



250 mg 100x
500 mg 120x
750 mg 60x



LEVETIRACETÁM – A HATÉKONY ANTIEPILEPSZIÁS TERÁPIA FONTOS ELEME, KEDVEZŐ ÁRON



2012/6 LEV

RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS | Levil 250 mg filmtabletta | Levil 500 mg filmtabletta | Levil 750 mg filmtabletta

MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉL: Hatóanyag: 250 mg, 500 mg, ill. 750 mg levetiracetám filmtablettánként. | **GYÓGYSZERFORMA:** filmtabletta

TERÁPIÁS JAVALLATOK: A Levil újonnan diagnosztizált epilepsziában szenvedő, 16 éves kor feletti betegek – másodlagos generalizációval járó vagy anélkül fellépő – parciális görsrohamainak monoterápiában történő kezelésére javasolt szer. A Levil 250 mg, 500 mg, 750 mg filmtabletta adjuvans terápiaként javasolt epilepsziában szenvedő felnőttek, 6 évesnél idősebb, illetve 25 kg feletti testtömegű gyermekek, – másodlagos generalizációval vagy anélkül fellépő – parciális görsrohamainak kezelésére, juvenilis myoclonos epilepsziában szenvedő felnőttek és 12 éves kor feletti serdülő myoclonos görsrohamainak kezelésére, idiopátiás generalizált epilepsziában szenvedő felnőttek és 12 éves kor feletti serdülő primár generalizált tonusos-clonusos görsrohamainak kezelésére.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A filmtablettákat szájon át kell bevenni, elegendő mennyiségű folyadékkal együtt, étkezés során vagy attól függetlenül. A napi adagot két egyenlő részre osztva kell alkalmazni. Monoterápiában: Felnőttek és 16 éves kor feletti serdülők: A javasolt kezdő adag naponta 2 x 250 mg, amit 2 héttel később 2 x 500 mg-os kezdő terápiás dózissal kell emelni. A terápiás választékoktól függően a dózis 2 hetente napi 2 x 250 mg-mal tovább emelhető. A maximális napi adag 2 x 1500 mg. Adjuvans kezelés: Felnőttek (≥18 éves) és 50 kg-os vagy annál nagyobb testtömegű (12-17 éves) serdülők: A javasolt kezdő adag naponta 2 x 500 mg. Ez a dózis a kezelés első napjától kezdve alkalmazható. A terápiás választékoktól és a tolerálhatóságtól függően a napi dózis 2 x 1 500 mg emelhető. Az adagok változtatása 2-4 hetente történhet, napi 2 x 500 mg-os emeléssel vagy csökkentéssel. Idősek (65 éves korban és afelül): Csak beszűkült vesefunkciójú idős személyek kezelésénél szükséges a terápia módosítása (lásd a „Vese-károsodásban szenvedő betegek” című bekezdést). Gyermekek/gyermekgyógyászati populáció, monoterápiában: A monoterápiában alkalmazott levetiracetám kezelés hatékonyságát és hatástartósságát 16 év alatti gyermekek és serdülők esetében nem igazolták. Nincsenek rendelkezésre álló adatok, kiegészítő kezelés gyermekek (25 kg testtömeg felett) és 50 kg-nál kisebb testtömegű (12-17 éves) serdülők számára: A javasolt kezdő adag naponta 2 x 10 mg/tkg. A terápia választékoktól és a tolerálhatóságtól függően a napi dózis 2 x 30 mg/tkg emelhető. Az adagot kéthetente legfeljebb napi 2 x 10 mg/tkg-mal lehet emelni vagy csökkenteni. A legkisebb hatásos dózist kell alkalmazni. Az 50 kg-os vagy annál nagyobb testtömegű gyermekeknek alkalmazott adagolás megegyezik a felnőttekével. Az orvosnak a testtömeg és a dózis szerinti legmegfelelőbb gyógyszerformát és hatástartóságot kell felírnia. Vese-károsodásban szenvedő betegek: A napi dózist egyenként kell megállapítani a vesefunkció alapján. Ld. a részletes alkalmazási előírást. Máj-károsodásban szenvedő betegek: Enyleg vagy mérsékelt májműködési zavarban nem szükséges a dózis módosítása. Súlyos májkárosodásban a kreatinin-clearance a vesefunkciónál enyhébbnek mutatja a vesefunkció mértékét. Emiatt 60 ml/perc/1,73m² alatti kreatinin-clearance értékek esetében a napi feutartó dózis 50%-os csökkentése ajánlott.

ELENJAVALLATOK: Levitracetámmal vagy más pirrolidonszármazékkal, ill. a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység.

KÜLÖNLEGES FIGYELMEZTETÉSEK ÉS AZ ALKALMAZÁSSAL KAPCSOLATOS ÖVINTÉZKEDÉSEK: A jelenlegi klinikai gyakorlatnak megfelelően, amennyiben a Levil alkalmazását meg kell szakítani, ajánlatos a szer adását fokozatosan abbahagyni. Ld. a részletes alkalmazási előírást. Vese-károsodásban szenvedő betegeknek szükséges lehet a Levil dózisának módosítása. Súlyos májműködési zavarban szenvedő betegeknek az alkalmazandó dózis megválasztása előtt ajánlatos a vesefunkció vizsgálata. Antiepilepsziás gyógyszerekkel (többek között levetiracetámmal) kezelt betegeknek öngyilkosságot, öngyilkossági kísérletet, öngyilkossági gondolatokat és viselkedést jelentettek. Ennek következtében a betegnek folyamatosan ellenőrizni kell a depressió és/vagy öngyilkossági gondolatok és viselkedés jelenlétét, és fontossá kell válnia a megfelelő kezelést. A betegek (és a betegek gondozói) figyelmeztetést kell kapni arról, hogy kerüjnek orvosi tanácsot, amennyiben a depressió és/vagy öngyilkossági gondolatok vagy viselkedés jelenlétét észlelik. A gyermekek vonatkozásban rendelkezésre álló adatok nem utalnak a növekedésre és a serdülésre gyakorolt hatásra. A tanulási, az intelligenciára, a növekedésre, az endokrin funkciókra, a serdülésre és a termékenységre gyakorolt hosszú távú hatások azonban jelenleg még nem ismertek gyermekek esetében.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK ÉS EGYÉB INTERAKCIÓK: Felnőtteken végzett klinikai vizsgálatokból származó premarketing adatok szerint a Levil nem befolyásolja a vizsgált egyéb antiepilepsziás gyógyszerek szérunkoncentrációját, továbbá ezen gyógyszerek sem befolyásolják a Levil farmakokinetikáját. A rendelkezésre álló adatok nem utalnak klinikailag szignifikáns kölcsönhatásokra orális antikoagulánsokkal, illetve digoxinnal és warfarinnal. Ld. a részletes alkalmazási előírást.

TERHESSÉG ÉS SZOPTATÁS: A Levil alkalmazása a terhesség ideje alatt és a fogamzásgátló nem szedő, fogamzóképes nőknél nem javasolt, csak nagyon indokolt esetben. Az antiepilepsziás kezelés abbahagyása a betegség súlyosbodását eredményezhet, ezáltal hatalmas lehet az anyára és a magzatra egyaránt. A levetiracetám kiválasztódhat az anyatejbe. Emiatt a szoptatás nem ajánlott. Ha azonban a szoptatás ideje alatt levetiracetám-kezelésre van szükség, a szoptatás fontosságának figyelembe vételével mérlegelni kell a kezelés előny/kockázat arányát.

A KÉSZÍTMÉNY HATÁSA A GÉPIRÁMÚVEZETÉSEZ ÉS GÉPEK ÜZEMELTETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES KÉPESSÉGEKRE: Az egyéni érzékenységhen feálló esetleges különbségek miatt egyes betegek, főként a terápia kezdetén vagy a dózis emelést követően álmoságot vagy egyéb központi idegrendszeri tüneteket észlelhetnek. Emiatt ajánlatos az óvatosság olyan esetekben, amikor a betegeknek gyakorlatosságot igénylő feladatokat kell teljesíteniük, például gépjárművezetést vagy gépek üzemeltetését. A betegek lehetőleg ne vezessenek gépjárműt mindaddig, amíg be nem bizonyosodik, hogy a kezelés nem befolyásolja az ilyen tevékenység végzéséhez szükséges képességeket.

NEMKÍVÁNTATOS HATÁSOK, MELLÉKHATÁSOK: Felnőtteken végzett klinikai vizsgálatok során a leggyakrabban észlelt nemkívánatos hatások a következők voltak: szomolencia, asthenia és szédülés. Monoterápiában a leggyakrabban észlelt nemkívánatos hatás a fáradtság és a szomolencia volt. Gyermekek esetében a leggyakrabban jelentett mellékhatások a következők voltak: szomolencia, ellenéges magatartás, idegesség, érzélmálalás, izgatósság, anorexia, asthenia és fejfájás. A felnőtteken, serdülőkön és gyermekeken végzett klinikai vizsgálatok során és a postmarketing tapasztalatok alapján észlelt nemkívánatos hatások között ld. a részletes alkalmazási előírást.

TÜLADAGOLÁS: Tünetek: A Levil túladagolásá esetében szomolencia, agitáció, agresszivitás, tudatzavar, légzés-depressio és coma fordul elő. Kezelés: A levetiracetámnak nincs specifikus antidótuma. A túladagolás kezelése tüneti jellegű, sor kerülhet hemodialízisre is. A művese extrakciós hatékonysága 60 %-os a levetiracetám és 74 %-os az elődleges metabolit esetében.

FELHASZNÁLHATÓSÁGI IDŐTARTAM: 3 év | **KÜLÖNLEGES TÁROLÁSI ELŐÍRÁSOK:** Különleges tárolást nem igényel. | **CSOMAGOLÁS:** 250 mg filmtabletta: 100 db; 500 mg filmtabletta: 120 db; 750 mg filmtabletta: 60 db

OSZTÁLYOZÁS: Korlátozott érvényű orvosi rendelkezéshez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (S2).

A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY JOGSZULTJA: Medipol Gyógyszeripari Kft., | 2097 Pilsborosjenő, Ady Endre u. 1.

A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA: OGYIF-21821/01 Levil 250 mg filmtabletta 100x | OGYIF-21821/02 Levil 500 mg filmtabletta 120x | OGYIF-21821/03 Levil 750 mg filmtabletta 60x

A SZÖVEG ELLENŐRZÉSÉNEK DÁTUMA: 2011. 08. 29. | További információért/bővebb tájékoztatásért kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást, www.ogyi.hu | Lezára: 2012. március 27.



Magyar Gyermekeurologiai, Idegsebészeti, Gyermekek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság XXXVI. Kongresszusa

2012. április 19-21.

Hotel Benczúr, Budapest

Program és absztrakt kötet





Hatékony megoldás az ADHD tüneteinek 24 órás enyhítésére¹

RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS - STRATTERA 10 mg; 18 mg; 25 mg; 40 mg; 60 mg; 80 mg; ill. 100 mg kapsz. **Terápiás javaslatok:** 6 éves vagy idősebb gyermekeknél és serdülőkorúknál hiperkinetikus zavarok / ADHD, főleg kezelési program részeként. A kezelést csak az ADHD terén tapasztalattal rendelkező szakorvos kezdi meg. Gyógyszeres kezelés nem javasolt minden esetben, hanem használatát a tünetek súlyosságának és tartósságának, valamint az életkor nagyon alapos megítélését követően kell eldönteni. Néhány esetben indokolt lehet a kezelés felhagyása korán történő felhagyása. A Strattera 6 év alatti gyermekeknél nem alkalmazható. **Adagolás:** 70 kg testtömeg alatt: kb. 0,5 mg/kg napi dózissal kell kezdeni, legalább 7 napig, majd a dózis klinikai választól és toleranciától függően fokozatosan emelendő. Az ajánlott fenntartó adag körülbelül 12 mg/kg/nap, 70 kg testtömeg felett: 40 mg napi dózissal kell kezdeni, legalább 7 napig, majd a dózis klinikai választól és toleranciától függően fokozatosan emelendő. Az ajánlott fenntartó adag 80 mg, maximális napi összdózis 100 mg. **Figyelmeztetések és ellenjavallatok:** Az 1 évnél hosszabban tartó atomoxetin-kezelés esetében a szakorvosnak újra kell értékelnie a kezelés szükségességét. Mészkélt májbetegségekben (Child-Pugh B) a kezdeti és a céldózis a szokásos adag 50%-a. Súlyos májcirrózisban (Child-Pugh C) a dózis a szokásos 25%-a. Gyengén CYP2D6 metabolizáléknál magasabb a nemkívánatos események kockázata, és náluk megfontolandó az alacsonyabb kezdő dózis és az adagolás lassúbb emelése. A készítmény felírása előtt értékelni kell a beteg cardiovascularis státuszát, beleértve az RR-t és a szívfrekvenciát. Javaslott az RR és a szívfrekvencia ellenőrzése és per centit grafikonon rögzítése minden dózis fordalmán.

1: J. Barton, Arch Dis Child 2005;90 (Suppl 1): i26-i29

módosítást követően, majd 6 havonta. Az atomoxetin nem alkalmazható olyan súlyos cardiovascularis vagy cerebrovasculáris betegségeknél, akknél klinikailag jelentős szívfrekvencia vagy RR növekedés állapotromláshoz vezetne. Óvatosan kell alkalmazni hipotenzív kialakulásra hajlamosított állapot esetén. Sárgaság vagy májcirrózissal utaló laboratóriumi értékek esetén a Strattera-kezelést fel kell függeszteni és nem szabad újra elkezdni. A kezelés alatt a növekedést és fejlődést ellenőrizni kell, és mérlegelendő az adagolás csökkentése vagy leállítása, ha nem kielégítő a növekedés vagy a testtömeggyarapodás. Atomoxetinnel kezelt betegeknek jelentősek a szexuális viselkedési (szexuális kísérletek és gondolatok), gondosan ellenőrizni kell az ADHD-kezelésben részesülő betegeket a szexuális viselkedés megváltozásának vagy romlásának észlelésére. Az atomoxetin szokásos adagjai okozhatnak pszichotikus vagy mániás tüneteket, vagy agglaciót olyanoknál, akik anamnézisében ilyen nem szerepel. A betegekkel szorosan monitorozni kell az agresszív viselkedés, ellenségeség vagy emocionális labilitás megjelenésének vagy romlásának észlelését céljából. Amennyiben az anamnézisében szerepel görcsroham, az atomoxetin-kezelést óvatosan kell elkezdni. Azon betegeknek, akik CYP2D6-gátló szereket is szednek, szükségessé válhat az adagolás módosítása és az atomoxetin dózisának lassúbb emelése. Ellenjavallat az atomoxetin, illetve a készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység, valamint szűk zűg glaucoma. Az atomoxetin nem alkalmazható MAOI-val kombinációban. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Nagyon gyakori (≥10%): étvágycsökkenés, fejfájás, almatlanság, aluszékonyság, hasi fájdalom, hányás, hányinger, székszárazság, vérnyomás emelkedés, szívfrekvencia emelkedés. Gyakori

(1-10%): Anorexia, ingerlékenység, hangulatváltozás, szédülés, székrekedés, emésztési zavar, dermatitis, kiütés, kimerültség, levertség, fogyás, libidó csökkenés, paraesztetikus, tremor, palpitatio, tachycardia, hőhullámok, emésztési zavar, flatulencia, fokozott verejtékezés, vizeletürítési nehézség, ill. retenció, dysmenorrhoea, ejakulációs zavar, erektilis diszfunkció, szabálytalan menstruáció, prosztatitis, férfi genitális fájdalom, fáradtság, borzongás. Nem gyakori (0,1-1%): Suicid események, agresszivitás, ellenségeség, korai ébredés, syncopa, migrén, mydriasis, viszketés, allergiás reakciók, asztma, periferális végtaghűvesség, epikulozó hányta. Gyakorság nem ismert: Pszichózis, görcsroham, QT-05 megnyúlás, Raynaud-sy, kóros májfunkciók ill. sárgaság, priapismus. A forgalombahozatali engedély jogosultjának magyarországi képviselője: Lilly Hungária Kft. 1075 Budapest, Madách u. 13-14. Telefon: +36/228-9100. A forgalomba hozatali engedély megjelölésének dátuma: 2006. január 16/2009.11.11. ill. 2009. május 22/2009.11.11. Jelenleg érvényes alkalmazási előírás dátuma: 2012. jan. 05. A reklámanyagon feltüntetett információk lezárásának dátuma: 2012. március 26.

Gyógyszer-kiadhatósága, társadalombiztosítási támogatás feltétele és mértéke. Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvoskorlátozott diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz, OEP támogatás nélkül rendelhető, szabadárú termék (az árak emiatt patikaként eltérőek lehetnek) További információért kérjük, tanulmányozza a gyógyszer részletes alkalmazási előírását, amelyet kérésére elküldünk Önnek!



A szervezők nevében örömmel nyújtjuk át mindenkinek a Magyar Gyermek-neurológiai, Idegsebészeti, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság XXXVI. Kongresszusának végleges, részletes és igen tartalmasnak ígérkező programját.

A közös fő témában négy fő előadás szerepel, melyek a kommunikáció-orvos-beteg-szülő kapcsolat számos kérdésére próbálnak majd választ adni. Négy csatlakozó előadás fogja színesíteni ezt a blokkot.

Az idegsebészeti szekcióban 10, a neurológiai részben 35, míg a pszichiátriai blokkokban 33 előadás hangzik majd el a három nap alatt. Három, cégek által szervezett rövid szimpózium épül be a programba.

A tudományos bizottság valamennyi jelentkező előadását elfogadta. Az absztrak-tok alapján érdekes, továbbképzés és a gyakorlati munkánk szempontjából is hasznos és – persze az előző kongresszusokhoz hasonlóan, a program sűrűségéből adódóan – ismét kimerítő, de szép három napot tölthetünk együtt.

Érdekesnek ígérkezik az első esti program. A Szépművészeti Múzeum borkós-tolással, kis büfével egybekötött tematikus programjain vehetünk részt. A második este az Örkény Színházban Julian Crouch - Phelim McDermott - The Tiger Lillies: Jógycerek képeskönyve című darabját tekinthetjük meg.

A kongresszus alatt és után lehetőség van a Heim Pál Kórházban két éve felújított és új helyre költözött Neurológiai és a szintén két éve kialakított új Pszichiátriai Osztályok megtekintésére is.

Mindenkit szeretettel várunk!

Dr. Kollár Katalin
Osztályvezető Főorvos
Heim Pál Gyermekkorház Neurológiai Osztály



A KONGRESSZUST SZERVEZŐ TUDOMÁNYOS TÁRSASÁGOK:

Házigazda:

Heim Pál Gyermekkorház Neurológiai Osztálya

Kongresszus elnöke:

Dr. Hollódy Katalin, a Társaság elnöke

Helyi Szervező Bizottság:

Heim Pál Kórház Neurológiai Osztály és Szakambulanciák Munkacsoportja

Tudományos Bizottság:

(GYNEU)

Dr. Hollódy Katalin, PTE KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

Dr. Herczegfalvi Ágnes, SE II. számú Gyermekklinika, Budapest

Dr. Kollár Katalin, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

Dr. Liptai Zoltán, Szent László Kórház, Budapest

Dr. Szever Zsuzsa, HPK Madarász Utcai Kórháza, Budapest

(GYPSZI)

Dr. Kiss Enikő, SZTE Gyermekpszichiátriai Osztály, Szeged


Dr. Oláh Róza, Kenézy Kórház, Gyermek- és ifjúságpszichiátria, Debrecen

Dr. Páli Eszter, EEI Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

Dr. Pászthy Bea, SE I. számú Gyermekklinika, Budapest

Dr. Székely Judit, Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Budapest

Szervezőiroda:

 CongressLine Kft.
1065 Budapest, Révay köz 2.
Tel: (1) 429 0146 Fax: (1) 429 0147
E-mail: Riesz Eszter riesz@congressline.hu
Benyhe Ildikó benyhe@congressline.hu
Honlap: www.congressline.hu

A Kongresszus Főtámogatója:

Lilly Hungária Kft.

Szponzorok, Kiállítók:

Actelion Pharmaceuticals Hungaria Kft.

Biotest Hungária

GenzymeEurope BV

G.L. Pharma

Meditop Kft.

Novartis Hungária Kft.

Nutricia

Teva Magyarország Kft.

UCB Magyarország Kft.

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

Konferencia és regisztráció helyszíne:

Hotel Benczúr***superior

1068 Budapest, Benczúr u. 35.

A szálloda Budapest belvárosában, a világörökség részét képező Andrassy úttal párhuzamosan fekvő Benczúr utcában található, könnyen megközelíthető helyen, mégis a város zajától elzárva, elegáns környezetben.

Megközelíthető: földalattival (M1) a Bajza utcai megállótól 5 perc séta.

Regisztrációs iroda nyitva tartása a Hotel Benczúrban:

2012. április 19., csütörtök 9:00 - 18:00

2012. április 20., péntek 8:00 - 18:00

2012. április 21., szombat 8:00 - 12:00

Részvételi díjak (a helyszínen)

Társasági tag	21.500 Ft	
Nem társasági tag	23.500 Ft	
Rezidens*, PhD, Nyugdíjas	13.000 Ft	
Napijegy	9.500 Ft (csütörtök, péntek)	6.500 Ft (szombat)
Kísérő	11.000 Ft	

A részvételi díj 27% áfá-t tartalmaz

*alapképzésben részt vevő orvostanhallgató diák

A részvételi díj tartalmazza

- konferencián való részvételt
- konferencia kiadványait
- a kávészüneteket
- a társasági programokat

A kísérő részvételi díj tartalmazza

- a társasági programokat

A napijegy ára tartalmazza

- az aznapi részvételt a tudományos programon, kitűzött és a programfüzetet
- kávészüneteket

TÁRSASÁGI PROGRAMOK

2012. április 19., csütörtök

19:00 – 22:00 „Múzeum +” a Szépművészeti Múzeumban

A könnyű vacsora és a borkóstoló után a Pszicho című programest a mindennapi életünk lelki-testi kísértéseivel vagy morális dilemmáival foglalkozik. Becsatlakozunk dr. Zacher Gábor toxikológus tárlatvezetésébe aki új megközelítésben szól az általa választott műtárgyról, s az azon megjelenő motívum, téma, vagy épp az alkotó személye kapcsán beszél a közönségnek az általa fontosnak tartott problematikáról. Indulás: 18:45 a Hotel Benczúrból (gyalog)

2012. április 20., péntek

19:00 – Színházi est: Jogyerek képek könyve, Örkény Színház

(1075 Budapest, Madách tér 6.)

Indulás: 18:15 a Hotel Benczúrból (gyalog), vagy egyénileg

Szálloda Hotel Benczúr***superior	Egyágyas szoba/éj	Kétágyas szoba/éj	Háromágyas szoba/éj
Standard (3*-os)	13.900,- Ft	18.900,- Ft	-
Standard ECO (részben felújított 3*-os)	15.400,- Ft	17.400,- Ft	19.900,- Ft
Superior (4*-os színvonalú)	19.900,- Ft	23.900,- Ft	24.900,- Ft

Ebéd

2 fogásos ebéd: 1.790,- Ft/fő/alkalom

3 fogásos ebéd: 2.090,- Ft/fő/alkalom

Referátumok, előadások

Az előadások kezdetét a részletes tudományos program tartalmazza.

Kérjük a szekciók elnökeit és az előadókat, hogy a rendelkezésre álló időt pontosan tartassák, illetve tartsák be.

Az előadásokhoz számítógépet és projektort biztosítunk, kérjük hogy a prezentációk anyagát a szekció ülés előtt minimum fél órával adják le a teremben ülő technikusnak.

Kreditpont

Az akkreditáció folyamatban van, a kredit pontok utólag kerülnek jóváírásra.

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2012. április 19. csütörtök

10.00 – 10.40

Megnyitó (Budapest terem)

10.40 – 13.00

Közös Plenáris előadások

13.00 – 13.45/14.00

Ebédszünet

13.45 – 16.15

Neurológia (Budapest terem) Idegsebészeti Szekció

14.00 – 16:00

Pszichiátria (Benczúr I. terem)

Gyermekkori trauma és következményes pszichés reakciók

16.30 – 17.30

Közös Küldöttközgyűlés (Budapest terem)

17.30 – 18.30

Küldöttközgyűlés szekciók szerint

19.00 –

„Múzeum +” a Szépművészeti Múzeumban

2012. április 20., péntek

8.30 – 10.00

Neurológia (Benczúr I. terem)

10.00 – 10.10

Nutricia szimpózium és Varia

10.10 – 11.00

Technikai szünet

11.00 – 11.30

Autoimmun encephalitisek

11.30 – 12.45

Kávészünet

12.45 – 13.45

Niemann-Pick szimpózium

13.45 – 15.45

Ebédszünet

15.45 – 16.15

Fehérállomány veleszületett és szerzett betegségei

16.15 – 17.15

Kávészünet

Fehérállomány szerzett betegségei

9:00 – 9:45

Pszichiátria (Budapest terem)

10:30 – 11:00

ADHD szimpózium - Lilly Hungária

11:00 – 12:30

Kávészünet

12:30 – 14:00

ADHD, Serdülőkori problémák, Tourette, Autizmus

14:00 – 16:00

Ebédszünet

16:30

Depresszió és önsértő magatartás

Közgyűlés

19.00 – 20.45

Színházi est – Örkény Színház

2012. április 21., szombat

8.30 – 10.30

Neurológia (Budapest terem)

10.30 – 11.00

Genetika

11.00 – 12.30

Kávészünet

Varia

9:00 – 10:30

Pszichiátria (Benczúr I. terem)

10:30 – 11:00

Érdekes eseteink...

11:00 – 12:30

Kávészünet

Terápia

12.30 – 13.00

Zárás, Budapest terem

A KONGRESSZUS PROGRAMJA

2012. április 19., csütörtök

Budapest Terem

- 10.00 – 10.40 **Megnyitó**
Üdvözlések, Szénásy emlékérmek átadása
- 10.40 – 13.00 **Közös Plenáris előadások**
Üléselnök: Hollódy Katalin, Székely Judit
- 10.40 – 11.00 **Az internet használat lehetséges hatása az orvos-beteg kapcsolatra**
Csókási Krisztina, Nyul Zsófia
PTE BTK, Pszichológiai Intézet, Pécs
- 11.00 – 11.20 **A gyógyító kapcsolat nyílt és rejtett tényezői a gyermekpszichiátriában**
Gádoros Júlia
Vadaskert Kórház, Budapest
- 11.20 – 11.40 **Segítő kommunikáció krónikusan beteg gyermekek gondozásában**
Békési Andrea
Bátor Tábor Alapítvány
- 11.40 – 12.00 **A múlt árnyai – korai traumatizáció, okok, felismerhetőség**
Lénárd Kata
PTE BTK, Pszichológiai Intézet, Pécs
- 12.00 – 12.15 **Orvos-beteg kapcsolat vagy orvos-család kapcsolat?!**
Kis Ajna, Gácser Magdolna, Fierpasz Zsuzsanna
Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyermekpszichiátriai Osztály, Győr
- 12.15 – 12.30 **Melyik út vezet Budára...?**
Saracz Judit
Gyógyír Nonprofit Eü.Kft, Budapest
- 12.30 – 12.45 **Kinek a felelőssége?**
Katona Ferenc
Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest
- 12.45 – 13.00 **A jó orvos-szülő kapcsolat, mint az eredményes neuroterápia egyik sarokköve**
Telcs Borbála
Fejlesztésneurológia, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

13.00 – 13.45 **Ebédszünet**

13.45 – 16.15 **Szekcióülések (külön részletezve)**

16.30 – 17.30 **Közös Küldöttközgyűlés**

17.30 – 18.30 **Küldöttközgyűlés szekciók szerint**

19.00 **„Múzeum +” a Szépművészeti Múzeumban**

A GYERMEKNEUROLÓGIAI ÉS IDEGSEBÉSZETI SEKCIÓ ELŐADÁSAI

2012. április 19., csütörtök

Budapest Terem

- 13.45 – 16.15 **Idegsebészeti Szekció**
Üléselnök: Bognár László, Gyorsok Zsuzsanna
- 13.45 – 14.00 **A WHO Grade I és II cerebellaris astrocytomák prognózisának összehasonlítása**
Bognár László^{1,2}, Szegedi László¹, Novák László², Markia Balázs¹
¹Országos Idegtudományi Intézet, Budapest
²DE OEC Idegsebészeti Klinika, Debrecen
- 14.00 – 14.15 **PET vizsgálatok gyermekkori agydaganatokban**
Novák László¹, Bognár László^{1,2}, Markia Balázs², Szűcs Bernadett³
¹Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum
²Országos Idegtudományi Intézet, Budapest
³Scanomed NMK
- 14.15 – 14.30 **A valószínűségi traktográfia szerepe a gyermekkori agytörzsi gliomák sebészi kezelésében**
Máté Adrienn¹, Kis Dávid¹, Kincses Tamás², Vörös Erika³, Barzó Pál¹
¹SZTE Idegsebészeti Klinika, Szeged
²SZTE Neurológiai Klinika, Szeged
³SZTE Radiológiai Klinika, Szeged
- 14.30 – 14.45 **Intraoperatív elektrofiziológia**
Fekete Gábor, Novák László, Bognár László
DE OEC, Idegsebészeti Klinika, Debrecen
- 14.45 – 15.00 **A prenatális MR diagnosztika neuroradiológiai vonatkozásai – a képalkotás lehetőségei, kezdeti tapasztalataink**
Komáromy Hedvig, Kövér Ferenc, Vető Ferenc, Dóczi Tamás
Pécsi Diagnosztikai Központ, PTE Radiológiai Klinika, Pécs
- 15.00 – 15.15 **Újszülött- és csecsemőkori vena magna Galeni aneuryszmák idegsebészeti kezelése**
Hudák István, Lenzser G., Lunenkova V., Ezer E., Dóczi T.
PTE Idegsebészeti Klinika, Pécs

15.15 – 15.30 **Az endoszkópia az agyvízkeringési zavarok ellátásában – tapasztalatok 600 műtét kapcsán**
Bognár László^{1,2}, Markia Balázs¹, Novák László²
¹Országos Idegtudományi Intézet, Budapest
²DE OEC, Idegsebészeti Klinika, Debrecen

15.30 – 15.45 **A különböző shunttípusok szerepe a hydrocephalusok kezelésében**
Markia Balázs¹, Novák László², Bognár László^{1,2}
¹Országos Idegtudományi Intézet, Budapest
²DE OECentrum, Idegsebészeti Klinika, Debrecen

15.45 – 16.00 **A ventriculosubgalealis shunt szerepe a koraszülöttek posthaemorrhagias és postinfectiosus hydrocephalusának kezelésében**
Novák László¹, Nagy Andrea², Pataki István², Markia Balázs⁴, Barta Zoltán³, Bognár László^{1,2}
Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum,
¹Idegsebészeti Klinika, ²Gyermekklinika,
³Scanomed NMK
⁴Országos Idegtudományi Intézet, Budapest

16.00 – 16.15 **A gyermekkorban operált hydrocephalus hosszútávú követése**
Gyorsok Zsuzsanna, Bognár László, Markia Balázs, Eisrich Ádám
OITI Gyermekosztály, Budapest

16.30 – 17.30 **Közös Küldöttközgyűlés**

17.30 – 18.30 **Küldöttközgyűlés – Neurológiai szekció**

2012. április 20., péntek

Benczúr I. Terem

8.30 – 10.00 **Nutricia szimpózium és Varia**
Üléselnök: Princzinger Ágota, Dobronyi Ilona

8.30 – 8.45 **Életkorhoz adaptált táplálásterápia, a megfelelő fejlődésért**
Valent Ádám
Nutricia, Budapest

8.45 – 9.00 **Ketogen diéta**
Havasi Anikó
Nutricia, Budapest

9.00 – 9.15 **Amikor a szülők „hozzák” a diagnózist...**
Scheuring Noémi¹, Kollár Katalin², Benedek P.³, Ridegh O.⁴, Eröss R.⁴
Heim Pál Gyermekkórház, Budapest ¹Belgyógyászat
²Neurológia, Budapest
³Gégészet-Alváslabor
⁴Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztály

9.15 – 9.30 **Orvos-beteg kapcsolat és annak változásai**
Dobronyi Ilona
Heim Pál Gyermekkórház, Neurológia, Budapest

9.30 – 9.45 **Perinatalis stroke esetei osztályunkon**
Csécsei Márta, Princzkel Erzsébet
Szent János Kórház PIC osztály, Budapest

9.45 – 10.00 **Pompe-kór: Tapasztalataink az első hazai gyermek-eset enzimszubsztitúciós kezelésével**
Szakszon Katalin¹, Mogyorósy Gábor¹, Szathmári Katalin², Fekete György³, György Ilona¹
¹DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet, Debrecen,
²Gottsegen György Országos Kardiológia Intézet, Budapest
³SE II. számú Gyermekklinika, Budapest

10.00 – 10.10 **Technikai szünet**

10.10 – 11.00 **Autoimmun encephalitisek**
Üléselnök: Hollódy Katalin, Neuwirth Magda

10.10 – 10.30 **Autoimmun encephalitisek**
Hollódy Katalin
PTE KK, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

10.30 – 10.40 **Anti-NMDA receptor immunencephalitis kisgyermekkorai esete**
Hegyí Márta¹, Fogarasi András¹, Siegler Zsuzsa¹, Mikos Borbála¹, Illés Zsolt², Ambrus Bence¹, Szabados Karina¹, Neuwirth Magdolna¹
¹MRE Bethesda Gyermekkórház, Budapest
²PTE KK, Neurológiai Klinika, Pécs

10.40 – 10.50 **Encephalitis vagy katatónia? 20 éves nőbeteg akutan jelentkező, változatos pszichiátriai és neurológiai tünetekkel járó anti-NMDAR encephalitis esetének bemutatása**
Réthelyi János¹, Arányi Zsuzsanna², Kovács Gábor³, Bereczki Dániel², Bitter István¹
¹SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
²SE Neurológiai Klinika, Budapest
³ÁEK, Pszichiátriai osztály, Budapest

10.50 – 11.00 **Elhangzott előadások megbeszélése**

11.00 – 11.30 **Kávészünet**

- 11.30 – 12.45 Niemann-Pick szimpózium**
Üléselnök: Szőnyi László, Farkas Viktor
- 11.30 – 11.45 Niemann-Pick C betegség klinikai jellemzői két hazánkban elsőként diagnosztizált juvenilis eset kapcsán**
Szakszon Katalin¹, Lengyel András², Balogh István³, Oláh Éva¹
¹DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet, Klinikai Genetikai Központ
²DE OEC Neurológiai Klinika
³DE OEC Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet
- 11.45 – 12.00 A cellularis és plasma biomarkerek jelentősége a Niemann Pick C betegség diagnosztikájában és terápiájában**
Molnár Mária Judit¹, Szőnyi László²
¹SE Molekuláris Neurológiai Klinikai és Kutatási Központ, Budapest
²SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
- 12.00 – 12.15 Molekuláris genetikai vizsgálatok Niemann-Pick C betegségben**
Balogh István Csaba¹, Szakszon Katalin², Lengyel András¹, Dzsudzsák Erika¹, Kappelmayer János¹
¹DE OEC Laboratóriumi Medicina Intézet, Decrecen
²DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet, Klinikai Genetikai Központ
- 12.15 – 12.30 Niemann-Pick A,B szindróma molekuláris biológiája**
Tóth Beáta¹, Erdős Melinda¹, Székely Annamária¹, Ritli László², Sümegi János³, Maródi László¹
¹DE OEC Infektológiai és Gyermekimmunológiai Tanszék, Debrecen
²Nagyvárad Gyermekgyógyászati Kórház, Nagyvárad, Románia
³Cincinnati Egyetem, Csontvelő Transzplantációs és Immundeficiencia Osztály, USA
- 12.30 – 12.45 NPC – Egy család története (kisfilm)**
- 12.45 -13.45 Ebédszünet**
- 13.45 – 15.45 A fehérállomány veleszületett és szerzett betegségei**
Üléselnök: Veres Éva, Kollár Katalin
- 13.45 – 14.00 Elnöki bevezető**
Veres Éva
- 14.00 – 14.30 MR vizsgálat veleszületett fehérállományi kórképekben**
Barsi Péter
SE MR Kutatóközpont, Budapest
PTE Idegsebészeti Klinika, Neuroradiológiai Tanszék, Pécs
- 14.30 – 14.45 Halmozottan fellépő convulsiók hátterében diagnosztizált infantilis Alexander betegség**
Hollódy Katalin¹, Csábi Györgyi¹, Kövér Ferenc²
¹PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs
²Pécsi Diagnosztikai Központ
- 14.45 – 15.00 Cachexia hátterében meghúzódó bulbaris paresis aetiológiája**
Mellár M.¹, Rosdy B.¹, Móser J.¹, Kollár K.¹, Rudas G.², Várallyay Gy.², G. Salomons³, M. van der Knaap³
¹Heim Pál Gyermekgyógyászati Kórház, Neurológia, Budapest
²SE MR Kutatóközpont, Budapest
³VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
- 15.00 – 15.15 Súlypontok a leukodystrophiák diagnosztikájában - két eset kapcsán**
Kollár Katalin¹, Rosdy Beáta¹, Móser Judit¹, Mellár Mónika¹, Barsi Péter², Pintér Nándor², Kovács Éva³, Rudas Gábor²
¹Heim Pál Gyermekgyógyászati Kórház, Neurológia, Budapest
²SE MR Kutatóközpont, Budapest
³Heim Pál Gyermekgyógyászati Kórház, CT Laboratórium, Budapest
- 15.15 – 15.30 MELAS betegség – új terápiás lehetőség?**
Móser Judit¹, Kollár Katalin¹, Mellár Mónika¹, Rosdy Beáta¹, Tegzes Andrea², Vargay Éva³
¹Heim Pál Gyermekgyógyászati Kórház Neurológia, Budapest
²Erzsébet Kórház Gyermekosztály, Sopron
³Markhot Ferenc Kórház Gyermekosztály, Eger
- 15.30 – 15.45 MNGIE**
Zombor Melinda, Bereczki Csaba
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Felvételi Osztály, Szeged
- 15.45 – 16.15 Kávészünet**
- 16.15 – 17.30 A fehérállomány szerzett betegségei**
Üléselnök: Berényi Marianne, Liptai Zoltán
- 16.15 – 16.30 Diplegia (G80.1) a fehérállomány (intrauterin) szerzett károsodása**
Balogh Erzsébet
Pető Intézet, Budapest
- 16.30 – 16.45 Az agykamrák körüli fehérállomány károsodásai újszülöttekben**
Berényi Marianne
Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest
- 16.45 – 17.00 Koraszülöttek fehérállományi károsodásának hatása a végrehajtó funkciókra**
Gergev Gyurgyinka, Túri Sándor, Sztriha László
SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Szeged

17.00 – 17.15 **Enyhe encephalitis/encephalopathia reversibilis splenium laesióval (MERS)**
Liptai Zoltán¹, Ivády Balázs¹, Barsi Péter², Várallyay György², Rudas Gábor², Fogarasi András³
¹Szent László Kórház, Gyermekgyógyászati Osztály, Budapest
²Semmelweis Egyetem, MR Kutató Központ, Budapest
³Bethesda Gyermekkorház, Neurológiai Osztály, Budapest

17.15 – 17.30 **Posterior reverzibilis encephalopathia szindróma egy – atípusos - eset kapcsán**
Kollár Katalin¹, Rosdy Beáta¹, Móser Judit¹, Mellár Mónika¹, Túri Éva², Várallyay György³
¹Heim Pál Gyermekkorház, Neurológia, Budapest
²Heim Pál Gyermekkorház, Szemészet, Budapest
³SE MR Kutatóközpont, Budapest

2012. április 21., szombat

Budapest terem

8.30 – 10.30 **Genetika**
Ülélnök: Csüllög Zsuzsanna, Herczegfalvi Ágnes

8.30 – 8.45 **Három a kislány és egy a ráadás – avagy segít a genetika!**
Elmont Beatrix¹, Gárdos László¹, Tihanyi Mariann², Hartwig Mariann²
¹Zala Megyei Kórház, Csecsemő- és Gyermekosztály, Zalaegerszeg
²Zala Megyei Kórház, Genetikai Labor, Zalaegerszeg

8.45 – 9.00 **Alpers szindróma megjelenése egy testvérpár esetében**
Csábi Györgyi¹, Hollódy Katalin¹, Komlósi Katalin², Hadzsiev Kinga², Gál Anikó³, Molnár Mária Judit³, Melegh Béla², Molnár Dénes¹
¹PTE Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs
²PTE Orvosi Genetikai Intézet, Pécs
³SE Molekuláris Neurológiai Klinikai és Kutatási Központ, Budapest

9.00 – 9.15 **Minor-anomáliák, apnoék és etetési nehezítettség. Mi áll a háttérben?**
Simon Gábor¹, Csorba E.², Major A.¹
Kaposi Mór Oktatókórház, Csecsemő- és Gyermekosztály, Kaposvár
Kaposi Mór Oktatókórház, Neurológia, Kaposvár

9.15 – 9.30 **Bilateralis fronto-parietalis polymicrogyria**
Szabó Nóra¹, Gergev Gyurgyinka¹, Xianghua Piao², Sztrihá László¹
¹SZTE Gyermekklinika és Gyermek-egészségügyi Központ „B”Részleg, Szeged
²Harvard Medical School, Boston, USA

9.30 – 9.45 **Gyermekkori mozgászavarok – esetbemutatás**
Kun Anikó, Herczegfalvi Ágnes
SE II. számú Gyermekklinika, Budapest

9.45 – 10.00 **Kora kezdetű dystonia: Halleorden-Spatz betegség**
Szeifert Lilla, Farkas M. Kristóf, Farkas Viktor
SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

10.00 – 10.15 **Incontinentia pigmenti**
Merő Gabriella, Csürke Ildikó, Szabó Katalin
Jósa András Oktató Kórház, Gyermekosztály, Nyíregyháza

10.15 – 10.30 **Új terápiás lehetőség subependymalis óriássejtes astrocytomában, sclerosis tuberosas betegeknél**
Gyorsok Zsuzsanna, Bognár László, Fogarasi András, Eiszrich Ádám, Markia Balázs
OITI Gyermekosztály, Budapest

10.30 – 11.00 **Kávészünet**

11.00 – 12.30 **Varia**
Ülélnök: Szever Zsuzsa, Rosdy Beáta

11.00 – 11.15 **Gyermekkorai narcolepsia: esetismertetés**
Jakus Rita¹, Szakács Zoltán², Szabó Ildikó¹, Barsi Péter³, Fogarasi András¹
¹MRE Bethesda Gyermekkorháza, Budapest
²ÁEK, Alvásdiagnostikai és Terápiás Központ, Budapest
³SE MR Kutatóközpont, Budapest

11.15 – 11.30 **A rutin EEG vizsgálat használhatósága a kóma mélységének és kimenetelének megítélésében**
Paraicz Éva¹, Sieglér Zsuzsanna²
MRE Bethesda Gyermekkorháza, Budapest
¹Rehabilitációs Osztály, ²Epilepszia Diagnosztika Részleg

11.30 – 11.45 **Pseudotumor cerebri háttérben meghúzódó otogen sinus thrombosis kezelésének változása (1998-2011)**
Rosdy Beáta¹, Kollár K.¹, Móser J.¹, Mellár M.¹, Barsi P.², Rudas G.², Várallyay Gy.², Csákányi Zs.³, Katona G.³
¹Heim Pál Gyermekkorház, Neurológia, Budapest
²SE MR Kutatóközpont, Budapest
³Heim Pál Gyermekkorház, Fül-Orr-Gégészet, Budapest

11.45 – 12.00 **Személyre szabott valproát kezelés lehetősége – Mit is tud a CYPtestTM?**
Monostory Katalin¹, Temesvári M.¹, Tóth K.¹, Szabó P.¹, Nagy A.², Szever Zs.², Bod M.², Büdi T.³, Garami M.³
¹MTA, Természetudományi Kutatóközpont, Gyógyszer-kölcsönhatások Laboratórium, Budapest
²Heim Pál Gyermekkorház, Madarász utcai részleg, Budapest
³SE II. számú Gyermekklinika, Budapest

12.00 – 12.15 Új módszer a valproát kezelés esetleges mellékhatásainak megelőzésére: a CYP2C9 enzim genetikai defektusának kimutatása
Nagy Andrea¹, Szever Zsuzsanna¹, Monostory Katalin²
¹Heim Pál Gyermekkorház, Budapest
²MTA Kémiai Kutatóközpont, Budapest

12.15 – 12.30 Gondolkodjunk együtt! Fejlődésneurológia, egy kis quizzel fűszerezve
Felkai Mária
Szt. Margit Kórház, Fejlődésneurológiai Osztály, Budapest

12.30 – 13.00 Zárás

A GYERMEKPSZICHIÁTRIAI SEKCIÓ ELŐADÁSAI

2012. április 19., csütörtök

Benczúr I. Terem

14:00 – 16:00 Gyermekkori trauma és következményes pszichés reakciók
Ülélnök: Herczeg Ilona, Páli Eszter

14.00 – 14.15 A gyermekkori trauma és a pszichózis
Herczeg Ilona
Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

14.15 – 14.30 "A végtelenben magadra találni: fel kell bontani és aztán összerakni"
(Goethe)
Erőss Rebeka
Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

14.30 – 14.45 Égő házak avagy hogyan változnak át a gyerekek állatokká?
– egy 12 éves traumatizált fiú esetének bemutatása
Horváth Diána, Herczeg Ilona
Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

14.45 – 15.00 Differenciáldiagnosztikai nehézségek mentális retardációhoz
társuló pszichotikus tünetek esetén
Pécsi Ilona, Pösz Krisztina
Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

15.00 – 15.15 Széllal szemben... Veszélyeztetettség, jelzés, bizalomvesztés
Horváth Ágnes, Csökliné Tamás Márta, Makai Veronika
EEI Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

16.00 – 16.30 Szünet

16:30 – 17:30 Közös Küldöttközgyűlés (Budapest terem)

17:30 – 18:30 Küldöttközgyűlés – Pszichiátriai szekció (Benczúr I. terem)

2012. április 20., péntek

Budapest Terem

9:00 – 9:45 ADHD szimpózium - Lilly Hungária

9:45 – 10:30 ADHD
Ülélnök: Gádoros Júlia, Balázs Judit

9.45 – 10.05 Az ADHD neurobiológiai alapjai
Nagy Péter, Gádoros Júlia
Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

10.05 – 10.25 A figyelemhiányos-hiperaktív zavar diagnosztikai és terápiás
protokollja
Balázs Judit^{1,2}
¹ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermek-
pszichológia Tanszék, Budapest
²Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

10:30 – 11:00 Kávészünet

11:00 – 12:30 ADHD, serdülőkori problémák, Tourette, autizmus
Ülélnök: Pászthy Bea, Oláh Róza

11.00 – 11.15 Kezelhetetlen serdülők... kezeletlen ADHD?
Szabó Krisztina, Csók Edit
SZTE Gyermekgyógyászati Klinika Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

11.15 – 11.30 Mulan és transzformer avagy a hiperaktív gyermekek két jó barátja
Antal Márta
Mentálhigiénés Csoport, Gyermekpszichiátriai szakrendelés, Eger

11.30 – 11.45 Kis gyerek, kis baj...
Csók Edit, Szabó Krisztina
SZTE Gyermekklinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátria Osztály, Szeged

11.45 – 12.00 Hogyan lehet felnőtté válni túl „jófej” szülők mellett?
Dorn Krisztina, Árkovits Amaril, Hollódy Katalin
PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

12.00 – 12.15 A Tourette-szindróma és tik zavarok ellátása Magyarországon
– helyzetjelentés
Vidomusz Réka, Bognár Emese, Farkas Luca, Kenézlői Eszter,
Nagy Péter, Szertics Péter, Tárnok Zsanett
Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

12.15 – 12.30 Informatív morfogenetikai variánsok infantilis autizmusban
Csábi Györgyi¹, Hebling Dóra^{1,2} oh., Sunaive Reinford^{1,2} oh.,
Jeges Sára³, Tényi Tamás²
¹PTE Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs
²PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs
³PTE Egészségtudományi Kar, Biostatistikai és Egészségügyi
Informatikai Tanszék, Pécs

12:30 – 14:00 Ebéd

14:00 – 16:00 Depresszió és önsértő magatartás
Üléselelnök: Baji Ildikó, Vetró Ágnes

14.00 – 14.15 A gyermek és serdülőkori depresszió tüneteinek összefüggése a pszichiátriai komorbiditásokkal
Baji Ildikó¹, Gádos Júlia¹, Kiss Enikő², Mayer László², Kovács Eszter²,
Benák István², Vetró Ágnes PhD¹
¹Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest
²SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Szeged

14.15 – 14.30 Az érzelmi reguláció összehasonlítása depressziós és egészséges gyermekekben
Dochnal Roberta¹, Varga H.¹, Pintér S.¹, Kakuszi Sz.¹, Kapornai K.¹,
Kovacs M.², Vetró Á.¹
¹SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Szeged
²University of Pittsburgh, USA

14.30 – 14.45 Ruminatív válaszstílus és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata depressziós populáción
Kapornai Krisztina¹, Hegenbarth N.¹, Halas K.¹, Dochnal R.¹, Benák I.¹,
Kovács M.², Vetró Á.¹
¹SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Szeged
²University of Pittsburgh, USA

14.45 – 15.00 A szülői és gyermek válaszok megbízhatósága és befolyásoló tényezők
Kiss Enikő, Baji Ildikó, Vetró Ágnes
SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Szeged

15.00 – 15.15 Súlyos és enyhe fokú önsértő magatartás pszichológiai jellemzői
Csorba János¹, Páli Eszter², Grósz Zsófia³
¹ELTE BGGYK, Gyógypedagógiai-Kórtani tanszék, Budapest
²Pécs MJV Egyesített Egészségügyi Intézmények,
Gyermek-serdülőpszichiátriai Gondozó, Pécs
³SE Fodor József Közegészségtani Intézet, Budapest

15.15 – 15.30 A suicidum dimenziói osztályunkon
Pintér Sarolta, Dochnal Roberta, Kormányos Éva, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Szeged

15.30 – 15.45 Meg akarok halni! Meg akarok halni?
Az önsértő magartartás/öngyilkossági szándék serdülőknél és gyermekeknél
Hadházi Annamária
Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály,
Budapest

16.30 Közgyűlés

2012. április 21., szombat

Benczúr I. terem

9.00 – 10.30 Érdekes eseteink...
Üléselelnök: Gallai Mária, Kiss Enikő

9.00 – 9.15 Sajnáljatok! – életet veszélyeztető pszichogén bémulás esetismertetése
Gallai Mária, Csenki Laura
SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Budapest

9.15 – 9.30 Túl az evészavaron...
Csenki Laura, Kövesdi Andrea
SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Budapest

9.30 – 9.45 A serdülőkorban diagnosztizált autizmus spektrum zavar
Boza Édua, Horváth Dóra
SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Budapest

9.45 – 10.00 Maratoncsoport serdülőkkel a Gyermekklinikán
Csernyák Péter, Horváth Dóra, Füzesi-Kulcsár Szilvia
SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Budapest

10.00 – 10.15 OCD vs ASD diagnosztikus kontextusban
Mészáros Lőrinc
SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály, Budapest

10.15 – 10.30 **Ahogy az anorexia bulimiába fordul – esetbemutató**
Máttyus Anna, Rozgonyi Emőke
SEI. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

10:30 – 11:00 Szünet

11:00 – 12:30 **Terápia**
Üléselnök: Kacsvinszky Emília, Csorba János

11.00 – 11.15 **EMDR alkalmazása serdülőkori pánikbetegségben**
Kacsvinszky Emília, Dochnal Roberta, Horváth Rózsa, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

11.15 – 11.30 **A rajz mint terápiás/diagnosztikai eszköz hatékonysága prepubertás/pubertás kori szorongás esetén**
Tárnokiné Törő Krisztina
Kertváros Pszichológiai Rendelő Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, Vecsés

11.30 – 11.45 **Mentalizációs hibák megjelenése a terápiás kommunikációban a Grice-féle maximák tükrében**
Nagy Melinda
Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

11.45 – 12.00 **A pszichológus szerepe a Pécsi Ajak- és Szájpadhasadék Munkacsoportban**
Barcsi Beatrix, Pintér András, Vástyán Attila
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika

12.00 – 12.15 **„Csigaház gyermekterápiás projekt” komplex prevenció és terápiarendszer serdülőknek**
Tárnokiné Törő Krisztina¹, Fekete Karolina²
¹Vecsési Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat
²Magánpraxis

12.15 – 12.30 **Gyermekkori félelmek és bizalmatlanság**
Siklósi Réka, Pócs Dávid, Kacsvinszky Emília
SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

12:30 – 13:00 Zárszó (Budapest terem)



... rohammentesen élni

TEVA

Levetiracetam-ratiopharm

Levetiracetam-ratiopharm 100 mg/ml belsőleges oldat



Készítmény megnevezése	Termelői ár (Ft)	Fogyasztói ár (Ft)	EÜ támogatás (%)	EÜ. támogatás összege (Ft)	Tér. díj (Ft)	EÜ pont
Levetiracetam-ratiopharm 1x300ml 100 mg/ml belsőleges oldat	8640	10418	90	9376	1042	5/a3

Rövidített alkalmazási előírás:
Levetiracetam-ratiopharm 100 mg/ml belsőleges oldat. **Hatóanyaga:** 100 mg/ml levetiracetám. **Javallatok:** újonnan diagnosztizált epilepsziában szenvedő, 16 éves kor feletti betegek – másodlagos generalizációval járó vagy anélkül fellépő – parciális görcsrohamainak monoterápiában történő kezelésére javasolt szer. Adjúvárs terápia esetén javasolt szer: epilepsziában szenvedő felnőttek, gyermekek és 1 hónapos kor feletti csecsemők – másodlagos generalizációval vagy anélkül fellépő – parciális görcsrohamainak kezelésére. juvenilis myoclonikus epilepsziában szenvedő felnőttek és 12 éves kor feletti serdülők myoclonikus görcsrohamainak kezelésére, idiopátiás generalizált epilepsziában szenvedő felnőttek és 12 éves kor feletti serdülők primer generalizált tónusos-donusos görcsrohamainak kezelésére. **Adagolás és alkalmazás:** Monoterápia felnőttek és 16 éves kor feletti serdülők számára: a javasolt kezdő adag naponta 2 x 250 mg, amit 2 héttel később napi 2 x 500 mg-os kezdő terápiás dózissá kell emelni. A terápiás válaszreakciótól függően a dózis kéthetente napi 2 x 250 mg-mal tovább emelhető. A maximális napi adag 2 x 1500 mg. Kiegészítő kezelés felnőttek (≥ 18 éves) és 50 kg-os vagy annál nagyobb testtömegű (12-17 éves) serdülők számára: A javasolt kezdő adag naponta 2 x 500 mg. Ez a dózis a kezelés első napjától kezdve alkalmazható. A terápiás válaszreakciótól és a tolerálhatóságtól függően a napi dózis 2 x 1500 mg-ig emelhető. Az adagok változtatása 2-4 hetente történhet, napi 2 x 500 mg-os emeléssel vagy csökkentéssel. Kiegészítő kezelés 6-23 hónapos csecsemők, gyermekek (2-11 év közötti) és 50 kg-nál kisebb testtömegű (12-17 éves) serdülők számára: a kezdő terápiás adag naponta 2 x 10 mg/ttkg, a napi dózis 2 x 30 mg/ttkg-ig emelhető. **Ellenjavallatok:** a készítmény hatóanyagával vagy más pirimidon-származékkal vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Legfontosabb mellékhatások:** nasopharyngitis, anorexia, depressió, ellenálló magatartás/agresszivitás, szorongás, insomniák, idegesség/ingerlékenység, somnolencia, fejfájás, convulsio, egyensúlyzavar, szédülés, letargia, tremor, vertigo, köhögés, hasi fájdalom, diarhoea, dyspepsia, hányás, náusea, bőrkülés, asthenia/fáradtság. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja, első kiadásának dátuma:** ratiopharm GmbH Graf-Arco-Straße 3 89079 Ulm Németország info@ratiopharm.de, 2012. 01. 05. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

A 2012. április 1-től érvényes árak alapján. Az árak és az árváltozások a www.oep.hu weboldalon követhetők nyomon. Kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírásokat.

TEVA Magyarország Zrt. Székhely: 2100 Gödöllő, Repülőtéri út 5. Telefonszám: 1074 Budapest, Rákóczi út 70-72. Tel.: +36 1 288 6400 Fax: +36 1 284 6410 További információk: www.teva.hu

TEVA

Azért, mert...

**A HATÉKONYSÁG
A LEGFONTOSABB**

ABSZTRAKTOK

KÖZÖS SZEKCIÓ ELŐADÁSAI

2012. április 19. csütörtök, 10.40 - 13.00

PLENÁRIS ELŐADÁSOK

Az Internet-használat lehetséges hatásai az orvos-beteg kapcsolatra

Csókási Krisztina, Nyul Zsófia

PTE BTK, Pszichológia Intézet, Pécs

Az Internet-használat terjedése az élet egyre több aspektusára gyakorol hatást, amely alól az emberek egészségi állapota és az egészségüggyel való kapcsolata sem kivétel. Növekszik ugyanis azoknak a száma, akik különböző internetes weboldalakról próbálnak információhoz jutni az egészségük megőrzését vagy különböző betegségek tüneteit és terápiás lehetőségeit illetően. Ez egyfelől hatást gyakorol a betegek és hozzátartozóik egészséggel összefüggő ismereteire, valamint az egészségügyi ellátással kapcsolatos elvárásaira, másrészt pedig befolyásolja az orvos-beteg kapcsolatot is. A következmények természetesen egyaránt lehetnek pozitívak és negatívak. Megfelelő információk birtokában növekedhet a betegek egészséggel kapcsolatos tudása és az adott betegséggel és kezelésével összefüggő önbizalma, én-hatékonyság érzése. A helytelen vagy egymásnak ellentmondó leírások, ismertetőik azonban csak fokozzák a bizonytalanság-érzést és frusztrációhoz, szorongáshoz vezethetnek, melyek az orvos-beteg kapcsolatot is terhelik. Vajon lehetséges-e a negatív hatások kiküszöbölése, és erre vonatkozóan milyen eszközök állnak rendelkezésünkre?

Milyen további jövőbeli felhasználási lehetőségeket tartogat még az internetes technológia az orvosok és betegek számára?

A gyógyító kapcsolat nyílt és rejtett tényezői a gyermekpszichiátriában

Gádoros Júlia

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

A betegség és az ebben járatos orvosi szakértelem egymásra találása (szakmai szint) mellett a segítségre szorultság és a segítő attitűd (segítő szint) is szerepet kap az orvos-beteg kapcsolatban, mely egyúttal két szereplő személyes viszonyulását is magában foglalja (általános emberi kapcsolati szint). Előadásomban a gyermekpszichiátriai ellátás során a beteg (gyermek és családja, környezete) és az orvos (paramedikális szakemberek, az ellátó intézmény) kommunikációjának sajátosságait, nehézségeit valamint nyílt és rejtett dinamikai tényezőit a kapcsolati szintek egymásra hangoltsága szempontjából elemzem, kiemelten vizsgálva ezek hatását a terápia folyamatára.

Segítő kommunikáció krónikusan beteg gyerekek gondozásában

Békési Andrea

Bátor Tábor Alapítvány

A gyermekgyógyász sajátos kommunikációs helyzetben dolgozik: kommunikál a beteg gyermekkel, életkorának megfelelő módon, miközben a gyermek családját, elsősorban szüleit is folyamatosan tájékoztatja, ha kell, támogatja. Különösen nehezek azok a helyzetek, amikor súlyos, krónikus betegség, vagy maradandó fogyatékoság,

esetleg a gyógyíthatatlanság tényét kell elmondanunk, és a családot ebben a nehéz helyzetben kísérjük folyamatosan. A tudatosan alkalmazott kommunikáció terápiás hatásának egy példája a Bátor Táborban alkalmazott terápiás rekreáció, amelynek fókuszában a személyre szabott kihívások teljesítését követő folyamatos pozitív megerősítések és az önreflexiós képesség fejlesztése áll. A módszer pozitív hatással van a krónikusan beteg gyermekek önértékelésére, életminőségére, szociális kapcsolataira.

A múlt árnyai – korai traumatizáció, okok, felismerhetőség

Lénárd Kata

PTE, BTK, Pszichológiai Intézet, Pécs

A gyermekbántalmazás rizikófaktorai, a potenciálisan veszélyeztetett csoportokkal, a felismerhetőség bizonyos aspektusaival kapcsolatban az utóbbi évtizedekben egyre gyarapszik a kutatások, vizsgálatok száma.

Az előadásban a gondozó-gyermek kötődési sajátosságain gondolok, kifejezetten transzgenerációs keretben. Ilyenformán nem csak a bántalmazást elszenvedett gyermek, hanem a gondozó-gyermek érzelmi kapcsolata, illetve maga a gondozó személyiségfejlődési útja, múltjának „árnyai”, esetleges saját traumatizált volta kerül az előadás fókuszába.

A transzgenerációs gondolat a pszichológia különböző tudományterületein, illetve a pszichoterápia világában régóta jelenlevő gondolat. Jelentése nem mindig tisztán körvonalazódik, és igen szerteágazó, sokértelmű. Ide soroljuk a következő, illetve akár harmadgeneráció által „megöröklött” kapcsolati mintákat, kötődési minőségeket, sőt Fonagy szerint védekezési, elhárítási módjaink, és mentalizációs képességünk részben transzgenerációs örökség (Fonagy, Target, 2005). A pszichoanalízisben Selma Fraiberg (1975) mára már közismert, igen leleményes metafórája – „ghost in the nursery”, „szörnyek a gyermekszobában” - mérföldkőnek számít az intergenerációs gondolatban: a szörnyek hívatlan vendégek, akik a múltból felbukkanva megjelennek a gyerekek életében.

Fontos kérdés, hogy vajon melyek azok a közvetítő folyamatok, melyek a generációk közti szakadékot (gap) átívelik, amelyek növelik, vagy éppen csökkentik a nem-optimális fejlődésre, kapcsolatokra való veszély lehetőségét, amelyek magas rizikófaktorok esetén növelik, vagy a védőfaktorok megléte mellett csökkentik a következő generációban megjelenő pszichés problémák, nehézségek, esetlegesen pszichopatológiai jelenségek előfordulását. Terápiás szempontból ennek megfelelően a kérdés az, hogy milyen terápiás intervenciók azok, amelyek leghatékonyabbak a negatív transzgenerációs öröklődés prevenciójára, illetve hatásának csökkentésére.

Az affektív és kognitív idegtudományok, a neuropszichoanalízis (Shore, 2001; Fosha, 2003; Gerhardt, 2009; Nelson, 2009, Pally) a korai bántalmazásnak, kapcsolati traumatizációnak az idegrendszer fejlődésével, az érzelemszabályozás módjával, és az intergenerációs transzmisszióval való kapcsolatát kutatva arra az eredményre jutottak, hogy a korai traumatizáció, elhanyagolás, rossz bánásmód meghatározza a jobb félteke, a subkortikális struktúrák és a prefontális kéreg struktúrájának és funkcióinak fejlődését, negatívan befolyásolja az érzelemreguláció alakulását, valószínűsíti a D típusú (dezorganizált/dezorientált) kötődés kialakulását, növeli a trauma transzmissziójának veszélyét, és csökkenti a reziliencia erejét.

Az előadás során a fenti kérdéseket járjuk körül.

Orvos-beteg kapcsolat vagy orvos-család kapcsolat?!

Kis Ajna, Gácsér Magdolna, Fierpasz Zsuzsanna

Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyermekpszichiátriai Osztály, Győr

A szerző felhívja a figyelmet a kommunikáció jelentőségére az orvos beteg kapcsolatban, kiemeli a gyermekpszichiátriában megjelenő sajátosságokat. Foglalkozik a beteg találkozások során megjelenő nehézségekkel. Visszatekint Bálint Mihály munkásságán keresztül a „hagyományos” orvos-beteg kapcsolatra, a pszichoszomatikus tünetképzés fontosságára. Különös figyelmet szentel a kiszolgáltatott speciális helyzetére, a serdülőkor jellegzetességeit is megemlíti. Az információ áramlás a gyermek, a család és az orvos között zajlik, mely igen sok esetben befolyásolja a vizsgálatot és egyúttal a terápiát is. Megmutatja, hogyan próbál a gyermekekkel foglalkozó gyógyító boldogulni a jelenlegi szövevényes családi viszonyok között. Kiemeli, hogy a kommunikáció minősége, a beteg elégedettsége és a compliance összefüggést mutat és befolyásolja a terápia hatékonyságát.

Az elméleti ismeretek után klinikai gyakorlatból származó képeket mutat be.

Melyik út vezet Budára...?

Saracz Judit

Gyógyír Nonprofit Eü. Kft, Budapest

Minden kapcsolatban - legyen az ember és más fajú élőlény, vagy ember és ember közötti - meghatározó tényező a kapcsolatfelvétel milyensége. A (későbbiekre nézve is) meghatározó a kapcsolatfelvétel (nem csak a szó szoros értelmében vett) hangja, a kommunikáció tartalma és az arra fordított idő tartama. Vannak azonban olyan helyzetek, melyekben ezek a szokásosnál is nagyobb odafigyelést követelnek.

Az egyik ilyen kiemelt szituáció az egészségügyi dolgozó és a beteg/hozzá tartozó közötti találkozás, valamint ennek a találkozásnak verbális és metakommunikációja. A szerző csaknem 40 év tapasztalatáról számol be, érintve az orvos-beteg, orvos-hozzá tartozó, de az orvos – orvos, orvos – egészségügyi dolgozó találkozó mindennapi életben előforduló buktatóit is.

Kinek a felelőssége?

Katona Ferenc

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

Szembesülni a veleszületett idegrendszeri károsodások gyanújával rendkívüli megrázkódtatás mind a szülők, mind az egész család számára. Ennek csökkentésére és elkerülésére minél előbb biztosítani kell, azaz kellene a kivizsgáláson alapuló felelősségteljes diagnózist és prognózist, hogy csak azok részesüljenek megfelelő egyéni terápiában akiknek valóban szükségük van rá. A helyzet azonban ma Magyarországon nem ez! Adataink szerint "a biztonság kedvéért" számos un. kezelés folyik mint például: gyógytorna, fejlesztés, intervenció különböző módszerekkel, manuálterápiák stb. Mindezek megfelelő kivizsgálás nélkül... Csak rá kell kattintani az internetre és végignézni az ajánlkozások sorait! Minden beavatkozás fenntartja a szülőkben a szorongást, hiszen minek, ha nincsen rá ok. Kié a felelősség? Morálisan, lelkiismeretileg, etikailag, jogilag? Valójában csak az orvosi hivatás előírása a beteg felvilágosításának kötelezettsége és a felesleges beavatkozás elkerülése. Ez felmenti a többieket?

A beteggel, jelen esetben a szülőkkel folytatott kapcsolatban elvileg a morál, az etika, a jogviszony az irányadó, míg a mindennapi gyakorlatban a vállalkozások megélhetési kockázata. A teljes korai kivizsgálás feloldhatja az ellentmondást.

A jó orvos-szülő kapcsolat, mint az eredményes neuroterápia egyik sarokköve

Telcs Borbála

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Fejlődésneurológia, Budapest

Az osztályunkon progresszív idegrendszeri betegséggel diagnosztizált csecsemők szüleinek pszichés vezetése komoly figyelmet, empátiát igényel. A kivizsgálás gördülékeny menete, gyors lebonyolítása érdekében a szülőktől beleegyezést kérünk az osztályos házirend betartására. Az ebben foglaltak, illetve a sokszor csak napok múltán körvonalazódó diagnózis és prognózis kívárása sok türelmet igényel a szülőktől. A vizsgálatok végén kézbe adott zárójelentésben szereplő eredményekről, a várható prognózisról a kezelőorvos részletes tájékoztatást ad. Amennyiben kezelést igénylő eltérést találunk, a hazaadás során elmagyarázzuk, hogy miért fontos a neuroterápia struktúrált végeztetése. A feladatokról részletes leírást adunk és azokat megtanítjuk. Mindezen erőfeszítések ellenére nem meglepő, ha a rossz prognózisú csecsemők szülei sok esetben külön figyelmet és lelki vezetést is igényelnek. Osztályos munkánk megítélésére a szülők körében anonim kérdőíves felmérést végeztünk. Ennek tanúsága szerint a megkérdezett szülők többsége elégedett volt az általunk nyújtott szakmai munkával, a nekik nyújtott tájékoztatással. A szülői együttműködés növelése, a beteg csecsemők édesanyjában halmozódó stressz oldása érdekében heti rendszerességgel kiscsoportos pszichológiai foglalkozást is indítottunk, illetve folyamatosan törekszünk a beteg- és szülőcentrikus ellátás további javítására.

2012. április 19., csütörtök, 13.45 - 16.15

IDEGSEBÉSZETI ELŐADÁSOK

A WHO Grade I és Grade II cerebellaris astrocytomák prognózisának összehasonlítása

Bognár László^{1,2}, Szegedi László¹, Novák László², Markia Balázs¹

¹Országos Idegtudományi Intézet, Budapest

²DE OEC Idegsebészeti Klinika, Debrecen

Háttér: Kevés irodalmi adat áll rendelkezésre az operált WHO I és II típusú astrocytomák prognózisáról mind életminőség, mind pedig a túlélés tekintetében. Vizsgálatunk célja a feltételezett különbségek feltárása volt a két szövettani grádust illetően.

Módszer: 274 operált cerebellaris astrocytomás beteg adatait elemeztük a 1986-2010-es időszakból, majd PEDS QOL kérdőíves kiküldését követően mértük fel az életminőségbeli különbségeket.

Eredmények: Az átlagos követési idő 12 év volt. A teljes túlélési ráta totális resectio után 100% volt mindkét csoportban. Subtotális resectio után 86% volt a GI csoportban és 100% a GII csoportban. Életminőségben nem találtunk szignifikáns különbséget a két vizsgált csoport között.

Következtetés: Továbbra is keveset tudunk a II-es gradusú cerebellaris astrocytomák természetes lefolyását illetően. Vizsgálatunk alapján a jelenlegi szövettani WHO klasszifikáció nem nyújt megfelelő támpontot ezen daganattípusok prognózisának becslésekor sem a tumor recidívát, sem a várható műtét utáni hosszú távú életminőséget illetően.

PET vizsgálatok gyermekkori agydaganatokban

Novák László¹, Bognár László^{1,2}, Markia Balázs², Szűcs Bernadett³

¹DE OEC, Idegsebészeti Klinika, Debrecen

²Országos Idegtudományi Intézet, Budapest

³Scanomed NMK

Az agydaganat a leggyakoribb szolid tumorféleség a gyermek és fiatal felnőttkorban. Ezen tumorok nagy része malignus, jelen tudásunk alapján inkurábilis. A jelenleg használatos műtétet követő irradiációs és kemoterapiás eljárások számos mellékhatással bírnak, így e tumorok kezelése igazi klinikai kihívást jelent. Az agydaganatok ellentétben a szervezet más rosszindulatú neoplasztikus megbetegedéseivel nem adnak áttétet, nem okozzák a szervezet általános legyengülését, mindössze a lokális infiltratív növekedés a sajátjuk. Az agydaganatok 45-50 %-a glioma, fele primeren malignus. A benignus, vagy low-grade gliomák is recidiválnak évek múlva. Természetes lefolyásuk kezelés nélkül különböző lehet, így a képpalkotó eszközökkel történő diagnosztika után számos tényezőre kell figyelemmel lennünk. Döntő annak eldöntése, hogy a tumor lokalizációja és szövettani típusa alapján milyen körlefordás várható. Sok esetben azonban a pontos tumorhatár nem tisztázható még MRI felvételekkel sem. További nehézséget jelenthet a már operált agyon belül annak eldöntése, hogy mennyi a visszamaradt tumorrész és adott esetben nem már a recidíva megjelenéséről van-e szó. A pozitron emissziós tomográfia (PET) nem csökkenti a CT és MRI vizsgálatok jelentőségét, de funkcionális képpalkotása más dimenziót kínál a klinikum számára. A daganatok szöveti anyagcseréjében mutatkozó normális agytól való eltérések a metabolizmus oldaláról megközelítve a tumorok különleges vizualizálási lehetőségét teremtik meg. A rutinszerűen rendelkezésre álló FDG és MET segítségével olyan gyakorlati kérdésekre tudunk választ adni, melyek a tumorok metabolikus hátterének feltárásával közelíthetőek meg. A gyermekkori agydaganatban szenvedő betegeknél kívántuk vizsgálni, hogy van-e összefüggés mind az FDG, mind pedig a MET mérések eredményei, a biológiai grádus, ill. a szövettani eredmény és a túlélés között. Emellett ellenőrizni kívántuk a kettős nyomjelzővel végzett vizsgálatok diagnosztikus értékét és az egyes klinikai fázisokban a módszer gyakorlati jelentőségét.

A valószínűségi traktográfia szerepe a gyermekkori agytörzsi gliomák sebészi kezelésében

Máté Adrienn¹, Kis Dávid¹, Kincses Tamás², Vörös Erika³, Barzó Pál¹

¹SZTE Idegsebészeti Klinika, Szeged

²SZTE Neurológiai Klinika, Szeged

³SZTE Radiológiai Klinika, Szeged

Az agytörzsi gliomákat általában inoperábilisnak tekintik az igen nagy műtét kockázat miatt. A standard kezelési protokoll ezért biopsziából, majd sugárkezelésből áll. Azonban a tumor részleges eltávolítása is jelentősen növelheti a sugárterápia hatékonyságát, ezzel javítva a várható túlélést. Különösen fontos ez a gyermekkori agytörzsi gliomák esetében. A legfontosabb agytörzsi struktúrák lokalizálása a műtét kockázatát jelentősen csökkenti. A valószínűségi traktográfia egy MRI alapú módszer, melynek segítségével valószínűségi térkép készíthető az agyi pályák lefutásáról. Megvizsgáltuk, hogy a valószínűségi traktográfia alkalmas-e az agytörzsi szegmentálására annak kapcsolatrendszerére alapján, valamint a fő felszálló- és leszálló pályák

lokalizálására. 8 agytörzsi tumorban szenvedő gyermeket és 15 egészséges önkéntest vizsgáltunk meg, melynek során elvégeztük a pons és a mesencephalon szegmentációját (a primer motoros kéreggel, szenzoros és mediális thalamusszal való összeköttetései alapján) és rostkövetést végeztünk a capsula interna hátsó szárából és a pons dorsolateralis részéből indítva. Eredményeink igazolták, hogy az agytörzsi valószínűségi traktográfiával végzett szegmentálása nagyon jó korrelációt mutat az anatómiai viszonyokkal. A rostkövetés segítségével lokalizálni tudtuk a motoros, szenzoros és felszálló aktiváló pályákat és egyértelműen el tudtuk különíteni az infiltratív és expanszív tumorokat. 5 esetben navigációs műtétet végeztünk. A beavatkozást követően a betegek neurológiai státusza nem romlott. Eredményeink alapján a valószínűségi traktográfia hasznos módszernek tűnik a gyermekkori agytörzsi gliomák műtét előtti kivizsgálásában.

Intraoperatív elektrofiziológia

Fekete Gábor, Novák László, Bognár László

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Idegsebészeti Klinika

Elokvens idegrendszeri struktúrákat érintő pathológiák műtét kezelése során az anatómiai és ezáltal a funkcionális tájékozódás lehetősége korlátozott lehet. A betegség torzíthatja a normál anatómiát, így sokszor nehéz lehet a funkcionálisan fontos területek lokalizálása. A tájékozódást segíthetik preoperatív funkcionális képpalkotó vizsgálatok (ahol lehetőség van rá), de legbiztonságosabban intraoperatív elektrofiziológiával azonosíthatóak a megkímélendő struktúrák. Klinikánkon az elmúlt egy évben 53 intraoperatív elektrofiziológiai monitorozást végeztünk, mind gyermek, mind felnőtt betegeken. A használt Inomed ISIS IOM Portable készülék 16 bipolaris, illetve 8 monopolaris csatornán tud regisztrálni, az ingerlés összesen 8 csatornán folyhat (4 perifériás ideg - SEP, 2 TES-MEP, 1 DCS, 1 DNS). Gyakorlatunkban agyidegmonitorozást (n. facialis, n. trigeminus), SEP, TES-MEP vizsgálatot, d-hullám regisztrációt, radix monitorozást, direkt kortikális és fehérállományi ingerlést végeztünk. Tapasztalatunk szerint a reszekció mértékét az elektrofiziológia nagymértékben befolyásolta, és segítségével a posztoperatív neurológiai deficit kockázata jelentősen mérsékelhető elokvens struktúrák műtét kezelése során.

A prenatális MR diagnosztika neuroradiológiai vonatkozásai

– a képpalkotás lehetőségei, kezdeti tapasztalataink

Komáromy Hedvig, Kövér Ferenc, Vető Ferenc, Dóczi Tamás

Pécsi Diagnosztikai Központ, PTE Radiológiai Klinika, Pécs

Az intrauterin magzati diagnosztika alapja változatlanul az ultrahang vizsgálat, mely széles körben elérhető és alkalmazott eljárás. Olyan esetekben, amikor az ultrahang vizsgálat során felmerülő probléma kellően pontos megítélésében limitált a technika lehetősége, a magzati MR vizsgálat hasznos kiegészítő információt nyújthat. Az intrauterin magzati MR vizsgálat az elmúlt évtizedben kezdett fejlődni. A Pécsi Diagnosztikai Központban az elmúlt években került bevezetésre a magzati MR vizsgálat. A vizsgálat a speciálisan gyors szekvenciák alkalmazásával szedáció, altatás nélkül végezhető.

Az előadás rövid áttekintést nyújt a magzati MR vizsgálatok történetéről, a leggyakoribb neuroradiológiai indikációkról, korai tapasztalatainkról.

Újszülött- és csecsemőkori véna magna Galeni aneurysmák idegsebészeti kezelése

Hudák István, Lenzser G., Lunenkova V., Ezer E., Dóczi T.

PTE, Idegsebészeti Klinika, Pécs

A véna Galeni aneurysmatikus tágulatát okozó arterio-venosus malformáció/fistula fejlődésbeli visszamaradáshoz, hydrocephalushoz, agyvérzéshez, a shunt keringés következtében szív megnagyobbodáshoz, keringési elégtelenséghez vezethet. Mivel a malformáció tápláló erei a mély agyi struktúrák ellátásában vesznek részt, ezért transarteriális embolizációja rendkívül magas kockázatú, radikális elzárása nehéz.

Módszer: 13 beteget műtöttünk véna Galeni malformációval, ebből 11 gyereket, 2 fiatal felnőttet. Betegeinkben transarteriális, kombinált transarteriális- transvénás és arterián keresztüli transvénás embolizációt végeztünk általában több alkalommal.

A műtéthez ONYX, HELP folyékony polimereket és leválasztható platina spirálokat használtunk. Teljes elzárást értünk el 11 esetben. Műtétet követően neurológiai státuszuk, általános állapotuk javult. 1 beteg halt meg, az ő esetében súlyos állományi /kamrai vérzés, komatosus állapot miatt végeztük az elzárást.

Következtetés: A kombinált transarteriális- transvénás beavatkozás tette lehetővé a malformáció teljes elzárását, anélkül, hogy az összes tápláló artériát embolizálni kelljen és így a keringésből való radikális kirekesztést érthessünk el, kevesebb szövőd-ménnyel.

Az endoszkópia az agyvízkeringési zavarok ellátásában – tapasztalatok 600 műtét kapcsán

Bognár László², Markia Balázs¹, Novák László²

¹Országos Idegtudományi Intézet, Budapest

²Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Idegsebészeti Klinika

A szerzők előadásukban összefoglalják az elmúlt 17 évben végzett neuroendoszkópos beavatkozások indikációs körét, a rövid és hosszú távú eredményeit. A fenti időszakban több mint 600 ilyen beavatkozás történt, mely nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő. Az agyvízkeringési zavarok oka igen változatos volt. A különböző fejlődési rendellenességek mellett, cysta, tumor szerepelt indikációként. Összefoglaljuk az egyes csoportokban az eredményességet, ill. kitérünk azon határterületi kérdésekre is, ahol az endoszkópia alkalmazása még nem letisztult.

A különböző shunttípusok szerepe a hydrocephalus kezelésében

Markia Balázs¹, Novák László², Bognár László^{1,2}

¹Országos Idegtudományi Intézet, Budapest

²Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Idegsebészeti Klinika

A gyermekkori hydrocephalus betegség standard kezelési módja a ventriculoperitonealis shunt beültetés. A neonatológia fejlődésével, és a gondozott shuntos betegek számának növekedésével azonban egyre gyakrabban találkozhatunk olyan esetekkel, amikor shunt disztális részének hasüregbe helyezésével nem biztosítható a biztonságos működés. Ilyen például a hasüregi fertőzések, shunt sepsis kapcsán kialakult peritonitis, vagy többszöri hasi műtétek utáni összenövés kapcsán alakulhat ki. Csecsemőkben a necrotizáló enterocolitis eseteiben találkozunk ilyen problémával. Ilyenkor az eddig alkalmazott alternatív módszer a ventriculoatrialis shunt behelyezése volt, ismert, nem gyakori ám annál súlyosabb szövőd-ményeivel, mint

például szívüregi thrombus képződés. A hazánkban eddig kevésbé alkalmazott módszer a ventriculopleuralis shunt behelyezés. Eddig 13 esetben ültettünk be ilyen shunt-öt. A módszert, eredményeinket és tapasztalatainkat ismertetjük az előadásban, melynek alapján a ventriculopleuralis shunt behelyezést második választandó módszernek javasoljuk a 4 év feletti gyermekekben, ahol a korábbi hasüregi komplikációk lehetetlenné teszik a ventriculoperitonealis shunt sikeres behelyezését.

A ventriculosubgalealis shunt szerepe a koraszülöttek posthemorrhagiás és postinfectiosus hydrocephalusának kezelésében

Novák László², Nagy Andrea², Pataki István², Markia Balázs⁴, Barta Zoltán³, Bognár László¹

¹Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum,

²Idegsebészeti Klinika, ³Gyermekklinika,

³Scanomed NMK

⁴Országos Idegtudományi Intézet, Budapest

A koraszülöttek hydrocephalusának kezelése intézetenként változik, de a shuntfertőzések és a shuntelzáródások száma magas. Jelen tanulmányunk célja, hogy összehasonlítsuk a subgalealis shunt szövőd-ményeit a posthemorrhagiás és postinfectiosus hydrocephalusos csoportok között. Százkét operált koraszülött klinikai körlefolysát tekintettük át. A betegek nagy része koraszülöttkori agyvérzést követően (n=72) került műtétre. Átlagos gestációs koruk 27.3 hét, átlagos születési súlyuk pedig 1036.8 gramm volt. Ugyanezek az értékek a postinfectiosus csoportban (n=30) 27.5 hét, ill. 1064.7 gramm voltak. A ventriculosubgalealis shunt beültetésének idején a betegek átlagosan 51.4, ill. 115.9 naposak voltak, súlyuk ekkor átlagosan 1669.5 gramm, ill. 2890 gramm volt. A shunt-ök túlélési ideje 87.9 nap volt a posthemorrhagiás és 75.6 nap nap volt a postinfectiosus csoportban. Mindössze 6 gyermeknél nem volt szükség később shuntbeültetésre (8.3 %), mindannyian a posthemorrhagiás csoportba tartoztak. A fertőzéses szövőd-mények és a shuntrevíziók tekintetében a különbségek jelentősnek látszottak (8.3% vs. 20.0%, ill. 6.9% vs. 13.3%). A magasabb liquor fehérjetartalom és a korábbi gyulladás miatt a komplikációk magasabb arányban fordulnak elő a postinfectiosus csoportban. Ez az újabb fertőzés tekintetében 2.75-ös, a shuntelzáródás vonatkozásában 2.06-os, a ventriculoscopiás beavatkozásokra vetítve pedig 21.6-os odds ratiót jelent.

A gyermekkorban operált hydrocephalus hosszú távú követése

Gyorsok Zsuzsanna, Bognár László, Markia Balázs, Eisrich Ádám

OITI Gyermekosztály, Budapest

A szerzők 682 shuntös beteg gyermekneurológiai status felmérését végezték el. A betegek 69% koraszülött volt. A betegek 47% pareticus, 50% coordinatio zavarral küszködik, 40% mentálisan retardált és 30% epilepsziás. A szerzők a shunt műtét elvégzését ott javasolják, ahol a shuntös beteg teljes körű ellátására lehetőség van, idegsebész és gyermekneurológus team rendelkezésre áll, ez által bármikor van lehetőség a műtéti ellátásra és az utógondozás is megoldott.

2012. április 20., péntek, 8.30 - 10.00

NUTRICIA SZIMPÓZIUM ÉS VARIA

Életkorhoz adaptált táplálásterápia, a megfelelő fejlődésért

Valent Adam

Nutricia, Budapest

2011-ben a Magyar Gyermekek-Gasztroenterológus Társaság által végzett vizsgálat során 1213 gyermek körében mérték fel a malnutrició rizikóját a STRONG pontrendszer segítségével. Ez alapján a gyermekek nagyjából kétharmadánál áll fenn az alultápláltság rizikója, sőt az összbeteg 15%-ánál magas annak kockázata.

Magyarországi felmérés ugyan nincs az egyes betegségcsoportokhoz kapcsolódó malnutrició rizikójához kapcsolódóan, de a nemzetközi adatok szerint a neurológiai betegségekben szenvedők közel 20%-a valamilyen fokú malnutricióban szenved.

A Nutricia, Magyarország piacvezető speciális gyógyászati célra szánt tápszereinek forgalmazója, egyedülálló termékportfóliójával életkorhoz és élethelyzethez adaptálható megoldásokat kínál a táplálásterápia tekintetében.

Az előadásban megismerhetik a gyermekek igényei szerint kifejlesztett iható és szonda-tápszereket, a táplálást segítő innovatív eszközöket és a Nutricia olyan egyedülálló szolgáltatásait, mint az országos lefedettségű otthonápolói szolgálat, illetve az első honlap, amely a beteg gyermekeknek és azok szüleinek a táplálásterápiáról szól (www.kicsivagyok.hu).

A ketogén diéta

Havasi Anikó

Nutricia, Budapest

A ketogén diéta egy normál energiatartalmú, **extrém tápanyag-összetételű** étrend. Alkalmazási területei közül a legjelentősebb helyet az epilepszia kezelésében foglalja el. Bevezetése hazánkban indokolatlanul későn történik – ha egyáltalán szóba kerül – hiszen külföldi minták alapján már a **második gyógyszertípus hatástalansága esetén javasolt** a diéta.

A diétának többféle típusa ismert és elvileg bármely életkorban alkalmazható.

A hazai gyakorlat szerint a **klasszikus diétát** követjük, amelynek lényege, hogy 4:1 arányban tartalmazzon az étel **zsírt és fehérje+szénhidrátot**. A diéta energia és tápanyag-összetételének meghatározása, a diéta betanítása és felügyelete az átlagosnál összetettebb feladat, ezért nélkülözhetetlen, hogy a gyógyító team tagjai között **szakképzett dietetikus** is legyen.

Tapasztalatok szerint, **ha az első három hónap sikeresnek bizonyul**, akár a rohamok számának, akár az intenzitásának, időtartamának csökkenése tekintetében, vagy kivédhetők a gyógyszer mellékhatások, akkor a diétát **minimum 2 évig** érdemes folytatni. Ezután a gyermek életkorának megfelelő egészséges táplálkozási módra kell fokozatosan áttérni. A diéta bevezetésekor illetve a két év alatt felléphetnek bizonyos **mellékhatások**, szövődmények, de ezeket részben a diétával, részben gyógyszeresen általában **ki lehet védeni, vagy lehet kezelni**.

Amikor a szülők „hozzák” a diagnózist...

Scheuring N.¹, Kollár K.², Benedek P.³, Ridegh O.⁴, Eröss R.⁴

Heim Pál Gyermekkorház, ¹Belgyógyászat, Budapest

²Neurológia

³Gégészet-Alváslabor

⁴Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztály

A közel 3 éves kislánál a szülei 2 hónapja bizarr, spontán szűnő, ritmusosan fellépő mozgássorozatot észleltek. Az epizódok főként a gépkocsiban utazás közben léptek fel, és éjszaka. Az internetes irodalom alapján a szülők frontális epilepsziát gyanítottak. Neurológiai Osztályunkon hosszas video-EEG monitorizálás történt, melyen epilepsziás rohamjelenség nem igazolódott, az egyidejűen megfigyelhető mozgásjelenségek ideje alatt sem. Éjszakai polyszomnográfias monitorizálása is negatív eredménnyel zárult. Pszichiátriai Osztályos megfigyelésre során tünetét mozgásviharnak véleményezték. Az osztályos tartózkodás során a kislány nyugodtabbá, kiegyensúlyozottabbá és könnyebben kezelhetőbbé vált akkor, amikor a felkelések és az étkezések fix időpontban történtek. Emittálásuk óta „szülő-csecsemő” konzultációra járnak. A tünet fellépését az anyai nagypapa műtete előzte meg, amikor a betegség fogalma központi kérdéssé vált. A szülők számára elmondásuk szerint legfontosabb az a tény volt, hogy gyermeküknél elvethették a súlyos neurológiai betegség fennállását.

Orvos-beteg kapcsolat és annak változásai

Dobronyi Ilona

Heim Pál Gyermekkorház, Neurológia, Budapest

A sikeres kezelésnek ill. gyógyításnak elengedhetetlen feltétele az a bizalmi kapcsolat, mely a beteg és az orvos között létre kell jöjjön – és ez nem mindig könnyű.

Az orvos részéről a szakmai felkészültség mellett fontosnak tartom, hogy a beteg érezze, hogy orvos figyel rá, érdekli az, amit mond. Nem szabad elfelejteni, hogy a beteg kiszolgáltatott helyzetben van, hiszen az orvos szakmai felkészültsége, tudása, tapasztalata, ebben a kapcsolatban előnyt jelent a számára. Külön hozzáállást követel meg az orvostól ill. az ápoló személyzettől a rosszindulatú betegséggel küzdő beteggel, ill hozzátartozóival való kommunikáció.

Gyermekgyógyászat különböző területén dolgozó orvosnak a gyermek ill szüleinek a bizalmát is meg kell szereznie. A betegtől őszinteséget és együttműködést várunk el. Az évek folyamán az orvos-beteg kapcsolatban – a diagnosztika technika fejlődése, az internet, az egyre nagyobb igény az orvosi ellátás irányába, a szakosodás, az alternatív gyógymódok megjelenése stb., – változásokat hozott ezen a területen.

Perinatalis stroke esetei osztályunkon

Csécsei Márta, Princzel Erzsébet

Szent János Kórház PIC osztály, Budapest

A koraszülött populációban előforduló agyvérzés egy viszonylag gyakori, jól ismert kórkép. Ezzel szemben az érett újszülöttek agyvérzése illetve ishaemiás agyi károsodása (stroke) ritka, a neonatológusok által is elvétve észlelt betegség. A korszerű diagnosztikai eszközök segítségével fény derült rá, hogy sokkal gyakoribb, mint eddig gondolták volna. Gyakorisága kb. 1/1600 élvészülés. Érdekessége, hogy habár

a klinikai tünetek és a képkeltő eredmények mára már jól ismertek, nehézségekre ütközik a stroke bekövetkezési idejének pontos megállapítása, és több kérdés merül fel mind az okokat, rizikófaktorokat, patofiziológiai mechanizmusokat, mind a kezelést, kimenetelt illetően.

Az általunk retrospektív módon vizsgált 7 esetben időre született, átlagos súlyú, jó Apgar értékkel rendelkező újszülötteknél megszületést követő pár napon belül jelentkező görcsök kapcsán derült fény a betegségre. Az egyéb újszülöttkori kórállapotok (anyagcsere betegségek, ioneltérések, hypoglycaemia) kizárása után elvégzett képalkotó eljárások során igazolódott, hogy a koponya ultrahang vizsgálat a vérzéses stroke esetében informatív lehet, ishaemiás stroke esetén álnegatív eredményt is adhat. Ezért minden ilyen esetben MR vizsgálat elvégzése javasolt. Előadásunkban összefoglaljuk azokat a lehetséges kórállapotokat, melyek stroke-t okozhatnak érett újszülöttekben (vérárváladási zavarok, asphyxia, trauma, infekció). A betegek hosszú idejű utánkötése és intenzív rehabilitációja még súlyos morfológiai kép esetén is jó fejlődéssel kecsegtet. Irodalmi adatok szerint a parietalis lebenyben, thalamus, nucleus caudatus környékén létrejövő elváltozások esetén kell számolnunk súlyosabb maradványtünetekkel.

Saját eseteink alapján levonhatjuk azt a következtetést, hogy egy ijesztő, súlyos újszülöttkori kórkép esetében is - aktív rehabilitáció mellett - reményünk lehet a teljes gyógyulásra.

Pompe-kór: Tapasztalataink az első haza gyermek-eset enzimszubsztitúciós kezelésével

Szakszon Katalin¹, Mogyorósy Gábor¹, Szathmári Katalin², Fekete György³, György Ilona¹

¹DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet, Debrecen,

²Gottsegen György Országos Kardiológia Intézet, Budapest

³SE II. számú Gyermekklinika, Budapest

A Pompe-betegség lysosomális tárolási betegség, a glicogent bontó alpha-glucosidase (savanyú maltáz) veleszületett hiánya. Klinikai jelentőségét az adja, hogy a Pompe-kór jelenleg az egyetlen neuromuskuláris betegség, amelyre létezik oki terápia.

A felhalmozódott metabolit elsődlegesen a váz- és szívizomzatot, a máj, és a tüdő intersitiumát károsítja – az izomrostokban a glicogen PAS pozitív vakuolákban akkumulálódva a rostok fragmentálódásához, a motoros egység fokozatos destruktívához vezet. Definitív terápiát a hiányzó enzim pótlása jelent rekombináns alpha-glucosidase (Myozyme) iv. infúziójának formájában.

Szerzők az első, hazánkban felismert gyermekkori eset kapcsán mutatják be a Pompe-betegség jellemző klinikai tüneteit és számolnak be az enzimszubsztitúcióval kapcsolatos tapasztalataikról, valamint javasolják beszárított vércseppből alpha-glucosidase enzimaktivitás mérését minden ismeretlen eredetű, hypertropiás cardiomyopathiában, floppy infant, és/vagy tisztázatlan okú CK és transzamináz emelkedés esetén. Azon lysosomális tárolási betegségekben ugyanis, ahol rekombináns enzimszubsztitúciós kezelés rendelkezésre áll, a gyors diagnózis és a korán elkezdett enzimszubsztitúciós kezelés kritikus fontosságú az irreverzibilis szervi károsodások kivédésének szempontjából.

2012. április 20., péntek, 10.10 - 11.00

AUTOIMMUN ENCEPHALITISEK

Autoimmun encephalitisek

Hollódy Katalin

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

Az encephalitisek kórokának keresésekor az esetek közel felében valamilyen infectio általában kimutatható (herpes simplex, varicella zoster vírus, stb.). Az esetek egyötöde acut immunmediált encephalitis, egyharmadában pedig nem sikerül az aetiológiát tisztázni. Patogén autoantitesteket már az 1970-es évektől ismerünk.

A klasszikus paraneoplasziás encephalitisekben az intracelluláris ellenanyagok (Hu, CV2/CRMP5 - kissejtes bronchus carcinoma, Ma2 - testicularis csírasejtumor) játszanak szerepet; ezek a kórképek immunterápiára nem reagálnak. Viszont az elmúlt 10 évben felfedezésre kerültek a sejtfelszíni fehérjék elleni ellenanyagokkal asszociált betegségek, amelyek reverzibilisek, vagyis az ellenanyag eltávolítása után megszűnnek. A proteinek az egész idegrendszerben expresszálódnak, bár vannak kitüntetett területek (limbikus idegrendszer). Jellegzetes klinikai tüneteket okoznak: amnesia, confusio, convulsiók, encephalopathia, mozgászavar, tudatzavar, hypothalamikus zavar. A betegek felében van kimutatható tumor (ovarialis teratoma, thymoma, kissejtes tüdőrák). A leggyakoribb az NMDA (N-methyl-D-aspartate) receptor elleni encephalitis, de ismertek a feszültségfüggő K csatorna komplex (VGKC), az AMPA receptor, a GABA B receptor és a glycin receptor elleni antitestekkel társuló limbicus encephalitisek is.

Az autoimmun encephalitisek incidenciája a jövőben várhatóan emelkedni fog, mert a korábban ismeretlen etiológiájú encephalitisek egy része is biztosan ebbe csoportba fog kerülni.

Az autoimmun encephalitisekről szóló blokkban ismertetésre kerül az eddig Magyarországon diagnosztizált – tudomásunk szerint – mindösszesen három beteg kórtörténete a PTE Gyermekklinika, a SE Pszichiátriai Klinika és a MRE Bethesda Gyermekkorház prezentációjában. Mindhárom beteg életkora és kórtörténete különböző, de mindegyikben felfedezhetők az anti-NMDA encephalitis klasszikus ismérvei:

- Akutan fellépő pszichiátriai tünetek esetén fiatal nők vagy lányok esetében gondolni kell anti-NMDA receptor encephalitisre
- Agitáltság, hallucinációk, memória zavarok, convulsiók, orofaciális dyskinesisek, autonóm zavarok jellemzőek
- A pszichotikus tünetek miatt a betegek többségét elmeosztályon észlelik
- Az acut neurológiai vizsgálatok nem mutatnak jellegzetes eltéréseket
- Koponya MRI, EEG nem karakterisztikus
- A szérum és a liquor direkt ellenanyag vizsgálata bizonyító erejű
- A betegek felében ovarialis teratoma mutatható ki, keresni kell!
- A tumor sebészi eltávolítása és immunoterápia alkalmazandó
- A korai felismerés fontos, mert gyógyítható betegség!

Anti-NMDA-receptor immunencephalitis kisgyermekkori esete

Hegyi Márta¹, Fogarasi András¹, Siegler Zsuzsa¹, Mikos Borbála¹, Illés Zsolt², Ambrus Bence¹, Szabados Karina¹, Neuwirth Magdolna¹

¹MRE Bethesda Gyermekkórház, Budapest

²PTE KK, Neurológiai Klinika, Pécs,

Esetismertetés: a 4 éves fiúgyermek ismétlődő hányások, hypothermia és focalis epileptikus rohamok miatt került kivizsgálásra. Napok múlva belázasodott, neuroinfectio gyanújával LP történt, mely nem utalt acut gyulladásra. MR bal temporo-occipitalis „aspecifikus” laesiot mutatott. Az első EEG vizsgálata bal féltekei funkciózavarra utalt. A megkezdett anticonvulzív kezelés (carbamazepin) mellett paroxysmalis leizadások, öklendezések jelentkeztek és nominális aphasia alakult ki. Viselkedése megváltozott, jobb kezét kezdte hanyagolni. Jobb kéz rángásával járó rohamkiújulással párhuzamosan – a tünetek jelentkezését követő két héttel – bizarr csámcsogások, csücsörítésekkel kísért zavart tudatállapot jelentkezett. Ekkor az EEG csak temporalis meglussulást mutatott. Nehezen befolyásolható focalis status epilepticus, tudatzavar és choreo-athetoticus mozgászavar alakult ki. A liquor oligoclonalis gammopathiája immun encephalitis mellett szólt. A limbicus encephalitist a serum és liquor emelkedett anti-NMDA receptor ellenanyag szintje igazolta. Antiepilepticus, antidopaminerg, benzodiazepin kezelését szteroid lökéssel egészítettük ki – hatástalanul. Immunglobulin 400 mg/kg/nap sem hozott állapotjavulást. Acut légzésleállás miatt tartós gépi lélegeztetésre került, 7 alkalommal plasmapheresist kapott, mely mellett légzése stabilizálódott. 1 mg/kg/nap fenntartó szteroid kezelés mellett immun-suppressiv terapiát indítottunk 500 mg/m² dózisban, havonta ismételve. További hónapok alatt choreo-athetosisa megszűnt, jelenleg vigíl coma állapotában van. EEG-je encephalopathiás, antiepilepticumok mellett rohamot nem észlelünk.

Az egész betegségét végigkísérő gyomor motilitás és emésztési zavara, állandó hányásai nem oldódtak meg, jelenleg jejunalis tápláláson van. A kórlefolyás a nemrég azonosított anti-NMDA receptor encephalitis kórlefolyását követte: korábban egészséges kisgyermeknél epileptikus rohamok és magatartási zavar, második fázisban oro-facialis dyskineziák, choreo-athetoid mozgászavar vegetatív tünetekkel, harmadik fázisban apnoe, coma bontakozott ki. Az MR eltérét mellékletnek tartjuk.

A kórok az N – metil – D – aszpartát receptorok ellenanyag okozta internalizációja. A súlyos kórlefolyás ellenére az esetek 2/3-a meggyógyul immunterápiára, ezért fontos a felismerése.

Encephalitis vagy katatónia? 20 éves nőbeteg akutan jelentkező, változatos pszichiátriai és neurológiai tünetekkel járó anti-NMDAR encephalitis esetének bemutatása

Réthelyi János¹, Arányi Zsuzsanna², Kovács Gábor³, Bereczki Dániel², Bitter István¹

¹SE, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

²SE, Neurológiai Klinika, Budapest

³ÁEK, Pszichiátriai osztály, Budapest

A bemutatott fiatal nőbeteg esete jól demonstrálja az anti-NMDA receptor encephalitisben megfigyelhető heterogén pszichiátriai és neurológiai tüneteket, illetve a differenciáldiagnosztikai nehézségeket. A főiskolai hallgató páciens fluktuáló szorongás, agitáció, inkohereciába hajló gondolkodás, deperszonalizációs élmények, akusztikus

hallucinációk miatt került akutan felvételre pszichiátriai osztályra. Akut ellátását követően egyaránt felmerült drog-indukált pszichózis, melyet a drog-teszt nem igazolt, illetve központi idegrendszeri infekció lehetősége, de a neurológiai vizsgálat, liquor-diagnosztika, EEG, koponya CT és MRI ezt nem erősítették meg. Az elkezdett antipszichotikus kezelés ellenére romló állapotú páciens progresszív ellátás keretében az egyetemi klinikákra került átvételre. Átvételekor fluktuáló tudatzavar volt megfigyelhető, többnyire csökkent vigilitással, kataton stuporral, illetve időszakosan kataton mozgásviharral, nyugtalansággal járó állapotok váltakozásával. Neurológiai státuszából perioralis dyskinesisek, nyugalmi tachycardia és testszerte megfigyelhető Gegenhalten-szerű izomtónus fokozódás volt kiemelhető. Ekkor született meg az anti-NMDA receptor encephalitis iránydiagnózis, melynek laboratóriumi megerősítésére csak hetekkel később kerülhetett sor. A bizonytalan etiológia miatt a páciens egyidejűleg részesült szteroid-terápiában, plazmaferézisben és elektrokonvulzív kezelésben. A megkezdett kezelések mellett állapotában lassú, de egyértelmű javulás indult meg. Esetünkben kezelésének és rehabilitációjának részleteit fogjuk bemutatni.

2012. április 20., péntek, 11.30 - 12.45

NIEMANN-PICK SZIMPÓZIUM

Niemann-Pick C betegség klinikai jellemzői két, hazánkban elsőként diagnosztizált juvenilis eset kapcsán

Szakszon Katalin¹, Lengyel András², Balogh István³, Oláh Éva¹

¹DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet, Klinikai Genetikai Központ, Debrecen

²DE OEC Neurológiai Klinika, Debrecen

³DE OEC Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet, Debrecen

A Niemann-Pick C betegség (NPC) a koleszterol és a foszfolipidek transzportjának zavarával jellemzett monogénes betegség, amelyben az LDL-ből származó koleszterolnak a késői endosomákhoz és lysosomákhoz történő szállítása szenved zavart. A klinikai manifesztáció vonatkozásában az NPC-nek három altípusa ismert: infantilis, juvenilis, és adult megjelenésű formák. Az infantilis típus már néhány hetes korban tüneteket ad, rapidan progresszív, és többnyire még az első életévben halálhoz vezet. A juvenilis és adult típusok később kezdődnek, lefolyásuk is lassúbb. Az érintett egyének zavartalan perinatális és kisdedkort követően kezdenek progresszív értelmi és motoros hanyatlást mutatni, előtérbe kerül a finommotorika- majd a nagymotoros teljesítmény romlása, a vertikális tekintésbénulás, pszichiátriai tünetek megjelenése. A szokatlan klinikai lefolyású regresszió és az alacsony incidencia miatt az esetek egy része hosszas diagnosztikus erőfeszítések ellenére is fel nem ismert, tisztázatlan marad. Szerzők a Niemann-Pick C betegség klinikai és kóreltani aspektusait mutatják be két eset kapcsán, amelyek hazánkban először saját laboratóriumok munkája révén nyertek klinikai és molekuláris genetikai diagnózist. Irodalmi adatok és saját tapasztalatok felhasználásával kiemeljük a klinikus számára támpontként szolgáló tüneti sajátosságokat, ismertetjük a diagnózis és a kezelés lehetőségeit.

A cellularis és plasma biomarkerek jelentősége a Niemann Pick C betegség diagnosztikájában és terápiájában

Molnár Mária Judit¹, Szőnyi László²

¹SE Molekuláris Neurológiai Klinikai és Kutatási Központ, Semmelweis Egyetem, Budapest

²SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

A cholesterol a sejt membránok fontos alkotója, és elengedhetetlen a hormonok és az epesav biosynthesiséhez. A sejt cholesteroljának 80-90%-a a sejtmembránba lokalizálódik. A sejten belül a cholesterol vesicularis és non vesicularis transzport segítségével továbbítódik. A cholesterol transzport zavara következtében megváltozik a cellularis cholesterol cellularis megoszlása és mennyisége.

A Niemann Pick C (NPC) betegséget sejt szinten a nem észterifikált cholesterol, a sphingomyelin, a glycosphingolipidek és más lipidek endosomal/lysosomalis pathológiás akkumulációja jellemzi. Ezeknek az anyagoknak az intracellularis azonosítása jó szűrő módszer lehet a betegség felismerésére. Az NPC diagnosztikai algoritmusból a jellegzetes klinikai tünetek és a hasi UH vizsgálatot a filipin teszt követi. A filipin festés ugyanis specifikusan képes a cholesterol kimutatására. A filipin erősen fluoreszkáló festék, amely specifikusan kötődik a sejtekben levő cholesterolhoz. Segítségével a követhető a cholesterol cellularis transzportja és megoszlása, valamint megítélhető a cellularis cholesterol mennyisége is. A filipin festés bőrbiopsziából tenyésztett fibroblast kultúra sejtjein történik. Az optimális elemzéshez kb. 6-8 hétig kell a fibroblast kultúrát tenyészteni a mintavételt követően. Valamennyi esetben a vizsgálandó mintával párhuzamosan pozitív és negatív kontroll minták is festendők a vizsgálat validálására. Az NPC mintákban kóros intenzitású fluorescens szignál jelzi a cholesterol intracellularis felhalmozódását.

Az NPC diagnosztikában az elmúlt évben egy új biomarker is megjelent. A plasma oxysterol szintje is alkalmas lehet a magas cellularis cholesterolal rendelkező egyének szelekciójára. A lysosomákban levő cholesterolt a szabad oxygen gyökök oxysterollá oxidálják, majd a sejt azt a véráramba bocsátja, ahonnan a májba jutva epesav keletkezik belőle. Tandem tömeg spektroszkópia segítségével sikerült az NPC-s betegeknek olyan oxysterol panelt azonosítani, mely segítségével a betegek és az egészséges kontroll egyének egy egyszerű vérvétellel is jól elkülöníthetők. Az ezzel a nem invazív vizsgálattal azonosítható oxysterol biomarkerek alkalmasak az újszülöttkori szűrés során az NPC korai diagnosztikájára, az NPC betegség súlyosságának megállapítására valamint az alkalmazott terápia hatékonyságának monitorozására. Előadásunkban a fenti vizsgálatok hazai lehetőségeit is bemutatjuk.

Molekuláris genetikai vizsgálatok Niemann-Pick C betegségben

Balogh István¹, Szakszon Katalin², Lengyel András¹, Dzsudzsák Erika¹, Kappelmayr János¹

¹DE OEC Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen

²DE OEC Gyermekgyógyászati Intézet, Klinikai Genetikai Központ, Debrecen

A Niemann-Pick C betegség (NPC) az egyik legnehezebben diagnosztizálható neurodegeneratív genetikai betegség, rendkívül széles tüneti spektruma miatt. Incidenciája 1:200,000, öröklődés menete autoszomális recesszív. Az NPC lizoszomális lipid tárolási betegség, az intracellularis koleszterin késői endoszomális akkumulációja jellemzi. Az NPC hátterében az NPC1 vagy az NPC2 génben bekövetkezett mutációk állhatnak. Mivel az epidemiológiai adatok segíthetnek a megfelelő molekuláris

genetikai diagnosztikai protokoll kialakításában, célunk a megfelelő genetikai vizsgálórendszer kialakítása és tesztelése volt két klinikailag NPC-ben szenvedő beteg esetén. Vizsgálatainkat két szinten, genomiális DNS és mRNS szinten végeztük. A gDNS analízis esetén alvadás gátolt vér fehérvérsejtjeiből izolált gDNS mintán 29 primerpár használatával amplifikáltuk az NPC1 exonokat, míg a cDNS vizsgálat esetén fibroblast tenyésztésből izolált mRNS-t cDNS-re írva 15 primerpárt használtunk. A PCR termékeket fluoreszcens DNS szekvenálással vizsgáltuk. A szülők esetében a gyermekekénél talált mutációk célzott vizsgálatát végeztük el.

Az első betegben két korábban leírt patogén misszensz mutációt találtunk, míg a második betegben egy bázispáros inzerciót és egy korábban le nem írt misszensz pontmutációt detektáltunk. Utóbbi beteg esetében vizsgálataink nonszensz-mediálta mRNS lebomlás jelenségét is igazolják.

A molekuláris genetikai diagnosztikai lehetőség NPC betegségben immár hozzáférhető, két beteg esetében a molekuláris genetikai vizsgálat alátámasztotta a klinikai diagnózist.

Niemann-Pick A, B szindróma molekuláris biológiája

Tóth Beáta¹, Erdős Melinda¹, Székely Annamária¹, Ritli László², Sümegi János³, Maródi László¹

¹DE OEC Infektológiai és Gyermekimmunológiai Tanszék, Debrecen

²Nagyvárad Gyermekgyógyászati Központ, Nagyvárad, Románia

³Cincinnati Egyetem, Csontvelő Transzplantációs és Immundeficiencia Osztály, USA

Az autoszomális recesszív öröklődésű Niemann-Pick szindróma (NPD) A és B típusának hátterében az SMPD1 gén mutációja, és az általa kódolt savi szfingomielináz defektusa áll. A betegek neurális és viscerális szerveiben kóros lipid felhalmozódás figyelhető meg. Három Niemann-Pick szindróma klinikai tüneteit mutató betegben sikerült azonosítanunk az SMPD1 génen két ismert (S248R és W391G) és 2 új (G245D és F570L) mutációt homozigóta és összetett heterozigóta formában. A két új mutáció patogenitását génexpressziós vizsgálatokkal tanulmányoztuk. A COS7 sejtekben termeltetett normál és mutáns fehérjék jelenlétét Western-blot módszerrel detektáltuk, majd meghatároztuk a normál és a mutáns savi szfingomielináz aktivitását és a fehérjék fél-életidejét. Megállapítottuk, hogy a mutációk (G245D, F570L) következtében instabil fehérjék szintetizálódnak, a sejtekben alacsony lesz a savi szfingomielináz aktivitása, ami a NPD kialakulását eredményezi.

2012. április 20., péntek, 13.45 - 15.45

FEHÉRÁLLOMÁNY VELESZÜLETETT ÉS SZERZETT BETEGSÉGEI

MR vizsgálat veleszületett fehérállományi kórképekben

Barsi Péter

SE MR Kutatóközpont, Budapest

PTE, Idegsebészeti Klinika, Neuroradiológiai Tanszék, Pécs

A kórképcsoport klinikai diagnosztikáját nehezíti, hogy az egyes kórképek ritkák, tünetaik korcsoportonként változhatnak, másrészt hasonlíthatnak egymásra.

A diagnózis sokszor csak genetikai és egyéb laboratóriumi vizsgálatokkal állítható fel, melyek költségesek és részben nehezen hozzáférhetőek, így irányítottan kell alkalmazni azokat.

A problematika a képalkotó diagnosztikában is megjelenik. Az MR a választandó módszer. A szekvenciák között alkalmazni kell a diffúziós, FLAIR és GRE T2*/SWI mérést. Fontos differenciál diagnosztikai szerepe lehet a kontrasztanyag alkalmazásának és az MR spektroszkópiának. Ritkán az artériás és vénás rendszer MR angiográfiás vizsgálatára is szükség lehet. Az értékeléshez ismerni kell a mielinizáció 0-2 éves kor közötti normális állapotát.

Néhány eseten mutatom be a mérések és képi jelek fontosságát.

A klinikai, laboratóriumi és MR adatokból a ritka, nagyon jellegzetes esetektől eltekintve csak folyamatos konzultációval lehet eljutni a diagnózishoz, úgy épülnek be apró, eredetileg jelentéktelennek látszó részletek a kirakós játékba.

Halmozottan fellépő convulsiók háttérében diagnosztizált infantilis Alexander betegség

Hollódy Katalin¹, Csábi Györgyi¹, Kövér Ferenc²

¹PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

²Pécsi Diagnosztikai Központ

A negatív perinatális anamnézisé csecsemő 10 hónapos korában került látóterünkbe halmozottan fellépő convulsiói miatt. A macrocephalia, a convulsiók és a pszichomotoros fejlődés elmaradása háttérében leukodystrophia gyanúja merült fel. A koponya MRI felvételeken megtaláltuk a betegségre jellemző frontális elhelyezkedésű fehérállományi eltérést. Az MR spektroszkópia megerősítette az infantilis Alexander betegség diagnózisát. A betegség kezelése mai tudásunk szerint csak tüneti lehet. Betegünket közel 2 éves korában veszítettük el. A cerebrum hisztológiai vizsgálata alátámasztotta az infantilis Alexander betegség diagnózisát. Molekuláris genetikai megerősítés (GFAP) nem történt.

Cachexia háttérében meghúzódó bulbar paresis etiológiája

Mellár M.¹, Rosdy B.¹, Móser J.¹, Kollár K.¹, Rudas G.², Várallyay Gy.², G. Salomons³, M. van der Knaap³

¹Heim Pál Gyermekkórház, Neurológia, Budapest

²SE MR Kutató Központ, Budapest

³VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

Háttér: cachexia a progresszív neurológiai betegségek előrehaladottabb stádiumában, a diagnózis felállítását követően több évvel később szokott fellépni. Ritkán fordul elő, hogy egy jó általános állapotú, pszichomotoros fejlettségében életkoránál lévő gyermek cachexiájának etiológiáját kutatva fehérállományi betegségre derül fény.

Esetismertetés: a kislány pszichomotoros fejlődése hét éves koráig normál ütemben zajlott. Ekkor psychésen terhelt helyzetben étvágytalanná vált, néha orrhangzósan beszélt és elvéve hányt egyet. Néha csuklott is. Fogyni kezdett. Kedve jó volt, kitűnően tanult. Étkezést követően hasát fájlalta. 5 kg fogyást követően gastrooesophageális refluxot állapítottak meg. Kezelését követően is tovább fogyott, nyeléskor néha elakadt a falat a torkán. Lokális okot nem találtak. Anorexia nervosa lehetősége miatt pszichiáter vizsgálta, aki ezt kizárta és kérte vizsgálatát. Neurológiai statusában bulbaris paresist észleltünk. A koponya MRI vizsgálata pedig a T-2 és FLAIR sequentiákon magas jelű középvonalis kerek éleshatáru solid képletet mutatott. E mellett mko frontalis subcorticalis fehérállományban jelzavart állapított meg.

Felvetődött juvenilis Alexander betegség lehetősége, melyet a szakértővel történt konzilium is megerősített. Így GFAP mutáció analízis készült, mely ezt igazolta.

Következtetés: cachexia háttérében gyermekkorban is találhatunk bulbaris paresist, melynek etiológiáját kutatva progresszív fehérállományi betegségre is derülhet fény. Törekedjünk ennek pontos genetikai diagnózisára is.

Súlypontok a leukodisztrófiák diagnosztikájában – két eset kapcsán

Kollár Katalin¹, Rosdy Beáta¹, Móser Judit¹, Mellár Mónika¹, Barsi Péter²,

Pintér Nándor², Kovács Éva³, Rudas Gábor²

¹Heim Pál Gyermekkórház Neurológia, Budapest

²SE MR Kutatóközpont, Budapest

³Heim Pál Kórház, CT Laboratórium, Budapest

Bevezetés: A fehérállomány veleszületett betegségeinek felosztása jelenleg is folyton változó. A klinikai tünetek szerteágazók, az azonos struktúra érintettsége miatt a különböző kórképekben lehetnek nagyon hasonlóak, és a végkifejlet gyakran azonos. Egymástól való elkülönítésük klinikai szempontból nehéz.

Esetismertetés: Egy metachromasias leukodystrophiában szenvedő és egy adrenoleukodystrophias gyermek esetét és kivizsgálásuk menetét ismertetjük. A betegség kezdetének ideje, az első tünetek nagyon hasonlóak voltak. Mindkettőnél a beszédértés, figyelem- és fokozódó koordinációzavarral indult a betegség. Az első gyermeknél észlelhető neurológiai tünetek önmagukban nem voltak elegendőek a betegség pontos diagnózisához, de azt a koponya MR vizsgálat egyértelműen megadta. A másodiknál az ACTH terhelésre adott pozitív válasz és az extrém mértékben emelkedett ACTH szint által felvetett diagnózist a MR vizsgálat megerősítették.

Következtetés: A progresszív neurometabóliás betegségekben szenvedő gyermekek diagnózisának felállításában továbbra is nagy szerepe van a pontos anamnézisnek és a precíz neurológiai vizsgálatnak. A diagnosztikus algoritmusokban a laboratóriumi és funkcionális vizsgálatok mellett egyre nagyobb jelentősége van a korszerű képalkotó vizsgálatoknak. Megfelelő tapasztalattal és az MR technikák speciális, célzott megválasztásával az esetek egy részében igen korán pontos diagnózis adható, amivel megkíméljük a gyermekeket a korábban elengedhetetlen biopsziás vizsgálatoktól.

MELAS betegség – új terápiás lehetőség?

Móser Judit¹, Kollár Katalin¹, Mellár Mónika¹, Rosdy Beáta¹, Tegzes Andrea²,

Vargay Éva

¹Heim Pál Gyermekkórház, Neurológia, Budapest

²Erzsébet Kórház, Gyermekosztály, Sopron

³Markhot Ferenc Kórház, Gyermekosztály, Eger

Bevezetés: A MELAS (mitochondriális encephalomyopathia, laktát acidosis, stroke-szerű epizódok) betegség 1984 óta ismert. A kórképre leginkább jellemző stroke-szerű ismétlődő epizódok negyven éves kor előtt, gyakran már gyermekkorban jelentkeznek. A hemiparesissel, hemianopiával, corticalis vaksággal vagy halmozott fokális görcsökkel járó attackokat megelőzően visszatérő migrénszerű fejfájások, átmeneti scotomák, ismétlődő hányások szerepelhetnek.

Esetismertetés: A gyermek tíz éves koráig jól fejlődött. Ekkor átlag havonta vizuális aurával járó migrénes fejfájások jelentkeztek. 11 évesen zajlott az első súlyos, ismétlődő fokális görcsökkel járó epizód. Ezt követően gyakran fordultak elő átmeneti

látászavarral, váltott oldali hemiparesissel ill. halmozott rohamokkal járó periódusok. A klinikum, a laborleletek és az MR kép alapján MELAS betegséget feltételeztünk, amelyet a genetikai vizsgálat megerősített. 13 éves korában L-arginin terápia indult. **Következtetés:** A stroke-szerű epizódok patofiziológiáját vizsgálva mitokondriális angiopathia feltételezhető - a kutatási eredményeket figyelembe véve L-arginin terápiát kezdtek alkalmazni az utóbbi években. Az eddigi tapasztalatok biztatóak az akut terápia és a profilaktikus kezelés terén is. Az alapbetegség nem gyógyítható, de ha a stroke-szerű történések ritkábbak és enyhébb lefolyásúak, akkor a kórkép prognózisa javul.

MNGIE

Zombor Melinda, Bereczki Csaba

SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Felvételi Osztály, Szeged

Az osztályunkra felvettünk egy 24 éves fiatalembert, akit korábban már vizsgáltak nagymértékű cachexia (Ts: 30 kg, Tm: 164 cm) és visszatérő postprandialis hányások miatt. Hasi ultrahang vizsgálattal diffúz májlézió, gastroscopia során és gyomorvékonybél passzázskövetéssel duodenumszűkület igazolódott. Neurológiai státuszában polyneuropathiára utaló tüneteket (mélyérzészavar, areflexia) találtunk. A koponya MRI felvételen diffúz leukoencephalopathia ábrázolódott. A beteg tünetei egy mitochondriális enzimbetegségnek, a MNGIE-nek (mitochondriális neurogastrointestinalis encephalomyopathia) felelhetnek meg. A kórkép autoszomális recesszív módon öröklődik, és a timidin-foszforiláz (TYMP) enzimet kódoló gén mutációja okozza. Enzimaktivitás meghatározás és mutáció analízis történt a Veronai Egyetem Neurológiai Klinikáján. A vizsgálatok igazolták a MNGIE diagnózisát: a TYMP enzim aktivitása 4 nmol/h/mg volt (normál tartomány 377-1320 nmol/h/mg). A TYMP gén 7-es exonjában egy már korábban leírt (199C>T), a 2-es exonban egy eddig még nem közölt (866A>C) mutációt találtak. A betegség korai felismerése azért fontos, mert dialízissel, csontvelő transzplantációval vagy enzimpótlással a beteg életminősége javítható.

2012. április 20., péntek, 16.15 - 17.30

FEHÉRÁLLOMÁNY SZERZETT BETEGSÉGEI

Diplégia (G80.1), a fehér állomány (intrauterin) szerzett károsodása

Balogh Erzsébet

Pető Intézet, Budapest

A fehérállomány hiány/vesztés főbb csoportjai a leukodystrophiák, az acut demyelinatio encephalomyelitisek és a cerebrális paresis (CP).

A CP közel 50%-a a koraszülöttek köréből kerül ki. Mind a koraszülöttség létrejöttében, mind a myelin fejlődés zavarában (periventricularis leukomalacia: PVL) az infectio, a citokinek felszabadulására adott fetalis válasz fontos ok. A myelin felépítéséért felelős oligodendrocyta precursorokat érintő hypoxia hasonlóképpen PVL-t okoz. Míg a 20 gesztációs hét előtt a migrációs elégtelenség, a 26-34 gesztációs hét között a PVL, a fehérállomány koagulációs necrosis a gyakori.

A PVL – mint a DPL legfőbb patológiai jellemzője tehát

1. hypoxiás–ischemiás encephalopathia
2. oligodendroglia károsodás ill.
3. fetomaternalis infectio következtében áll elő.

A spastikus diplégia (DPL, a CP 30-40%-a) egyik leggyakoribb és éppen a volt koraszülötteket gyakrabban sújtó CP féleség.

Ha a PVL főképpen az elülső területeket érinti, akkor a DPL mellett magatartási és hangulati zavarok, ha az oldalkamra középső területeit, akkor felső végtagi részvétel is, ha pedig a hátsó részein dominál, akkor a DPL mellett vizuális zavarok, de legalábbis vizuális érdektelenség áll elő.

A motoros tüneteket bármely rehabilitációs formával, a spaszticitás/rigort botox kezeléssel, a társ tüneteket és az egyes esetekben jelentős somatomotoros elhanyagolást holisztikus ellátással lehet legjobban mérsékelni.

Az agykamrák körüli fehér állomány károsodásai újszülöttekben

Berényi Marianne

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

Az újszülöttkori agyi károsodások egyik ismert fajtája a periventricularis vérzés (PVH) amelynek egyik fő oka az oldalkamrákat övező fehér állomány ereinek törékeny volta. Számos esetben csak az áramlásvárnak megfelelő jelek detektálhatók a korai időszakban, és így is gyakran alakul ki periventricularis leukomalacia (PVL).

Szakközlemények foglalkoznak a koraszülöttek veszélyeztetettségével, tekintettel ereik ellenálló képességére. A placenta elváltozásai is hozzátartozhatnak az újszülöttek kamra körüli vérzékenységének előzményeihez. Irodalmi feldolgozások elemzik a PVL-k elhelyezkedése és a következmények kapcsolatát. A kóros elváltozás lehet kétoldali, vagy egyoldali, követheti a kamra conturt teljes hosszában, vagy csak a frontális szarv előtti, vagy a trigonum mögötti területre korlátozódhat, lehet egyes, vagy számos, kis méretű, vagy confláló. Néha összekeverik porencephalias cystával, máskor – elsősorban későbbi időpontban történő detektálás esetén – „csak” kamratágulatnak minősítik. Osztályunk régóta foglalkozik ezzel a kérdéssel és módjában volt közvetlenül nyomon követni az életkor és a kórkép valódi összefüggéseit. Közvetlen tapasztalataink jóval több esetre terjednek ki, mint amennyit a megjelent közlemények irodalmi gyűjtés útján összefoglaltak. Kimutattuk, hogy a kamra körüli vérzések érett újszülöttekben is előfordulnak hasonló elhelyezkedésben, mint az éretlenekben. Mindez változatos korai klinikai tüneteket produkálhat és befolyásolja a neurotherapia eredményességét.

Koraszülöttek fehérállományi károsodásának hatása a végrehajtó funkciókra

Gergev Gyurgyinka, Túri Sándor, Sztriha László

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Szeged

A végrehajtó funkciók a cselekvéskontroll működését szolgálják, azaz lehetővé teszik, hogy a célirányos és szándékvezérelt tevékenységet térben és időben megtervezzük, megszervezzük és kivitelezük. Kapcsolatai és neurotranszmitter rendszerei miatt a prefrontális kéreg két nagy területének, a dorzolaterális és az orbitofrontális régióknak van kiemelkedő jelentősége a végrehajtó funkciók fejlődésében. A 30. gesztációs héten, vagy korábban világrajött koraszülöttek egy részében a 40. gesztációs héten végzett MRI vizsgálatok különböző súlyosságú fehérállományi károsodást mutatnak,

amely jelintenzitás fokozódásban, a fehérállomány volumenének csökkenésében és az oldalkamrák tágasságának növekedésében nyilvánul meg. Traktográfiai vizsgálatokkal a prefrontális kéreg pályarendszereinek következményes sérülése is kimutatható számos esetben. A későbbi életkorban végzett utánvizsgálatok szerint a volt koraszülöttekben a végrehajtó funkciók a fehérállományi károsodás súlyosságának arányában sérülnek, míg az egészséges újszülöttekhez hasonlóan teljesítenek azok a volt koraszülöttek, akikben fehérállományi károsodás nem látható. Irodalmi adatok alapján ismertetjük a végrehajtó funkciók fejlődése és a fehérállományi károsodások közötti összefüggést volt koraszülöttekben.

Enyhe encephalitis/encephalopathia reverzibilis splenium laesióval (MERS)

Liptai Zoltán¹, Ivády Balázs¹, Barsi Péter², Várallyay György², Rudas Gábor², Fogarasi András³

¹Szent László Kórház, Gyermekgyógyászati Osztály, Budapest

²SE, MR Kutató Központ, Budapest

³Bethesda Gyermekkorház, Neurológiai Osztály, Budapest

Az elmúlt években egyre növekvő számú közlemény jelent meg az "enyhe encephalitis/encephalopathia reverzibilis splenium laesióval" elnevezésű kórleírásról. Két új kaukázusi betegről számolunk be, akiknek klinikai adatait összevetjük a szakirodalomban megjelentekkel. Egy 15 éves leánynál 4 nap alatt fejfájás, láz, hányás, tarkókörtés alakult ki. Liquor-fehérje tartalma és sejtszáma emelkedett, a legalacsonyabb se-Na 131 mmol/L volt. A 7. napon készült MRI normális volt, a beteg azonban lázas maradt, agyödéma lépett fel, és zavartsággal járó epizódok jelentkeztek. A 11. napon végzett MRI kicsiny T2-jelintenzív, gátolt diffúziójú laesiót mutatott a corpus callosum spleniumában. Adenovírus fertőzés igazolódott, a gyógyulási szak elhúzódott. A kóros jelzavar 6 nap múlva mérséklődött, 4 hónap múlva megszűnt. Egy 12,5 éves leánynál fejfájás, letargia, aluszékonyság és hányás alakult ki, melyeknek 5. napján jobb testfél zsibbadást és gyengeséget, beszédképtelenséget észleltek, mindez 12 órán át tartott. Zavart és dezorientált volt. Az MRI-n a spleniumban apró T2-jelgazdag, gátolt diffúziójú terület volt látható. A se-Na 133 mmol/L, a liquor-sejtszám és -fehérjetartalom emelkedett volt, enterovírus fertőzés igazolódott. Echocardiographia vérrögképződést okozó eltérést nem talált, thrombophiliát sem sikerült kimutatni. A tünetek egy hét alatt visszafejlődtek, és a két hónappal későbbi MRI már normális volt. E két nem epilepsziás gyermek tovább növeli a kórleírásban szenvedő kaukázusi betegek kis számát. Mindkét beteg encephalitis és hyponatraemiás volt, a második betegnek pedig – vélhetően a splenium laesióhoz is vezető agyödéma következtében – tranzienis ischaemiás attackja is zajlott.

Posterior reverzibilis encephalopathia szindróma egy – atípusos - eset kapcsán

Kollár Katalin¹, Rosdy Beáta¹, Móser Judit¹, Mellár Mónika¹, Túri Éva², Várallyay György³

¹Heim Pál Gyermekkorház, Neurológia, Budapest

²Heim Pál Gyermekkorház, Szemészet, Budapest

³SE MR Kutatóközpont, Budapest

Bevezetés: A posterior reverzibilis encephalopathia szindróma (PRES) többnyire változó etiológiájú hypertensiv encephalopathia mellett, vagy elsősorban malignus betegségek kezelésében használatos gyógyszerek toxikus hatásaként kialakuló

betegség. A diagnózis felállításában a klinikai tünetek- fejfájás, hányás, zavartság és rapid látásvesztés mellett döntő szerepe van a koponya MR vizsgálatnak.

Esetismertetés: 14 éves erdélyi fiúgyermek esetét ismertetjük. Betegünknel felvételét megelőzően 1,5 hónappal atípusos neuroinfectio zajlott. Az elhúzódó lábadozás idején hirtelen kialakult, fejfájással kísért látásvesztés miatt vettük fel osztályunkra. Az akut koponya MR vizsgálat PRES- típusos képét mutatta.

Dehidráció mellett átmeneti javulást követően súlyos szemfenéki pangás alakult ki közel teljes látásvesztéssel. Hosszas mérlegelés után megadózisú steroid adását kezdtük annak ellenére, hogy ilyen kezelés mellékhatásaként is leírták a betegséget. A progresszió három nap után megállt, majd lassú javulás indult meg. Látását teljes mértékben csak több hónap után nyerte vissza.

Megbeszélés: A folyamat hátterében egyértelmű kóroki tényezőt igazolni nem tudtunk, végül azt - az irodalomban - ritkán ugyan, de leírt - fertőzés és/vagy antibiotikus kezeléssel próbáltuk összefüggésbe hozni. A bizonytalan etiológia és a szokatlan lefolyás ellenére a gyermek betegségét PRES- nek tartjuk.

2012. április 21., szombat, 8.30 - 10.30

GENETIKA

Három a kislány, és egy a ráadás – avagy segít a genetika!

Elmont Beatrix¹, Gárdos László¹, Tihanyi Mariann², Hartwig Mariann²

¹Zala Megyei Kórház Csecsemő- és Gyermekosztály, Zalaegerszeg

²Zala Megyei Kórház Genetikai Labor, Zalaegerszeg

Előadásom célja, hogy felhívjam a figyelmet arra, hogy a genetikusokkal történő együttgondolkodás milyen nagy segítség a klinikus számára. Jelenleg 10 éves kislányt születése óta non progresszív hydrocephalus internus miatt gondoztuk. Átlagos mozgásfejlődését megkésett beszédfejlődés, elektív mutizmus kísért. A 7,5 éves húgánál is a koponya UH oldalkamra asszimetriát, min. kamratágulatot írt le. Harmadik kislány – koponya UH nála is oldalkamra asszimetriát igazolt - 1 éves korban jelentkezett megkésett mozgásfejlődés, hypotonia miatt. Ekkor derült ki, hogy második nővérénél is felmerült az elektív mutizmus. Láttuk a közel normál intellektusú három kislánynál a kisméretű agykamra tágulatot, beszédfejlődési zavart - a közös etiológia keresése közben konzultáltunk a genetikusokkal. Hollandiában dr. Lia Knegt munkacsoportja végezte a molekuláris genetikai vizsgálatot. Igazolódott karyotípus: arr7q11.23(72301898-73999026)x3mat. A "duplication of the Williams syndrome region" 7-es kromoszóma hosszú karját érintő többlet, ez magyarázza valószínűleg a klinikai tüneteket - jellegzetes arcot, generalizált hypotoniát, expresszív beszéd és nyelvi zavart, mutizmust. Kivizsgálás során az anyánál is igazolódott hydrocephalus int., és a gyerekekkel megegyező genetikai eltérés. Az eset is rávilágít arra, hogy ne adjuk fel, és újabb információk birtokában gondoljuk újra a kivizsgálást abban az esetben, ha egy fejlődésben eltérő gyermeknél korábban nem sikerül az etiológiát tisztázni.

Alpers szindróma megjelenése egy testvérpár esetében

Csábi Györgyi¹, Hollódy Katalin¹, Komlósi Katalin², Hadzsiev Kinga², Gál Anikó³, Molnár Mária Judit³, Melegh Béla², Molnár Dénes¹

¹PTE Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

²PTE Orvosi Genetikai Intézet, Pécs

³SE Molekuláris Neurológiai Klinikai és Kutatási Központ, Budapest

Előadásunkban egy két éves kislány esetét ismertetjük, akinek az anamnéziséből kiemelendő, hogy 18 hónapos leánytestvére 3 évvel ezelőtt befolyásolhatatlan göcsök, encephalopathia és májelégtelenség tünetei között exitált. A kisdednél adenovírus fertőzés volt igazolható, a rendkívül súlyos lefolyás hátterére azonban ekkor még nem derült fény. A 2 év múlva megszületett kislányt először 19 hónaposan vizsgáltuk klinikánkon banális vírusinfekció kapcsán jelentkező kifejezett bágyadság, aluszékonyság, myoclonusok miatt. Laborvizsgálata során leucopenia, emelkedett májfunkció és laktát szint volt észlelhető. A vírusinfekció lezajlását követően tünetei megszűntek, laborleletei normalizálódtak. Egy hónap múlva egy következő banális infekció hasonló tüneteket idézett elő. Az anamnesztikus adatok és a klinikai tünettől alapján Alpers szindróma gyanúja vetődött fel, ezért betegünk vérmintájából elvégeztük a POLG1 gén mutációvizsgálatát, mely compound heterozigóta állapotot igazolt: a gén 6. exonjában az irodalomból is ismert gyakori p.Ala467Thr mutációt, a 21. exonban egy új, eddig nem ismert, patogénnek talált mutációt azonosítottunk p.Cys1127Arg. Az ismert mutációt betegünk édesapjától, az ismeretlen édesanyjától örökölte. Az Alpers-szindróma autoszomális recesszív öröklődésű mitokondriális DNS depléciós szindróma, melynek hátterében a POLG1 gén mutációi állnak. Az oxidatív foszforiláció zavara következtében pszichomotoros retardáció, terápiarezisztens epilepszia, hepatopathia alakul ki. Infekciók kapcsán a tünetek romlanak, oki terápia nincs, a betegség letális. Epizódikusan zajló encephalopathia és hepatopathia esetén javasoljuk a mitokondriális DNS depléciójának, multiplex depléciójának vizsgálatát izomszövetből, pozitívitás esetén a POLG1 gén mutációvizsgálatát.

Minor-anomáliák, apnoék és etetési nehezítettség. Mi áll a hátterében?

Simon G.¹, Csorba E.², Major A.¹

¹Kaposi Mór Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekosztály, Kaposvár

²Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológia, Kaposvár

A jelenleg 9 hónapos csecsemő első terhességéből normál súllyal és terminusra meconiumos magzatvízből, hat óráig előtti burokrepedéssel, fenyegető intrauterin asphyxia és elhúzódó táglási szak miatt sectio caesareával született. Kezdetől fogva láthatóak voltak minor anomáliái, valamint nehezen volt etethető és ezek kapcsán jelentkeztek apnoéi, amelyek miatt kivizsgálást kezdtünk. Képközpontú vizsgálatok készültek, amelyekkel konkrét kórokat nem tudtunk diagnosztizálni. Felmerült intrauterin infectio lehetősége is, de azt sem sikerült igazolni. Fejlődés-neurológiai kivizsgálás során sem sikerült alapbetegséget diagnosztizálnunk. Végül a már kezdetől legfontosabb vizsgálatokkal, a genetikai vizsgálatokkal jutottunk diagnózishoz, amely 5-ös kromoszóma rövid kar mikrodéléciót igazolt és FISH-vizsgálattal kiegészítve igazolta a csecsemő alapbetegségét a macskanyávgás betegséget, amely miatt jelenleg gondozásunk és korai komplex fejlesztés alatt áll. A Cri-du-chat szindróma öröklődő, 5p monoszómiával járó betegség, amely főként de novo deplécióval jár.

Jellegzetes minor-anomáliák társulnak hozzá. Korai komplex fejlesztéssel érhető el eredmény. 1 hónapos kor alatt 75%-os, 1 hónapos és 1 éves kor között 15%-os, 1 éven túl 10%-os a halálozás.

Bilaterális fronto-parietális polymicrogyria

Szabó Nóra¹, Gergev Gyurgyinka¹, Xianghua Piao², Sztrihá László¹

SZTE Gyermekklinika és Gyermekegészségügyi Központ „B”Részleg, Szeged¹
Harvard Medical School, Boston, USA²

A polymicrogyria a corticalis malformációk közt viszonylag gyakori. A rendellenesség a késői migráció és corticalis organizáció zavarának tekinthető, amelynek hátterében a legváltozatosabb környezeti és genetikai okok állhatnak. Számos polymicrogyria szindróma különböztethető meg a kiterjedéstől, a lokalizációtól és a társuló anomáliáktól függően. A betegség komplex etiológiája és megjelenése miatt a polymicrogyriát okozó defektusok felderítése rendkívül nehéz. Az utóbbi időben több olyan mutációt (WDR62, ASPM, TUBA8, TUBB2B, TUBB3) sikerült azonosítani a centrosomális és cytoskeletális fehérjéket kódoló génekben, amelyek polymicrogyriát is okoznak más malformációk mellett, bizonyítva ezzel az agyi fejlődést meghatározó folyamatok összetettségét.

Előadásunkban a kétoldali szimmetrikus polymicrogyria szindrómák egy különleges formájának, a bilaterális fronto-parietális polymicrogyriának a klinikai tüneteit és genetikai hátterét kívánjuk bemutatni egy eset kapcsán. A gyermek vizsgálata során a GPR56 gén (16q12.2.-21) mutációjára derült fény, amely máig az egyetlen azonosított gén, amelynek mutációja kétoldali szimmetrikus polymicrogyria kialakulásáért felel. Figyelemre méltó, hogy a kísérletes és patológiai kutatások alapján a GPR56 gén mutációját kísérő rendellenesség „cobblestone” malformációnak tartható, annak ellenére, hogy az MRI vizsgálattal típusosnak tűnő polymicrogyriát látunk.

A bilaterális fronto-parietális polymicrogyria kutatásának története is bizonyítja a molekuláris genetikai, kísérletes és patológiai vizsgálatok jelentőségét az ép és kóros agyfejlődés patomechanizmusának felderítésében.

Gyermekkori mozgászavarok – esetbemutató

Kun Anikó, Herczegfalvi Ágnes

SE II. számú Gyermekklinika, Budapest

Előadásomban egy közelmúltban diagnosztizált ritka gyermekkori neurológiai kórkép esetbemutatója kapcsán szeretném megvilágítani a gyermekkori mozgászavarok differenciáldiagnosztikájának klinikai lépéseit és nehézségeit.

A 16 éves fiú tünetei a diagnózis előtt hat évvel, időben eltolva jelentkeztek. Járásbizonytalanság, tónusfokozódás, majd dysarthria, mentális hanyatlás és végül dystonia voltak a vezető tünetek. A mozgászavarok különböző okainak körbejárása és kizárása után a háttérben genetikai problémát valószínűsítettünk.

A mozgászavarok klinikai csoportosítását követően megállapítottuk, hogy kevert típusú tünet-együttes áll a háttérben. A diagnózis megalkotásában az ismételt koponya MR vizsgálat segített, mely a tigris szem tünet leírásával megadta a Hallervorden Spatz betegség diagnózisát.

A 20. kromoszómát érintő mutáció (PANK 2 gén) következtében kialakuló enzimhiány a basalis ganglionok területén eredményez vaslerakódást, gliosist és következményes, progresszív, degeneratív kórképet. A rossz prognózist a jövőben javíthatja a tüneti terápia mellett alkalmazott mélyagyi stimulációs kezelés.

Korai kezdetű dystonia: Hallervorden-Spatz betegség

Szeifert Lilla, Farkas M. Kristóf, Farkas Viktor
SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A progresszív neurodegeneratív betegségek ritka kórképek. Ugyanakkor napjainkban képalkotó és molekuláris biológiai vizsgálatokkal lehetőség van az in vivo diagnosztikára. A korai tüneti terápia nagy mértékben hozzájárulhat a betegek életminőségének javításához.

Esetismertetés: Az általunk bemutatott 5 éves gyermek kórtörténete önmagában felvetette a progresszív neurometabolikus betegség gyanúját. A korábbi koponya MRI-n a globus pallidusban látott szimmetrikus eltérések, valamint a típusos dystoniás klinikum Hallervorden-Spatz betegség fennállására utalt, ezért célzottan kértük a koponya MRI vizsgálatot "eye of the tiger" jelet keresve, mely ennek egyértelmű jelenlétét igazolta. A pantothenát-kináz (PANK) gén érintettségének tisztázására molekuláris biológiai vizsgálatot kezdtünk.

Következtetés: Betegünk számos hazai gyermekneurológiai központban megfordult mielőtt Klinikánkra érkezett, a fenti diagnózishoz több év alatt sikerült eljutni. A klinikai tünetek gyanúja nyomán koponya MRI vizsgálattal napjainkban a betegség diagnózisa már in vivo biztonsággal felállítható. Emellett számos központban hozzáférhető a betegség molekuláris biológiai diagnosztikája is. A terápiás opciók vonatkozásában a deep brain stimulation (DBS) számottevő előrelépést jelent a hosszútávú konzervatív, tüneti jellegű gyógyszeres kezelés mellett a korai kezdetű dystoniák kezelésében.

Incontinentia pigmenti

Merő Gabriella, Csürke Ildikó, Szabó Katalin
Jósa András Oktató Kórház, Gyermekosztály, Nyíregyháza

Az Incontinentia pigmenti egy igen ritka, de lefolyását tekintve különböző súlyossági fokú különböző megjelenésű, megbetegedés, X-hez kötött domináns genodermatosis mely minden esetben társul bőrtünetekkel, bőrtünetekkel s egyéb szervi manifesztációi is vannak, úgy mint szem, fog, körmök, haj és súlyosabb esetekben a központi idegrendszer. Incidenciája kb 10000-100000/ élveszületés, az Xq28 NEMO gén //inhibitor kappa kinase (IKK)-gamma gén //mutációjának a következménye. Fiúknál extrém ritka, rendszerint lethalis / még in utero exitus a II. trimeszter előtt /..Az esetek kb 90%-ban a jellegzetes bőrtünetek már az első élet-hetekben megjelennek. Oki th nincs!! de a társuló tünetektől függően különböző próbálkozásokat javasol az irodalom.

Esetünknel születéskor észlelt súlyos bőrtünetei alapján kezdetben perinatális inf gyanuja miatt kombinált antibiotikus és tüneti th kezdtünk, de a laborvizsgálatok feltételezett dg unkat nem igazolták, s bőrtünetei sem javultak. Így további vizsgálatként bőrbioopszia mellett döntöttünk.

Markáns eosinophiliája s a bőrbioopszia egyértelműen alátámasztotta az IP dg-sát. Esetbemutatásomban e ritka kórkép újszülöttkorban manifesztálódó neurológiai tünetekkel társuló formáját szeretném ismertetni.

Új terápiás lehetőség subependymalis óriássejtes astrocytomában, sclerosis tuberosás betegeknel

Gyorsok Zsuzsanna, Bognár László, Fogarasi András, Eisrich Ádám, Markia Balázs
OITI Gyermekosztály, Budapest

A szerzők ismertetik a sclerosis tuberosa tünetegyüttesét, különös tekintettel a subependymalis óriássejtes astrocytomára. Ismertetik a műtéti beavatkozás elkerülésére alkalmas gyógyszeres kezelés lehetőségét, az everolimus terápia hatásmechanizmusát, a kezelés módját, az esetleges szövödményeket és bemutatják a kezelés első eredményeit 10 beteg kapcsán.

2012. április 21., szombat, 11.00 - 12.30

VARIA

Gyermekkori narcolepsia: esetismertetés

Jakus Rita¹, Szakács Zoltán², Szabó Ildikó¹, Barsi Péter³, Fogarasi András¹

¹MRE Bethesda Gyermekkórháza, Budapest

²ÁEK, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központ, Budapest

³SE MR Kutatóközpont, Budapest

Bár a narcolepsia keletkezéséről többféle hipotézis létezik; annyit biztosan mondhatunk, hogy genetikusan meghatározott, a HLA-DQB1*0602 allélhez kötött autoimmun betegségről van szó, melyet a hypothalamus hypocretin termelő sejtjeinek pusztulása okoz. A mindkét nemet egyformán érintő betegség bármely életkorban megjelenhet, de leggyakrabban tinédzser és fiatal felnőttkorban diagnosztizálják. Esetismertetésünkben egy 12 éves fiú kórtörténetével hívnánk fel a figyelmet az életminőséget jelentősen befolyásoló 0,02-0,05 %-os prevalenciájú betegségre. A tünetek egy „banális” felső-légúti hurut után kezdődtek: édesanyjának feltűnt a korábban mindig aktív gyermek szokatlan fáradtsága; nem járt le barátaihoz a játszótérre, este 6-7 körül lefeküdt – vagy egyszerűen a szőnyegen elaludt- és reggelig aludt. Sürgősségi osztályunkra azért került, mert felvétele napján délután kutyasétáltatás közben bátyja viccén jóízűen nevetett, amikor hirtelen megrogyant, meg kellett kapaszkodnia. Bátyja elkapta, ezért nem esett el, tudata tiszta maradt. A nevetést abbahagyva izomtónusa visszatért. Belgyógyászati observatioja második napján a jelenség megisméltódott: szintén bátyja neveltette meg annyira, hogy ismét tónustalaná vált. Esméletvesztése ekkor sem volt. Belsőszervi eltérés híján osztályunkon folytattuk a kivizsgálást, ahol szintén feltűnő volt a gyermek aluszékonysága; amint vízszintes helyzetbe került elaludt, de ez nem zavarta abban, hogy az éjszakákat is végigaludja. Rutin EEG vizsgálat során is csak 1-2 perces ébrenlét alatti szakaszt rögzítettünk, mert azonnal elszenderedett. Droghatást már felvételekor, pszichogén eredetet, organikus laesiot (3T koponya MR negatív) a későbbiekben zártunk ki. A végső diagnózishoz polyszomnográfias vizsgálattal és nappali multiplex alváslatencia vizsgálattal jutottunk, mely egyértelműen igazolta a narcolepsiát.

Esetünk kapcsán – a diagnosztikus lépések mellett – érintenénk a jelenleg ismert, a tünetek triggereként felmerülő okokat (koponyatrauma, stroke, alvász-ébrenlét ciklus változása, streptococcus infekció, H1N1 vakcináció vagy infekció, kemikáliák) és a szélesedő terápiás lehetőségeket.

A rutin EEG vizsgálat használhatósága a kóma mélységének és kimenetelének megítélésében

Paraicz Éva¹, Siegler Zsuzsa²

MRE Bethesda Kórház, Budapest

¹Rehabilitációs Osztály

²Epilepszia Diagnosztika Részleg

A rutin EEG vizsgálatok retrospektív elemzésekor arra voltunk kíváncsiak, hogy a háttértevékenység gyorsulása ill. a különböző ingermodalitásokkal (hang, fény, fájdalom) vizsgált reaktivitás párhuzamosan változott-e a klinikai állapottal ill. az EEG változásának volt-e prognosztikai jelentősége a kóma kimenetelére vonatkozóan.

Négy év alatt (2007. május–2011. április) 15 súlyos kómában levő (GCS 8 vagy kevesebb) gyermeket kezeltünk osztályunkon. Elhúzódó rehabilitációjuk során 2–15 (átlagosan 5) alkalommal került sor rutin EEG vizsgálatra. A felvételeket vizuálisan értékeltük. A betegek többségénél az EEG során tapasztalt változás és a klinikai kép változása jól korrelált. (Egy betegünknel a tudat tartós és visszafordíthatatlan romlását jelezte mindkettő. Egy betegünknel az átmeneti romlást, majd a lassú javulást egyaránt megbízhatóan mutatta. 9 gyermeknél mindkettő folyamatosan javuló tudatállapotra utalt.) Egy gyermek esetében a klinikai kép javulása napokkal megelőzte az elektrofiziológiailag észlelhető változást.

Egy betegünk esetében az EEG mindvégig megtévesztő volt: a tudat teljes helyreállása után hónapokkal is areaktivitást mutatott. Egy betegünknel – ahol a fiatal életkor és a nagyfokú spasticitás maszkolta a klinikai képet – az EEG-n egyértelmű reaktivitás hívta fel a figyelmet a tudat javulására.

Az utólagos elemzés alapján úgy látjuk, a rutin EEG vizsgálat is segítséget jelenthet a klinikai állapot értékelésében. A vizsgálat megbízhatóságát az alkalmazott modalitások száma növeli, így a jövőben ezek standardizálására törekszünk.

Pseudotumor cerebri háttérben meghúzódó otogén sinus trombólis kezelésének változása (1998–2011)

Rosdy Beáta¹, Kollár K.¹, Móser J.¹, Mellár M.¹, Barsi P.², Rudas G.², Várallyay Gy.², Csákányi Zs.³, Katona G.³

¹Heim Pál Gyermekkorház, Neurológia, Budapest

²SE MR Kutató Központ, Budapest

³Heim Pál Gyermekkorház, Fül-Orr-Gégészeti, Budapest

Bevezetés: a nem idiopatiás pseudotumor cerebri háttérben gyermekkorban leggyakrabban otogén sinus trombólis áll. Korábban ennek megoldására a mastoidectomia mellett műtéti megoldást javasoltak. A kis mólsúlyú heparin származékok megjelenését követően lehetőség nyílt a konzervatív kezelésre. A ritka előfordulás miatt viszont nincsenek a nemzetközi irodalomban sem egyértelmű ajánlások a terápiára vonatkozóan.

Beteganyag és módszer: a Heim Pál Gyermekkorházban 1998–2011 között pseudotumor cerebri klinikai tüneteivel jelentkező gyermekek kórtörténetét vizsgáltuk retrospektívan, akik betegségének háttérben otogén sinus trombólis állt.

Eredmény: 1998–2011 között 7 gyermeket kezeltünk otogén sinus trombólis talaján kialakult pseudotumor cerebri miatt. Az otogén eredetre az anamnesztikus adatok utalhattak, de a vezető panasz minden esetben neurológiai természetű volt.

Öt gyermek esetében csak a sinus sigmoideus és transversus trombólisa állt fenn, míg két esetben a vena jugularis interna is trombotizált volt. Minden gyermeknél történt mastoidectomia és antibiotikus kezelés. Két esetben a trombotizált sinust incindálták és trombectomiára került sor, míg egy esetben a vena jugularis interna is lekötésre került. Öt gyermeknél alkalmaztunk kis mólsúlyú heparin kezelést az érintett sinusok rekanalizációjáig. Ez átlagosan 3 hónapon belül következett be, melyet képalkotó vizsgálatokkal követtünk. 6 gyermek maradéktalanul meggyógyult. Egy gyermek esetében maradó vizus romlás alakult ki az egyik szemén.

Következtetés: otogén sinus trombólis a mastoidectomiát követő antibiotikus kezelés mellett, a kis mólsúlyú heparin származékok megjelenését követően lehetőség nyílt a trombólis konzervatív kezelésére, jó klinikai kimenetellel.

Személyre szabott valproát kezelés lehetősége – Mit is tud a CYPtestTM?

Monostory Katalin¹, Temesvári M.¹, Tóth K.¹, Szabó P.¹, Nagy A.², Szever Zs.², Bod M.², Büdi T.³, Garami M.³

¹MTA, Természettudományi Kutatóközpont, Gyógyszer-kölcsönhatások Laboratórium, Budapest

²Heim Pál Gyermekkorház, Madarász utcai részleg, Budapest

³SE II. számú Gyermekkorház, Budapest

A gyógyszer-metabolizmusban elsődleges szerepet játszó citokróm P450 enzimek (CYP) mennyisége és aktivitása meghatározza a szervezet gyógyszer-lebontó képességét, amely nagyban befolyásolhatja egy gyógyszer hatékonyságát és toxicitását. Az egyéni különbségek két okra vezethető vissza: a CYP-gének polimorfizmusára, másrészt környezeti és endogén hatásokra bekövetkező, eltérő CYP-expresszióra. Epilepsziás betegek egyénre szabott kezelésének kialakítása során vizsgáltuk a betegek CYP-státusát. Az epilepszia több típusában a valproát elsőként választandó szer, amelynek lebontásában a CYP2C9 enzim szerepe meghatározó. A gén mutációja (CYP2C9*2, CYP2C9*3) erősen csökkent működő képességű enzim termelődéséhez és csökkent valproát metabolizmushoz vezet. Homozigóta mutáns CYP2C9 genotípusú betegeknel célszerű alternatív hatóanyagot választani (karbamazepin). A CYP2C9 génhibával nem rendelkező betegeknel az alacsony CYP2C9 expresszió a valproát gyenge lebontását vonja maga után, ezért a megfelelő terápiás vérkoncentráció eléréséhez alacsony dózisu valproát kezelést kell alkalmazni. A CYP-státus ismeretét fontosnak tekintjük az epilepszia kezelési stratégiájának megválasztása során, hiszen a gyógyszer-lebontó képességhez igazított terápiával súlyos mellékhatásoktól kímélhető meg a beteg.

Új módszer a valproat kezelés esetleges mellékhatásainak megelőzésére: a CYP2C9 enzim genetikai defektusának kimutatása

Nagy Andrea¹, Szever Zsuzsa¹, Monostory Katalin²

¹Heim Pál Gyermekkorház, Budapest,

²MTA Kémiai Kutatóközpont, Budapest

2 betegünk kórtörténetét ismertetjük.

Hannánál újszülöttkorban kezdtük el a valproát-terápiát, melyet csontvelő-depresszió követett: mind a három sejtívona érintett volt, leukopéniás, anémiás volt, és thrombocytaszám és alacsony volt. A genetikai vizsgálat a CYP2C9 enzim homozigóta mutációját igazolta. A terápia elhagyása állapota rendeződött. 20 hónapos követés során – mely alatt gyógyszeres kezelés nem történt – a tünetek nem tértek vissza. Nikolettánél absence epilepszia miatt kezdtünk valproát-kezelést. 2 héttel a terápia indítása után lázas betegség alakult ki, a kontroll során thrombocytopeniát észleltünk. A genetikai vizsgálat a CYP2C9 enzim heterozigóta mutációja igazolódott.

Rövid várakozás után a lázas betegség ugyan megszűnt, de a vérlemezke-szám továbbra is 100G/l alatt maradt, ezért a valproátot elhagytuk. 10 nap után a vérlemezke-szám 150G/l fölé emelkedett. Az azóta eltelt másfélben valproátot nem kap, a vérképében eltérés nincs.

Ezek után felmerül, hogy lehetőség szerint már a valproát-kezelés elkezdése előtt, de a kezelés mellett jelentkező mellékhatás esetén a CYP2C9 enzim genetikai vizsgálatának elvégzése lehetőség szerint elvégzendő.

Gondolkodjunk együtt! Fejlődésneurológia, egy kis quizzel fűszerezve

Felkai Mária

Szt. Margit Kórház, Fejlődésneurológiai Osztály, Budapest

Mint tudjuk, a fejlődésneurológia a neurológia egy speciális területe, mely a csecsemők vizsgálatával, kezelésével foglalkozik, különös tekintettel a fiatal, néhány hetes, hónapos babákra. Az auditív, a visualis figyelmi képesség, a myotaticus és primitív reflexek, valamint az elemi mozgásminták vizsgálatával a perifériás és központi idegrendszer különböző szintjének működéséről nyerünk képet. Így igen korán, már néhány hetes korban kiszűrhetjük a különböző okok miatt károsodott csecsemőket, amikor még az egyre kifejezettebbé váló értelmi elmaradás, és/vagy az akaratlagos mozgásokat torzító végleges kapcsolatok nem alakultak ki.

A kezelés sikerének alapja az agy plaszticitása, mely révén a kóros kapcsolatok kialakulása, a károsodás mértékétől függően, részben, vagy egészen megakadályozható. Az agy fejlődésének korai szakaszában az apoptózis fontos szerepet játszik.

A programozott sejthalál révén a veleszületett neuronok, neuronhálózatok harmadafele csecsemőkorban elpusztul. A korai sejthalál által érintett sejtek és kapcsolatok egy részének megmaradása speciális ingerkontingensek rendszeres alkalmazásával elérhető. Ez az agyi plaszticitás neurobiológiai alapja. Az agy fejlődésének ily módon történő befolyásolása azonban csak az élet korai szakaszában igazán sikeres, hiszen az agyi plaszticitás a kórral drámaian csökken.

Az időben történő felismeréssel, a kóros vagy nem kóros dilemmájával, a tüneti kezelés buktatóival foglalkoznánk közösen képek és kérdések segítségével.

Az osztályunkon évente bent fekvő 4-500, zömében néhány hetes, 1-2 hónapos csecsemő, ill. a kontrollok során évente megjelenő 4-5000 csecsemő vizsgálatával nyert tapasztalatainkkal tudunk mindehhez hozzájárulni.

A GYERMEKPSZICHIÁTRIAI SEKCIÓ ELŐADÁSAI

2012. április 19., csütörtök, 14.00 - 16.00

GYERMEKKORI TRAUMA ÉS KÖVETKEZMÉNYES PSZICHÉS REAKCIÓK

A gyermekkori trauma és a pszichózis

Herczeg Ilona

Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az utóbb évek pszichiátriai szemléletváltásának következtében-melyben a bio-pszichoszociális hozzáállás került előtérbe-egyre nagyobb teret kap a szakirodalomban az a felismerés, hogy a gyermekkori traumatizáló életesemények összefüggésben vannak a későbbiekben jelentkező súlyos patológias jelenségekkel, a pszichotikus zavarokkal is. Előadásomban az ebben a témában megjelent szakirodalmi adatokat, vizsgálatokat ismertetem, melyeket esetbemutatókkal teszünk érzékletesebbé.

„A végtelenben magadra találni: Fel kell bontani és aztán összerakni” (Goethe)

Eröss Rebeka

Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Egy sürgősségi gyermekpszichiátriai osztályon gyakran találkozunk súlyos traumákat elszenvedett gyerekekkel, akik a traumát követően van, hogy közvetlenül, de van, hogy sokkal később dekompenzálódnak és kerülnek „szétesett” állapotba.

Az elszenvedett traumák többféleképpen lehetnek: korai trauma, traumatikus életesemény, transzgenerációs traumatizáció. A trauma aszerint hat a személyiségre, hogy az mennyire differenciált, milyen tartós nyomást jelent a személyre időben és mennyire korai fejlődési szakaszt érint. A serdülőkor az identitás keresés szempontjából táptalaja a korai traumák újraélésének lehetőségét.

A pszichoterápia elengedhetetlen eszköze annak, hogy a trauma integrálható legyen az életesemények sorába. Ha ez valamiért még sem történik/történt meg a személyiség alacsonyabb szintű működéséhez vezethet, vagy mélyebb regresszív állapotokat eredményezhet minden dekompenzált állapot. Akkor, amikor egy traumát súlyos disszociáció, pszichózis, vagy egyéb a személyiségben nem vagy alig integrálható mechanizmus kíséri, a terápiás folyamatba, erre külön ki kell térni. Előadásomban egy – egy ilyen esetre és technikai „fogásra” szeretnék kitérni.

Esetismertetés

A 13 éves kamasz fiú a neurológiai osztályról került hozzánk átvételre. Először elkezdte felhúzni a vállát, majd osztályra kerüléskor teljesen meghajlott a háta, gyakorlatilag olyan benyomást keltett, mint egy öregember. Beszéde érthetetlen, rajzai bizarrak és furcsák voltak. A szülők elmondása alapján 5 osztályos koráig normál gyerek benyomását keltette. Súlyosan szorongó, keze remeg.

Az esetismertetés során kitérek a kezdeti diagnosztizálás nehézségeire, arra, hogy hogyan sikerült a nagyfiút folyamatosan kontaktusba vonni, amivel párhuzamosan páratlan művészi tehetsége bontakozott ki.

Égő házak, avagy hogyan változnak át a gyerekek állatokká?

Horváth Diána, Herczeg Ilona

Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

– Egy 12 éves traumatizált fiú esetének bemutatása

Az utóbbi években egyre több nemzetközi és hazai kutatás foglalkozik a trauma és a (későbbi) pszichotikus állapotok összefüggéseivel. Ezzel párhuzamosan a klinikai gyakorlatban is gyakrabban kerülünk kapcsolatba olyan gyermekekkel, serdülőkkel, akik akut pszichotikus állapota, disszociatív tünetei hátterében valamilyen traumatikus élmény(sorozat) körvonalazódik. Előadásom célja egy 12 éves fiú esetének bemutatása, akinél az elemi létbizonytalanság, születése óta folyamatosan fennálló, kumulálódó traumája, illetve a közelmúltban történt szexuális bántalmazás aktuális traumája összeadódott, disszociatív tünetképzést, a realitáskontroll átmeneti fel-lazulását eredményezve. Az eset középpontjában az intenzív fantáziatévékenység kétélűsége, a pszichózis kibontakozásának megelőzése, valamint az intrafamiális és interperszonális kapcsolatok, szociális háló fontossága áll.

Differenciáldiagnosztikai nehézségek mentális retardációhoz társuló pszichotikus tünetek esetén

Pécsi Ilona, Pösz Krisztina

Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az előadás célja bemutatni a pszichotikus tünetképzés hátterében lévő okokat, valamint ezek diagnosztikus nehézségeit értelmi fogyatékos gyermekek és serdülők esetében. A trauma, mint gyakran megfigyelhető kórok jelentőségének tárgyalása. Az előadást osztályunkon vizsgáló gyermekek eseteivel kívánjuk színesíteni.

Széllel szemben... Veszélyeztetettség, Jelzés, Bizalomvesztés

Horváth Ágnes, Csökliné Tamás Márta, Makai Veronika

EEl Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

Bevezetés: Legproblémásabb esetünk: a gyermek védelme, a felmerülő nehézségek bemutatása.

Egy titkolt, kezeletlen elmebeteg anya, aki ismételten megkísérli megölni gyermekeit.

Célkitűzés: Szemlélet és együttműködés tapasztalatáról való beszámolás a gyermekek életének védelmében, külső kontroll biztosítása, traumaismétlődés elkerülése és feldolgozása.

Módszerek: Traumaismétlődés gátlása, külső kontroll, anya adekvát kezelésére motiválás. PTSD tünetek miatt traumafeldolgozás. Apa támogatása, átmeneti együttműködés elérése.

Eredmények: Veszélyeztetettség nélkül hol a határ? Traumaismétlődések miatt 3 év alatt nem lehetett sikeres traumafeldolgozás. Visszatérő jelzések után apánál bizalomvesztés.

Következtetések: A szerzők ezen esetet bemutatva próbálják a figyelmet felhívni arra, milyen nehéz a bántalmazott, veszélyeztetett gyermekek kezelése, védelemben tartása, gondozása.

2012. április 20., péntek, 9.00 - 9.45

ADHD

Az ADHD neurobiológiai alapjai

Nagy Péter, Gádos Júlia

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Számos bizonyíték van arra, hogy a hiperaktivitás és figyelemzavar egy kultúrától nagyrészt független, elsősorban idegrendszeri – neurobiológiai – tényezők által meghatározott tünetegyüttes. Ezt először a familiaris halmozódással és ikervizsgálatokkal mutatták ki, amelyet genetikai vizsgálatok és egyre kifinomultabb képalkotó eljárásokkal végzett tanulmányok követtek. Ezzel párhuzamosan ismerték fel, hogy a neurobiológiára ható kezelés, a pszichostimulánsok alkalmazása az ADHD tüneteit markánsan csökkenti, ez pedig a gyógyszerek lehetséges hatásmechanizmusának tanulmányozását indította el – igaz, csak évtizedekkel az első erről szóló közlemény után. Részben a tünetek idegrendszeri eredetének, részben a gyógyszerhatékonyság hátterének kutatása alapján mára néhány neurobiológiai tényező szerepe egyértelművé vált: ilyen például a sokat tanulmányozott prefrontális kéreg, vagy a dopamin és a norepinefrin. Számos tényező súlya, szerepe egyelőre nem teljesen ismert, de a folyamatban lévő nagyszámú kutatás várhatóan pontosítani fogja ismereteinket ezeken a területeken is; ilyenek például az egyes genetikai variánsok vagy az ún. Default Mode Network. Ismereteink további bővülése a tudásszomj csillapításán és a tanulmányokat publikáló szerzők impaktfaktorainak növelésén túl remélhetőleg a klinikus mindennapi gyakorlata és a betegek számára is biztosít előrelépéseket.

A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnosztikai és terápiás protokollja

Balázs Judit

ELTE, PPK, Pszichológia Intézet, Fejlődés-, és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék
Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

A folyamatosan zajló pszichiátriai kutatások egyre több adattal szolgálnak és így új evidenciákon alapuló tudás felhalmozásával a betegségek pontosabb megismerését segítik elő. Ezek a bővülő információk vonatkoznak a pszichiátriai betegségek etiológiájára, diagnosztikájára, lefolyására és kezelésére is. Így a pszichiátriában a klasszifikációs rendszerek folyamatos alakulását figyelhetjük meg, míg a nagymértékben kiszélesedett kezelési alternatívák szakmai ajánlások kidolgozását tették szükségessé. Ezen szakmai ajánlások kutatások eredményein alapulnak, ezzel az ellátás eredményességét javítják a bizonyítékokon / tényeken alapuló orvoslást elősegítve.

Az előadás mind a magyar, mind az angol nyelvű szakirodalomban megtalálható fogalmi sokasággal is foglalkozik: protokoll, szakmai irányelv, helyi protokoll, módszertani levél. Szintén áttekinti az előadás az irányelvfejlesztés főbb lehetőségeit: adoptáció, adaptáció, "de novo" fejlesztés. Kitér az előadás a multidiszciplinaritás fontosságára is. Átgondolásra kerül az irányelvek többoldalú jelentősége: szakmai szempontok, jogi szempontok, finanszírozás.

Az előadás részletesen foglalkozik a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD) irányelveinek ismertetésével: részben az ismert nemzetközi irányelvekkel, részben, nagyobb részletességgel a hazai irányelvvél.

2012. április 20., péntek, 11.00 - 12.30

ADHD, SERDÜLŐKORI PROBLÉMÁK, TOURETTE, AUTIZMUS

Kezelhetetlen serdülők... Kezeletlen ADHD?

Szabó Krisztina, Csók Edit

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

A serdülőkor számos problémája, mint amilyen a dohányzás, a drogfogyasztás és a kriminalitás, összefüggésben állhat a fel nem fedezett és nem kezelt ADHD-val.

Osztályunk beteganyagában annak jártunk utána, hogy milyen tényezők vezethetnek a súlyos magatartászavarok kialakulásához és milyen tényezők védhetik meg a fiatalokat. Vajon az ADHD-nak – mely gyakran jár együtt externalizációs viselkedésszavarral – kulcsszerepe lehet-e kialakulásukban? Vajon az időben elvégzett terápiás beavatkozások segítségével megelőzhetőek-e ezek, a fiatalokat súlyosan veszélyeztető helyzetek? A feltett kérdésekre a klinikai gyakorlatunkban előforduló esetek segítségével keressük a választ.

Mulan és transzformer, avagy a hiperaktív gyermekek két jóbarátja

Antal Márta

Mentálhigiénés Csoport, Gyermekpszichiátriai szakrendelés, Eger

Előadásomban a hiperaktív gyermekek megszokott terápiájában bekövetkezett változásokról kívánok szólni. Csoportunkban óvodás kortól kamasz és felnőtt korig látunk el hiperaktív gyermekeket és felnőtteket. Óvodások esetében gyermekdráma csoportunkban találunk számukra helyet. Így a megszokottól eltérően a csoport szabályozottabb, a határok tartására jobban ügyelünk. Különös hangsúlyt kap a szabályok betartása, mely náluk nehézségbe ütközik. Külön problémánk, hogy különösebben vonzódnak korunk új hőseihez, szupermanekhez, akiket lassan közelítenünk kell az azonosulásra alkalmas egyedek felé. A valóság és fantázia elkülönítése lényegesen több időt vesz igénybe, mint a korábbi években. Kihívást jelent a virtuális világgal szembeni fogékonyságuk, ugyanakkor az iskolai természettudományok tanulásának ideje még nagyon távol van.

Másik változtatásunk az alsótagozatosokkal való tanulás tréningben alkalmazott filmnézés és annak közös feldolgozása volt. Nehézséget okozott a türelmes figyelem, annak megtartása, melyet így a számukra kedvesebb helyzetben csiszoltunk. Ennek módszerére a szülőket is megtanítottuk a közös konzultációk alapján.

Mindkét változtatást a gyakorlat a kényszerűség szülötte, ugyanakkor mára szerves része lett a hiperaktívak terápiájának.

Kis gyerek, kis baj...

Csók Edit, Szabó Krisztina

SZTE Gyermekklinika Gyermek- és Ifjúságpszichiátria Osztály, Szeged

A serdülőkor átmenet a gyermekkor és a felnőtté válás között, a serdülőkori változások életünk természetes velejárói. A fiatalok válságként élhetik meg ezt az időszakot, mely a szülőkről való leválással, identitásuk formálódásával, jövőjük tervezésével, életük további alakulását meghatározó döntések meghozatalával jár. Az optimális környezet segítheti a biológiai változások pszichés feldolgozását, megakadályozhatja a fokozott befelé fordulás, szorongások, érzelmi- és hangulatzavarok kialakulását.

Támogató környezet hiányában azoknál a gyermekeknél, akiknek viselkedése korábban is problémás volt fennáll az agresszív magatartás, alkohol- és drogprobléma veszélye, játék- és internetfüggőség kialakulásának lehetősége.

Előadásunkkal ez utóbbi kórképekre szeretnénk felhívni a kollégák figyelmét.

Hogyan lehet felnőtté válni túl „jófej” szülők mellett?

Dorn Krisztina, Árkovits Amaryl, Hollódy Katalin

PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

A serdülőkor egyik legfőbb feladata, a saját felnőtt személyiség megformálása, minek elengedhetetlen velejárója a szülőktől való differenciáció. A családról való leválás nem történhet meg lázadás, harag, ellenkezés nélkül. A serdülő „kötelessége”, hogy – temperamentumának megfelelő módon – az előző nemzedék értékrendjével, ételtilusával, szokásával szembehelyezkedjen. Kell, hogy a szülőkkel lehessen vitázni, velük szemben megérdemelten csatát nyerni vagy akár időnként veszíteni.

A szülőknek viszont, saját és gyermekük érdekében is, állniuk kell a támadásokat. De mit csinálhat, hogyan lázadhat az a kamasz, akinek „túl jók” a szülei? Akik „jófejek”, rugalmasak; akikért a gyerek összes barátja lelkesedik; kevés viselkedési korlátot és elvárást támasztanak. Sőt, velük kapcsolatban szinte elfelejtjük a generációs különbségeket, hiszen időnként éppen ők igyekeznek serdülő gyerekeikhez hasonlítani. Ezekben az esetekben a megfelelő távolság pszichológiai és fizikai határainak kialakítása másként nehéz, mint a megszokott szülő-kamasz kapcsolatokban. Az előadásomban terápiás esetrészletekkel illusztrálva vetek fel kérdéseket a témával kapcsolatban, és közös gondolkodásra invitálom a résztvevőket.

A Tourette-szindróma és tik zavarok ellátása Magyarországon-helyzetjelentés

Vidomusz Réka, Bognár Emese, Farkas Luca, Kenézli Eszter, Nagy Péter,

Szertics Péter, Tárnok Zsanett

Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

Előadásunk áttekintő és leginkább tájékoztató jellegű, melyben szeretnénk felhívni a figyelmet a Tourette-szindróma (TS) gyakoriságára, a társuló problémákra, valamint a legújabb terápiás lehetőségekre. Gyakori problémának látjuk azt, hogy a tünetek megjelenése és a diagnózis felállítása között rendszerint hosszú (években mérhető) idő telik el, melynek egyik oka az, hogy a családok nem informáltak a megfelelő ellátási lehetőségekről, valamint a tüneteket sokszor félreértelmezik, nem ismerik fel.

Kórházunk (www.vadaskertalapitvany.hu) Tourette-munkacsoportja igyekszik segítséget nyújtani a tik tünetekkel élő gyermekek és családjaik számára, emellett képzésekkel segítjük a társszakmák képviselőit, hogy az érintettek minél hamarabb megfelelő segítséget kapjanak. Intézményünkben komplex terápiás ellátást szervezünk, ahol célunk a coping stratégiáik fejlesztése, a pszichoedukáció és speciális terápiás technikák használatának elsajátítása (HRT, élményterápia).

Nemzetközi kutatásokban vállalunk vezető szerepet és részt veszünk az európai szintű szakmai hálózat megszervezésében. (www.tourette-eu.org)

Célunk a megfelelő diagnózis és ellátás biztosítása, ugyanis az bizonyított, hogy a korai diagnózis mindenképpen jobb prognózissal is jár ebben a tünet-együttesben.

Informatív morfogenetikai variánsok infantilis autizmusban

Csábi Györgyi¹, Hebling Dóra^{1 2} oh., Sunaive Reinford^{1 2} oh., Jeges Sára³,

Tényi Tamás²

¹PTE Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

²PTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

³PTE Egészségtudományi Kar, Biostatistikai és Egészségügyi Informatikai Tanszék, Pécs

Bevezetés: Az informatív morfogenetikai variánsok(IMV) olyan enyhe, klinikailag és kozmetikailag nem jelentős morfogenetikai hibák, melyek prenatális eredetűek és diagnosztikai, prognosztikai és epidemiológiai szempontból egyaránt jelentős információk értékkel rendelkeznek. Mivel mind a kültakaró, mind az agy ektodermális eredetű, az IMV-k gyakrabban jelennek meg neurodevelopmentális zavarokban, így infantilis autizmusban is. Egy legújabbban közölt meta-analízis 7 – a 18 IMV-t mérő Waldrop-skálát használó – tanulmány adatait összegezte, és az IMV-k szignifikánsan gyakoribb megjelenését találta (Ozgen és mtsai,2008). Az egyes IMV-k individuális vizsgálatával kapcsolatosan azonban nincsenek irodalmi adatok, így vizsgálatunkban a 57 IMV-t vizsgáló Méhes-skálát használva vizsgáltuk az IMV-k gyakoriságát 20 infantilis autizmussal élő gyermek és 20 illesztett kontroll gyermek esetében. Eredményeinket a Mann-Whitney U-teszt, a Fisher exact teszt és a Pearson korrelációs analízis segítségével elemeztük.

Eredmények: Az IMV-k szignifikánsan gyakrabban jelentek meg a beteg csoportban a kontrollokkal összehasonlítva ($p < 0,001$). Az 57 IMV individuális elemzése során négy IMV esetében találtunk szignifikánsan gyakoribb előfordulást (dysmorphias fül $p = 0,047$, abnormális filtrum $p = 0,001$, clinodactylia $p = 0,002$, 1. és 2. lábujj közti széles P = 0,003). Nem találtunk korrelációt a 4 szignifikánsan gyakoribb IMV esetében.

Konklúzió: Az IMV-k gyakoribb megjelenése infantilis autizmusban támogatja a kórkép idegfejlődési hátterét, az IMV-k individuális elemzése támpontot nyújthat az idegfejlődési zavar kialakulásának pontosabb megértésében.

2012. április 20., péntek, 14.00 - 16.00

DEPRESSZIÓ ÉS ÖNSÉRTŐ MAGATARTÁS

A gyermek- és serdülőkorai depresszió tüneteinek összefüggése a pszichiátriai komorbiditásokkal

Baji Ildikó¹, Gádosor Júlia¹, Kiss Enikő², Mayer László², Kovács Eszter², Benák István², Vetró Ágnes²

¹Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

²SZTE Gyermekgyógyászati Klinika Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: A major depresszió élettartam prevalenciája gyermekek esetében 4-5%, serdülők körében 13-20 %. Kiemelten fontos rizikótényező a pszichoaktív szerhasználat, dohányzás és az öngyilkos magatartás kialakulásában. A pszichiátriai komorbiditások szignifikánsan súlyosbítják a major depressziót. Magas a komorbiditás a major depresszió és a szorongásos valamint diszruptív zavarok között.

Minta és módszer: 649, a vizsgálat idején depressziós epizódban lévő gyermeket vizsgáltunk ISCA-D félig strukturált interjúval, 45,9% lány, 54,1% fiú volt, átlagéletkoruk 11,7 év (SD=2,00). A résztvevők lifetime komorbiditásuk alapján három csoportba tartoztak: tisztán depressziós csoport, szorongásos komorbiditással ren-

delkező csoport, diszruptív komorbiditással rendelkező csoport. A három csoportot a különböző depressziós tünetek előfordulási gyakorisága alapján hasonlítottuk össze. **Eredmények:** Mindkét vizsgált komorbiditás fokozta a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát. A kritérium tünetek közül az ingerlékeny/irritábilis hangulat a komorbiditásoktól függetlenül a leggyakoribb major depresszív tünet, a depresszív hangulat szorongásos komorbiditás esetében gyakoribb, míg az anhedonia közepesen gyakori tünet volt mindhárom csoportban. A szorongásos csoportban a vegetatív tünetek, míg a diszruptív csoportban a pszichomotoros agitáció és az alacsony önértékelés/értéktelenség érzés a leggyakoribb tünetek. A komorbiditások fokozták a szuicid tünetek előfordulási gyakoriságát. A csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség előfordulása mindhárom csoportban magas volt, gyakoriságát a komorbiditások nem befolyásolták. A depressziós fiúk esetében, az irritábilis hangulat és az értéktelenség érzés (önértékelési zavar) jelenléte kifejezett, megnöveli esetükben az externalizációs komorbiditás fennállását. Depressziós lányok esetében az inadekvát büntudat szignifikánsan gyakoribb abban a csoportban, ahol a depresszió szorongásos komorbiditással társul, míg a csökkent koncentrációs képesség lányok esetében a legjellemzőbb tünet akkor, ha nincs semmiféle komorbid diagnózis a depresszió mellett.

Az érzelmi reguláció összehasonlítása depressziós és egészséges gyermekekben

Dochnal R.¹, Varga H.¹, Pintér S.¹, Kakuszi Sz.¹, Kapornai K.¹, Kovacs M.², Vetró Á.¹

¹SZTE, Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

²University of Pittsburgh, USA

Az érzelmi szabályozás által szándékosan vagy automatikusan, befolyásolható az érzelmek megtapasztalása és kifejezése. Ezen felül, fontos szerepet tölt be az egyén adaptációs képességeiben és szociális kapcsolatainak alakulásában. Elősegíti a döntések hozatalát, felkészít a gyors motoros válaszokra, támogatja a tanulási folyamatokat. A maladaptív érzelmi regulációs stratégiák fontos szerepet játszanak számos pszichiátriai betegség, így a gyermek- és serdülőkorai depresszió kialakulásában és fenntartásában.

Kutatásunkban depressziós és egészséges gyermekek illetve serdülők érzelmi regulációs stratégiáit vizsgáltuk. Hipotézisünk szerint a depressziós gyerekek hajlamosabbak maladaptív érzelmi regulációs stratégiák alkalmazására.

Betegek és módszer:

Vizsgálati anyag:

Depressziós csoport

Klinikai mintánkat a SZTE Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály és a Pittsburgh Egyetem (PISZE) Gyermekkorai Depresszió Kutatócsoportja által vezetett Gyermekkorai Depresszió Rizikótényezői Kutatás beteganyagában szereplő 215 fiatal (életkor: 11-18 év, nemi eloszlás: 139 fiú, 76 lány) képviseli, akiknek legalább egy, DSM-IV szerint diagnosztizált major depressziós epizódja (MDD) igazolódott.

Kontroll csoport

117 fizikailag és mentálisan egészséges fiatal (N=117, életkor: 11-18 év, nemi eloszlás: 58 fiú, 59 lány).

Mérőeszközök:

A diagnózisokat DSM-IV alapú ISCA-D félig strukturált interjú segítségével állítottuk fel.

„Érzések és Én” kérdőív

Az „Érzések és Én” az érzelmi reguláció szabályozását mérő, 7 és 17 éves kor között alkalmazható önkitöltős kérdőív, mely a gyermekek rossz hangulatra és distresszre megjelenő reakcióinak minőségét és gyakoriságát méri. A kérdőív globális (negatív, illetve pozitív) stratégiákat és különböző funkcionális területeket (kognitív, szociális-interperszonális, viselkedési, fizikai) vizsgál.

Statisztikai módszerek:

A statisztikai elemzéseket az SPSS for Windows 17.0 programcsomag segítségével végeztük. Leíró analízist, illetve független kétmintás t-próbát használtunk a különböző változók összehasonlítására.

Eredmények, megbeszélés:

Eredményeink szerint a depressziós fiatalok szignifikánsan több negatív és kevesebb pozitív érzelmi regulációs stratégiát használtak, mint a kontroll gyerekek. A diszfunkcionalitás úgy globálisan, mint funkcionális területekre lebontva (kognitív, szociális-interperszonális, viselkedési, fizikális) szignifikáns különbségeket mutatott.

Eredményeink igazolják a depresszió és a maladaptív érzelmi regulációs stratégiák közötti szoros összefüggést. Ezek alapján, a gyermek- és serdülőkorai depresszió kezelésének és megelőzésének fontos célpontja lehet az érzelmi regulációs stratégiák javítása.

Ruminatív választílus és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata depressziós populáción

Kapornai Krisztina¹, Hegenbarth N.¹, Halas K.¹, Dochnal R.¹, Benák I.¹, Kovács M.², Vetró Á.¹

¹SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

²University of Pittsburgh, USA

Háttér: a rumináció a negatív hangulatra adott kognitív választílus, mely ismétlődő és passzív fókuszálást jelent a depressziós hangulatra, ezáltal negatívan befolyásolja a depressziós tünetek fellépését, intenzitását és időbeni lefolyását, akadályozza a hatékony problémamegoldást. **Célkitűzés:** A ruminatív választílus hatását vizsgáltuk a gyermekkori major depresszió klinikai megjelenésére és a szuicid viselkedés súlyosságára. **Módszerek:** 631 (45,3% lány) DSM-IV szerint depresszióval diagnosztizált gyermek választílusát mértük az RDQ-Y (Response to Depression Questionnaire-Youth) kérdőívvel. Az öngyilkos magatartás súlyosságát az ISCA-D (Interview Schedule for Children and Adolescent) interjú szuicid kérdéseire adott pontszámok alapján határoztuk meg. **Eredmények:** A minta átlagos életkora az első major depressziós epizód (MDD) idején 10,55±2,25 év volt (lányok: 11,1±2,29; fiúk: 10,1±2,12). Az RDQ-Y rumináció alszála átlagpontszáma 40,38±10,16 pont volt. A lányok jobban rumináltak (42,87±10,27) mint a fiúk (38,32±9,59). A szuicid viselkedés is súlyosabb volt a lányoknál (6,44±3,29 vs. 5,88±2,85). A magasabb ruminációs pontszám szignifikáns összefüggést mutatott mind a magasabb MDD megjelenési életkorral (p=0,033), mind a szuicid viselkedés súlyosságával (p<0,001). A rumináció nem emelte szignifikánsan a visszatérő epizód kockázatát. **Következtetés:** A ruminatív stílus a major depresszió későbbi megjelenésével állt összefüggésben és depressziós mintán belül is emelte a súlyosabb szuicid viselkedés rizikóját.

A szülői és gyermek válaszok megbízhatósága és befolyásoló tényezői

Kiss Enikő, Baji Ildikó, Vetró Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: Az orvos-beteg kapcsolat alapja a kölcsönös bizalom. A szülőtől illetve a gyermektől származó információk gyakran eltérnek egymástól. Az orvos feladata és felelőssége, hogy melyik információt hogyan használja fel a gyermek kezelése során. Vizsgálatunkban arra kerestünk választ, hogy egy pszichiátriai interjú során melyik információt tartja megbízhatóbbnak az interjúkészítő a gyermek tüneteinek kérdéseskor. Azt is vizsgáltuk, mely tényezők befolyásolják az interjúkészítő véleményét. **Módszer:** 674 major depresszióval diagnosztizált gyermek adatait elemeztük. A felnőtt válaszadók anyák voltak. A félig-strukturált pszichiátriai interjú (Intreview Schedule of Children and Adolescent-Diagnostic version) során az interjúkészítő véleményezte a válaszadók megbízhatóságát, az információ mélységét, sokrétűségét. A feltételezett befolyásoló tényezők között demográfiai adatok, a gyermek betegségével kapcsolatos tényezők, valamint az anyai depressziós tünetek szerepeltek. **Eredmények:** A szülők adatainak megbízhatósága 30.1%-nál kiváló, 55%-nál jó, 13.2%-nál elfogadható és 0.7%-nál elégtelen volt. A gyermek válaszok megbízhatósága 19.4%-nál kiváló, 45.4%-nál jó, 24.6%-nál elfogadható, 9.6%-nál jó volt. A lehetséges befolyásoló tényezőket egy modelben vizsgálva a szülői információ megbízhatósága magasabb lett az idősebb gyermekeknél, az idősebb anyáknál és a magasabb gyermek válaszok megbízhatósága esetében (a model a variancia 15.5%-át magyarázta meg). A gyermekek információjának megbízhatóságát rontotta a fiatalabb életkor, a fiú nem, ADHD jelenléte, valamint a szülői válaszok alacsonyabb reliabilitása (a model a variancia 26.4%-át magyarázza).

Összefoglalás: Az interjúkészítők a fenti vizsgálat alapján a szülők információját megbízhatóbbnak tartották, mint a gyermekét. Fontos azonban tudatában lenni annak, mely tényezők befolyásolhatják az orvos véleményét a különböző forrásból származó adatok felhasználásánál a gyermekek kezelése során.

Súlyos és enyhe fokú önsértő magatartás pszichológiai jellemzői

Csorba János¹, Páli Eszter², Grósz Zsófia³

¹ELTE BGGYK, Gyógypedagógiai-Kórtani tanszék, Budapest

²Pécs MJV Egyesített Egészségügyi Intézmények, Gyermek-serdülőpszichiátriai Gondozó

³SE, Fodor József Közegészségtani Intézet, Budapest

A vizsgálatban hat gyermekpszichiátriai gondozóból és – szakrendelésből gyűjtött 58 önsértő magatartású, kezelt serdülő adatait dolgoztuk fel. A cél az enyhe (alacsony rizikójú, 41 fő) és a súlyosabb (magas rizikójú, 17 fő) önsértő csoport magatartás-jellemzői közötti különbségek feltárása volt, az önsértő magatartás szűkebb jellemzői (szuicid és nem-szuicid csoport, mióta végez önsértést, lefutási idő, intruzív jelleg, addiktív jegyek,) mellett depresszivitás, disszociált tudatállapotra való hajlam, stresszkezelés, önjellemzés és evészavar vonatkozásában mutatkozik-e különbség. **Alkalmazott tesztek és kérdőívek:** Beck Depresszió kérdőív (BDI), Ottawa Önsértő Kérdőív-klinikai változat (OSI), önjellemző kérdőív, stresszkezelő kérdőív (Heath, Ross 2002), Evészavar kérdőív (EDI-2) és a disszociált tudatállapotot felmérő kérdőív (DISQ-H) voltak.

Az enyhe vs. súlyos differenciáló kritérium az (1) csoportban: havonta v. ritkábban csinálja, míg a (2) csoport tagjai hetente, vagy hetente többször, vagy naponta

végeztek öndesztuktív aktivitást. Csak a tényleges önsértést vettük figyelembe, önsértő gondolatokat nem.

Eredmények: A vizsgálat alapján a szociológiai paraméterekben különbség nem volt a két csoport között: nem, kor, családi kereset, apa iskolai végzettség, nemzetiségi hovatartozás vonatkozásában, valamint hogy a magcsalád megtartott-e (kivel él a beteg).

A logisztikus regresszió szignifikáns különbséget mutatott a depresszivitásban a súlyosabb csoport javára, továbbá rájuk az erősebb addiktív jellemzők voltak érvényesek (gyakrabban, erősebben kell végezni az önsértést az effektus elérésére). A súlyosabb tüneteket mutató csoport továbbá magasabb DISQ-H összpontszámmal hajlamosabb disszociatív tudatállapotra, mint az alacsony rizikójú csoport. Érdekes módon sem az evészavar-tesztben, sem a probléma-megoldásban nem találtunk különbséget a kétféle súlyosságú önsértő patológiájú serdülő csoport között.

A suicidium dimenziói osztályunkon

Pintér Sarolta, Dochnal Roberta, Kormányos Éva, Vetró Ágnes
SZTE ÁOK, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-egészségügyi Központ,
Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: Magyarországon naponta hatan mondanak le az életről. A 100 000 főre jutó öngyilkosságokat tekintve jelenleg Európában országunk a második helyen-, világviszonylatban nézve az 5-6. helyen áll. Éves szinten kb. 2500 befejezett szuicidumból 150-et 25 év alatti fiatalok követik el. Az öngyilkosság a fiatal korosztálynál a halálozási okok között harmadik-negyedik helyen áll, és ez a szám egyre magasabb. 2009-ben az előző évhez képest a 24 év alattiak körében elkövetett öngyilkosságok száma 40%-kal nőtt. Mindemellett döbbenetes, hogy az önsértő magatartás és a szuicid kísérletek pontos adatai a homályba vesznek.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja az osztályunkra önsértő magatartás vagy szuicid kísérlet miatt bekerült gyermek-és serdülők kórtörténetének áttekintése és feldolgozása volt.

Beteganyag és módszer: 2009.02.06-2011.06.01. időszakban osztályunkra önsértés vagy szuicid kísérlet miatt bekerült gyermek-és serdülők kórlapjait elemeztük (n=100, átlagéletkor: 15,17±1,99 év, nemi eloszlás: 65 lány, 35 fiú).

Feldolgozásunk szempontjai a következők voltak: életkor, nem, családi háttér, lakóhely, iskolatípus, tanulmányi eredmények, szuicid kísérlet elkövetésének és el látásának módja, szuicid kísérletek száma, egyéb önsértések száma, szuicid fenyegetőzés vagy gondolat, családi anamnézis a szuicidium tekintetében, pszichológiai tesztek (IPR, IFR, Gyermek Depresszió Kérdőív-GYD, Spielberger -Állapot-Vonásszorongás Kérdőív).

Eredményeink: A fent nevezett időintervallumban (2,5 év) autóagresszív magatartás miatt klinikánkra bekerült gyermekek száma 100 volt, mely az akut osztályos felvételek 6,4 százalékát tette ki. 2009-ben 15, 2010-ben 48, 2011 első felében (6 hónap) pedig 36 gyermeket láttunk el.

A legfiatalabb gyermek 9, a legidősebb 19 éves volt (átlagéletkor: 15,17±1,99 év). Adataink alapján az szuicid-önsértő magatartás szignifikánsan gyakoribb serdülőkörben. A vizsgált mintánkban a 16-17 éves korosztály dominált; a 16-17 éves serdülők mintánk 44%-át tették ki.

57 gyermek elkövetett öngyilkossági kísérlet miatt, 43 pedig öngyilkossági gondolat-egyéb önsértés miatt került Klinikánkra. A gyermekek 49,1%-a egyszer, 29,8%-a többször kísérelt meg öngyilkosságot.

Nemi eloszlás szempontjából úgy az összmintában (65% lány, 35% fiú), mint a kísérlet/gondolat-önsértés csoportokra való leosztásban (kísérlet: 70,2% lány, 29,8% fiú, gondolat-önsértés: 58,1% lány, 41,9% fiú), női dominancia igazolódott. Szocio-demográfiai szempontból rizikófaktornak bizonyult a városi lakhely és a bizonytalan családi háttér (elvált szülők). Három- vagy több testvér viszont védő tényezőnek tűnik.

A gyermekek mintegy 80%-a normál iskolába járt, tanulmányi eredményeik a közepes-gyenge kategóriába sorolhatók.

A családi anamnézis öngyilkosság-önsértés szempontjából nem volt informatív.

A depresszió (GYD), szorongás (Spielberger-Állapot-Vonásszorongás Kérdőív), interperszonális (IPR) és intrafamiális (IFR) kapcsolatokat feltérképező pszichológiai tesztek mindegyikének átlag-pontértéke cut-off érték felett volt (GYD: 21,9±9,62, Spielberger állapot: 43±8,3, vonás: 43±8,2, IPR: 59±23, IFR:67±20).

Összefoglalás: Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy eredményeink összhangban vannak azon irodalmi adatokkal, melyek rámutatnak arra, hogy nem csak Európában, de Magyarországon is egyre gyakoribb a fiatal- és serdülőkori öngyilkosság és kísérlet (Saving and Empowering Young Lives in Europe-program).

Adatainkból kiemelendő, hogy 2010-ben több mint duplájára nőtt az önsértő-öngyilkos magatartás miatt Klinikánkra bekerülő gyermekek száma. Vizsgálatunk alátámasztja a serdülőkori dominanciát, az instabil családi háttér hajlamosító hatását is. A városi lakhely szintén rizikótényezőként említhető. Klinikai mintánkra határozottan jellemző a női nem túlsúlya. Úgy az öngyilkossági kísérletek száma, mint a gondolat-egyéb önsértés szignifikánsan magasabb volt a lányok esetében.

Emellett az általunk vizsgált depresszió, szorongás, kortárs- és családi kapcsolatokra vonatkozó pszichológiai tesztek jelző értéke is kiemelendő és arra utal, hogy az önsértő magatartás általában komoly pszichopatológiás háttérbe ágyazódik be, mely pontos pszichodiagnosztikát igényel.

Meg akarok halni! Meg akarok halni!

Hadházi Annamária

Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

Az önsértő magatartás/ öngyilkossági szándék serdülőknél és a gyermekeknél.

A legtöbb szakmákat átívelő gyermekpszichiátriai kázus a szuicid/paraszuicid kísérletet elkövető, illetve önsértő magatartású gyermekek soraiból kerül ki.

A szomatikus orvoslás az esetek számának növekedését észleli, illetve sürgősségi, toxikológiai szinten látja el ezeket a fiatalokat.

A gyermekpszichiáter a növekvő számok mögött keresi a pszichiátriai betegséget, illetve a kiváltó okokat.

Mi állhat e mögött? Modelltanulás? A gyermekpszichiátriai kórképek számának tényleges növekedése? Torz látásmód, torz megküzdési stratégiák, torz személyiség? Általános adatok, illetve az osztályunkon vizsgált gyermekek adatai alapján készült retrospektív vizsgálat ezeket az egyre sürgetőbb kérdéseket próbálja megválaszolni ebben az előadásban.

2012. április 21., szombat, 9.00 - 10.30

ÉRDEKES ESETEINK...

Sajnáljatok! - életet veszélyeztető pszichogén bénulás esetismertetése

Gallai Mária, Csenki Laura

SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

Esetbemutatásunkban ismertetjük egy 13 éves kamaszlány esetét, aki kényszeres és szorongásos panaszokkal érkezett osztályunkra, majd igen rövid időn belül pszichoszomatikus ill. konverziós működésmód jelent meg. Az előadásunkban beszámolunk a differenciáldiagnosztikai folyamat nehézségeiről, a pszichés háttér szerepéről a tünetképzésben, a komplex terápiás munkáról – és mindezek csapdáiról és nehézségeiről.

Túl az evészavaron...

Csenki Laura, Kövesdi Andrea

SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

Előadásunkban osztályunkra az elmúlt fél évben evészavaros tünetekkel felvett és kezelt kamaszlányok eseteit mutatjuk be. Az esetbemutatások célja, hogy azonos tünetek mögött milyen személyiség szerveződés, és akár patológia különböztethető meg, melynek mind pontosabb differenciálása elengedhetetlen a hatékony terápia szempontjából.

A serdülőkorban diagnosztizált autizmus spektrum zavarok

Boza Édua, Horváth Dóra

SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

A kiszélesedett diagnosztikus kategorizáció és az autizmus spektrum zavarok érzékenyebb diagnosztikája a felismert esetek gyakoriságának növekedéséhez vezetett. A serdülőkorban diagnosztizált eseteinken keresztül számba vesszük a komorbiditási és differenciál diagnosztikai szempontból jelentős kórképeket.

Maratoncsoport serdülőkkel a Gyermekklinikán

Csornyák Péter, Horváth Dóra, Füzesi-Kulcsár Szilvia

SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

Tizenkét serdülő fiatal összejön a klinikán, a terapeutákkal együtt, egy rendhagyó, maratoncsoport-terápiás alkalomra, mely az eddigi, két éve tartó, folyamat-fókuszú terápiás találkozások lezárása. Hogyan készültünk a közel 24 óra együttlétre? Vajon értelmes időtöltés volt-e az egész éjszakán át is tartó maratoni ülés? Milyen változást hozott a "tizenharmadik óra" a csoporton, és lett-e "tizenharmadik óra" a kapcsolatainkban, az életünkben? Közel egy év elteltével értékeljük a maratoncsoport utóhatását, eredményét.

OCD vs ASD diagnosztikus kontextusban

Mészáros Lőrinc

SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

Pár eseten keresztül szeretném bemutatni, hogy milyen nehézségek adódhatnak a gyermekkori OCD és az ASD differenciáldiagnosztikájában. A klinikai kép olykor kifejezetten félrevezető lehet, ám a tüneti hasonlóság mögött rejlő háttér segíthet mindkét rendellenesség működési sajátosságának megértésében. Egyes tünetek ego-diszton ill. –szinten jellege vezérfonalként szolgálhat ebben a folyamatban.

Ahogy az anorexia bulimiába fordul – esetbemutatás

Máttyus Anna, Rozgonyi Emőke

SE I. számú Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszich. Oszt., Budapest

16 éves kamaszlány esetét ismertetjük, akit típusos anorexiás tünetekkel vettünk fel osztályunkra. Kezelése alatt a tünetek fokozatosan átalakultak. Terápiája során megfigyelhető volt, ahogy a tünetváltással párhuzamosan működésmódja megváltozott. Belső mozgulásait segítették és követték művészetterápiás munkái, amelyekből előadásunkban néhányat bemutatunk.

2012. április 21., szombat, 11.00 - 12.30

TERÁPIA

EMDR alkalmazása serdülőkori pánikbetegségben

Kaczvinszky Emilia, Dochnal Roberta, Horváth Rózsa, Vetrő Ágnes

SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Előadásunkban egy 16 éves serdülő lány pszichoterápiás kezelését szeretnénk bemutatni, akinél EMDR terápiát alkalmaztunk. Az EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) szemmozgásokkal való deszenzitizálás és újrafeldolgozás a traumák terápiájában széles körben kutatott pszichoterápiás eljárás, mely fóbiák és pánik terápiájában is használatos. Átfogó, integratív pszichoterápiás megközelítés. Strukturált protokollján belül számos, hatékony pszichoterápiás elemet tartalmaz, amelyek segítik a terápiát. Ezek közé tartozik a pszichodinamikus, kognitív viselkedésterápia, interperszonális, tapasztalati, és a test-központú terápiák. EMDR pszichoterápia információ-feldolgozó terápia, mindig egy konkrét eseményhez kapcsolódó emlékképpel dolgozik, meghatározott, nyolc, egymást követő lépésben. A betegségek kialakulásának alapját képező korábbi tapasztalatok mellett, jelenlegi diszfunkcionális érzelmet kiváltó helyzetekre, hiedelmekre, érzésekre és a mentális egészséghöz szükséges pozitív adaptív viselkedés elsajátítására fókuszál. Az EMDR-t a PTSD mellett sikeresen használják különböző érzelmi zavarok, mint például szorongásos kórképek (fóbia, pánikzavar), személyiségzavarok, illetve függőség kezelésében. Ezen felül lehetőséget nyújt üzleti-, sport- és művészeti készségek javításában.

A rajz, mint terápiás/diagnosztikai eszköz hatékonysága prepubertás/pubertás kori szorongás esetén

Tárnokiné Törő Krisztina

Kertváros Pszichológiai Rendelő, Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, Vecsés

Az általános, hogy kisebb gyermekek esetén köztudottan hatékony terápiás/diagnosztikai módszer a rajz- előadásomban arra szeretném helyezni a hangsúlyt, hogy prepubertás korú és serdülőkorú gyermekek esetében is eredményes lehet.

Ennek egyik oka a serdülőkorban általában nehézkes verbális kommunikáció.

Ebben segíthet a rajz - és természetesen sok más téren is- e korosztálynál.

A szorongás az egyik leggyakrabban előforduló pszichés zavar, ami miatt a szülők hozzánk fordulnak. Többfajta tünet formájában jelentkezhet: alvászavar, evészavar, különböző fájdalmak (pszichoszomatikus zavarok), enurézis stb.

Oka általában összetett, és esetenként különböző-például családi konfliktus, anyagyerek kapcsolat zavara, iskolai kudarc stb. Ez a probléma sok esetben gátolja a verbális kommunikációt, ennek okán sok egyéb módszerre van szükség.

Léteznek kifejezetten diagnosztikai és terápiára is használatos módszerek, előadásomban elsősorban a 4 farajzteszt és a Winnicott féle firka módszert szeretném szemléltetni az említett korosztály tekintetében. Bemutatok néhány esetet, rajzokkal együtt- olyan példákat választottam, amikor a szülők szorongásos tünet miatt fordultak hozzám.

A rajz kiválóan segíti, és oldja a verbális kommunikációt is, sokkal könnyebb utána az esetleges verbális terápiát elkezdeni.

Sokszor a gyermekek érzelmvilága jóval gazdagabb annál, mint amit verbálisan ki tudnak fejezni. A rajz kiváló kifejező eszköz e korosztály számára is. Ezt szeretném szemléletesen tenni elsősorban gyakorlati megközelítésű előadásommal.

Mentalizációs hibák megjelenése a terápiás kommunikációban a grice-féle maximák tükrében

Nagy Melinda

Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Szakrendelés és Gondozó, Pécs

Jelen előadás a mentalizáció folyamata és egy nyelvpragmatikai jelenség között keres összefüggéseket saját terápiás esetek rövid bemutatásán keresztül.

A pszichés problémák megértésének és kezelésének egy modern irányvonala a Fonagy és Target nevéhez fűződő mentalizáció jelensége. A mentalizáció kialakulásában résztvevő egyik fontos folyamat a nyelv elsajátítása és használata, a két jelenség egymást feltételezve fejlődik. Lévéen a pszichoterápiák nagy része verbális így a mentalizációs képességükben sérült betegek kommunikációs problémája egyrészt a terápiák nehézsége, másrészt a terápiák célja mindkét készség javítása is egyben. A mentalizációs zökkenők tetten érhető kommunikációs jelenségekben, mint például a Paul Grice amerikai nyelvfilozófus által felállított társalgási alapszabályok hibás dekódolásában és használatában. A négyféle grice-i maxima (mennyiség, minőség, viszony és mód maximája) hibás használatát és ezen keresztül a mentalizációs készség gyengeségeit szeretném bemutatni egy-egy idevágó rövid esetrészlet segítségével.

A pszichológus szerepe a Pécsi Ajak- és Szájpadhasadék Munkacsoportban

Barcsi Beatrix, Pintér András, Vástyán Attila

PTE, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs

Magyarországon a meredeken csökkenő születési szám ellenére is közel 130-150 ajak- és/vagy szájpadhasadékos gyermek születik évente. Az archasadékos gyermekek komplex kezelést és utógondozást igényelnek, ezért a Pécsi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikáján 1996-ban létrehozták a Pécsi Ajak- és Szájpadhasadék Munkacsoportot. A sebészeti, plasztikai sebészeti, audiológiai, fül-orr-gégészeti, logopédiai és orthodontiai ellátás mellett nagy jelentősége van a pszichológiai segítségnyújtásnak is. Az anyáknak a gyermekükkel való kapcsolatát a születés pillanatától meghatározza a gyermek külseje és mindazon elvárások, amelyek tudattalanul is kapcsolódtak az újszülötthöz. A látható hasadék megzavarhatja a korai anya-gyermek kötődés kialakulását, és elsősorban az anya érzelmi erőtartalmaitól függ, hogy miként képes megbirkózni a nehézségekkel. Azonban nemcsak az anyagyermek, hanem az apa-gyermek, illetve a szülők érzelmi kapcsolatát is befolyásolhatják a problémák. A gyermekeknél és a családtagoknál – a hosszas hospitalizáció és a fájdalmas beavatkozások következtében – gyakran pszichés tünetek is megjelennek. Az archasadékkal születettek és szüleik pszichológiai védelme és szükség szerint terápiája elengedhetetlen feltétele a gyermek egészséges személyiségfejlődésének.

„Csigaház gyermekterápiás projekt” komplex prevenció és terápiás rendszer serdülőknek

Tárnokiné Törő Krisztina¹, Fekete Karolina²

¹Vecsési Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat

²Magánpraxis

A program a TÁMOP 5.2.5.A10/2. projekt keretében valósul meg 2011 szeptember 1-től 2013 március 31-ig Vecsés Város Önkormányzat nyertes uniós pályázatának támogatásával, gyermek klinikai szakpszichológusok, szociális szakemberek és pszichoterapeuták közreműködésével.

A terápiás rendszert kifejezetten a serdülők számára hoztuk létre városunkban, mert úgy gondoltuk, szükséges az adott korosztálynak egy hagyományoktól eltérő, új-és régi módszereket ötvöző komplex program. A módszerek részét képezi az egyéni és csoport terápia serdülők számára, de mindez kiegészül számos más módszerrel is. Támpontot a rendszer szemléletben történő gondolkodás adott a megvalósításhoz. Ezzel kapcsolatos tapasztalatainkat, felhasznált módszereinket szeretnénk előadásunkban bemutatni.

A „csigaház” projekt elnevezés összetett szimbólumrendszert képvisel, mely szimbolizálja a program egészét. A labirintus vonala jelenti egyrészt a gyermeki lélek fejlődését, mint spirálvonal.

Jelent továbbá menedékhelyet, kötődési lehetőséget. A csiga háza jelképezi a többszintű terápiás rendszert, a projekt konkrét jelentését és egyben lényegét is, mely átjárható a gyermekek számára.

A csigaház alján, mintegy alapként működik egy szabadidős klub, erre épül a többi program, melynek legfelsőbb, ugyanakkor legmélyebb rétege az egyéni terápia.

Ahogy haladunk felfelé a csigavonalon, úgy ismerhetjük meg a program részleteit. A projektben való részvétel során a gyermekek az önismeret egyre mélyebb rétegeihez juthatnak el.

A projekt megvalósítása 2011. szeptember 1-én kezdődött el, és jelenleg is tart. Az országban elsőként valósítunk meg hasonló terápiás programot gyermekek számára.

Gyermekkori félelmek és bizalmatlanság (Prevalencia és prevenció)

Siklósi Réka, Pócs Dávid, Kaczvinszky Emilia

SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Szeged

Bevezetés: A szorongás a gyermekkor leggyakoribb lelki problémája, enyhébb formái a gyermekek akár 30%-nál is előfordulhatnak. Az egészségügyi szorongás leginkább az óvodás korosztályt érinti, hiszen a gyermekek közül ők találkoznak legtöbbször az orvossal. Vizsgálatunk célja, hogy bizonyítsuk, egy szervezett program keretei között csökkenthető az óvodás korosztály egészségügyi félelme. A vizsgált egészségnevelő program a „Teddy Maci Kórház”, amely az Orvostanhallgatók Nemzetközi Szövetségének világméretű projektje.

Populáció: 248 szegedi nagycsoportos óvodás (korátlag: 5,5 év; 45% lány, 55%fiú). A vizsgált csoport (129 fő) részt vett a programban, míg a kontroll csoport (119 fő) nem.

Módszer: Vizuális Analóg Skálával (VAS), Kép-teszttel (KT) és Rajzvizsgálattal (RV) mértük a gyermekek orvostól való félelmét, majd SPSS statisztikai programmal elemeztük.

Eredmények: Szegeden az 5-6 éves korosztály 10-34%-a fél valamilyen mértékben az orvostól. A „Teddy Maci Kórház” hatására nagyobb arányban csökken a gyermekek orvostól való félelme, mint a kontroll csoportban. Ez a csökkenés a KT ($p < 0,001$) és a RV szerint szignifikáns ($p < 0,001$), azonban a VAS szerint nem. Ezenkívül a program képes sikerrel átadni bizonyos egészségügyi információkat a gyermekeknek ($p = 0,008$), melyeket 3 hét elteltével is képesek felidézni.

Konklúzió: A szegedi óvodákban az „egészségügyi félelmek” megelőzésének létjogosultsága van, melyben a „Teddy Maci Kórház” jelentős szerepet tölt be.

SZERZŐI INDEX

Ambrus Bence	9, 32
Antal Márta	15, 52
Arányi Zsuzsanna	9, 32
Árkovits Amaryl	15, 53
Baji Ildikó	16, 54, 57
Balázs Judit	15, 51
Balogh Erzsébet	11, 38
Balogh István	10, 33, 34
Barcsi Beatrix	18, 63
Barsi Péter	10, 11, 12, 13, 35, 37, 40, 45, 46
Barta Zoltán	8, 27
Barzó Pál	7, 24
Békési Andrea	6, 20
Benák István	16, 54, 56
Benedek P.	8, 29
Bereczki Csaba	11, 38
Bereczki Dániel	9, 32
Berényi Marianne	11, 39
Bitter István	9, 32
Bod M.	13, 47
Bognár Emese	15, 53
Bognár László	7, 8, 13, 23, 24, 25, 26, 27, 45
Boza Édua	17, 60
Büdi T.	13, 47
Csábi Györgyi	10, 12, 16, 36, 42, 54
Csákányi Zs.	13, 46
Csécsei Márta	9, 29
Csenki Laura	17, 60
Csernyák Péter	17, 60
Csók Edit	15, 52
Csókási Krisztina	6, 20
Csorba E.	12, 42
Csorba János	16, 57
Csökliné Tamás Márta	14, 50
Csürke Ildikó	13, 44
Dobronyi Ilona	9, 29
Dochnal Roberta	16, 17, 18, 55, 56, 58, 61
Dóczy Tamás	7, 25, 26
Dorn Krisztina	15, 53
Dzsudzsák Erika	10, 34
Eiszrich Ádám	8, 13, 27, 45
Elmont Beatrix	12, 41
Erdős Melinda	10, 35
Eröss Rebeka	8, 14, 29, 49
Ezer E.	7, 26
Farkas Luca	15, 53
Farkas M. Kristóf	13, 44
Farkas Viktor	13, 44
Fekete Gábor	7, 25
Fekete György	9, 30

SZERZŐI INDEX

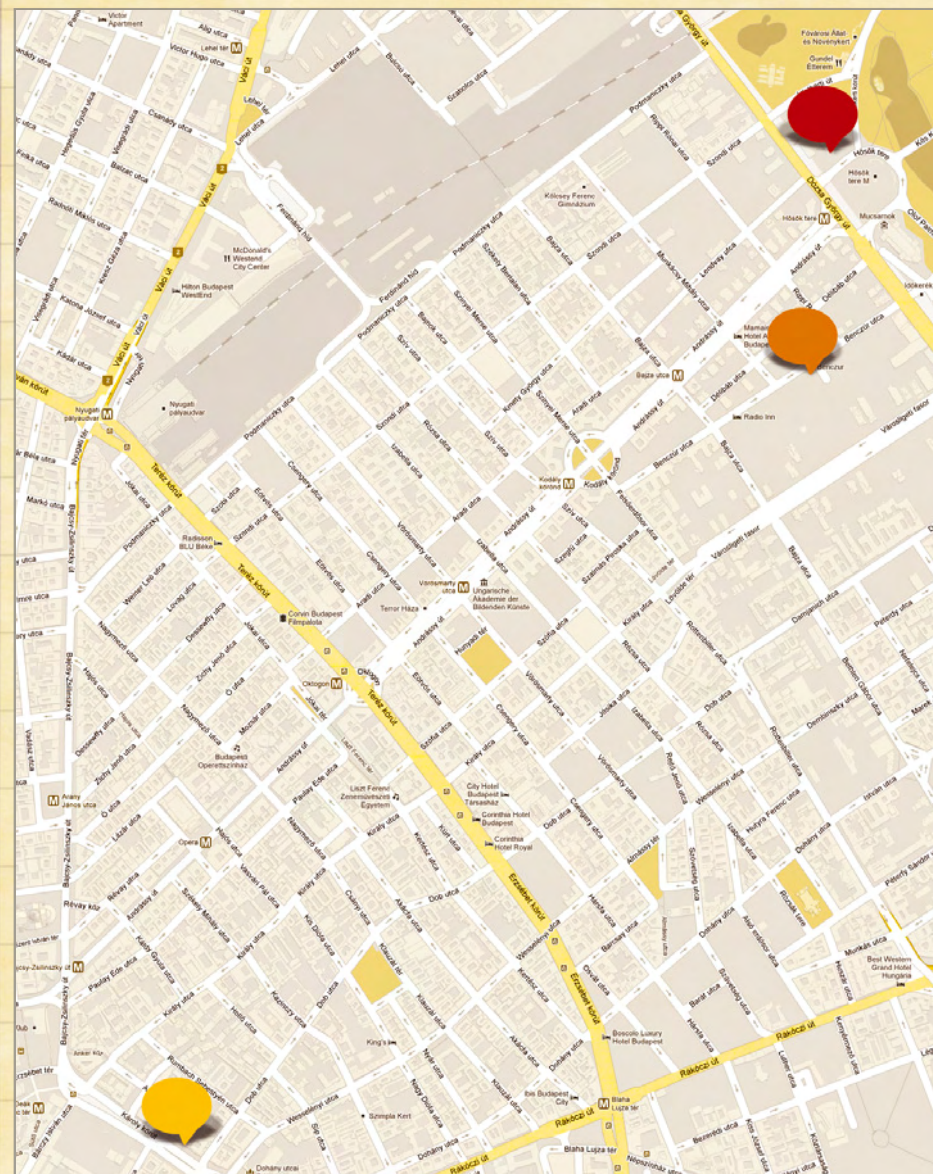
Fekete Karolina	18, 63
Felkai Mária	14, 48
Fierpasz Zsuzsanna	6, 22
Fogarasi András	9, 12, 13, 32, 40, 45
Füzesi-Kulcsár Szilvia	17, 60
Gácsér Magdolna	6, 22
Gádoros Júlia	6, 15, 16, 20, 51, 54
Gál Anikó	12, 42
Gallai Mária	17, 60
Garami M.	13, 47
Gárdos László	12, 41
Gergev Gyurgyinka	11, 12, 39, 43
Grósz Zsófia	16, 57
Gyorsok Zsuzsanna	8, 13, 27, 45
György Ilona	9, 30
Hadházi Annamária	17, 59
Hadzsiev Kinga	12, 42
Halas K	16, 56
Hartwig Mariann	12, 41
Havasi Anikó	8, 28
Hebling Dóra	16, 54
Hegenbarth N	16, 56
Hegyí Márta	9, 32
Hercegfalvi Ágnes	13, 43
Herczeg Ilona	14, 49, 50
Hollódy Katalin	9, 10, 12, 15, 31, 36, 42, 53
Horváth Diána	14, 50
Horváth Dóra	17, 60
Horváth Rózsa	18, 61
Hudák István	7, 26
Illés Zsolt	9, 32
Ivány Balázs	12, 40
Jakus Rita	13, 45
Kaczvinszky Emilia	18, 61, 64
Kakuszi Sz	16, 55
Kapornai Krisztina	16, 55, 56
Kappelmayer János	10, 34
Katona Ferenc	6, 22
Katona G.	13, 46
Kenézlői Eszter	15, 53
Kincses Tamás	7, 24
Kis Ajna	6, 22
Kis Dávid	7, 24
Kiss Enikő	16, 54, 57,
Kollár Katalin	8, 11, 12, 13, 29, 36, 37, 40, 46
Komáromy Hedvig	7, 25
Komlósi Katalin	12, 42
Kormányos Éva	17, 58
Kovács Eszter	16, 54
Kovács Éva	11, 37

SZERZŐI INDEX

Kovács Gábor	9, 32
Kövér Ferenc	7, 10, 25, 36
Kövesdi Andrea	17, 60
Kun Anikó	13, 43
Lénárd Kata	6, 21
Lengyel András	10, 33, 34
Lenzser G.	7, 26
Liptai Zoltán	12, 40
Lunenкова V.	7, 26
Major A.	12, 42
Makai Veronika	14, 50
Markia Balázs	7, 8, 13, 23, 24, 26, 27, 45
Maródi László	10, 35
Máté Adrienn	7, 24
Máttyus Anna	18, 61
Mayer László	16, 54
Melegh Béla	12, 42
Mellár Mónika	11, 12, 13, 36, 37, 40, 46
Merő Gabriella	13, 44
Mészáros Lőrinc	17, 61
Mikos Borbála	9, 32
Mogyorósy Gábor	9, 30
Molnár Dénes	12, 42
Molnár Mária Judit	10, 12, 34, 42
Monostory Katalin	13, 14, 47, 48
Móser Judit	11, 12, 13, 36, 37, 40, 46
Nagy Andrea	8, 14, 27, 48
Nagy Melinda	18, 62
Nagy Péter	15, 51, 53
Neuwirth Magdolna	9, 32
Novák László	7, 8, 23, 24, 25, 26, 27
Nyul Zsófia	6, 20
Oláh Éva	10, 33
Páli Eszter	16, 44
Paraicz Éva	13, 46
Pataki István	8, 27
Pécsi Ilona	14, 50
Pintér András	18, 63
Pintér Nándor	11, 37
Pintér Sarolta	16, 17, 55, 58
Pócs Dávid	18, 64
Pósz Krisztina	14, 50
Horváth Ágnes	14, 50
Princzkel Erzsébet	9, 29
Réthelyi János	9, 32
Ridegh O.	8, 29
Ritli László	10, 35
Rosdy Beáta	11, 12, 13, 36, 37, 40, 46
Rozgonyi Emőke	18, 61
Rudas Gábor	11, 12, 13, 36, 37, 40, 46

SZERZŐI INDEX

Salomons G.	11, 36
Saracz Judit	6, 22
Scheuring N.	8, 29
Siegler Zsuzsa	9, 13, 32, 46
Siklósi Réka	18, 64
Simon Gábor	12, 42
Sunaive Reinford	16, 54
Sümegei János	10, 35
Szabados Karina	9, 32
Szabó Ildikó	13, 45
Szabó Katalin	13, 44
Szabó Krisztina	15, 52
Szabó Nóra	12, 43
Szabó P.	13, 47
Szakács Zoltán	13, 45
Szakszon Katalin	9, 10, 30, 33, 34
Szathmári Katalin	9, 30
Szegedi László	7, 23
Szeifert Lilla	13, 44
Székely Annamária	10, 35
Szertics Péter	15, 53
Szever Zsuzsa	13, 14, 47, 48
Szónyi László	10, 34
Sztríha László	11, 12, 39, 43
Szűcs Bernadett	7, 24
Tárnok Zsannet	15, 53
Tárnokiné Törő Krisztina	12, 62, 63
Tegzes Andrea	11, 37
Telcs Borbála	6, 23
Temesvári M.	13, 47
Tényi Tamás	16, 54
Tihanyi Mariann	12, 41
Tóth Beáta	10, 35
Tóth K.	13, 47
Túri Éva	12, 40
Túri Sándor	11, 39
Valent Adam	8, 28
van der Knaap M	11, 36
Várallyay György	11, 12, 13, 36, 40, 46
Varga H	16, 55
Vargay Éva	11, 37
Vásztván Attila	18, 63
Vető Ferenc	7, 25
Vetró Ágnes	16, 17, 18, 54, 55, 56, 57, 58, 61
Vidomusz Réka	15, 53
Vörös Erika	7, 24
Xianghua Piao	12, 43
Zombor Melinda	11, 38



Örkény Színház (1075 Budapest, Madách tér 6.)

Hotel Benczúr*superior** (1068 Budapest, Benczúr utca 35.)

Szépművészeti Múzeum (1146 Budapest, Dózsa György út 41.)