igazolódott.

A nemzetközi ajánlások iránymutatása az invazív procedurák és az intravénás antibiotikus kezelés hosszának csökkentésére irányulnak. Eseteinkkel rávilágítunk a kivételekre, mivel az E coli meningitis egy komplex betegség, ahol különösen magas a relapszus kockázata.

“ARANYHAJ ÉS A NAGY GUBANC” -
HOSSZÚ ANYAI HAJ ÁLTAL OKOZOTT CSECSEMŐ STRANGULÁCIÓ.

Tory Vera, Ujházy Domonkos
ÉKC Szt János Kórház és Szakrendelő, Gyermekosztály

A haj érelszorításos szindróma (hair tourniquet syndrome, HTS) egy ritka kórállapot, melyre jellemző, hogy az emberi hajtincs, vagy hajszál egy kiálló testrész köré tekeredik és elszorítja azt. Ez előfordulhat különböző testtájakon, mint az ujjakon, nyelvcsapon, nyakon, hímvesszőn, vagy a külső női nemi szerveken. Többnyire egy év alatti csecsemőknél fordul elő. Növekvő ödéma és vérellátási zavar jellemzi ezt az állapotot. Későn felismert esetben szöveti elhalás miatt az érintett testrész amputációjához vezethet.
Ritkán az anya haja a csecsemő nyakára tekeredve stangulációt, fulladást okozhat.
Egy 10 hónapos csecsemő esetét mutatjuk be, akinek alvás közben a nyaka köré tekeredett édesanyja haja és fuldokolni kezdett. Az időben végzett kioldozásnak köszönhetően a babánál sem belszervi, sem neurológiai szövődmény nem jelentkezett. A szokatlan és bizarr eset miatt sor került a szülői háttér feltárására, valamint a történteknek a nemzetközi szakirodalomban közölt esetekkel történő összevetésére, hogy tisztázni lehessen a valós körülményeket.

UTÓGONDOZÁS SORÁN HOGYAN AJÁNLJUK A VÉDŐOLTÁSOKAT KORASZÜLÖTTJEINKNEK?

Zátonyi Adél

BMKK Gyula

A koraszülött utógondozó számos feladata kihívást jelenthet. Az ajánlott védőoltások fontossága nem vitatható.

Azonban e kiemelt betegcsoport esetén magyarázattal szolgálunk a meningococcus elleni vakcina jelentőségére egyéni és populációs hatására, valamint a rotavírus vakcina előnyeire.

A kötelező oltásokhoz való illeszthetőségre is javaslatokat adunk.

A kronológiai kor szerinti vakcináció nem függ a súlytól és a gesztációs kortól, a kötelező oltások megkezdése 2 hónapos kortól szükséges. Halasztása indokolt esetben lehetséges, erre korrekt javaslatot oltási tanácsadó adhat, ezen indikációkról is szó lesz.

WORKSHOP SZOPTATÁS TÁMOGATÁS KORASZÜLÖTT OSZTÁLYON

Zátonyi Adél

BMKK Gyula

A kis csoportban tartott, részben elméleti, részben gyakorlati tanácsokat azon korszülött osztályon dolgozó kollégáknak ajánljuk, akik nyitottak egy jó gyakorlat elsajátítására, megerősítést szeretnének munkájukhoz, és készek arra, hogy egyszerű eszközökkel segítsenek eljutni az igény szerinti szoptatásig a baba-mama párosnak. Természetesen, akadály esetén az egyéb alternatív táplálási lehetőségekről is beszélünk.