

(DIABFÓRUM)

www.diabforum.hu



Júlia diabétesz története

8. oldal

TARTALOM

Dietoterápia



5 Egy dietetikus munkájának mindennapjai...

Inzulinkezelés



16 Inszulinkezelés gyermekkorban 5.

Gyermeke diabetes



22 XIII. Gyermekdiabetes Nap

Szövődmények



38 Lökéshullám-terápia – diabéteszes talpi fekélyekre

Kishírek, kutatások



48 Beadtam? Vagy nem adtam be?

Táplálkozás



69 Diabéteszes diéta: Alma és káposzta

07 A cukorbetegség elfogadása

08 Júlia diabétesz története

10 Magyarországon forgalmazott vércukorcsökkentő szerek

14 In Memoriam

18 Dcont.hu haszna (26.)

32 CGM – Pozitív irányú elmozdulás

34 Áttörés – könyvrészlet

40 Kiegészítés – mint valós probléma az egészségügyben

72 Alma és káposzta receptek

A DIABFÓRUM MAGAZIN MEGJELENÉSÉNEK TÁMOGATÓI



KÖSZÖNTŐ

(DIABFÓRUM)

AKTUÁLIS GONDOLATOK

Magazinunk jelen számában egy kétrészes cikksorozat első részét közöljük az amerikai orvosok „burnout” szindrómájáról, amit magyarul kiégésnek fordíthatunk. Arról az Egyesült Államokról van szó, ahol, ha valamelyik kórházban magyar orvos dolgozik, az ottani körülményeket az itthoniakhoz képest „álmom”-nak nevezik: az optimális felszereltség, a vizsgálatok villámgyors végzése és a gyors és eredményes terápia mellett a kollégák nagyfokban támogatják egymást és mindent megtesznek azért, hogy a munkatársak tudásszintje és gyakorlottsága növekedjen. Egységnyi idő alatt egy fiatal orvos sokkal több műtétet végezhet, sokkal szélesebb körű tapasztalatokra tehet szert, mint kis hazánk egészségügyében. Ha náluk ilyen gyakori a kiégés, akkor milyen lehet a helyzet nálunk, az orvosok és főként a szakdolgozók körében? Igaz, ezt a kutya se vizsgálja, tehát nem is lehet hírértéke.

Másik két referátum foglalkozik a hazai egészségügy európai besorolásával és itt (is) az utolsók közé kerültünk. Vannak, akik vitatják, hogy Szlovákia érdemtelenül ugrott fel a 13. helyre, míg mi a lengyelekkel együtt a 29. helyen osztozunk. Mi van a háttérben, mi ennek az oka. Sok minden: Szlovákia egy főre eső GDP-je közel 2.000 US dollárral magasabb, mint a miénk, az egészségügyre ők 6, mi 5%-ot fordítunk belőle, ők jobban fizetik az egészségügyi dolgozókat és kórházaik bár külsőleg lepusztultak, sokkal korszerűbben felszereltek, mi inkább renováltuk azokat és hagytuk, hogy északi szomszédainkkal szemben a kisvárosi kórházak leépüljenek, míg náluk az egynapos műtétek nagy száma miatt rentábilisan működhettek.

Ugyanakkor egy másik felmérés szerint a hazai halálozási mutatók nagyon kedvezőtlenek, óriási területi különbségek vannak az életkilátásokban és ezek nemhogy csökkentek volna, de növekedtek az utóbbi évtized során. Közben pedig egyre jobban izmosodik a magán egészségügy, melyet a lakosság egyre nagyobb hányada vesz igénybe, mivel ott nincs várakozási idő és többnyire a legkvalifikáltabb szakemberek dolgoznak optimális körülmények között. Egészségügyünk tehát lassan, de biztosan ketté válik: a tehetősebbek magán egészségügyi ellátására és a leszakadóban lévő állami „szegény-egészségügyére”. Hogy mit kellene tenni ez ellen, a legjobb szakemberek konferenciákon cserélik ki a gondolataikat – az állam képviselői távollétében – és bár nincs minden problémára biztos megoldást nyújtó elképzelés, az bizonyos, hogy az egészségügyben el kellene jutni egy „nemzeti minimumra”, mely nélkül az egyre kedvezőtlenebb demográfiai mutatóink további romlás irányában mozdulnak el.

Végül hadd írjak le egyetlen jó hírt a cukorbetegek számára. Január 1-től a 40 órás hatástartamú, legegyszerűsebb inzulin szinteket létesítő degludek bázisinzulin a többi analóg inzulinnal azonos támogatási pozícióba került, ami azt jelenti, hogy intenzív inzulinkezelés keretében alkalmazva 1-es típusú, valamint 8% alatti HbA1c szintekkel rendelkező 2-es típusú cukorbetegek számára 100%-os NEAK támogatásban részesül. Ez valóban minőségi előrelépést jelenthet számos diabéteszes számára. Bárcsak ilyen irányú elmozdulás történne a szöveti glukóz monitorozás eszközeinek legalább részleges támogatásában, mint ez már nemcsak a tőlünk nyugatra, hanem északra és délnyugatra fekvő országokban is megtörtént. Tehát e téren is marad bőven előre lépni valónk.

a főszerkesztő:



FELELŐS KIADÓ

Selfmed.pro Kft.
1105 Budapest,
Szent László tér 6.
info@selfmed.pro
www.selfmed.pro

FELELŐS SZERKESZTŐ

Tusor Ildikó

FŐSZERKESZTŐ

Dr. Fövényi József

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Dr. Fövényi József
belgyógyász,
diabetológus

Prof. Dr. Soltész Gyula
gyermekgyógyász
diabetológus

Holzmann Brigitta
dietetikus

TECHNIKAI HÁTTÉR

Simony József

A megjelent cikkek, anyagok csak a szerkesztőség hozzájárulásával sokszorosíthatók.

A kéziratokat, fotókat az alábbi e-mail címre várjuk:
info@diabforum.hu

A hirdetések tartalmáért a Kiadó nem vállal felelősséget. A Kiadó minden jogot fenntart.

www.diabforum.hu

✓ EGY SZAKRENDELŐBEN DOLGOZÓ DIETETIKUS MUNKÁJÁNAK MINDENNAPJAI...

Holzmann Brigitta vagyok, 4 éve, napi 7 órában dolgozom Budapesten, egy peremkerületi szakrendelőben dietetikusként. Noha a diabetológiához rendeltlen végzem a munkám, nem csak a diabetológia küld pácienseket, hanem a belgyógyászat, endokrinológia, nőgyógyászat, kardiológia, reumatológia is, mindezt egészíti ki a kerület háziorvosai által beutaltak sora. Egyéni, személyre szabott tanácsadás formájában látom el a betegeimet, naponta 6–10 főt.

A betegek első alkalommal orvosi beutalóval érkeznek hozzám. A diétás kontrollok száma és sűrűsége egyéni szükségletek függvénye. A tanácsadások egy önálló rendelőben, íróasztal mellett történnek.

Az első tanácsadási alkalommal a páciens „hivatalosan” 45–50 percet tölt nálam (az esetek 99,9%-ában ez azonban 60–65 perc, és ha a következő beteg esetleg lemondja az időpontját, még ennél is tovább húzódhat).

Az emberek zöme étrendjének kényszerült módosítását sokszor nem fogadja egyértelmű örömmel. Mások azonban célzott, kiterjedt kérdéslistával érkeznek, vagy tele vannak az interneten olvasott/látott részinformációkkal, esetleg épp össze vannak zavarodva ezektől, de lehet, hogy pont készen állnak az életmódváltásra. Van akit érdekelnek a miértek, van aki csak a lényegre kíváncsi.

Diétás tanácsadás

A páciensről minden esetben Táplálkozási anamnézist veszek fel, mely az aktuális antropometriai adatok mellett rákérdez az étvágyára, az emésztésére, a folyadék fogyasztási szokásokra, a gyógyszerekre és étrend-kiegészítőkre, a fizikai aktivitására, a napi étkezési szokásaira stb. Ezekon kívül az alábbiakban összefoglaltam, hogy egy „vadidegen” páciens mennyi új információt közvetíthet a beszélgetés során, melyek mind összefüggenek és kihatnak étrendjére, életmódjára, illetve alapvetően meghatározzák a tanácsadás hatékonyságát, kimenetelét.

A Táplálkozási anamnézisen kívüli, egyéb fontos információk:

- közlékenység: mit mond el magáról (+metakommunikáció)
- betegség belátás: mennyire veszi komolyan a betegségét? mennyit tud a betegségről?

- napi időbeosztás: maga osztja be? / munkája befolyásolja?
- munkahely (hol / hogyan / mikor / mit tud enni?)
- anyagi lehetőségek (van-e rá pénze?)
- lelki/pszichés állapot (stressz állapotok – munkahely / magánélet – rendkívül szerteágazóan tudnak az étrendre kihatni)
- motiváltság (akar-e/meggyőződhető-e a diétázásra? milyen érvek működnek nála?)
- együttműködő hajlam (kezdetben lendület, hosszútávra fásultság?)
- az étkezés mint örömforrás: mennyire zavaró e kérdésben a diéta? (ez teljesen egyéni!)
- étkezési megszokások: gyermekkori / felnőttkori (nagyon erősen tudnak befolyásolni egyeseket)
- ízekhez való viszonyulás: válogatós? / nyitottság az új ízekre? / preferenciák?
- iskolai képzettség foka: gyors-lassú felfogás / megértés
- főzési szokások: magára főz-e, más főz rá? Hogyan tanulta? Ízlik-e/el tudja-e fogadni másképp készítve?
- ha egyedül él, mennyire tud a főzéssel foglalkozni (tud-e főzni? nekiáll-e főzni kellő gyakorisággal vagy maga miatt nem fog bele? van-e rá ideje?)
- alvási szokások, lefekvés előtti / reggelizési szokások (mikor szokott elaludni? elmarad-e a reggeli? nassolás?)
- az egy háztartásban élők együttműködő hajlama (többfelé kell-e főzni?)
- közétkeztetésből étkezés (hozzájut-e diétás ételhez?)
- élelmiszerbiztonság! (tárolási, ételkészítési körülmények)
- az étkező tényérok, poharak, evő- és szedőeszközök mérete
- médiából érkező eltérítő / téves információk, hiedelmek (ezeket helyre kell tenni) stb., stb...

A tanácsadás kellékei

A diétás foglalkozást támogató tárgyi segédanyagok színesítik és elmélyítik az információ átadásban rejlő lehetőségeket:

- temérdek élelmiszercímkét/csomagolást halmoztam fel, melyeket hiány esetén internetes rákereséssel szoktunk kiegészíteni



- tányérok, poharak, merőkanál és korlátozott mennyiségben száraz élelmiszer áll rendelkezésre, mind a szemléltetést segítő

- recepteket, ételkészítési praktikákat beszélünk meg
- írott oktatóanyagokat kap a beteg

További szükséges és lehetséges segítő megoldások:

- családtag bevonása a tanácsadásba!
- diétázást segítő app-ok

Diétás kontroll

A kontroll időpontok alkalmával a betegektől általánosan 5 napos részletes (étkezési időpontokat és mennyiségeket, illetve mozgási szokásokat is feltüntető) diétás naplót kérek (vércukornaplóval kiegészítve, ha van). Minden alkalommal ellenőrzöm a testsúlyt, átnézem a naplókat, igyekszem kipuhatolni a páciens motivációs szintjét, valamint szoktam kérni, hogy értékeljék magukat a betegek. Rákérdezek emésztésükre, folyadékfogyasztási szokásaikra és fizikai aktivitásukra. Erre van hivatalosan 20 percem, gyakorlatban ez is nagyon kevés. (Főleg, ha pl. a páciens nem készít, vagy otthon felejtí diétás naplóját.)

A dietetikus személye

Mindezekhez szorosan kapcsolódik a dietetikus, vagyis én – az információ befogadója, feldolgozója és a tanács-

adás irányítója. Bátran és meggyőződéssel állítom, hogy nagyon lényeges a személyes kontaktus a diétás foglalkozás során!

Alapvető fontosságú hitelesnek, jól felkészültnek, empátikusnak, türelmesnek, megértőnek, barátságosnak, határozottnak, lényeglátónak, praktikusnak, alkalmazkodó képesnek stb. lennem ahhoz, hogy hatékony lehessen. Viszont ahhoz, hogy a betegek számára minden téren jól felkészült legyek még annál is többre van szükség, mint a továbbképzéseken való részvétel, a szakmai cikkek vagy receptek olvasása. Így munkahelyemről kilépve nem fejeződnek be feladataim, hanem inkább folytatódnak.

Ha betérek egy élelmiszerboltba, rögtön bekapcsolnak radarjaim, és máris térképezem az újabb és újabb – magát ékes csomagolásban vagy szolidan kínáló – élelmiszereket. Szinte naponta lehet találni valami újat, nem beszélve arról, hogy a különböző üzletláncok sajátmárkás készítményeiket árulják, melyek összetétele egyenként változó.

Az élelmiszerek tárháza óriási.

A diétás élelmiszerekről/nyersanyagokról

Ezek beszerzése nem kevés pénz és utánajárás. Ahhoz, hogy a dietetikus hitelesen tudjon nyilatkozni különböző márkájú diétás termékekről, vagy járatos legyen pl. paleolit lisztek, tészták és kész élelmiszerek terén, megízlelje a gluténmentes vagy diabetikus péktermékek, kekszek, tészták, élelmiszerek tárházat, a munkahelyi tevékenység-

gén kívül tetemes időt és pénzt kell fordítania ezek beszerzésére, a receptek kipróbálására, a kísérletezgetésre. Ezt senki nem támogatja egy független dietetikus számára (hacsak nem szegődik el egy céghez, aki ezáltal szponzora lesz).

A táplálkozás pszichés oldaláról

Ismert tény, hogy számos betegség pszichoszomatikus alapon is kialakulhat. (pl. irritábilis bél szindróma, gyomorfekély, magas vérnyomás, stb.), emellett ott vannak a pszichés eredetű anorexia vagy bulimia nervosa, a stressz-evés (vagy a stressz nem evés), maga az elhízás, vagy a pszichés kórállapotokra szedett gyógyszerek mellékhatásaként jelentkező túlsúly, a testépítés motiválta táplálkozási anomáliák, a szájhagyomány útján terjedő táplálkozási hiedelmek – ezen kórképekhez nagyon gyakran indokolt lenne pszichológus bevonása!

Idézet Forgács, Túry, Németh: Dominancia és evészavarok – avagy a megevett hatalom c. értekezéséből:

„A kövérség nem egyszerűen egy orvosi kórkép, hanem ódon eredetű kommunikációs jelzés is, ami a dominancia és a pozitív érzések kifejezését, ezáltal pedig az önmegvalósítást is hivatott segíteni. Ez magyarázhatja azt a tényt, hogy kevés férfi igyekszik súlytöbbletétől megszabadulni, ha valamilyen betegség egyébként erre nem kényszeríti. A férfiak „nagyevése” gyakran szociális értéket képvisel, ezért nem is titkolják ezt, míg a nők ezzel szemben, rejtetten, szorongva, büntudattal és kényszeresen birkóznak meg a leküzdhetetlen kontrollvesztettséggel.”

Saját tapasztalatom, hogy az emberek a lehető legváltozatosabb elfogadható, megérthető körülmény repertoárt vagy mondvacsinált kifogás skálát tudják felhozni, ha az étkezési és fizikai aktivitási szokásaik megváltoztatásáról van szó. Külön kihívás számomra a páciens motivációját felkelteni, kimozdítani a komfortzónájából, érvelni az egészségvédelem mellett, ha neki a megszokás fontosabb. Nem könnyű feladat meggyőzni valakit, hogy változtasson, hiszen pont amiatt jutott ide, mert eddig így élt, ahogyan most is teszi, vagy rábeszélni, hogy saját magára is fordítson kellő figyelmet és időt, ne csak a családtagját (férjét, gyerekét, unokáját stb.) szolgálja ki (háziasszonyokra jellemző helyzet).

Ezen kívül van aki (viszonylag kevesen) az első tanácsadási alkalomtól a következőig gyökeres/radikális változtatásokat eszközöl az életmódjában, és van aki apránként, lépésről-lépésre hajlandó erre. Az egyik ember szépen végigviszi a folyamatot – életmódot vált, a másik viszont el-



akad, belefárad, vagy nem támogatja a környezete, ezért visszaesik, közben lemorzsolódik, mert szégyelli, hogy gyenge változni. Egy következő hullámozán ugyan, de kintart, megint másik egyoldalúvá válik mert mégsem hajlandó az első fellángolás után tovább fejlődni – ezért adja fel... rengeteg emberi tényező, melyekhez a dietetikusnak (aki nem kapott mentálhigiénés képzést) mind-mind alkalmazkodnia kell, méghozzá úgy, hogy a dietoterápia végülis hatékony legyen. És akkor még nem is volt szó arról, hogy mivel ezen kezelés nem kórházi körülmények között zajlik, vagyis csak elmondás alapján követhető, mennyi buktatót rejt magában. Mégis, azt kell, hogy mondjam, hogy munkámban a sikeres diétás beavatkozások aránya jóval meghaladja a kevésbé sikeres esetekét.

Számomra a betegellátás nem ismer kivételt, mindenkit ugyanolyan odafordulással látok el. Jellegéből adódóan azonban a munkám önállóan végzem, így valójában (a betegen kívül) senki nem látja egészében, hogy mennyit és hogyan foglalkozom az egyes emberrel.

Van amit a munkámban számokban ki lehet fejteni, ez meg is jelenik a dokumentációban – hozzáférhető az orvosok számára – no meg a túlórákban.

Véleményem szerint nem lehet szubjektív tényezők alapján megítélni a dietetikus munkavégzésének hatékonyságát, mert, hogy mik azok az apró, vagy épp nagy horderejű tényezők, melyek az adott egyénnél eredményességre /eredménytelenségre viszik az életmódváltást, a diétát – hallatlanul szerteágazó és sokszor számokban nem kifejezhető – emberi tényezőkön, adottságokon, ad-hoc szituációkon is múlik.

A diéta egy szelíd gyógymód. Talán a nutrigenomika és a nutrigenetika előretörése lesz drasztikus hatású a jövőben, habár az egyéb emberi tényezőket később sem lehet majd figyelmen kívül hagyni.

Holzmann Brigitta
dietetikus

A CUKORBETEGSÉG ELFOGADÁSA

A cukorbetegség, mint minden frissen felfedezett, egész életre szóló krónikus betegség elfogadása roppant nehéz és ennek a folyamata számos fázison megy át.

A hazai szakirodalomban a betegek számára legérthetőbben ezt dr. Békefi Dezső gyermek-diabetológus írta le a SpringMed kiadásában 2007-ben megjelent „Gyermekkori diabétesz” c. könyvében, melyből alábbiakat idézzük:

A következő fázisokon megy át a beteg (és családja):

1. sokk, elutasítás
2. agresszió és düh
3. alkudozás tárgyalási kísérlet
4. depresszió
5. aktív elfogadás

A sokk, az elutasítás fázisa

A leggyakrabban hallott első mondatok a betegség tényének ismertetése után: „Nem! Ez nem lehet igaz! Biztosan tévedés!” Az sem szokatlan (és az orvos számára nem lehet sértő) ha más, akár ismerős orvos véleményét is igényli a beteg. Ebben a fázisban a beteg (és családja) tudata teljesen beszűkült, és az edukációs cél nem lehet több annál, mint a tény elfogadásának elősegítése.

Az agresszió és a düh fázisa

Erre a fázisra a „Miért pont én? Miért pont Ő? Ki tehet róla?” mondatok, illetve kérdések a jellemzők. Nem ritka a vádaskodás, akár önvád formájában, akár más felé irányulóan. Ebben a periódusban is beszűkült a beteg tudata, toleranciája szinte nincs. Itt az edukációs problémák is csak arra irányulhatnak, hogy erről senki nem tehet, és nem ez a legnagyobb tragédia, ami egy embert érhet, stb.

A szülők, ill. idősebb beteg részéről leggyakrabban felmerülő kérdések:

- Mit rontottam el, mit lehetett volna tenni a megelőzésben? Válasz: semmit.

- Ki tehet róla? Válasz: senki. Ugyanakkor a kérdés nem egyszer a családban vádaskodásba torkollik. Különösen nehéz helyzetet jelenthet, ha az egyik vagy másik család terhelt diabéteszszel. Hiszen bármilyen határozottsággal állítjuk, hogy a genetikai adottságok átviteléről nem tehet egyik szülő sem, mégis szembe kell nézni a szülőnek, hogy a hajlamot jelentő gént, géneket ő örökölte át az éppen megbetegedett gyermekbe. Ez alkalmasint súlyos szülői önvád (vagy a másik szülő elleni vád) forrása lehet.

- Ha ezt előre tudtam volna, akkor meg se kellett volna születnie a gyermeknek. Keverednek benne a gyermek sajnálatának és az optimális gyermek mítosz elveszté-



se miatti gyászreakciónak a motívumai. Ilyenkor sokszor szükség lehet pszichológus vagy akár pszichiáter segítségére is.

Az alkudozás, a tárgyalási kísérlet fázisa

Ha a beteg (ill. a szülő) mer önmagához és az orvosához őszinte lenni, akkor ilyen kérdéseket tesz fel: „Ugye, ha jól csináljuk, akkor lehet, hogy elmúlik az egész? Ugye volt már a világon olyan cukorbeteg, aki kigyógyult a betegségből? Ha nem is volt, akkor miért ne lehetnék én (a gyermekem) az első?”

Ebben az időszakban igen gyakori, hogy természetgyógyászt keres fel a beteg, illetve a család. Nem ritka, hogy ilyen vagy olyan ígéretet kapnak, hogy ilyen vagy

olyan csodaszer hatására el fog múlni a diabétesz. Az orvosok ilyenkor azt szokták mondani, nyugodtan menjenek el, ha ez nekik megnyugvást jelent, csak mérjék a vércukorszintet és ne higgyék el, hogy nem fog kelleni az inzulin és jöjjenek vissza ellenőrzésre.

Minél jobban kapaszkodik az elfogadás ezen fázisában a vélt szalmaszálhoz a beteg vagy a szülő, annál nagyobb lesz a csalódás, s annál mélyebb, annál nehezebben vezethető lesz a következő fázis.

A depresszió fázisa

A betegségtől való szabadulás csalfa reményének elmúlásával a beteg (és családja) úgy érzi, „ezt lehetetlen végigcsinálni”. Részben a lelki alkattól, részben az életkortól, részben az egyéb tényezőktől függ, hogy a depresszív reakció milyen mély lesz, milyen megnyilvánulással jár, s milyen módon (milyen szaksegítséggel) uralhatjuk, ill. juthatunk túl rajta. Nehezíti a helyzetet, ha nincs stabil, védő környezet. Ne késlekedjünk a probléma megoldásához szakértő pszichológus segítségét kérni.

Az aktív elfogadás fázisa

Az idő a gyászolókat előbb-utóbb eljuttatja ebbe a bele nyugvási fázisba. Az elvesztett egészséget gyászoló cukorbeteg nem ritkán arról számol be, hogy valami megkönnyebbülést érez. Igény támad benne arra vonatkozóan, hogy minél többet tudjon betegségéről. Már nem álto-

dományos vagy bulvárlapokat olvas, hanem olyan segédanyagokat kér, amelyek segítségével megtanulhat együtt élni a diabéteszsel. Nem faramuci ötletekkel jön, hanem valós, saját magára szabott és az ő életét megkönnyítő megoldásokat keres és talál is. Az edukációnak ez az optimális ideje.

Eddig tartott a Békefi főorvos könyvéből kimásolt gondolatok sora. Magam jó öt évtizedes praxisom során sajnos nem egy olyan 1-es típusú beteggel találkoztam, aki akár évtizedek alatt képtelen volt diabéteszének tényét elfogadni és mindent megtenni a betegségével való minél zavartalanabb együttélésért. A sorsuk hamar megpecsételődő. Betegségük fellépte után 15–20 évvel megvakultak és vagy szívinfarktus vagy veseelégtelenség vetett véget életüknek. Ellenpélda a 91 éves, 56-ik éve általam gondozott nőbetegem, aki 86 éve diabéteszes és még mindig jó életminőséget tudhat magáénak. Igaz, még most is naponta 8–10 alkalommal méri vércukráját.

Ezek után következzen a 29 éves Júlia önvallomása a betegség elfogadásának pokoli nehézségeiről. Júlia eddig két alkalommal szerepelt magazinunk hasábjain a Dcont eNapló és a szenzorvizsgálatok tárgyalása kapcsán, melyek bizonyítják, hogy milyen kiválóan működött együtt kezelő-gondozó orvosaival és milyen profi módon kezeli magát, bár négy év múltán még mindig nem képes véglegesen elfogadni diabéteszének tényét.

Dr. Fövényi József

✓ AZ ÉN DIABÉTESZ TÖRTÉNETEM



Fotó: Górgényi Gábor | Kalap: Violette Kalapszalon

Minden cukorbetegnek megvan a maga története, hogy hogyan szembesült a cukorbetegséggel és hogyan sikerült feldolgoznia a betegséget. Íme az én történetem.

A cukorbetegséggel életemben először az apai nagybátyám révén találkoztam. A történetét már sajnos nem oszthatja meg velünk, de az biztos, hogy az ő cukor története is legalább annyira keserű, mint mindannyiunké.

Szegény, 9 hónapos kisbaba volt, amikor diagnosztizáltak nála az egyes típusú diabéteszt. Sajnos 40 évvel ezelőtt, BAZ megyében még nem tudták megfelelően kezelni a betegségét, amikor hipózott, akkor cukros vizet itattak vele. Volt, hogy olyan alacsony volt a cukra, hogy bekómázt. Többször volt kórházban, igyekezett ő is és a család is, ahogy csak tudott, hogy megfelelően kezeljék a betegségét, de nagy nehézségekbe ütköztek mindannyian. Se megfelelő tudásanyag, se megfelelő élelem nem állt rendelkezésre. A cukorbetegség sötét és láthatatlan démona az egész családot kifárasztotta. Előbb a nagymamám, majd a nagypapám fáradt bele az örök kudarcokkal teli életbe, majd a nagybátyám is elhagyta a földi életet, 37 évesen.

Az én történetem a nagybátyám halálával kezdődött.

2014 májusában, 25 éves koromban egy általános szűrővizsgálaton figyeltek fel a magasabb éhomi vércukorszintemre. Ekkor kezdődött az én kálváriám: vérvétel, vérvétel hátán, ellenanyag (GADA) vizsgálat, OGTT, inzulinszint meghatározás, HbA1c... futottam fűhöz-fához, hogy legalább egy orvost találjak, aki azt mondja, hogy ez az egész csak egy tévedés volt, nem vagyok cukorbeteg. De ez nem így történt. A vizsgálatok eredményei egyre csak az első diagnózist voltak hivatottak erősíteni.

Mint akit leforráztak, úgy éreztem magam. Emlékszem, a nagybátyám temetése után mentem Fövényi professzor úrhoz, és amikor először szembesített a tényekkel, csak forgolódtam a széken és kerestem, hogy rajtam kívül kinek mondhatja ezt a szörnyű diagnózist. Mert én biztosan nem vagyok cukorbeteg. Próbáltam higgadtnak és tárgyilagosságnak maradni, jegyzetelni a szavait, de a sokktól nem tudtam figyelni, értelmes szavakat se írni a papírra. Elvesztettem az irányítást magam felett: kontrolálhatatlanul folytak a könnyeim végig az arcomon, rá a jegyzeteimre. Próbáltam higgadt maradni, vajmi kevés eredménnyel.

A professzor szavai hallatán még olyan gondolatok is megfordultak bennem, hogy jól van, ha cukorbeteg is vagyok, akkor ennek is a pozitív oldalát kell nézni: legalább soha nem fogok elhízni, hiszen diéta és mozgás kell. Ez meg az egészséges életnek az alapja. Nem vettem komolyan. A szembesítés ellenére is, csak tagadtam. Tagadtam én is, a férjem is, a családom is, a barátaim is.

Ekkor eszeveszett örülként, majdnem minden természetes gyógymódot kipróbáltam, ami a segítségemre lehet a vércukor normalizálásában, így sportolni kezdtem, ketogén diétáztam, fahéjkapszulát, csicsóka kivonatot is szedtem; természetgyógyászhoz jártam, vércsoport diétáztam, sárgarépa-céklalevet ittam, sőt még autogén tréning képzésre is jártam egy pszichológushoz. Volt olyan, hogy futottam étkezés előtt: 10-es vércukrot 30 perc futással sikerült levinni, de ezt ugye nem lehet minden evés előtt megtenni, mert mássá nem devalválódik az életem, mint a vércukor rögeszmés kezelésévé. Amikor ráébredtem, hogy nem lehet minden étkezés előtt futni, tudtam, hogy nem hagyhatom, hogy a cukorbetegség önkezelése vegye át az irányítást az életem fölött, mert ha nem adom be a derekam az orvosi segítségnek, akkor az egész életem rögeszmésen a vércukorszintem normalizálásáról fog szólni. Rájöttem, hogy a legbiztosabb és a leghatékonyabb gyógymód, ha rábírom magamat a több évtizedes gyakorlattal és tudással rendelkező professzoromra, és elfogadom az inzulinkezelést.

Még ekkor is sokan biztattak, hogy ne adjam fel – próbálkozzak még minden mással az inzulinon kívül –, de én ezt sötétben való tapogatózásnak éreztem. Úgy éreztem, hogy a családom és a barátaim úgy fogták fel az inzulinkezelést, mint valami bűnt; mintha feladtam volna a „harcot”. Azt éreztem, hogy egy olyan elvárás van felém, hogy magamat gyógyítsam ki ebből a kórból, mintha mindenki

képes lenne a több évezredes orvosi tudás és gyógyszerek nélkül az öngyógyítására.

Ekkortájt olvastam a DiabFórumban az Áttörés című könyvből közölt részletet és eszméltem rá, hogy a tényleg a legegyszerűbb és a legkézenfekvőbb megoldás, ha elkezdem használni az inzulint – ezt az orvosi csodát, ami milliók életét menti meg és teszi könnyebbé napról napra.

A sikeres diabetológiai orvosi menedzsment és inzulinkezelés legcsodálatosabb bizonyítéka a drága kislányom, aki a diagnózis felállítását követő harmadik évben született. Rengeteg aggodalommal voltam telve az egész terhesség alatt, folyamatos orvosi kontroll alatt voltam, de a végére csak sikerült egy teljesen egészséges pici lánynak életet adni, akiért mindig hálás leszek, az Úrnak és az orvosoknak.



Fotó: Regéczy-Nagy Andrea

Hazudnék azonban, ha azt mondanám, hogy mára sikerült ténylegesen, teljesen mértékben elfogadnom a cukorbetegséget. Inkább azt mondanám, hogy beletörődtem a cukorbetegségbe, odafigyelek az étkezésre, a folyamatos orvosi konzultációnak megfelelően adagolom az inzulint, de még mind a mai napig egy kicsit elhiszem, hogy ki fogok belőle gyógyulni, hogy teljesen egészséges leszek.

Ez a remény, ami talán nem teljesen hiába való. Hiszen ez a remény és hit ad annyi erőt az olyan nagy tudású professzoroknak és kutatóknak, akiknek fejlesztései megkönnyébbítik a cukorbeteg emberek életét. Nekik köszönhetjük az inzulinpumpát, a valós idejű szöveti cukormonitorozást, a telefonos applikációkon történő hipó/hiper riasztást. Nekik köszönhetjük az egészségünket és az életminőségünk folyamatos javulását. Nekik köszönhetjük az életünket.

T. Kovács Júlia



MAGYARORSZÁGON FORGALMAZOTT VÉRCUKORCSÖKKENTŐ TABLETTÁK ÉS INJEKCIÓS KÉSZÍTMÉNYEK (2018. MÁRCIUS)

Jelenleg rendelkezésre álló korábbi tablettás vércukorcsökkentők

Szulfanilureák:

- Glibenclamid: Gilemal, Gilemal mikro, Glucobene
- Gliclazid: Diaprel MR, Cliclada, Gliclazid, Gluctam MR
- Glimepirid: Amaryl, Amagen, Glimepirid, Gliprex, Glimegamma, Dialosa, Diamitus, Limeral, Melyd
- Glipizid: Minidiab
- Gliquidon: Glurenorm

Prandiális glukóz regulátorok:

- Repaglinid: Novonorm
- Nateglinid: Starlix

Acarbose: Glucobay, Acarbose

Metformin: Merckformin, Adimet, Meforal, Metfogamma, Metformin, Mylmet, Stadamet

**Mindezek összesen 131 fajta néven, ill. adagolásban és
kiszerelesben**

GLP-1 hatást utánzó injekciós készítmények

Exenatid: Byetta, napi 2 injekció

Liraglutid: Victoza, napi 1 injekció

Lixisenatid: Lyxumia, napi 1 injekció

Tartós hatású exenatid:

Bydureon, heti 1 injekció

Tartós hatású dulaglutid:

Trulicity, heti 1 injekció

Hosszú hatástartamú degludek

inzulin+liraglutid keveréke:

Xultophy, napi egyszeri alkalmazásra

Glargin inzulin+lixisenatid keveréke:

Suliqua 10-40, Suliqua 30:60

SGLT-2 gátló szerek

Dapagliflozin:

Forxiga, 5mg, 10 mg, 1x naponta

Dapagliflozin+metformin:

Xigduo, 5+1000 mg 2x naponta

Empagliflozin:

Jardiance, 10mg, 25 mg, 1x naponta

Empagliflozin+metformin:

Synjardy, 5+850, illetve 5+1000 mg,
naponta kétszer

DPP-4 gátlószer, gliptinek

Sitagliptin: Januvia, Xelevia, 100 mg, 1x naponta

- Sitagliptin+metformin: Janumet, Velmetia, 50+1000 mg, 2x naponta

Vildagliptin: Galvus, 100 mg, 1x naponta

- Vildagliptin+metformin: Eucreas, 50+850, 50+1000 mg, 2x naponta

Saxagliptin: Onglyza, 5 mg, 1x naponta

- Saxagliptin+metformin: Komboglyze, 2,5+850, 2,5+1000 mg, 2x naponta

Linagliptin: Trajenta 5 mg, 1x naponta

- Linagliptin+metformin: Jentaduetto 2,5+850, 2,5+1000 mg, 2x naponta

Alogliptin: Vipidia, 12,5 ill. 25 mg, 1x naponta

- Alogliptin+metformin: Vipdomet 12,5+850, 12,5+1000 mg 2x naponta
- Alogliptin+pioglitazon: Incresync 25+30, 25+45 mg, 1x naponta

Inzulinkészítmények (21 fajta)

Gyorshatású humán inzulinok, étkezés előtt 30 perccel adagolva

- Actrapid, Humulin R, Insuman Rapid. Ampulla, patron, előretöltött toll

Ultra gyors hatású analóg inzulinok étkezés előtt 0–10 perccel adagolva

- Humalog, NovoRapid, Apidra. Patron, előretöltött toll

Közepes hatástartamú NPH inzulinok

- Insulatard, Humulin N, Insuman basal. Ampulla, patron, előretöltött toll

Humán gyors hatású és NPH inzulinok keverékei, étkezés előtt 30 perccel adagolva

- Humulin M3, Insuman Comb 25, Insuman Comb 50. Ampulla, patron, előretöltött toll

Ultra gyors hatású és NPH analóg inzulin keverékek étkezés előtt 0–10 perccel adagolva

- NovoMix 30, HumalogMix 25:75, 50:50. Patron

Hosszú hatástartamú analóg inzulinok

- Glargin inzulin: Lantus, Abasaglar. Patron, előre töltött toll
- 300 E/ml töménységű glargin inzulin: Toujeo. Előre töltött toll
- Detemir inzulin: Levemir. Patron
- Degludek inzulin: Tresiba. Előre töltött toll
- Degludek inzulin+liraglutid keveréke: Xultophy. Előre töltött toll
- Glargin inzulin+lixisenatid keveréke: Suliqua 10-40, Suliqua 30:60

✓ ÚJABB VÉRCUKORCSÖKKENTŐ KÉSZÍTMÉNYEK EURÓPÁBAN

Mint a Magazinunk minden számában szereplő táblázatból látható, az utóbbi 10 évben annyira megszapordtak a sokféle hatásmechanizmus szerint működő vércukorcsökkentő készítmények, hogy közöttük sokszor a szakember is csak nehezen ismeri ki magát. Főként 3 hatásmechanizmusú készítménytípusra koncentrálnak a kutatások és ezek nyomán állnak rendelkezésre az új szerek: az SGLT-2 gátló, vagyis a vesén keresztül ható gliflozin tabletták, a GLP-1 hatással rendelkező, egyre inkább heti egy injekcióban alkalmazható készítmények és a „generikus” egyszerű gyógyszerek mintájára de százszor bonyolultabb módon „másolt”, ún. „biohasonló” inzulinok.

Az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) most engedélyezte – az amerikai FDA-val egyidőben – az immár sokadik SGLT-2 gátló készítmény, az ertugliflozin forgalmazását. Ez akár önmagában, vagyis monoterápiában is alkalmazható olyan esetekben, amikor a beteg a metformin szedését nem tolerálja, de a szer különböző kombinációkban is gyártásra kerül: egy tablettában metforminnal, valamint egy tablettában a DPP-4 gátló sitagliptinnel. Önmagában 5, 15 mg-os, illetve a kombinált tabletták formájában metforminnal 2,5 és 7,5 mg-os, sitagliptinnel 5 és 15 mg-os adagokban áll az ertugliflozin rendelkezésre.

Ami a biohasonló inzulinokat illeti, elsőként jelent meg és immár 2 éve hazánkban is rendelkezésre áll a biohasonló liszpro inzulin megjelenéséről, most pedig az EMA engedélyezte a glargin inzulin újabb biohasonló változatának forgalmazását. Természetesen minden biohasonló inzulin készítményt az eredeti gyártótól eltérő más gyógyszer cég állít elő és mivel az eredeti molekula kikísérletezésének költségétől mentesülnek – viszont a bonyolult, az eredetivel eltérő előállítási módot maguknak kell kidolgozni – ezen készítmények ára alacsonyabb, mint az eredetie.

(Csupán érdekességként jegyzem meg, hogy az amerikai ertugliflozin esetében kiemelik, hogy annak az ára egészségbiztosítási támogatás nélkül csupán napi 9 USA dollárt tesz ki, ami csak fele a többi SGLT-2 gátló készítményének. Ez havi 270 USA dollárnak, vagyis 68.000 Ft-nak felel meg. Az (ezek szerint) kétszer drágább, hazánkban forgalmazott empagliflozin havi költsége 12.839 Ft, melyből levonva a 8.987 Ft-os NEAK támogatást, a beteg „csupán” 3.852 Ft-ot fizet. Ezt is szem előtt kell tartani, amikor a gyógyszerköltségekről beszélünk és nem véletlen, hogy az Egyesült Államokban olyan horribilis összegekbe kerül a cukorbeteg ellátása – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: Medscape, 2018. január 26.)

✓ MIT ADJUNK A 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZESEINKNEK, HA MÁR NEM ELÉG A METFORMIN?

A múlt század kilencvenes éveitől kezdve, tehát kb. 20 esztendő óta a metformin lépett elő a 2-es típusú diabétesz alapgyógyszerévé.

Csupán annak, a mintegy 15%-nyi páciensnek nem adtuk, akik bélrendszeri panaszok miatt nem tolerálták. Húsz éve nem volt kérdés, hogy mit adjunk a metformin mellé, ha már önmagában nem képes eléggé csökkenteni a vércukorszintet. Volt 2-3 szulfanilurea készítmény, melyek közül kettőt, a gliklazidot és a glimepiridet a mai napig is használjuk, igaz, egyre ritkábban. Azután az

ezredfordulón megjelentek és rövid ideig „tündököltek” az inzulinrezisztenciát csökkentő glitazonok, melyeket jó tíz éve felváltották a DPP-4 gátló gliptinek. Az elmúlt évtizedben a metformin mellé adott leggyakoribb kombinációs készítmények – legalábbis hazánkban – a gliptinek voltak.

Egy új, az Egyesült Királyságban és Németországban végzett felmérés keretében 10.256 2-es típusú cukorbeteg kezelését tekintették át 2011 és 2014 között. Elemezték a metformin mellé adott „második vonalbeli” készítményeket és az ezek alkalmazá-

sa által elért HbA1c szint csökkenés mértékét. A szerzők a betegek különböző demográfiai jellemzői figyelembe vételével a metforminnal vagy metformin nélkül adott szulfanilureák, DPP-4 gátló gliptinek, illetve inzulin-terápiás hatását elemezték.

A metformin mellett a betegek 41%-a szedett szulfanilureát, 31% DPP-4 gátlót. E szerek valamelyikét a metformin mellé adva a betegek HbA1c szintje 9,2%-ról 8,4%-ra mérséklődött. Azoknál a diabéteszeseknél, akik kezelését inzulinnal kezdték, a kiindulási HbA1c szint 2,1%-kal csökkent, ha az inzulin mellé metformint

is adagoltak, akkor további 1,7%-os csökkenést tudtak elérni.

Az összesítés során azt állapították meg, hogy minden újabb terápiás eszköz kb. 1%-kal csökkentette a HbA1c szintet. A legnagyobb mérvű csökkenést a kevesebb, mint 6 hónappal korábban diagnosztizált diabétesznél tudták elérni. Ez érthető is, hiszen ilyenkor még viszonylag elegendő volt a betegek inzulin-eltávolítása, mely az idővel párhuzamosan folyamatosan csökken, és ez teszi szükségessé a 2-es típusú diabétesz egyre intenzívebb kezelését.

Felmerül a kérdés – melyet más szerzők vizsgáltak –, hogy milyen összefüggés található az alkalmazott vércukorcsökkentő kezelés és a halálozás, illetve a hipoglikémia kockázata között. Azt találták, hogy a legkisebb a hipoglikémia kockázata a metformin monoterápia (önmagában adott met-

formin), illetve a metforminnal kombinált glitazon és a DPP-4 gátló kezelés esetén.

Nagyobb a hipoglikémia veszélye szulfanilurea monoterápia, inzulin monoterápia, szulfanilureával kombinált metformin vagy inzulinnal kombinált metformin kezelés esetén.

Ami a halálozás kérdését illeti, a HbA1c szinteket a következőképp kategorizálták: 7% alatti, 7–8,4%, 8,5–9,4% és 9,5% feletti. Az alacsonyabb két HbA1c szintek esetén a halálozási kockázat egyformán alacsony volt, de a két magasabb HbA1c kategória esetén ez nagymértékben nőtt.

Ha viszont a hipoglikémia okozta halálozást vizsgálták, azt találták, hogy az alacsonyabb HbA1c szintek esetén magasabb volt, mint a mérsékelt magasabb HbA1c-nél, viszont ez nem nőtt tovább a magasabb HbA1c szintek esetén (ezen szinteknél ugyanis

nagyon kicsiny volt a hipoglikémia valószínűsége).

Az SGLT-2 gátlók és a GLP-1 receptor agonisták szív-érrendszeri halálozást csökkentő hatásai miatt úgy tűnik, hogy fontosabb az, hogy mivel csökkentjük a HbA1c-t, minthogy milyen mértékben. Az A1c csökkentés és a szív-érrendszeri halálozás közötti kapcsolat nem lineáris, hanem U alakú: a nagyon alacsony és a nagyon magas HbA1c szinteknél nő a szív-érrendszeri halálozás.

Ezt figyelembe véve az idősebb, sérülékenyebb érrendszerű betegeknél az A1c szintek mérsékelt csökkentésére szükséges törekedni. Ezzel szemben a fiatalabb és még nem régóta diabéteszes egyéneknél a minél szorosabb, lehetőség szerint a 7% alatti HbA1c kontroll fenntartása a cél.

(Forrás: Medscape, 2018. január 26.)

SCE, MENTA PRO – PROGRAMAJÁNLÓ

Van egy szuper jó hírünk :-)

MentaTábor az első napközis tábor

Várható időpontok:
2018. július 2–6. és 9–13.



(A pontos helyszín még szervezés alatt, jelenleg a 11. kerülettel folyik az egyeztetés.)

A táborban terveink szerint 3 korcsoportban fogadunk gyermekeket:

1. óvodáskorúak (min. 5 fő esetén indítjuk)
2. alsó tagozatosok (min. 5 fő esetén indítjuk)
3. felső tagozatosok (min. 5 fő esetén indítjuk)

A gyerekekkel szakképzett pedagógusok és önkéntesek lesznek – mindannyian jártasak a diabétesz kezelésében, így a gyermekek egyénre szabott terápiáját folytatjuk a tábor időtartama alatt is.

További részletek hamarosan
a Facebook oldalunkon:

<https://www.facebook.com/mentaproalapitvany/>



2018. április

- 2018. április 14–15., szombat-vasárnap 9:00–18:00
[14. Sportos Cukros futás, 33. Telekom Vivicitta](#)

2018. Május

- 2018. május 8., kedd 18:00–21:00
[Fiatal cukorbeteg klubja](#) – SCE

2018. június

- 2018. június 12., kedd 18:00–21:00
[Fiatal cukorbeteg klubja](#) – SCE

MEGOSZTÁS A FACEBOOKON

2018

DIABFÓRUM MAGAZIN

DiabFórum Magazin – 2018/1 – Júlia diabétesz története

KATTINTSON IDE A TELJES KÉPERNYŐS OLVASÁSHOZ



A legfrissebb DiabFórum magazin



DiabFórum lapszámok

- ▶ 2018/1 - április
- ▶ 2017/5 - december
- ▶ 2017/4 - október
- ▶ 2017/3 - augusztus
- ▶ 2017/2 - május
- ▶ 2017/1 - március
- ▶ 2016/5 - december
- ▶ 2016/4 - október
- ▶ 2016/3 - augusztus
- ▶ 2016/2 - május
- ▶ 2016/1 - március
- ▶ 2015/5 - december
- ▶ 2015/4 - október
- ▶ 2015/3 - augusztus
- ▶ 2015/2 - június
- ▶ 2015/1 - március
- ▶ 2014/5 - december
- ▶ 2014/4 - szeptember
- ▶ 2014/3 - július
- ▶ 2014/2 - május
- ▶ 2014/1 - március
- ▶ 2013/5 - december
- ▶ 2013/4 - október
- ▶ 2013/3 - augusztus
- ▶ 2013/2 - június
- ▶ 2013/1 - május

A tartalomból:

- Köszöntő: Aktuális gondolatok
- Egy szakrendelőben dolgozó dietetikus munkájának mindennapjai...
- A cukorbetegség elfogadása
- Az én diabétesz történetem
- Magyarországon forgalmazott vércukorcsökkentő tabletták és injekciós készítmények (2018. március)
- Újabb vércukorcsökkentő készítmények Európában
- Mit adjunk a 2-es típusú diabéteszeseknek, ha már nem elég a metformin?
- SCE, Menta Pro – Programajánló
- In Memoriam Dr. Kautzky László, Dr. Koleszár Józsefné, Veres László
- Inszulinkezelés gyermekkorban (5.) – Vizeletvizsgálat tesztcikkkel
- Önellenőrzés (26.) – várandósság és önmenedzselés
- Gyermekdiabétesz rovat:
 - XIII. gyermekdiabétesz Nemzetközi Napja
 - Melléklet: X. Országos „Tudomány és Élet” Konferencia és szimpózium
 - Zsírnehérség gyermekeknél – elterjedés, következmények, megelőzés
 - Egészségügyi szűrővizsgálatok a gyermekdiabétesz megelőzésében
 - Tenentej és diabétesz kockázat
 - DiabPszicho Konferencia a Szurikáta Alapítvány szervezésében 2018. május 12.
 - Karácsonyi Ünnepek Pécsen
- Szöveti glukózmotorozás: Pótlás és a szöveti glukóz
- Könyvajánló:
 - Áttörés – könyvrészlet
 - Gasztronómiai utazások 5.

ÚJ DIABFÓRUM PORTÁL

WWW.DIABFORUM.HU

Friss



A cukorbetegség 4 gyakori, ám nem tipikus jelei

Virtuális galéria és hatálmásai ment a világon a magyar sikerég

1

30 év alatt megháromszorozódott a cukorbeteg gyerekek száma

0

Diétás receptek

✓ IN MEMORIAM DR. KAUTZKY LÁSZLÓ



Adiabetológiában mindvégig aktív maradt, ezt igazolja számos közleménye, előadása. Társszerzője volt a metabolikus szindrómával foglalkozó könyvünknek, amely évek során számos kiadást ért meg. Részt vett a diabétesz szakápoló képzésben előadásaival, elnöke volt annak a kuratóriumnak, amelyik e képzésnek irányító, szervező grémiuma. A diabetológián kívül több mint egy évtizeden át részt vett az „Egészségmegőrző Kórház Mozgalom” (Health Promoting Hospital) európai szervezetében. Egyedül képviseltük e szervezetben hazánkat az Országos Korányi Intézet nevében, majd a hazai hasonló nevű mozgalom alapításában és irányításában is aktív munkát végzett, e hazai szervezet adminisztratív munkáit irányító kuratórium titkára volt. Több mint egy évtizeden át évente kétszer képviseltük hazánkat Európa különböző városaiba ebben a szervezetben, ahol minden alkalommal előadást is tartott, ismertette a hazai egészségmegőrzés aktuális állapotát.

Éveken át tagja volt a Magyar Diabétes Társaság vezetőségének, koordinátora a folyamatos inzulinadagoló eszközzel kezelt 1-es típusú cukorbetegekkel foglalkozó szakmai csoportnak. Ebben a működésében meghatározó szerepe volt a betegek kiválasztásában, gondozásában, ellenőrzésében is. Aktív munkaviszonya

Soha nem gondoltam volna, hogy nekem jut a szomorú feladat, elbúcsúztatni azt a kedves munkatársamat, barátomat, aki az egyetemi tanulmányai befejezésétől nyugállományba vonulásomig végig velem dolgozott, majd utódom lett az osztály élén. Dr. Kautzky László hihetetlen élenk szellemű, mindenre nyitott, kiválóan képzett ember és orvos volt, akinek széles körű ismeretét számos alkalommal megcsodáltam. Diabetológiai érdeklődését, tudását kandidátusi értekezésében foglalta össze, amelyben a vörösvértestek inzulin-receptorainak szerepét, jelentőségét taglalta.

befejezése után a Budai Irgalmas-remendi Kórházban (BIK), hetenként rendszeresen foglalkozott a „pumpás” betegekkel. Alapítója volt az egyik első hazai diabéteszes klub-foglalkozásnak, Budakeszin. Hosszú éveken át olvasószerkesztője volt a Diabetologia Hungarica című szakfolyóiratnak.

Széleskörű szakmai munkája mellett érdeklődése kiterjedt az élet számos egyéb területére is. Két alkalommal, egy-egy évig tagja volt a Vietnamban működő nemzetközi katonai ellenőrző bizottságnak, majd Nigériában ugyancsak egy éven át fontos szerepe volt az ottani polgárháború utáni egészségügyi állapotok javításában.

Meglepően alapos ismeretekkel rendelkezett a történelem, a társadalom, a gazdaság kérdéseiben is. Szenvedélyes természetbarát volt, jól ismerte hazánk minden szegletét, különösképpen kedvelte Erdélyt és a felvidéket. Számos sportágban jeleskedett, így a repülésben, az ejtőernyőzésben, a lovaglásban, és megannyi más sportban is. Pozitív gondolkodásának köszönhető, hogy magánélete tragikus eseményei nem taszították kétségbeesésbe annak idején. Akkori felesége, nevelt lánya, annak férje gyors egymásutánban tragikus hirtelenséggel meghaltak. Lánya két kiskorú gyermeket hagyott hátra, akik hozzá élete utolsó napjáig ragaszkodó szeretettel vonzódtak. Az unokákkal e szoros, meleg nagyszülői kapcsolata haláláig megmaradt. Élete utolsó időszakát felesége, Éva jelenléte, gondoskodása tette szépé és tartalmassá. Kettejük mély

kapcsolatát a közös érdeklődési kör, a szakmai és kulturális nézetazonosság tette harmonikussá. Vidéki békés körülményeik részben kárpótolták a megelőző időszak súlyos familiáris megpróbáltatásait. Halálos betegségének tragikusan gyors periódusában Éva áldozatos segítsége nyújtott számára vigaszt és felbecsülhetetlen segítséget. Hiánya mind a szakmában, mind családjában, barátai között pótolhatatlan úrt hagy hátra. Lacikám, nyugodj békében, amíg élünk nem felejtünk el.

Dr. Halmos Tamás

Kautzky László főorvos sokszínű egyéniségét egy személyes példával is szeretném illusztrálni. Számtalan alkalommal vettünk részt együtt szakmai konferenciákon és egy alkalommal a Hortobágyon rendezett továbbképzésen meglátogattuk a ménest, aholis Kautzky László lóra pattant, miután kiválóan lovagolt. Ekkor megemlítettem neki, hogy feleségem egyik legnagyobb vágya, hogy egyszer lóra ülhessen. Laci barátom akkortájt lakásunk közelében, a Budapest II. kerületi Hidász utcai lovardában lovagolt és egy délután becsöngetett feleségemhez e szavakkal: „Itt a ló”. Miután nejem először nem értette, mit akar ez jelenteni, kivezette a társasházunk udvarára, ahol valóban ott állt egy ló, kikötve az orgonabokrokhoz. Kautzky László felültette a lóra és körbevezette a szomszédos park körül a lovat, hátán feleségemmel. Hogy ez másnak eszébe jutott volna, azt nem tudom...

Dr. Fövényi József

✓ IN MEMORIAM

DR. KOLESZÁR JÓZSEFNÉ (1949–2017)

VERES LÁSZLÓ (1953–2017)



Tavaly decemberben, rövid időn belül, két kedves elnöktársunkat és barátunkat is elveszítettük.

Dr. Koleszár Józsefné, Beát a Gödöllői Cukorbeteg Egyesület elnökét és **Veres Lászlót** a Jászárokszállási Cukorbeteg Klubjának elnökét.

Akét egyesülettel sok közös élményünk volt. Minden évben együtt voltunk a Jászárokszállási Cukorbeteg Farsangján és a Jászárokszállási Nyár Egészségnapján. Már meg is beszéltük, hogy idén februárban is találkozunk Jászárokszálláson. Sajnos ez már nem valósulhatott meg. Beával még együtt voltunk november 4-én a Debreceni Országos Diabetes Világnapon. Műtét

előtt állt, de bizakodóak voltunk. Egy hónap múlva, december 4-én kaptuk a szomorú hírt, hogy sajnos a betegség legyőzte. December 28-án volt a búcsúztatója a Gödöllői Református Templomban, pont azon a napon, amikor másik elnöktársunk Veres László feladta a kórházban az életéért vívott küzdelmét, amit a 2017. november 13-i balesete óta folytatott.

Laci a balesete napján is jótékonykodott, mint mindig egész életében. A Jászárokszállási Közösségi Ház udvarán a kertjében termelt sütőtökből süttött az idősotthon lakóinak. Onnan biciklivel indult haza ebédre, ahová már nem érkezett meg, mert egy kanyarban a busz hátsó sarkának ütközött és eszméletét veszítette, amiből több hetes küzdelem után sem tudták megmenteni. Lacitól január 8-án Jászárokszálláson, Beától január 18-án Gödöllőn vettünk végső búcsút. Mindketten nagyon fognak hiányozni a cukorbeteg közösségéből!

Ha elveszítjük, azokat, akiket szeretünk, úgy érezzük, hogy a szívünk szakad meg. Aztán eszünkbe jut a sok kedves szó, mosoly, azok a felejthetetlen dolgok, amiket mondtak vagy tettek és rájövünk, hogy nem hagytak el teljesen, itt élnek bennünk tovább az emlékezetünkben és a szívünkben.

*Jakabné Jakab Katalin, elnök
Cukorbeteg Egri Egyesülete*



✓ CUKORBETEGSÉG ÉS INZULINKEZELÉS GYERMEKKORBAN 5.

VIZELETVIZSGÁLAT TESZTCSÍKKAL

Modern korunkban, amikor már minden diabéteszes rendelkezik vércukormérő készülékkel, a vizelet cukor- és keton-vizsgálat szinte teljesen „kiment a divatból”. Pedig, amint látni fogjuk, hasznos és fontos információt szolgáltatathat.

Vizelet-cukor vizsgálat

Ha a vizeletben cukor mutatható ki, az annyit jelent, hogy a vizeletürítést megelőző órákban a vér cukorszintje 8–10 mmol/l felett volt, mert ez a vércukorérték felel meg a vese úgynevezett küszöb szintjének, az ennél magasabb vércukorszint a vesén keresztül „kifolyik a szervezetből”. Minél magasabb a vércukorszint, annál több cukrot tartalmaz a vizelet, bár ez az összefüggés sajnos nem szoros, és a vizelet cukortartalmából nem tudunk pontosan következtetni a vércukor szintre. Ez a vizeletcukor vizsgálat hátránya.

És melyek az előnyei?

- Fájdalmatlan
- Egyszerű
- Olcsó

A vércukorvizsgálatok egy részét kiválthatjuk vizeletcukor vizsgálatral, pld. ha ismételt minden vizsgált vizeletminta cukrot tartalmaz, akkor vércukorvizsgálat nélkül is (ilyenkor valószínűleg az ürített vizelet is sok) feltételezhetjük, hogy a vércukorszint tartósan magas.

Vizelet-keton vizsgálat

A ketontestek a zsírok lebontási termékei, megjelenésük a vérben és a vizeletben azt jelenti, hogy a szervezet energiaszükségletének fedezésére zsírokat használ fel. A ketontestek az anyagcsere egészséges egyének vizeletében is megjelenhetnek, ha az elégtelen cukor ill. szénhidrát-fogyasztás miatt a szervezet éhezéssel állapotba kerül és zsírok lebontására kényszerül. Tehát, ha a vizelet cukor negatív, de keton pozitív, akkor nem az inzulin a kevés, hanem a bevitt szénhidrát.

Ha a vizelet cukortartalma magas (a vércukor is nyilvánvalóan magas) és ketont is tartalmaz, akkor ez azt jelenti, hogy a szervezet már jelentős inzulinhiányban szenved. A keton testek a szervezet számára mérgező, savas természetű, igen veszélyes anyagok, megjelenésük az inzulinbevitel növelésének szükségességére hívja fel a figyelmet.

Mikor szükséges a vizelet-keton vizsgálat?

- Ha a vércukorszint magas (15 mmol/l felett), a vizelet erősen cukor pozitív
- Betegség, fertőzés, láz esetén. Ilyenkor a szervezet inzulinigénye gyorsan fokozódhat, és ha azt nem követi a bevétel fokozása, könnyen alakulhat ki ketózis, ketoacidózis.
- Inzulinpumpa kezelés során (szemben a bázis/bólus pen-injektoros kezeléssel) nincs a szervezetben tartalék inzulin és a pumpa meghibásodása esetén órák alatt jelentősen megemelkedhet a vércukor szint és ketózis alakulhat ki, ami felhívja a figyelmet az azonnali szerekcserére.

A vizelet cukor és acetone vizsgálat egyszerűen elvégezhető, az erre a célra készült csíkokat egyszerűen belemártjuk a vizeletmintába (vagy a gyermek erre „rápisil”) és a színskálán leolvassuk az eredményt. A forgalomban lévő csíkok (Meditest Glucose 3 és Uriscan) egyszerre mutatja a cukor- és keton-tartalmat.

A vizelet keton vizsgálatnál hamarabb jelzi a ketóziást a vér keton vizsgálata, ami a vércukorvizsgálathoz hasonlóan egyetlen vécseppből elvégezhető. Ez jóval olcsóbb, mint a vizelet keton vizsgálata. Hazánkban még nem terjedt el. Kisgyermeknél, akinek gyorsabban kifejlődhet a ketózis és, akik ráadásul még nem szobatiszták vagy szülői „felszólításra” még nem mindig képesek (vagy nem hajlandók) vizeletmintát produkálni, különösen hasznos lehet ez a vizsgálat.

Prof. Dr. Soltész Gyula





changing diabetes®

Novo Nordisk Hungária Kft.
1025 Budapest, Felső Zöldmáli út 35.
Tel: 06-1-325-9161, fax: 06-1-325-9169 • www.novonordisk.hu
Mellékhatás-jelentés esetén: safety-hu@novonordisk.com

A changing diabetes® a Novo Nordisk A/S, Dánia védjegye. © 2018 Novo Nordisk A/S


novo nordisk®

ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ

A DCONT.HU HASZNA (26.RÉSZ)

🔥 VÁRANDÓSSÁG ÉS ÖNMENEDZSELÉS

Jelen esettanulmányunk alanya a most 26. életévében járó K-S Laura, aki 5 éves korában lett diabéteszes és 2015-ben került gondozásunkba, miután Veszprémből tanulmányai miatt a fővárosba került.

Anyagcsere-vezetése korábban és gondozásunk első két évében elégtelen volt, melyet a folyamatosan 8–9% között járó HbA1c szintjei is igazolnak. A HbA1c szintek elmúlt 3 évben történt alakulása látható az 1. ábrán. Az ebben az időszakban alkalmazott inzulinok reggel 13, este 10 E glargin inzulin, étkezések előtt pedig 7–8–5 E glulizin inzulin voltak. Laurával Dcont.hu-n keresztül rendszeresen tartottuk a kapcsolatot, de ez egy darabig nem vezetett a kívánt anyagcsere javuláshoz. Számos esetben személyes, gyakrabban e-mail-en keresztül tör-

tendő értekezésünk alkalmával Laura közölte, hogy számos feladata van és nem ér rá diabéteszével többet foglalkozni.

2016 júniusában vércukrai a 2. és 3. ábra szerint alakultak. Látható, hogy nagyon nagyok az ingadozások. A táblázat jobboldalán olvasható, hogy Laura naponta lelkiismeretesen beírta az inzulinadagokat. A vércukrok szórása a 3. ábra pontdiagramjaiból látványosan kiderül.

Ugyanezen év őszén Laura teherbe esett és bár a 9%-os HbA1c szint mellett kockázatosnak tűnt a terhesség kihordása, Laura ragaszkodott ehhez. A gravititás alatt gondozását az 1-es típusú diabéteszes terhesség specialistája, munkatársam, Thaisz Erzsébet főorvosnő vette át, aki – Laurával szoros együttműködve – csodát művelt.

Mint az 1. ábrából látható, Laura HbA1c szintjei várandósága alatt drámaian lecsökkentek, még 6% alá is. Ezalatt inzulin igénye a korábbi 23 E glargin bázis + 20 E körüli glulizin étkezési inzulinról – humán inzulinra állítva – 41 E NPH bázis + 51 E gyors hatású étkezési inzulinra nőtt.

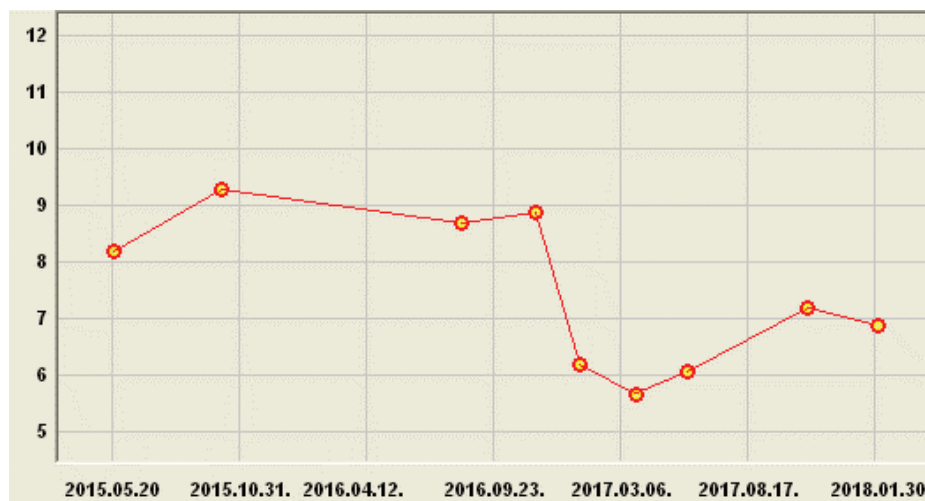
2017 júniusában 3700 g-os egészséges leánygyermeket szült. Ezt követően inzulinigénye jelentősen lecsökkent, visszatértünk az analog inzulinokra és 2018 januárjában anyagcsereje este egyszer adott 16 E bázis glargin inzulinnal és összesen 30 E étkezési aszpart inzulinnal kielégítő szinten stabilizálódott.

Január 10 napján mért vércukrai a 4. ábra tanúsága szerint kielégítőek, az 5. ábrán láthatóan zömmel a céltartományokon belül vagy azokat alig meghaladva alakultak. Tekintettel a viszonylag sok hipoglikémiás értékre, tanácsoltuk minden inzulin adag 1–3 E-es csökkentését.

Laura továbbra is maximálisan együttműködik és rendszeresen feltölti adatait a Dcont.hu-ra.

Az orvos beteg távkommunikáció szempontjából is sikeresnek tűnik a Dcont eNapló által történő együttműködés, de Laura esetében a döntő tényezőnek a terhessége, egészséges gyermek világra hozatalának a kívánsága bizonyult, mely alapvetően megváltoztatta a diabétesze önmenedzselését. Reméljük, hogy számos más hasonló esettel ellentétben, Lauránál ez így is marad.

Dr. Fövényi József
dr. Thaisz Erzsébet



Laura HbA1c szintjei gondozásunk kezdetétől napjainkig

1. ábra

Napi bontás táblázatban

2016.06.01 - 2016.06.10

	00:00	06:30	08:30	10:30	12:00	13:30	15:30	18:00	19:30	21:30	24:00	Megjegyzés
	-	R.e.	R.u.	De	E.e	E.u.	Du	V.e.	V.u.	-		
2016.06.01			09:26 14,0	11:38 20,9	12:33 13,0	14:09 4,4	15:41 4,7		19:47 19,9	23:12 17,9		00:00 - Reggeli bázis: 10e Esti bázis: 10e korr:3e Reggeli:20g ch-6e korr:4e Ebéd:35g ch-6e Vacsora:30g ch-5e korr:4e
2016.06.02		07:37 11,8		11:45 26,6	13:27 19,6		16:20 4,3	18:01 10,2	20:36 16,1	22:38 17,4		00:00 - Reggeli bázis: 10e Esti bázis: 10e Reggeli:30g ch-9e korr:5e Ebéd:30g ch-5e korr:3e Vacsora:25g ch-4e korr:4e
2016.06.03		07:24 12,4			13:09 12,1		17:11 6,0		20:01 7,3			00:00 - Reggeli bázis: 10e Esti bázis: 10e Reggeli:40g ch-12e Ebéd:30g ch-5e Vacsora:20g ch-3e
2016.06.04			08:30 14,5	11:21 8,5	12:36 13,0		15:49 5,0	18:38 8,3	21:08 7,2			00:00 - Reggeli bázis: 10e Esti bázis: 10e korr:2e Reggeli:40g ch-12e Ebéd:40g ch-6e Vacsora:70g ch-11e
2016.06.05			06:19 12,2		12:32 5,4	13:30 5,3	16:51 21,8	19:16 16,7		21:38 14,7		00:00 - Reggeli bázis: 10e Esti bázis: 10e Reggeli:40g ch-12e Ebéd:30g ch-5e korr:4e Vacsora:20g ch-3e
2016.06.06		07:08 12,6	10:02 14,3		13:00 9,6	13:19 8,7			20:05 21,3	23:34 12,3		00:00 - Reggeli bázis: 10e Esti bázis: 10e Reggeli:30g ch-9e Ebéd:20g ch-4e korr:5e Vacsora:20g ch-3e korr:3e
2016.06.07		07:51 10,1			12:32 10,2		17:08 7,7	19:23 5,4		22:49 19,5		00:00 - Reggeli bázis: 10e Esti bázis: 10e Reggeli:20g ch-6e Ebéd:30g ch-5e Vacsora:
2016.06.08		06:10 12,2		11:51 14,8	12:21 13,9	13:54 4,4	16:54 11,2	18:30 9,3	20:34 13,5	23:19 19,9		00:00 - Reggeli bázis: 13e Esti bázis: 10e Reggel: 20g ch-3e Ebéd:30g ch-5e Vacsora: 35g ch-6e korr:5e
2016.06.09		07:42 13,7		10:53 12,5	12:10 12,0	14:25 8,7	17:14 11,1		19:33 17,3	23:05 7,6		00:00 - Reggeli bázis: 13e Esti bázis: 10e Reggel: 30g ch-9e Ebéd:30g ch-6e Vacsora:25g ch-4e korr:4e
2016.06.10		07:35 17,8	09:44 15,4		13:24 3,9		16:45 12,1		19:36 14,9	22:43 15,6		00:00 - Reggeli bázis: 13e Esti bázis: 10e korr:3e Reggel: 25g ch-7e Ebéd:40g ch-6e Vacsora:20g ch-3e korr:3e

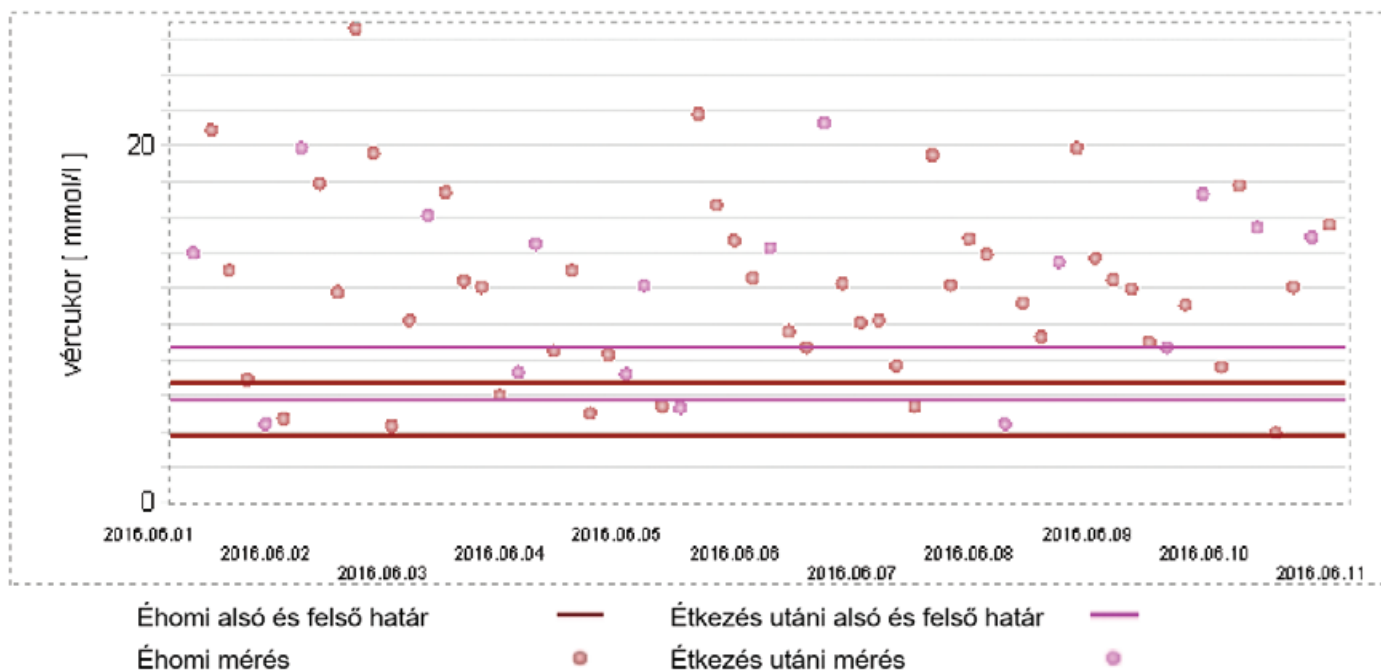
2. ábra

2016. júniusának 10 napján mért vércukrok táblázatban

3. ábra

2016. júniusának 10 napján mért vércukrok időrendi sorrendben

Vércukorértékek megoszlása a beállított határértékek szerint





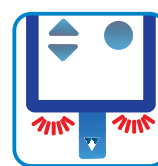
TARTSA KÉZBEN diabéteszét!



Becsült hipoglikémia
eseményszám



Becsült HbA1c
értéktartomány



Vértvételi hely
megvilágítás

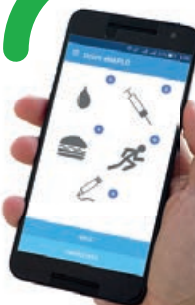


USB és Bluetooth
csatlakozás

Dcont® NEMERE



MAGYAR TERMÉK
VILÁGSZÍNVONALON



Dcont® Mobilalkalmazás

Keresse a gyógyszerárakban és
gyógyászati segédeszköz üzletekben!

77 Elektronika Kft. 1116 Budapest, Fehérvári út 98.

Zöldszám: 06 80 27 77 77 Tel.: 06 1 206 1480 Fax: 06 1 206 1481

E-mail: ugyfelszolgalat@e77.hu www.dcont.hu www.e77.hu

A Dcont® NEMERE vércukormérő gyógyászati segédeszköz.



77 Elektronika Kft.
Alapítva 1986-ban

A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót,
vagy kérdezze meg kezelőorvosát.

Napi bontás táblázatban

2018.01.19 - 2018.01.29

	00:00	06:30	08:30	10:30	12:00	13:30	15:30	18:00	19:30	21:30	24:00	Megjegyzés
2018.01.19	-		R.e. 07:01 3,2	R.u. 09:14 3,8	De 11:18 4,3	E.e. 12:40 7,4	E.u. 14:34 3,2		V.e. 19:11 5,4	V.u. 21:18 2,2	- 22:25 6,4	00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 9e Ebéd: 10e Vacsora: 10e
2018.01.20			07:56 6,0		10:59 2,5	13:23 8,2		16:26 3,1	19:03 7,7		21:38 3,8	00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 10e korr:30ch+ Ebéd: 10e Vacsora: 9e korr: +25ch
2018.01.21			08:11 7,8	10:13 20,5	11:46 12,4	12:42 7,2	14:32 4,4	16:00 3,2	18:58 11,7		21:42 4,6	00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli - eimulasztott inzulin 1 korr: 8e Ebéd: 10e Vacsora: 11e korr: 25ch
2018.01.22			07:09 4,2	08:51 3,0	11:27 6,2	12:28 7,9	13:46 3,8	16:25 8,8	18:41 6,6		21:38 11,0	00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 10e Ebéd: 10e Vacsora: 9e
2018.01.23	05:17 3,2	07:12 9,7	09:25 5,7	11:59 4,0		14:39 3,4	17:51 14,3	18:49 15,0	21:18 4,5	22:46 6,9		00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 11e Ebéd: 9e korr: 3e Vacsora: 13e
2018.01.24			07:41 3,3		10:41 6,0	12:28 7,5		15:55 7,0	18:40 6,4	20:57 5,1		00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 9e Ebéd: 10e Vacsora: 9e
2018.01.25			07:49 5,2	09:54 3,9		12:38 10,1	14:04 4,1		19:25 6,9		21:40 7,1	00:00 - Menstruáció, Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 10e Ebéd: 10e Vacsora: 9e
2018.01.26			07:52 3,6	10:10 7,4		12:37 10,8	13:44 3,5	16:25 7,0	19:11 10,4	20:49 10,1	21:37 11,4	00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 9e Ebéd: 10e Vacsora: 10e
2018.01.27			08:12 8,4		11:41 4,4		14:28 9,9	15:57 3,7	18:28 6,8	20:10 10,0	21:48 11,5	00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 10e Ebéd: 9e Vacsora: 9e 3 e korrekció
2018.01.28			07:27 7,4		11:51 4,3		13:31 10,7	17:39 6,5	19:05 4,4	20:26 3,9	21:39 8,4	00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 10e Ebéd: 9e Vacsora: 9e
2018.01.29			07:41 7,4	09:17 10,7	11:36 6,4	12:30 5,8	13:30 3,4		18:38 5,3			00:00 - Esti bázis: 16E Lantus Reggeli: 10e edzés->hipo Ebéd: 10e Vacsora: 9e

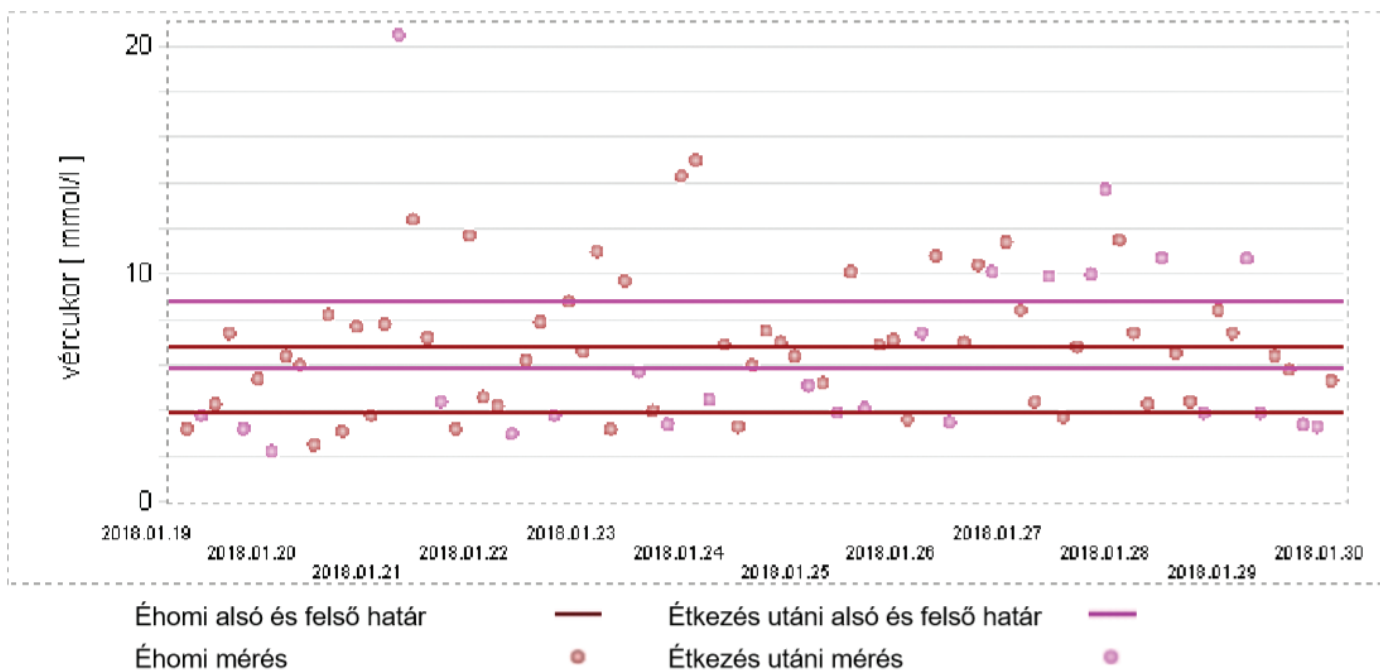
4. ábra

2018. januárjának 10 napján mért vércukrok

5. ábra

2018. januárjának 10 napján mért vércukrok időrendi sorrendben

Vércukorértékek megoszlása a beállított határértékek szerint



✓ XIII. GYERMEKDIABETES NAP

SZOMBATHELY, 2018. JANUÁR 13.



Immár 13. alkalommal rendezték meg a Gyermekdiabetes napot Magyarországon. A rendezvényt a diabeteses gyermekek, szülei és a gyermekdiabetológiai foglalkozó hazai szakemberek annak a világrengető eseménynek kívánnak emléket állítani, hogy 1922. január 11-én a világon elsőként egy 14 éves diabeteses gyermek megkapta az első inzulin injekciót, és ezzel megmenekült a biztos haláltól.

A kezdeményezés Dr. Szabó László szombathelyi gyermekdiabetológus főorvostól származik, aki – mindannyiunk sajnálatára – az ez évi rendezvényen betegsége miatt nem tudott részt venni. Idén – a korábbi évektől eltérően – az időjárás is kegyes volt hozzánk, ami hozzájárult ahhoz, hogy a korábbiaknál több, 200 feletti résztvevő jelent meg az ország minden pontjáról.

Az üdvözlő beszédek után (Dr. Puskás Tivadar Szombathely polgármestere, Dr. Káldy Zoltán a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház orvosigazgatója, Dr. Körner Anna, a Gyermekdiabetes Szekció elnöke, Dr. Balogh Márta és Dr. Csákváry Violetta, a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Csecsemő- és Gyermekosztályának főorvosai) következett a nap fénypontja, a diabeteses gyermekek műsora. Az igen

magas színvonalú program széles skálán mozgott: a prózamondástól a népdal éneklésig, a hangszeres előadástól a táncig minden megtalálható volt. Szívmelengető volt látni, hogy a diabeteses élő gyermekek állapotuk kiemelkedő művészi teljesítményekre is képesek. A gyermekek műsorát egy, a szülők és a gyermekdiabetológusok részvételével megrendezett kerekasztal megbeszélés követte, amelynek kiemelkedő programpontja volt két, a diabetesben gyermeke által érintett szülő felszólalása: Lévai Ildikó, a gyulai Diaboló Alapítvány a Cukorbeteg Gyermekekért elnöke „Egyensúlyban – a gyermekem, a diabetes és én” címmel tartott előadást, és Mestersházy Andrea klinikai szakpszichológus a DELFIN – Cukorbeteg gyermekeket nevelő családok szülői programját

ismertette. A saját diabeteses való viszonyáról „vallott” Dr. Nemény András. Ezt követően több szülő tette fel kérdéseit, illetve osztotta meg gondolatait a kerekasztal résztvevőivel és a hallgatósággal.

A délután a gyermekek számára rendezett programokkal folytatódott. Nagy érdeklődés és önfelelt szórakozás kísérte Nagy Jonathan illuzionista művész „Varázssperceit”, az ELTE SEK Szökös Együttes Táncházát László Dávid szólótáncával, valamint a „Tiszta Dili Animációt”. Végül a nagy izgalommal várt meglepetés vendégek (Dr. Bohóc Mosolyszolgálat) és a tombola következtek. A gyerekek örömet fozkotta, hogy mindenki nyertes lett!

Az egész Gyermekdiabetes Szekció vezetősége nevében szeretnénk köszönetet mondani a diabeteses gyermekeknek és szüleiknek, a rendezvény szervezőinek (Dr. Szabó László, Dr. Balogh Márta és Dr. Csákváry Violetta főorvosoknak), valamint a nagyvonalú szponzoroknak, akiknek a támogatása nélkül ez a rendezvény nem lehetett volna ennyire sikeres.

Dr. Körner Anna

MEGHÍVÓ: XI. ORSZÁGOS „TÖRP PROGRAM” CSALÁDI EDUKÁCIÓS HÉTVÉGE

A győri Gyermekdiabetes Gondozó
és a Cukorbeteg Gyermekeket Támogató
győri Egyesület meghívja
Önt és családját a

XI. országos „Törp Programra”

Családi edukációs hétvége 8 év alatti, diabeteses gyermekek, szüleik, és testvéreik részére. 8 év alatti frissen felfedezett diabeteses gyermekes családok jelentkezését várjuk.

Időpont: 2018. június 1-3.

Helyszín: Hotel Szépalma

(Veszprém megye, Zircről 7 km-re, a Bakony közepén)

www.szepalma.hu

A kisgyermekkor és a diabetes

Vezetik: dr. Niederland Tamás (Győr)
dr. Blatniczky László (Budapest)
dr. Körner Anna (Budapest)
dr. Gál Veronika (Győr)
dr. Békefi Dezső (Tatabánya)
dr. Havas Anett (Veszprém)

Hogyan alakul ki az 1-es típusú diabétesz? Speciális problémák, kezelési módok. Újdonságok, a diéta kérdései. Mit tegyek ha „nem eszik a gyerek”? Az önállósodás kérdései. Az óvodai-iskolai személyzet felkészítése a diabéteszes gyermek fogadására. A vércukormérés. Interaktív foglalkozások.

Amíg a szülők „okosodnak” addig a gyermekeknek folyamatosan játszóházat biztosítunk az önállósodás jegyében.

Célunk „Családi edukátor” képzés megvalósítása. A megszerzett ismeretek továbbadása a sorstársaknak az ország különböző régióiban.

Térítési díj: 25.000 Ft / 3–5 fős család / rendezvény
(2 éjszaka szállás, pénteken ebéd-vacsora, szombat reggeli, ebéd, vacsora, vasárnap reggeli + a diabeteses gyermekeknek tízórai, uzsonnák)

Jelentkezési határidő: 2018. május 13.

(A beérkezés sorrendjében az első 25 család jelentkezését tudjuk elfogadni. 2018 május 21 -ig visszaigazolást küldünk, befizetési csekket vagy bankszámla számot mellékelünk, előnyt élveznek a rendezvényre első alkalommal jelentkezők.)

A jelentkezéseket

Tuifel Andrea

Petz Aladár Megyei Kórház
Gyermekdiabetológia Gondozó,
9024 Győr Vasvári Pál u. 2-4.

vagy e-mail:

juhasznea@petz.gyor.hu címre kérjük küldeni.

KÉRJÜK A GONDOZÓK VEZETŐIT, MUNKATÁRSAIT, hogy elsősorban olyan családokat javasoljanak (gondozónként egy család, „nagy gondozókból” 2-3 család), akik hazatérve hasonló rendezvények szervezését kezdeményezhetik. Célunk, hogy az eddig megszerzett tapasztalatainkat átadhassunk nekik ezen a rendezvényen.

A rendezvényt a Magyar Diabetes Társaság, Sanofi-Aventis, 77 Elektronika, Medtronic Hungaria, Roche Magyarország, a győri Cukorbeteg Gyermekeket Támogató Egyesület, Lurkó alapítvány – Győr támogatja.



✓ ZSÍR-FEHÉRJE EGYSÉG

EGY ÚJ LEHETŐSÉG AZ ÉTKEZÉST KÖVETŐ VÉRCUKOR-EMELKEDÉS ELKERÜLÉSÉRE

A vércukorszint étkezést követő alakulása jelentős meghatározója a glikált hemoglobin (HbA1c) szintjének, és az étkezés utáni hiperglikémia pedig fontos rizikótényező a késői szövődmények kialakulása szempontjából.

Az inzulinpumpa-kezelés egyik meghatározó előnye az, hogy az étkezés előtti bólusok adagjának és típusának megválasztásával hatékonyabban mérsékelhető a vércukor-emelkedés, mint az injekciós inzulinkezeléssel. Mindez új megvilágításba került annak felismerésével, hogy diabéteszeseknél az étkezési szénhidrátok mellett az elfogyasztott zsírok és fehérjék is vércukoremelő hatással bírnak. Nem elhanyagolható mennyiségekről van szó, hiszen az ajánlások szerint a zsírok a napi kalóriabevitel mintegy 30%-át, a fehérjék pedig 15–20%-át teszik ki.

A zsírokat, mint makro tápanyagokat rendszerint szénhidrátokkal együtt fogyasztjuk, ritkán önmagukban (A makro tápanyagok olyan tápanyagok, amelyekre nagy mennyiségben van szükségünk. Ezek a szénhidrátok, a zsírok és a fehérjék.) A szénhidrátokkal együtt fogyasztott zsírok az étkezések utáni első 3 órában mérséklék azok vércukoremelő hatását, de elhúzódó, későbbi hiperglikémiát okoznak. A fehérjék fogyasztása anyagcsere egészségeseknél – az inzulin és glukagon elválasztás finoman összehangolt serkentő hatásának köszönhetően – nem növeli a vércukorszintet. Diabéteszeseknél azonban elhúzódó vércukor-emelkedést okoznak, ami 2-3 óra elteltével kezdődik és 5 órán túl is tarthat.

Tehát a zsírok és a fehérjék önmagukban, egymástól függetlenül is vér-

cukoremelő hatásúak. Mivel azonban a legtöbb táplálék zsírt és fehérjét is tartalmaz, így a mindennapi élet körülményei között egyidejű hatásukkal kell számolnunk. A vizsgálatok szerint ilyenkor a két táplálék vércukoremelő hatása összegződik.

Mindehhez természetesen hozzá kell tennünk, hogy a legtöbb táplálék, amit elfogyasztunk mindhárom makro tápanyagot, tehát a szénhidrátot, a zsírt és a fehérjét is tartalmazza. Ebből következik, hogy zsír- és/vagy fehérjedús táplálék elfogyasztásakor az étkezés előtti inzulin bólust úgy kellene megválasztanunk, hogy az mind a korai, mind a késői vércukor-emelkedést mérsékelje.

Inzulinpumpa-kezelésnél a bólus típusok (egyszerű, kiterjesztett és kombinált) megválasztásával erre – elméletileg – van is lehetőségünk. A kérdés csak az, hogy miként számoljuk ki az étel zsír- és fehérjetartalmát is figyelembe vevő étkezési plusz inzulin adagját és hogyan döntjük azt el, milyen típusú bólus adása lesz a legelőnyösebb. A diabetológus szakemberek több módszert is kidolgoztak erre. Itt most csak az egyik legelterjedtebbet, a lengyel Pankowska doktornő nevéhez fűződő zsír-fehérje egység használatát ismertetjük röviden.

A zsír-fehérje egység használata

A számolás két alapelven nyugszik:

1. Egy zsír-fehérje egység 100 kcal energiatartalmú zsírnak vagy fehérjének felel meg. Mivel 1 gramm fehérje energiatartalma 4 kcal, ezért 25 gramm fehérje ($4 \times 25 = 100$) 1 zsír-fehérje egységnek felel meg. Mivel 1 gramm zsír energiatartalma 11 kcal, 9 gramm zsír ($11 \times 9 \approx 100$) tesz ki 1 zsír-fehérje egységet.

2. Egy zsír-fehérje egység elfogyasztása előtt beadandó inzulin egyenlő a 10 gramm szénhidrát beviteléhez szükséges inzulinnal.

Mivel a 10 gramm szénhidráthoz szükséges inzulin egyénekenként különböző (és napszakonként is változhat), ebből következően a zsír-fehérje egységre számított inzulin is eszerint változik. Például akinek 10 gramm szénhidráthoz 1.5 egység inzulin kell, annak – ha a 10 gramm szénhidrátot tartalmazó ételle még 1 zsír-fehérje egységnyi zsírt és/vagy fehérjét is tartalmaz – további 1.5 egység inzulint, összesen tehát 3 egység bólus inzulint kell beadnia.

A bólus típusa és beadásának javasolt időtartama az elfogyasztandó étel zsír-fehérje tartalmától függ, ehhez előre kidolgozott táblázatok nyújtanak segítséget. Ezek részletes taglalása már meghaladja írásunk terjedelmét.

Helyette bemutatjuk a 9 éves Hunor pizza vacsoráját (1. ábra), annak pontos tápanyag összetételét és az ennek elfogyasztásához szükséges – a fenti elvek alapján számított – bólus részleteit (inzulinmennyiség és bólus típus). Vacsora alatt és azután egészen a következő nap reggeléig a gyermek folyamatos cukorérzékelőt viselt. Az első cukorgörbén látható a cukorszint vacsora utáni néhány órás megemelkedése, amit azután az egész éjszaka során normális cukorértékek követték (2. és 3. ábra). Hunor a következő nap ugyanazt a pizzát vacsorázta, de a hagyományos számítás szerint csak annak szénhidráttartalmára adott, tehát jóval kevesebb, 3 egység inzulint. A második görbe (4. és 5. ábra) jól érzékelteti az egész éjszaka tartó megemelkedett cukorértékeket.

Írásunkkal az étkezés előtt adott bólus inzulin mennyiségének és a bólus típus megválasztásának egy újabb módszerére kívántuk felhívni a figyelmet, valamint másokkal is megosztani az ezzel kapcsolatos első tapasztalatunkat.

A Nemzetközi Gyermek Diabétesz Szövetség (ISPAD) legújabb, 2018-ban megjelenő ajánlása is foglalkozik a kérdéssel, de egyelőre még nem foglal egyértelműen állást. Hivatkozik azokra az újabb megfigyelésekre, amelyek szerint a fehérje vércukoremelő hatása a fent ismertetettnél kevesebb inzulinnal is „semlegesíthető” volt.

Dr. H Nagy Katalin

Seresné Szabó Ágnes (diétetikus)

Dr. Soltész Gyula



1. ábra

Hunor (9 éves) pizza vacsorája

Összesen (7 adag):

- 400g teljes őrlésű tönkölybúzáliszt
- 14g extra szűz olíva olaj
- 14g szárított élesztő
- 200g light ketchup
- 280g kukorica
- 220g makréla repceolajban
- 250g light trappista sajt

1 szelet (225 g) tápanyagtartalma:

Energia: 443 kcal/ 1852KJ

Fehérje: 25 g

Zsír: 24 g

Szénhidrát: 41 g

ICR: 0,75 E/10 gr ISF: 4 mmol/l

41 g szénhidrát → 3 E

24 g zsír → 1,65 FPU

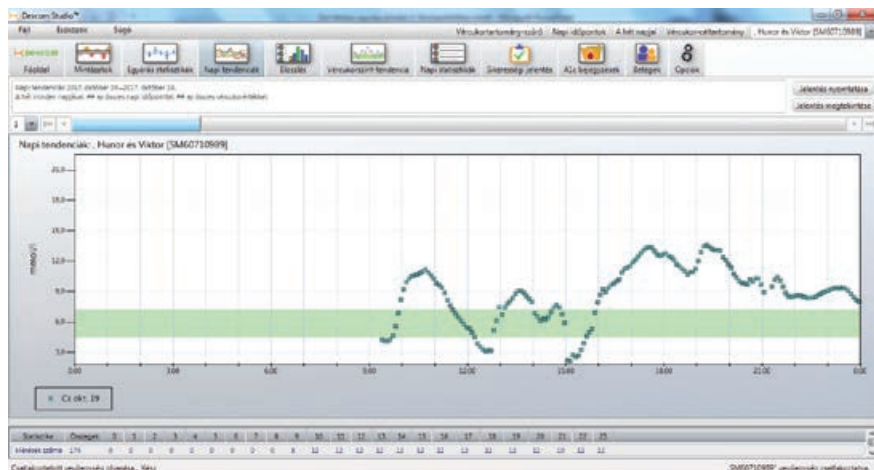
25 g fehérje → 0,75 FPU → 2,4 E

→ 5,4 E

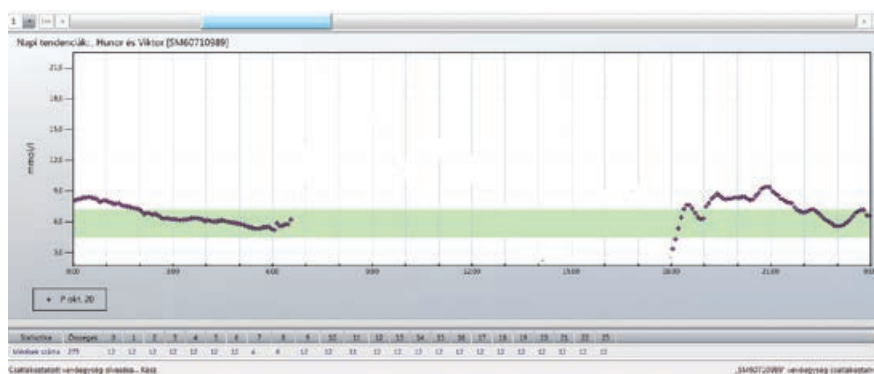
kombinált bólus

3 E standard

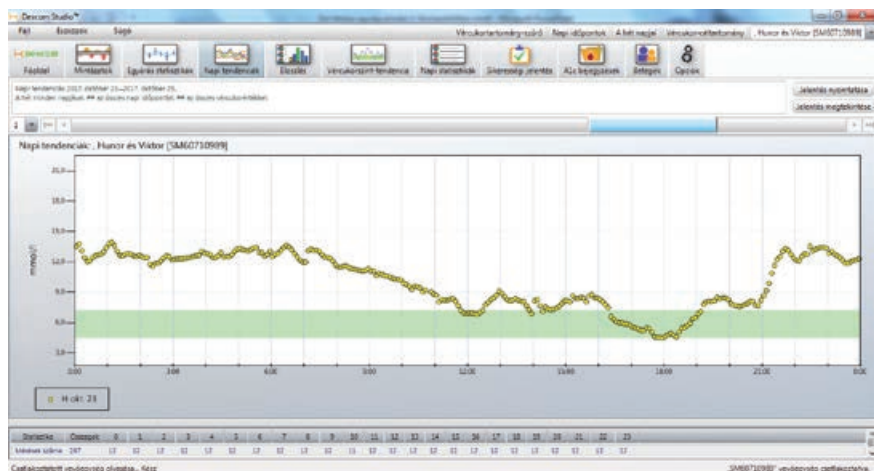
2,4 E kiterjesztett bólus (4 óra)



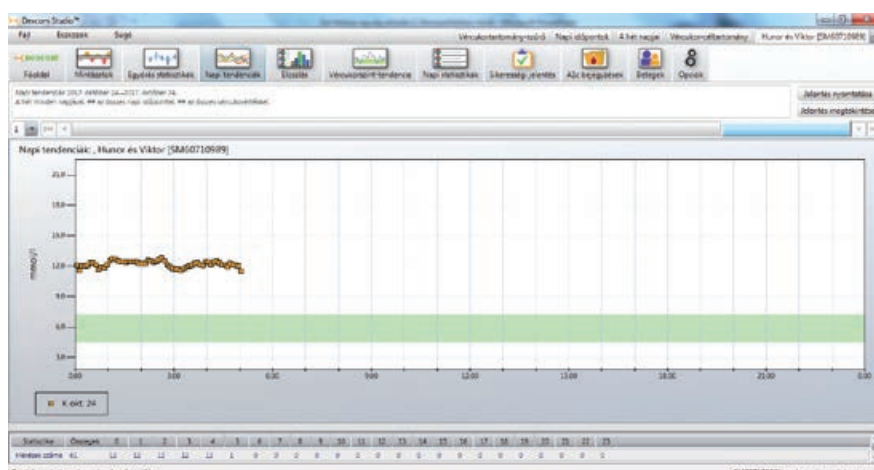
2. ábra



3. ábra



4. ábra



5. ábra

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBER-ELLÁTOTTSÁG

AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁG GYERMEKDIABÉTESZ GONDOZÓIBAN

A diabéteszes gyermekek növekvő száma és az intenzív inzulinkezelés bonyolultsága egyre nagyobb kihívást jelentek a diabéteszes gyermekeket gondozó orvosok és szakdolgozók számára.

Az Egyesült Királyságban a személyzeti ellátottságot a gondozók vezetőinek küldött kérdőívekkel (elektronikus levél) próbálták felmérni ([Diabetic Medicine, 2017. december](#)). A kérdőívekre a több mint 29 ezer gyermeket és 24 év alatti fiatalot ellátó 175 gondozóból (93%) érkezett válasz. A személyi ellátottságot az egy teljes munkaidőben dolgozó szakemberre (gyermek diabetológus, szakdolgozó, dietetikus) jutó betegek számával fejezték ki. A szakdolgozók szakmai kollégiuma minden 70 diabéteszes gondozottra „egynél több” szakdolgozó alkalmazását írja elő, ami csak a gondozók mintegy felében valósult meg, nagy különbségekkel az egyes ellátó helyek között (71–110 páciens).

A gondozók többségében alkalmaztak dietetikust, akiknek közel fele az inzulin dózissal kapcsolatos tanácsadásra is képes volt. A legtöbb ellátó helyen két gyermekgyógyász szakorvos dolgozott, akik valamilyen szintű gyermek diabetológiai képzésben részesültek, de speciális gyermek endokrinológus-diabetológus képesítése csak 21%-uknak volt.

A gondozók 82%-ában állt rendelkezésre mentálhigiénés szakember, elsősorban pszichológus, kisebb arányban

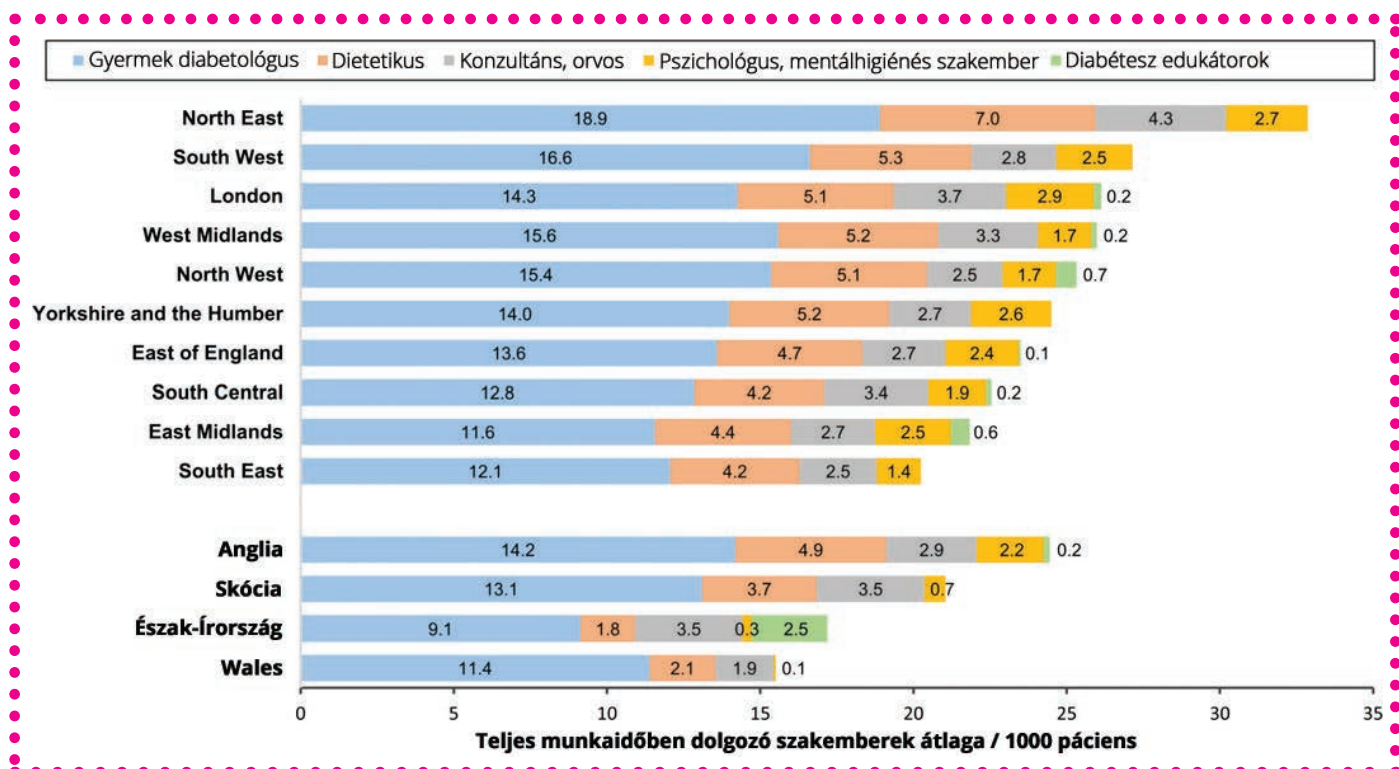
pszichiáter. A szolgálatok 20%-ában (0–72%-os szórás) speciális, strukturált oktatóprogramot nyújtó diabétesz edukátort is alkalmaztak.

Sajnálattal állapították meg, hogy a gondozók mindössze 43%-ában volt a családoknak lehetőségük arra, hogy a nap minden órájában szakemberhez forduljanak. A diabétesz kezelésének nehézségeire és bonyolultságára való tekintettel az ellátásnak ez a legkritikusabb hiányossága, és ennek megváltoztatása a legfontosabb feladat.

A felmérés rámutatott a speciális szakember-ellátottság hiányosságaira és a gondozók közötti nagy különbségekre.

A vizsgálat nem volt alkalmas arra, hogy a szakember-ellátottság finomabb vonatkozásait is elemezze. Önmagában a szakemberek számán túl ugyanis nagymértékben befolyásolja egy-egy csapat hatékonyságát egyes tagjainak képzettségi szintje, gyakorlati tapasztalata, valamint a team egységes szemlélete is.

Hazánkban a diabéteszes gyermekek gondozását a Magyar Diabetes Társaság által akkreditált szakellátóhelyek végzik. A szakellátóhelyeken legalább egy diabetológus képesítéssel (speciális gyermek diabetológus képesítés nincs) rendelkező gyermekgyógyász, szakdolgozó és dietetikus tevékenykedik. Túlnyomó többségük a diabéteszes gyermekek gondozása, ellátása mellett egyéb gyógyító és ápolási feladatokat is ellát.



TEHÉNTEJ ÉS DIABÉTESZ KOCKÁZAT

Korábban számos epidemiológiai megfigyelés felvetette annak a lehetőségét, hogy a tehéntejben lévő fehérje fokozza a cukorbetegség kialakulásának kockázatát. Ezekre hivatkozva egyes ajánlások már a csecsemőkori tehéntejfogyasztás ellen foglaltak állást, anélkül, hogy annak „diabetogén” hatását klinikai vizsgálatok bizonyították volna.

A Journal of the American Medical Association (JAMA) január 2-i számában jelent meg Mikael Knip finn gyermekorvos és munkatársainak nagy érdeklődéssel várt közleménye, ami egy hosszú, közel másfél évtizedig tartó vizsgálat eredményeit foglalja össze. A számos ország kutatóinak összefogásával végzett randomizált (véletlen kiválasztásos) vizsgálatban (Trial to Reduce Insulin-Dependent



volt (cukorbetegsége hajlamosító HLA géneket hordoztak és elsőfokú rokonaik legalább egyike maga is diabéteszes volt). Az anyatejes táplálás befejezését („elválasztás”) követően

tápszerrel folytatódott, a másik csoportban a csecsemők enzimatikusan lebontott, úgynevezett tehéntej fehérje (kazein) hidrolizátumot fogyasztottak, ami már nem tartalmazott tehéntej fehérjét.

Átlagosan 11.5 éves korukig követték a gyermekeket és összehasonlították a közben kialakult diabétesz előfordulását a két csoportban. A diabétesz gyakoriságát illetően a két csoport között nem volt lényeges (szignifikáns) különbség. A hidrolizátummal táplált csecsemőkben a diabétesz gyakorisága 8.4% volt, a tehéntej fehérjét tartalmazó tápszeres csecsemőkben pedig 7.6%.

A mintegy 15 éves nemzetközi együttműködéssel végzett vizsgálat egyértelmű következtetése az, hogy a tehéntej nem játszik kritikus szerepet az 1-es típusú diabétesz kialakulásában. A negatív eredmény ismét megmutatta, hogy a diabétesz megelőzése nem könnyű feladat. A kutatók hangsúlyozzák, hogy az eredmények ismeretében nem indokolt a jelenlegi általános étkezési/táplálási ajánlások megváltoztatása azokban a csecsemőkben és gyermekekben, akikben fokozott a diabétesz kockázata.



Diabetes Mellitus in the Genetically at Risk – TRIGR – Study) arra a kérdésre keresték a választ, hogy a tehéntej fehérje, illetve a tehéntejből készült tápszerek kiiktatásával lehetséges-e a diabétesz kialakulásának kockázatát csökkenteni a genetikailag cukorbetegsége hajlamos csecsemőkben.

2002 és 2007 között született 2159 olyan újszülöttet vontak be (15 országból) a vizsgálatba, akiknél a diabétesz rizikója fokozott

a csecsemőket véletlenszerűen két csoportra osztották. Az egyik csoportba tartozó csecsemők táplálása a rutinszerűen használt, tehéntej-alapú



A gyermekdiabétesz rovat cikkeinek szerzője, referálója:

Dr. Soltész Gyula
gyermek-diabetológus,
emeritus egyetemi tanár

DIABPSZICHO KONFERENCIA

A SZURIKÁTA ALAPÍTVÁNY SZERVEZÉSÉBEN 2018. MÁJUS 12.

Szurikáta Konferencia a „diabéteszes” lélek dolgairól – szülőknek, 1-es típusú diabéteszes fiataloknak, felnőtteknek

A „diabéteszes” testről és annak kezeléséről sokat beszélünk, vércukrot mérünk, inzulint adunk be, szénhidrátot számolunk.... De mi van a „diabéteszes” lélekkel?

- ◆ Ki mondja meg, hogyan segítsünk gyermeküknek elfogadni diabéteszét, miközben még mi magunk is csak próbálkozunk vele?
- ◆ Az idő majd valóban mindent megold?
- ◆ Hogyan dolgozzuk fel a diabétesz miatti veszteségünket? Van-e jó út? Van-e egyedüli, üdvözítő megoldás mindenki számára?
- ◆ Mikor, milyen problémák esetén és hová fordulhatunk a „diabéteszes” lélek gyógyulásáért?
- ◆ Hogyan támogassuk jól gyermekünk – a diabétesz miatt megtéptázt – önbizalmát? Vannak erre megtanulható módszerek?
- ◆ A kamaszkor a diabétesz nélkül is erős próbatétel a szülők és a gyermekek számára is. A kommunikáció elakad, félrecsúszik... Hogyan találjunk utakat diabéteszes kamaszunkhoz?

- ◆ Kifáradunk, elfáradunk, felőrölnek a mindennapok megszaj feladatai. Hogyan töltődhetnénk fel mi magunk, szülők is?
- ◆ Nap mint nap szembesülünk a diabétesz hátrányaival, de lehetséges az, hogy mindebből előnyt kovácsoljunk? Hallottál már a rezilienciáról?
- ◆ Miben segíthet a zene, miben a mese?

A kérdésekre mindenkinek magának kell megtalálnia a válaszokat, rálelni a saját útjára, de a válaszok megtalálásában, a saját út felismerésében pszichológus, coach, neveléskutató, meseterapeuta, szociális intézményt vezető szociális munkás, karvezető és gyászfeldolgozás specialista lesz a segítőnk.

Előadóink

Elhozzuk Nektek a gyermekpszichológia, a pedagógia, a karéneklés, a meseterápia, a szociális terület és a veszteség-feldolgozás kiváló szakembereit: Deliága Évát, Dr. Pécsi Ritát, Csóka Juditot, Máté Orsolyát, Hent Cecíliát, Tóth Ildikót, Szakmáry Andrást és Tóth Árpádot.

Ugye, hogy kihagyhatatlan a rendezvényünk?

NEM VAGYTOK EGYEDÜL!

Támogasd havi **1000** vagy **2000** Ft-tal a munkánkat, hogy mindig ott lehessünk, ahol egy diabéteszes gyermeknek szüksége van ránk.



Bankszámlaszám:
11710088-20002963



Izgalmas témáink

Szó lesz arról, hol, mikor és milyen problémákkal forduljunk pszichológushoz, hogyan válhat erőforrásunkká a diabétesz miatti nehéz élethelyzetünk, hogyan tudjuk eredményesebbé tenni kommunikációnkat diabéteszes kamaszunkkal, hogyan használhatjuk a zene és a mese erejét, mit kezdünk a diabétesz miatt érzett gyászunkkal.

Ezen a rendezvényen gyerekprogramokat nem szervezünk és a hely szűkössége miatt sajnos gyerekeket fogadni sem tudunk. Most fiatal felnőtteket és felnőtteket várjuk rendezvényünkre.

Támogatói jegy

A rendezvény támogatói jeggyel látogatható, melylyel a rendezvény kiadásaihoz járultok hozzá és ahhoz, hogy a jövőben is tudjunk Számotokra hasonlóan magas színvonalú rendezvényeket tartani. A jegyárak nem fedezik a rendezvény teljes költségét, ezért azt rendszeres, magánszemély Támogatóink adományából és pályázati támogatásból egészítjük ki.

Alapítványunk rendszeres Támogatói tiszteletjeggyel vehetnek részt rendezvényünkön. (Legyél Te is rendszeres Szurikátás Támogató havi 1000 Ft vagy 2000 Ft támogatással! [Rendszeres Támogató szeretnék lenni](#))

Rendezvényünkön regisztráció és támogatói jegy megvásárlása után tudsz részt venni. Jegyvásárlásra a helyszínen sajnos nem lesz lehetőség, illetve a rendezvény összes jegyének lefoglalása után a jegyértékesítést lezárjuk.

A rendezvényen elsősorban 1-es típusú diabéteszes gyermeket nevelő szülők, nagyszülők és 1-es típusú cukorbeteg fiatalok, felnőttek és közvetlen hozzátartozójuk vehet részt, számukra a jegyvásárlásnál elsőbbséget biztosítunk. A helyszínünk befogadóképessége véges, ha a helyeink elfogynak, sajnos nem tudunk jegyet biztosítani és a jegyértékesítést lezárjuk.

Részvételed a rendezvényen csak a jegyed kifizetése és részvételed visszaigazolása után válik véglegessé.

Jegyáraink

2018. április 1-től
történő jelentkezés
és kifizetés esetén
3000 Ft/fő

A KONFERENCIA RÉSZLETES SZAKMAI PROGRAMJA

2018. május 12. (szombat) 09.00–17.00 óra

Helyszín: Kortárs Építészeti Központ,
Budapest, XI. ker. Bartók Béla út. 10-12.

09.00–09.20 Regisztráció

09.20–09.30 Köszöntő

09.30–10.00

Máté Orsolya pszichológus

Milyen problémák esetén fordulhatok diabéteszes gyermekemmel pszichológushoz?

10.00–10.30

Tóth Ildikó szociális munkás, intézményvezető

A szociális alap- és szakellátás rendszere Magyarországon

10.30–12.00

Dr. Pécsi Rita neveléskutató

Önbizalom, önértékelés, önbecsülés

12.00–12.30

Tóth Árpád karvezető – Éneköröm

12.30–13.30 Ebédidő

13.30–14.00

Hent Cecília gyászfeldolgozás módszer® specialista

Veszteség-feldolgozás egészségügyi problémák esetén

14.00–15.30

Deliága Éva pszichológus

A lelki ellenálló-képesség fejlődése cukorbeteg gyerekeknél és családjuknál

15.30–16.15

Szakmáry András coach

Hogyan értsünk szót (kamasz) gyerekünkkel?
Szakmáry András a Szurikáta Alapítvány a Diabéteszes Gyermekéért pszichológus szakértője

16.15–16.45

Csóka Judit meseterapeuta

Bármi legyen, gazdagít!

16.45–17.00 A rendezvény zárása

Regisztráció itt

✓ KARÁCSONYI ÜNNEPSÉG

PÉCS, 2017. DECEMBER 16.

A műsort a szászvári általános iskola tanulói adták



A SpringMed Kiadó ajánlata ÉLETMÓDVÁLTÓKNAK



Ezek és más SpringMed kiadványok 20% kedvezménnyel megvásárolhatók a webáruházban (www.springmed.hu) és a SpringMed Könyvsarokban.

Iratkozzon fel hírlevelünkre és értesüljön az elsők között az újdonságokról és a könyvakciókról!



SpringMed Könyvsarok:

1117 Budapest, Fehérvári út 12. (a rendelőintézet földszintjén)

Könyvrendelés telefonon: (+36 20) 511-6269

E-mail: info@springmed.hu

Webáruház: www.springmed.hu

✓ SZÖVETI GLUKÓZMONITOROZÁS

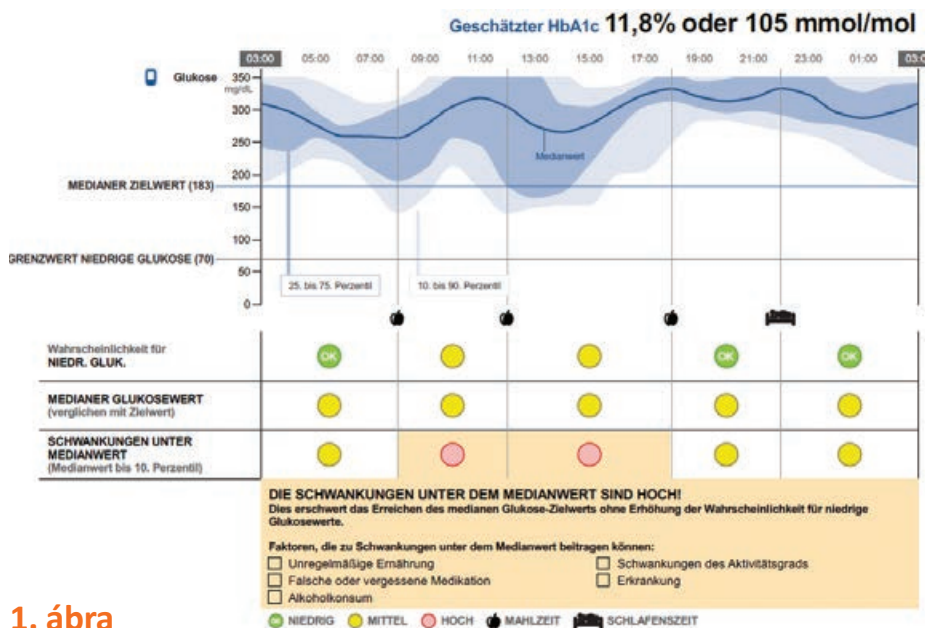
POZITÍV IRÁNYÚ ELMOZDULÁS

Magazinunk 2017 évi decemberi számában számoltunk be dr. T. Antal 65 éves betegünkről, aki hangsúlyos javaslatunkra szenzort kezdett használni azt követően, hogy korábban vércukrait gyakorlatilag nem mérte, és ennek megfelelően a legkorszerűbb intenzív inzulinterápiás eszközök alkalmazása, analóg inzulinok napi négyszeri adása mellett HbA1c szintjei rendre 12% közelében stabilizálódtak. Akkor a beszámolót ezzel a mondattal zártam: „remélem, hogy a DiabFórum következő számában már kedvező irányú változásról számolhatok be”.

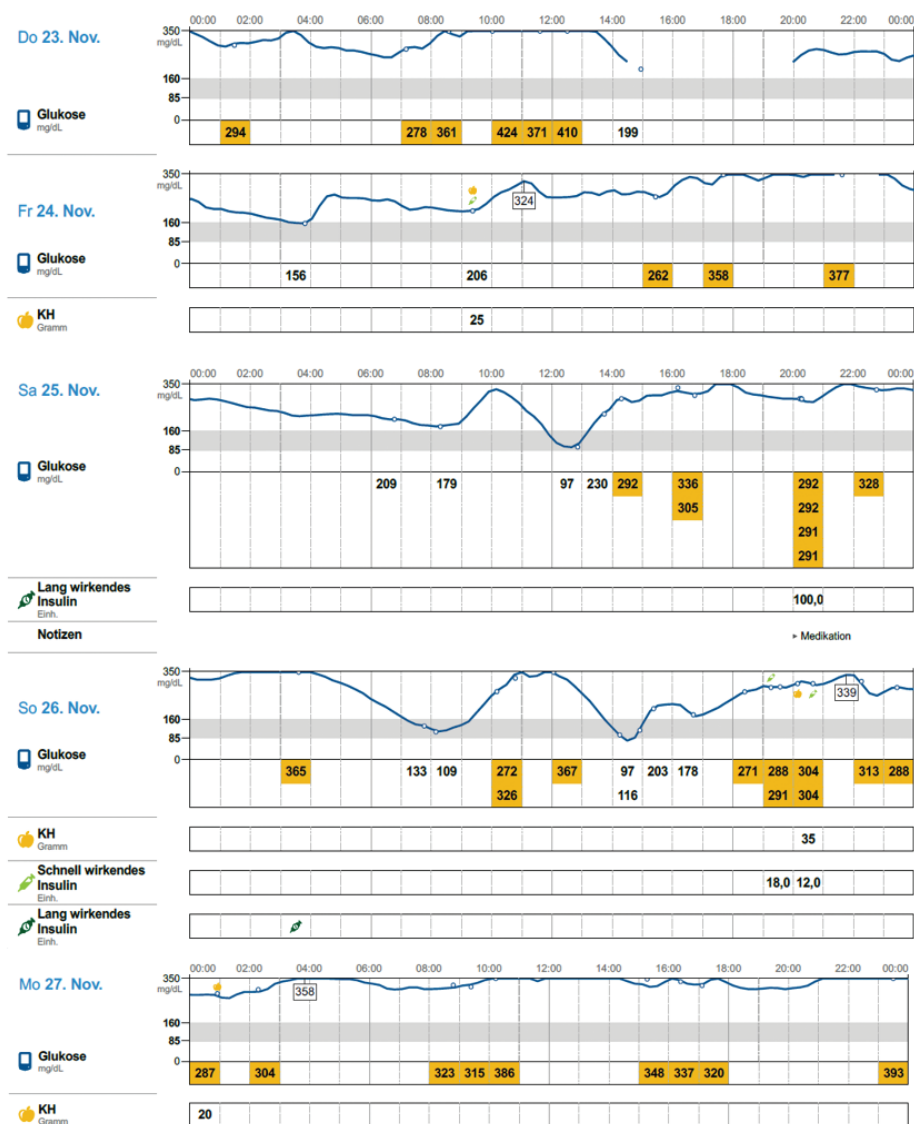
Ezt követően dr. T. Antal a FreeStyle Libre szenzort folyamatosan használva, jelentős lépéseket tett életvitelére, étrendje és inzulin adagolásának megváltoztatása irányában és bár még messze vagyunk attól az állapottól, amit kívánatosnak nevezünk, örömmel jelenthetem be, hogy az anyagcsere állapot pozitív irányba mozdult el.

Összehasonlítás céljából az **1. és 2. ábrán** mutatjuk be T. Antal betegünk tavaly novemberi szenzor mérési eredményeit, melynek alapján akkor a szenzor szoftvere 11,8%-ra becsülte a HbA1c szintet (magunk 12,1%-ot mértünk előtte).

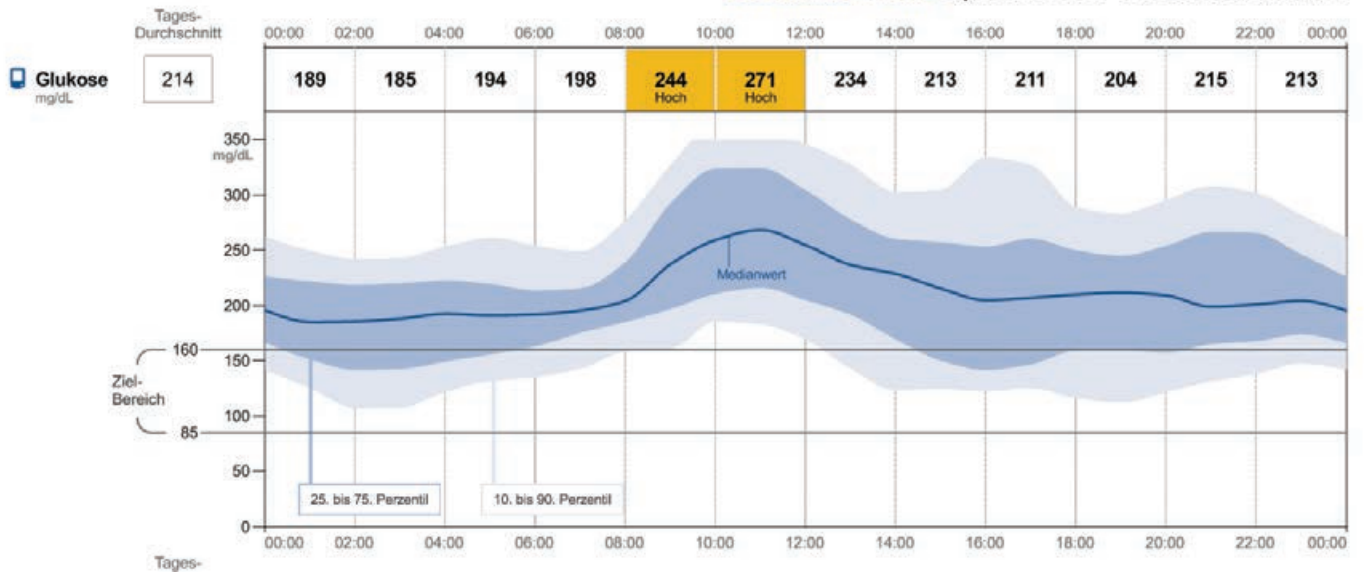
A következő ábrák eredményei ez év január-február folyamán lefolytatott szenzorvizsgálat eredményeit tükrözik. A **3. ábrán** látható, hogy Antal betegünk átlagos vércukorértékei lényegesen alacsonyabbak és a szenzor szoftvere már csupán 9,1%-ra be-



1. ábra



2. ábra



3. ábra: Az átlagos vércukorértékek lényegesen alacsonyabbak a 2017 novemberi értékeknél

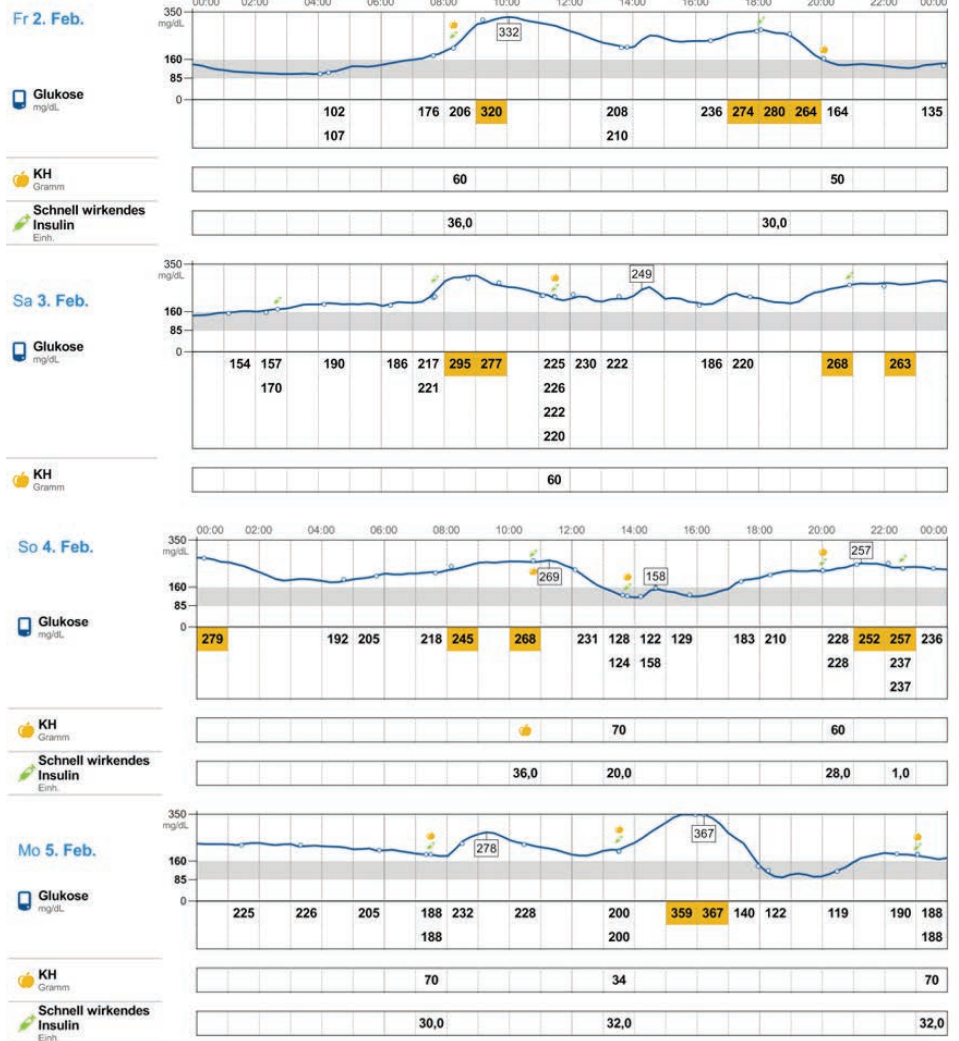
csülte az általuk generált HbA1c szintet. Ez 2,7%-os – egyáltalán nem elhanyagolható – csökkenést jelent.

A 4. ábrán látható négy februári nap mérései során a szöveti cukorgörbék többször érintik a céltartományokat, sőt előfordulnak hipoglikémia közeli szintek is.

Dr. T. Antal közben 60 E-re emelte meg a bázis glargin inzulint adagját, melyet este alkalmaz (sajnos a leolvasó eszközbe nem vitte be az adatokat és kb. 3x30 E körüli glulizin inzulint alkalmaz étkezésenként.)

Nagy örömkre tehát a FreeStyle Libre szenzor használata – még ha eddig nem is eredményezett optimális állapotot, – a korábban önmaga kezelésével nem törődő betegünk esetében jelentősnek mondható anyagcserre javulást, a beteg részéről végre a tényekkel való szembenézés eredményezett és várható, hogy ez a jövőben még inkább pozitív irányú elmozduláshoz vezet.

Dr. Fővényi József



4. ábra: A szöveti cukorgörbék többször érintik a céltartományokat

Sorozatunkban folyamatosan közlünk részleteket mind a laikusok, mind a szakemberek körében nagy sikert aratott „Áttörés – az inzulin felfedezésének kalandos története” c. könyvből. Ezúton is köszönjük a Sanoma Kiadó hozzájárulását!

ÁTTÖRÉS

Elizabeth Hughes, az inzulin felfedezése, egy orvosi csoda véghezvitele

Thea Cooper és Arthur Ainsberg

Az ünnepélyes felvonulás méltó előzménye volt annak a diplomáciai üdvözlő sortűznek, amelyet másnap reggel átvitt értelemben a külügyminiszter adott le. A konferencia helyszínéül a Tizenhetedik utcában álló Constitution Hall épületét választották, ami az Amerikai Forradalom Leányai nevű elit társaság tulajdonában állt. Több ezer ember gyűlt össze a hidegben az utcán, remélve, hogy megpillanthatnak egy-egy odaérkező hírességet. Több száz újságíró állt készenlétben, hogy az eseményről tudósítson. Nem sokkal délelőtt tíz óra után a résztvevők ünnepélyesen bevonultak a központi ülésterembe, ahol az asztalokat hatalmas téglalap alakban rendezték el. A delegáltak helyet foglaltak a székeken, és arra számítottak, hogy egy udvarias és jóindulatú napirendet fognak majd felvázolni előttük, az ilyenkor elmaradhatatlan üdvözlő beszédekkel, közös imával és a konferenciát áttekintő logisztikai információkkal. Hughes ehelyett meglepetésszerűen elmondta forradalmi beszédét, amelyet egészen addig egy széfben őriztek. A konferencia előtt nagyon aggódott, nehogy kiszivárognon valami a beszéd tartalmából, ezért arra kérte Hardingot, hogy ne a második, hanem rögtön az első napon elmondhassa. Harding beleegyezett.

Hughes azzal a minden várakozást felülmúlóan merész javaslattal indította a találkozót, hogy Amerika leszereli és lebontja hadihajóit, majd felszólította Nagy-Britanniát és Japánt, hogy hadiflottájukkal ők is hasonló módon járjanak el, mégpedig 5:5:3 arányban. Amíg a jelenlévő delegáltak hitetlenkedő arccal néztek egymásra, azt kérdezgetve, vajon jól hallották-e, amit Hughes mondott, ő folytatta a beszédet. A következő javaslat egy tízéves moratórium volt nagyobb méretű csatahajók építésére. Pillanatszerűen csend után izgatott mozgolódás támadt az előkelő delegáltak körében.

Csoportokba összeállva vitatták meg ötleteiket az elérni kívánt arány-számok meghatározására. A csökkentésre vonatkozó javaslatokat a meglévő flottaerőhöz viszonyítva

értékeltek, amelybe beleszámolták a már megépített és a még építés alatt álló hajókat is. Hamar nyilvánvalóvá vált, hogy a meghirdetett cél elérése érdekében mindhárom nagyhatalomnak szét kell szerelnie meglévő flottája egy részét. A legnagyobb áldozatot Nagy-Britanniának kellett volna hoznia már meglévő hajóinak kárára. Az Egyesült Államoknak mind a már megépült, mind az építés alatt álló hajóiból is fel kellett volna áldoznia valamennyit: összesen harminc csatahajót bontott volna le, tonnára lefordítva 845.740 tonnát; Nagy-Britannia tizenkilenc csatahajót, összesen 583.375 tonnát; Japán pedig tizenhét hadihajót, összesen 448.928 tonnát – valamennyit a szerződés aláírásától számított kilencvennapos határidőn belül. Hughes terve nemcsak szenzációsan idealista, hanem rendkívül alapos is volt.

Az USA hadiflottájának admirálisai fel voltak háborodva. Hughes ugyanis megszegte a diplomáciai protokoll szabályait, amikor nem konzultált velük előre. Azzal tiltakoztak, hogy egy ilyen drasztikus haditengerészeti leszerelés veszélyeztetné a nemzetbiztonságot, különösen egy csendes-óceáni térségben kitörő háború esetén, ahol Amerika kiszolgáltatott helyzetbe kerülne, főként a Fülöp-szigetekenél. Az amerikai hadügyminisztériumban úgy vélték, hogy az USA tengeri haderejének meg kell egyeznie Nagy-Britannia és Japán együttes haderejével.

Japán a Hughes által javasolt 10:6-os arány helyett inkább a 10:7-es arányt tartotta volna jobbnak. Hughes ezenfelül felszólította Japánt, hogy bontsa le a nemrég épített, Mutsu nevű csatahajóját is. A japánok kereken visszautasították, hogy bármilyen körülmények között is feláldozzák a Mutsut, azt állítva, hogy az a hajó különleges érzelmi értékkel bír a japánok szemében, mivel teljes mértékben japán tervezőmérnökök munkája. A megbeszélések hosszú heteken át folytatódtak, még az ünnepek alatt is, egészen januárig. Az egyik New York Times-főcím ezt harsogta: „*Semmi hír még a konferencia végéről. A megfáradt delegáltak arcán elhalványult a befejezést jelző reménység.*” A világ sorsának alakulása nap mint nap ennek a töréken tanácskozásnak a kezében lebegett, miközben a találkozó sikere teljes mértékben Charles Evans Hughes felelőssége volt. Amikor a megbeszélések után visszament irodájába, fel-alá járkálva aggódott, vajon milyen eredménnyel zárul ez a rendkívül kockázatos, de nagy eredménnyel kecsegtető hazárdjáték, amelynek végcélja a világbéke megteremtése.

17. FEJEZET

**Fiziátriai Intézet, Morristown,
New Jersey, 1921. november**

A hálaadás ünnepének havában, egyik késő délután dr. Allen bement a dolgozószobájába, hogy levelet írjon Antoinette Hughesnak. A levél megírását már jó ideje halogat-

ta, mert nem szívesen állt neki, ám Elizabeth érdekében mégis rávette magát.

Dr. Allen irodájának ablaka alatt, a korán leereszkedő sötétségben Belle Wishart lépdelt hangtalanul a gondnoki lakás felé, kezében üres madárkalitkát tartva, mintha csak egy láng nélküli lámpást vinne. A levegőben érezni lehetett a vihar közeledtét, és Belle szorosabbra húzta magán a kardigánt. Lassan lépkedett, minden egyes lépésnél egészen magasra emelve a lábát, mint egy gázlómadár.

A gondnoki házban öregember ült fatüzelésű kályha mellett, vesszőből font szék fölé görnyedve, amelyet erős, bütykös kezével éppen javított. Miss Wishart közeledését hallva felegyenesedett a székből, az ajtóhoz lépett, lendületesen kitérta, majd összeráncolta homlokát.

Az öreget még Mr. Kahn vette fel a birtokra, és nem volt könnyű hozzá szoknia az új tulajdonos szabályaihoz. Nem mintha a több munka vagy a kevesebb pénz zavarta volna. Csak éppen az ő emlékeiben még az a hely élt, amelyet nyári éjszakákon egy szabadtéri parti kedvéért fáklyákkal világítottak ki, az izzó fáklyalángok fényében a tornácról lágyan szólt a dzsessz, a szépen művelt kertben pedig selyemruhás hölgyek és kamáslis férfiak sétálgattak nevetve, kezükben cigarettával. Az öregnek nehezebbre esett hozzászoknia ehhez a halálos csöndhöz.

Miss Wishart belépett a házba a kalitkával.

– Jó estét! – üdvözölte az öreget.

Az öreg biccentett.

– Nagyon köszönöm – folytatta Miss Wishart kurtán. Az öregember továbbra is zsebre dugott kézzel állt előtte.

– Nem ez az a kalitka, amit a kislány kért kölcsön?

– De igen.

– Akarja, hogy szerezzek neki egy másik madarat? Könynyedén elkapok egyet. Egy pintyet vagy egy cinegét.

– A madár nem az övé volt, hanem egy másik betegé. Egy Eddie nevű kislányé.

– És ő nem akar másikat?

Miss Wishart megrázta a fejét. Az öreg bizonytalanul elvette a kalitkát, és lerakta a földre.

– Miben halt meg?

– Diabéteszben.

A gondnok hitetlenkedve vonta fel szemöldökét.

– Nem a madár halt meg, hanem a kislány. Eddie – magyarázta Miss Wishart. – Megette a madáreledelt, és összeomlott a metabo... a szervezete.

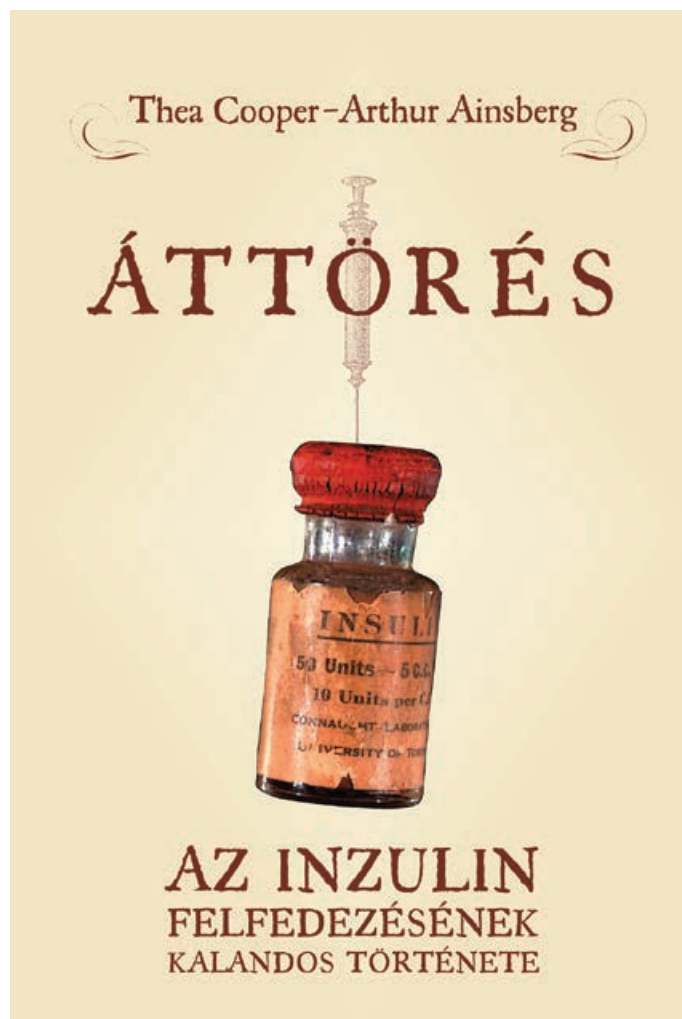
Az öreg még mindig a szemöldökét ráncolta, úgy próbálta megérteni.

– Köszönöm a kalitkát. Gondolom, megérti, hogy ezek után nem tarthatunk itt több madarat vagy kislányt. – Ezzel Miss Wishart sarkon fordult, és lassú gólyaléptekkel visszaindult a főépület felé. Az öreg néhány lépésen át még mindig gondterhelt képpel figyelte, aztán utána szólott.

– Miss Wishart! Asszonyom! Mi történt a madárkával?

Miss Wishart nem állt meg. Csak hátrafordult, és a válla felett szólt vissza.

– Kinyitottam az ablakot, és szabadon engedtem.



A gondnok visszazárta az ajtót, megdörzsölte öszülő borostáját, és visszament a kályha melegéhez, az üres kalitkát az ajtó mellett hagyva.

A kalitka még hetekig ott maradt. Az öreget nem vitte rá a lélek, hogy ránézzen, mert folyton az járt a fejében, hogy Miss Wishart netán hazudott, és elhallgatta előle, hogy a gyerek nem csak a madár magját ette meg... Az öreg nemegyszer látta a ház ablakában álldogáló kísértet-szerű alakokat. És bár nem ment a közelükbe, még a távolból is érzekelte a gyerekekből áradó kétségbeesést.

Allen pedig nem tehetett mást, mint hogy tanulságként állította a Fiziátriai Intézet lakói elé Eddie tragikus elvesztését. Ha nem így tesz, a kislány halálából semmilyen jó nem származik, és a tragédia csak további tragédiákhoz vezetett volna. Allen éppen ezért azt az utasítást adta Belle Wishartnak, hogy az ápolószemélyzetnek és a pácienseknek mondjon el mindent, ami történt, és minden feltett kérdésre válaszoljon.

Habár Allen azt remélte, Eddie halála jó leckével szolgál a többi páciensnek, főként ő érzett büntudatot miatta. Mélységesen szégyellte magát, amiért rosszul ítélte meg a helyzetet, és megengedte a fiúnak, hogy megtartsa a madárkát. Természetesen létezik megbocsátható mulasztás, de azt csak egy könyvelő engedhette meg magának, egy beteget kezelő orvos nem.

(Folytatjuk)

Sanoma Kiadó, 2013

GASZTRONÓMIAI UTAZÁSOK

A Vanderlich Egészségcentrum egy gasztronómiai utazásra hívja az olvasókat Dr. Winkler Gábor, Gézsi Andrásné, Dr. Baranyi Éva szerzőhármás Gasztronómiai vilákalauz című könyvének segítségével. A könyv betekintést ad a világ konyháinak jellegzetességeiről, az alapanyagok sokszínűségéről és arról, hogyan tudjuk diétánkba beilleszteni a nemzeti fogásokat.

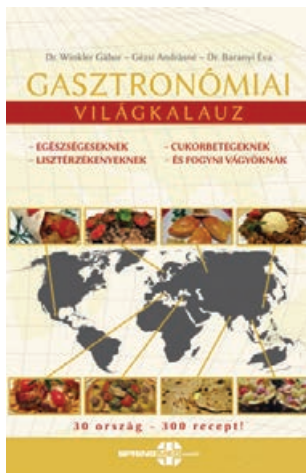
Gasztronómiai kalandozásunkat a kínai konyhával folytatjuk.

V. Rész

A kínai konyha a világ legkeresettebb konyhái közé tartozik. Ám, amit mi ismerünk belőle az csak egy kis darabka. Az ország hatalmas területéből adódóan több, földrajzilag és éghajlatilag is eltérő tájegységre tagolódik. A helyi adottságok döntően befolyásolják az adott régió konyhaművészetét. Alapvetően 4 területet különböztetünk meg a földrajzi irányoknak megfelelően – shandongi, sanghaji, guangdongi és szecsuáni. Ezek további 8 jellegzetes területre tagozódnak, ami a konyhaművészetet illeti. A továbbiakban ezeket fogjuk részletesebben megismerni.

A nyolc régió konyhái rendszerint alapanyag válogatásban, fűszerhasználatban különböznek egymástól, ám éles határok nincsenek, hiszen az említésre kerülő régiók közel helyezkedek el egymáshoz.

A régiók északi képviselője – **Shandong** (Lu vagy Shantung). Úgy tartják ez a legízletesebb mind közül. Ez többek között azzal is magyarázható, hogy a régióban működött az egykori császári udvar és főúri udvartartások. Jellemzője a bő olajban, nagy lángon való, gyors sütés,



mely után a zsiradékot leöntik és fűszerekkel összepirítják az ételt. Előszeretettel sóznak, használnak fokhagymát, mogoróhagymát, chilit, mustárt. Shantung tartományból terjedt el ez a főzési forma az északabbra fekvő területekre. Rendszerint tengeri állatok, kukorica, burgonya, padlizsán és búzából készült ételek kerülnek az asztalra. De megterem a térségben az alma, őszibarack, retek, káposzta, répafélék. A mongolok közelségére vezethető vissza a bárány és birkahús használata. Jellemző továbbá a sertés és a juh is. Egyesek szerint itt készítik a legpikánsabb édes-savanyú mártást, jellemzőek a tészta

ételek, a kelesztett-gőzölt gombóc (mantou), ennek töltött változata (jiaozi).

Kína északon fekvő területeire a korai erdőirtás volt jellemző, ezért fa híján, gyakran szalmán vagy hasonló, nagy lángot rövid ideig adó tüzelőanyagon főznek. A wok használata is ide köthető, pont a korlátozott tüzelési lehetőség miatt. A térség jellemző fogásai: sertésvégbél barna szószban, pirított sertésvese, nyolc kincessel töltött csirke, tüdőleves. A kelet-kínai konyhára az édeskés íz, ecetek, egzotikus fűszerek használata jellemző. A tengerből és a Jangceből halat, rákot, kagylót fognak. Kedvelik a sertést és a csirkét. A rendelkezésre álló csekély földterületre a mezőgazdaság jellemző, állatokból azok fogyasztása dominál, melyeknek nincs nagy terület igényük, a ház mellett is tenyészthetők.

A fent tárgyalt Shantung déli szomszédja **Csiangszu**. Ahol karakteresebb ízekkel, puha, de nem széteső textúrával találkozhatunk. Északi szomszédjával ellentétben a búza helyett itt a rizs ültetvények jellemzőek – a rizs és hal dominancia mellett kacsával, rákkal találkozhatunk. A

térség jellemző fogásai: nancsingi stílusú ropogós kacska (ebből lett később némi változtatással a pekingi kacska), vu-hsi édes-sós sertésborda, zöldses sült rizs.

Dél felé haladva a partvidéken meg kell említenünk a **sanghaji** konyhát, melyben rendkívüli módon érződik az európai hatás. Terítékre kerül a szokásos híg leveseken túl a zsemlegombócot vagy más töltött gombócot tartalmazó leves; előételei pedig az orosz konyhát követik.

Csőcsiang szintén a keleti partvidéken található tartomány, ahol az enyhe édeskés íz, mérsékelt fűszerezés jellemző. Fontos számukra a mérsékelt hőkezelés és az izléses tálalás. A térségre jellemző ételek: tung-po sertés (sült hasaaljalzalonna szójaszószban és borban), kacsaszírban



8200 Veszprém, Wartha Vince u. 4 ♦ www.egeszsegcentrum.vanderlich.hu

pirított káposzta, eceten gőzölt hal, a koldus csirkéje (rizsboros, gyömbéres csirke egyben készítve, sertéshússal), tavaszi tekercs.

A keleti régió **Fucsien** tartományára az enyhe fűszerezés és a rizsbor használata jellemző. Fogásaik közt halak, teknősök, bambuszrügy, halszós, fűrjtojás, cápauszony stb. szerepel. A térség jellemző ételei: ban mian (tésztával és zöldségekkel gazdagon megrakott hús- vagy halleves, gyakran ecettel savanyítva), borban pácolt sertésborda. A leghíresebb fucsieni fogás a „Buddha átugrik a falon”, amely harminc összetevőből áll, köztük cápauszonyból, csigából, fűrjtojásból, disznókörömből.

Az ország déli tartományai közül **Kantont** emeljük ki, melynek konyhájáról mindent elmond az alábbi idézet: „Ha négy lába van, és nem szék, ha két szárnya van, repül, és nem repülőgép, ha úszik, és nem tengeralattjáró, akkor a kantoniak megeszik.”

Pontos eredete a múltba vész, de jól leírja a helyiek találmányosságát, az ételek sokszínűségét. Sokan egész Kínára érvényesnek tartják a mondást. Tengerparti tartomány lévén a halak, de minden más állati testrész is szerepel az étlapokon – kacanyelv, kígyó, béka, belsőségek stb. Szója és osztriga szós, mérsékelt fűszerek, fent említett batyu jellemezi ételeiket. A térség jellemző ételei: cápauszonyleves, édes-savanyú sertés, kantoni sült rizs, ju tiao, vonton leves, csao mian (sokféle pirított tészta gyűjtőneve).

A szárazföld belseje felé haladva **Hunan** és **Anhuj** tartományok, valamint a **szechuáni** régió kerül említésre.

Hunan tartományra, fekvése miatt, a halak nem, inkább a sertés, csirke, kacsa jellemző. Fűszerként fokhagymát, chilit, salottahagymát, köményt, csillagánizst használnak. Kevésbé jellemző az édes és sós íz kombinálása. Jellemző ételei: bambuszkosárban gőzölt sertésborda, ecetes csilis pirított csirke, vörösre sütt sertéshús (más néven Mao kedvence), sörben sütt kacsa.

Az anhui tartományból elterjedt irányzat gyakran használ sós, szárított húsokat. Jellemző a sós és édes íz kombinációja, raguk, egytálétel jellegű levesek, tengeri uborka, bambuszrügy, teknős. Jellemző fogások: Li Hung-csang raguja, lucsoui sült kacsa (a pekingi kacsához hasonló), szanhei rákpaszta (rizsliszt, helyi fehér garnéla, póréhagyma, szójaszós).

Végül, de nem utolsó sorban néhány szót a **Szečuán** tartományból elterjedt konyháról. Talán nem lepődünk meg annak hallatán, hogy a konyha domináns íze a csípős (chili, szečuáni bors). Jellemző a vok használata (dobálás, rázás), savanyított és szárított zöldségek használata. Itt a többi területtől eltérően, jellemző a marha hús. A régió

ételei: kung pao csirke (mogyorós csirke), csípős csirke, kétszer sült sertés.

A kínai konyha sokféle hús és hal (tengeri) ételt kínál, változatosan elkészítve. Köretként zöldségek, északon tészta, délebbre rizs jellemző. Sok padlizsánt, paradicsomot, bambuszt, Taró-gyökeret használnak, gyümölcsök közül mangót, licsit, sárkányszemet (cseresznye és a szilva közötti átmenetet képező, rücskös gyümölcs) longant és kókuszdiót használnak. Az ebéd és vacsora többfogásos, az ételeket egyszerre, egy forgó, falapon szolgálják fel. Találkozhatunk a „**szecuáni tüzes üst**” kifejezéssel, mely egy tálalási és/vagy elkészítési módot takar – az asztal közepén fűszeres levet forralnak, melyben mindenki maga főzi meg a hozzávalókat. A szójaszós és a meleg, ízesítetlen zöld tea az étkezések elmaradhatatlan kelléke. Nagy kultúrája van a teaházaknak. Az alkohol nem tradicionális része az étkezésüknek. Termelnek szőlőt, de bor leginkább exportra készül. A helyiek többnyire a Nagy Fal elnevezésű borokat és söröket fogyasztják. A délkeleti tájak sherry szerű itala a Shaoxing, más területeken a helyiek által kedvelt tömény Bai jiu – cirokból vagy kölesből erjesztik – jellemző.

Desszertnek leggyakrabban gyümölcsöt, sült banánt szolgálnak fel. A híres szerencse sütemény pedig, úgy tűnik, hogy a külföldi éttermek csemegéje csupán.

Fogyókúrázók és cukorbetegség bántóan válogathatnak a zöldséges, húsos ételek között, viszont a bundázott hússokkal, gombócokkal, rizzsel, tésztával érdemes vigyázni. Biztosan sokan hallottak már a kínai étterem szindrómáról is, mely egy tünetcsoportot takar – hirtelen fellépő hányinger, émelygés, hideg verejtékezés, érzéketlenség, zsibbadás az arcon, nyakon, forróság- és szívdobogás érzet. A tüneteket először egy kínai étteremben figyelték meg, de manapság úgy tűnik, hogy egy nátrium-glutamát nevű ízfokozó és tartósítószer nagymennyiségű fogyasztása okozza a problémát, tehát nem köthető kizárólagosan a kínai éttermekhez. Ennek ellenére nem árt vigyázni a fűszerekkel, hiszen egy európai gyomornak a kínai ételek igen fűszerezettek lehetnek, ami további panaszokat válthat ki.

Említést kell tennünk a pekingi kacsáról és a száz éves tojásról. Előbbit régióként kissé eltérően készítik. A kacsát a nyakánál felakasztva sütik, körtefa lángon, folyamatosan szójaolajjal locsolva, majd szeletelik és rizslisztból készített palacsintatésztában, mártásokkal tálalják. A száz éves tojást 1,5 hónapig érlelik miután hamu és oltottmész keverékébe forgatják. Felnyitáskor rettentő kellemetlen szaga van, ezek után az íze már kevésbé szokott panasz lenni.

*Forrás: Dr. Winkler Gábor, Gézsi Andrásné, Dr. Baranyi Éva
Gasztronómiai Világkalauz, SpringMed Kiadó*

Hagyományos kínai receptek a Vanderlich Egészségcentrum weboldalán:
<http://egeszsegcentrum.vanderlich.hu/blog/gasztronomiai-utazasok-v/>

LÖKÉSHULLÁM-TERÁPIA DIABÉTESZES TALPI FEKÉLYEKRE

Az amerikai FDA 2017. december 28-án egy lökeshullámokat alkalmazó készüléket engedélyezett a cukorbetegség szövődményeként kialakult talpi fekélyek kezelésére.

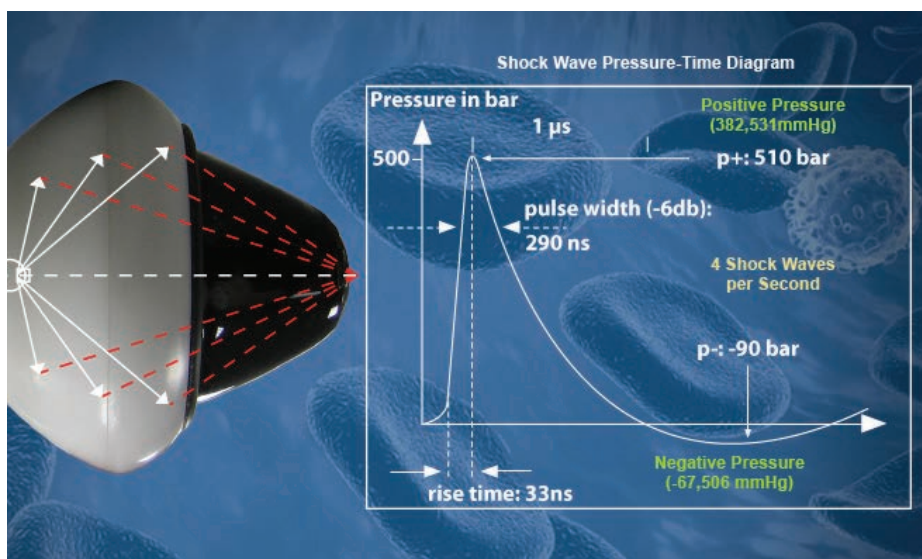
Az FDA egyik igazgatója, **Dr. Binita Ashar** elmondta, hogy a cukorbetegség a leggyakoribb oka az alsó végtagi amputációknak, ezért az FDA elkötelezett minden olyan új technológia elérhetővé tétele mellett, melyek segítséget jelenthetnek a krónikus diabéteszben szenvedő betegek életminőségének javításában. Az Egyesült Államokban körülbelül 30 millió betegnél diagnosztizáltak cukorbetegséget, mely elsősorban a láb ereinek és idegeinek károsítása folytán nehezen kezelhető, súlyos fertőzéseket idézhet elő. A diabéteszes láb szindróma (diabetic foot ulceration/DFU) a cukorbetegségben szenvedők populációjának 4–10 százalékát érintő súlyos szövődmény, de cukorbetegség eredetű sebek a betegek 20–25%-ánál előfordulnak. Magyarországon a becslések szerint 1,5 millió embernél lenne megállapítható valamilyen fokú cukorbetegség, de csak félmillió ember áll kezelés alatt. Az irodalomban fellelhető adatok szerint a lábon, talpon megjelenő seb gyógyulását követő első évben a sebek 40–80%-a kiújul. A kialakult sebek teljes gyógyulása leggyakrabban több mint 12 hét, még a legmondosabb, legkörültekintőbb kezelés ellenére is. A számos prevenció és terápiás protokoll használatának dacára a cukorbetegknél az alsó végtag-amputáció gyakorisága tizenötször nagyobb, mint a nem cukorbeteg körében, továbbá a statisztikai adatok szerint ezen amputáltak mintegy felénél négy éven

belül szükségessé válik a másik végtag valamilyen szintű amputációja. Hazánkban ez évi 3-4000 amputációt jelent. Az emberi veszteségen túl a gazdasági költségek is igen magasak, a nagyobb amputációk után az átlagos ápolási idő közel 40 nap még a fejlett társadalmakban is.

Az FDA a Sanuwave Inc. új gyógyászati eszközét, a **dermaPACE System** névre keresztelt, lökeshullámokat alkalmazó készülékét vizsgálta és engedélyezte úgynevezett „de novo” eljárás keretében. Ez az engedélyzési útvonal olyan orvostechológiai eszközök esetében alkalmazható, amelyek kis vagy legfeljebb közepes kockázatot jelentenek, és amelyek működési módja, hatásmechanizmusa annyira újszerű, hogy nem áll rendelkezésre olyan, korábban törvényes forgalomba hozatalra engedélyezett

készülék, mellyel lényegi azonosságot (substantial equivalence) mutatna, azaz amely összehasonlítási alapként, referenciaként szolgálhatna. Így az eszköz engedélyezése egyben precedenst is teremt hasonló eszközök engedélyezésére, mivel innentől már az FDA 510(k) eljárását kell alkalmazni a lényegi azonosság bizonyítására.

Lökeshullámokat már korábban is használtak az orvostudományban, például az urológiában vesekőzúzásra, az ortopédiában ízületi meszesedések kezelésére, és már jó ideje alkalmaznak lökeshullámokat diabéteszes talpi fekélyek kezelésére is. Az újdonság most az, hogy az Egyesült Államokban még nem engedélyezték a PACE elvű eszközök forgalmazását. A dermaPACE névben a PACE egy rövidítés (Pulsed Acoustic Cellular Expression), mely az extrakorporális lökeshullám-terápiás technológia (ESWT – Extracorporeal



1. ábra: A PACE technológia nyomás-idő diagramja

Ez igen hasonló a természetben villámláskor hallható mennydörgéshez, csak itt a lökeshullámot fókuszálni lehet, azaz a lökésnyomás változást egy viszonylag szűk területre lehet koncentrálni. A készülék egy lökeshullám-generátor konzolból és egy kúp kiképzésű applikátorból áll, ezzel dolgozik az orvos.

Shock Wave Technology) egyik formája. A PACE elektrohidraulikus módszerrel keltett nagyenergiájú, magas csúcsnyomású (510 bar), igen rövid emelkedési idejű (< 33 ns) és rövid tartamú (2-8 μ s), alacsony utónyomású hangnyomáshullámokat alkalmaz egy adott lökéshullám spektrumon, mely a hallható tartománytól az ultrahangig terjedhet (16 Hz – 20 MHz).

Az adott pontban fókuszált lökéshullám a térben terjedő hullámnál nagyságrendekkel nagyobb energiát hordoz, így a hullám a légyszekeken minden károsító hatás nélkül áthalad, energiáit egy pontban összegzi. A napjainkban használt kezelőfejek a fókuszíák változtatásával lehetőséget adnak nagy területen alacsony energiasűrűség létrehozására, és kis területen magas energiasűrűség kialakítására. Ennek megfelelően tudjuk szabályozni a kezelési felületen leadott energia nagyságát és behatolási mélységét is.

A dermaPACE System krónikus diabétesz szövődményeként kialakult, 16 cm² kiterjedésűnél nem nagyobb (nagyjából egy dobozos üdítő átmérője) olyan talpi fekélyek kezelésére alkalmas, melynél csontérintettség



2. ábra: A PACE elven működő készülék az lökéshullám-generáló konzollal és az applikátorral

(osteomyelitis) még nem állapítható meg. A készülék egy külső lökéshullám-terápiás készülék, mely hanghullámokhoz hasonló energiaimpulzusokat alkalmaz a seb mechanikai stimulációja, a keringés fokozása érdekében. Az eszköz 22 éven felüli betegek esetében használható 30 napnál régebben megjelent talpi fekély kezelésére a cukorbetegség standard kezelésének folytatása mellett.

Az FDA két multicentrikus, randomizált, kettősvak, összesen 336 diabéteszes beteg bevonásával készült klinikai vizsgálat adatait tekintette át, melyekben a dermaPACE-terápia

hatását placebo (azaz ál-lökéshullám-terápia) kezeléssel hasonlították össze. Az eredmények szerint a dermaPACE-terápiával kezelt betegek a 24. hétre 44 százalékos sebgyógyulási arányt értek el, míg a placebo esetében ez az arány 30 százalék volt.

Az eszköz alkalmazásának leggyakoribb mellékhatásai a készülék használata során tapasztalt fájdalom, helyi véraláfutások és zibbadás, émelygés, migrén, ájulás, a seb elfertőződése, cellulitis, osteomyelitis és láz voltak.

(Forrás: OTSZ Online, 2018.01.28.)



✓ A KIÉGÉS, MINT VALÓS PROBLÉMA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN - 1.

Mostanra már a legtöbb orvos nagyon is tisztában van azzal, hogy milyen gyakori a kiégés (angol kifejezéssel burnout) az orvosszakmában. A Medscape 2018-ban megjelent jelentéséből az is kiviláglik, hogy nem csak a kiégés sújtja az orvosokat; a depresszió egy komponens, akár a kollókvialis depresszióra („depis vakok”), akár a klinikaira gondolunk. A kérdőívre 29 szakterület több mint 15 ezer képviselője válaszolt.

A jelentés adatai alapján az összes orvos 42 százaléka számolt be kiégésről és 15 százalék volt azok aránya, akik valamilyen szintű depressziót élnek meg. A szakemberek 12 százaléka érzett köznapi értelemben vett lehangoltságot, míg egy kis százalék (3%) klinikai szintű depressziótól szenvedett.

Dr. Michael F. Myers, húsz éve kizárólag orvosokat és az ő családjaikat gyógyító pszichiáter szerint némely klinikai depresszióval élő doktor inkább kiégettnek írja le magát, mint depressziósként, mivel „Könnyebb lehet a burnoutot bevallani, mivel ez rendkívül sok orvost sújt. Szinte éreméremnek számít.”

A felmérésben választ adó orvosok között a legnagyobb arányban az intenzív osztályos, a neurológus, a családorvos, a szülész-nőgyógyász és a belgyógyász szakorvosok számoltak be kiégésről. A burnout legalacsonyabb előfordulását ezzel szemben a plasztikai sebészek, bőrgyógyászok, patológusok, valamint szemészek között mérték.

A résztvevők 14 százaléka vallott úgy, hogy mind depressziót, mind pedig kiégést is megél – közülük a szülész-nőgyógyászati terén (20%), a közegészségügyben (18%), valamint az

urológián és neurológián (17%) dolgoznak a legtöbben.

Kiégés vagy depresszió?

Míg a kiégés egy súlyos probléma, közel sem annyira kutatott terület, mint a depresszióé és továbbra sem tekintik olyan kifejezett zavarnak, melynek jól körülírt kezelési alapelvei volnának – vallja Dr. Myers. A burnout nem szerepel például a DSM-V-ben, mely a mentális egészség diagnosztikájának alapvető referenciáját jelenti.

Dr. Myers hozzáteszi, hogy a kiégést leggyakrabban az alkalmazkodási zavarok közé sorolják – azaz olyan tünetek sorában szerepel, melyek nem képeznek teljesen kibontakozó betegséget, például a stressz, szomorúság és reménytelenség jeleit mutatják egy stresszes életesemény során.

Néhány kutató ugyanakkor a kiégést a depresszió folytatásának részeként értelmezi. „A tudomány jelenlegi állása szerint a burnout inkább a depresszió egy formája, mint valamilyen különálló pathológiatípus” – írja egy 2015-ös elemzés.

„A kiégés részben a rendkívül fárasztó munkakörülmények eredménye, de alapjában véve egy krónikus stresszorok okozta depresszív szindrómának tekinthető” – magyarázza a fenti tanulmány társszerzője, a pszichológus **Irvin Sam Schonfeld** PhD. Ez pedig véleménye szerint jó hír a terápiát kereső orvosoknak. „Ha a burnoutra mint depresszív szindrómára tekintünk, az motiválhat bennünket arra is, hogy kezelést keressünk rá” – mondta a Medscape-nek. „A depresszióknak létezik már terápiája, míg a ki-



égés kezelésének színvonalja jelenleg nem éri el ugyanezt a szintet.”

Sok depressziós orvos nem megy terápiára

Az orvosok gyakran nem keresnek terápiás lehetőséget depressziójukra, mivel ez Amerikában gyakran a működési engedély korlátozásával, a kórházi privilégiumok megnyirbálásával és plusz kontrollvizsgálatok terhével jár.

„A doktorok nem beszélhetnek őszintén arról, hogy mi is történik” – mondja **Dr. Pamela Wibble** családorvos, aki gyakran ad elő az orvosok körében tapasztalható depresszió témájáról és öngyilkossági segélyvonalat is működtet kollégái számára. Egy informális felmérésben Dr. Wibble úgy találta, hogy az orvosok nagy többsége karrierje valamely pontján volt már depressziós, ám mindössze egyharmaduk kért szakmai segítséget. „Néhányan több száz mérföldet

autóznak a terápiáért csak azért, hogy így ne lehessen őket azonosítani” – teszi hozzá az orvos.

Kihat-e a depresszió a betegellátásra?

A Medscape felmérésében a depresszióban szenvedő résztvevők egyharmada vélte úgy, hogy a betegek ellátására hatással van állapotuk. Egészen pontosan 33 százalék vallotta azt, hogy betegek könnyebben felidegesítik, 32 százalék kevésbé vonódik be betegek sorsába, míg 29 százalék érzi azt, hogy kevésbé barátságos a páciensekkel. (Az orvosok több válaszlehetőséget is megjelölhettek). Ennél is aggasztóbb, hogy 14 százalék úgy érezte, hogy a depresszió miatt olyan hibákat is elkövet, melyeket egyébként nem tenne, és 5 százalék esetében ezen hibák a betegeknek súlyos szenvedést is okozhatnak.

A válaszadók ennél is nagyobb százaléka jelezték azt, hogy depressziójuk a kollégáikkal és a munkatársaikkal való kapcsolatukat is befolyásolja. 42 százalék jelezte irritáltságát kollégáikkal szemben, míg további 42 százalék a velük való kapcsolat gyengülését látta és 37 százalék vélte úgy, hogy frusztrációjukat kollégáik és munkatársaik előtt is kifejezik.

A kiégés komoly probléma, ám súlyossága változó lehet a különféle körülmények között, mondja Dr. Myers. „Az orvosok lehet, hogy csak egy specifikus napon, vagy a nap egy szakában élnek meg kiégettségüket” – véli. Dr. Schonfeld hozzáteszi, hogy a kutatásban öt különböző kiégési mérőszám van, melyek közül a legismertebb a Maslach Kiégés Leltár.

A pusztán túlhajtottságon túl a minden egyes szakterületnek megvan a maga oka a kiégettségre – magyarázza Dr. Myers. „Az intenzív ellátásban dolgozók számára a kiégettség az olyan morális konfliktusokkal való túlterheltséget jelenti, mikor a haldokló beteg családja minden lehetséges beavatkozást követel családtagjuk számára. A traumatológusoknál ezt jelentheti például az, ha egyszerre kell ellátnia egy áldozatot és elkövetőt egyaránt.”

És hogy miképp is küzdenek az orvosok a burnout ellen? A válaszadók fele testmozgást végez. Szintén közel felük (46%) egy családtaggal vagy közeli baráttal beszél; 42 százalék alszik; 36 százalék az egyedüllétet preferálja. Kisebbségi válaszok más utat választ: 22 százalék alkoholt iszik, 20 százalékknak vannak falásrohamai, míg 2 százalék vényköteles szereket használ.

A nagyobb kockázatú csoportok

Az ideai felmérésben az előző évekhez képest a nők nagyobb hányada számolt be kiégettséggel: a férfiak 38 százalékához képest náluk 48 százalék az arány.

Mi is lehet az oka ennek a szignifikánsan magasabb aránynak? „A női orvosok viszik a fő szülői és otthonteremtő funkciót otthon” – véli Dr. Wible. „Ezen kívül pedig a nőknek nagyobb az igényük a kapcsolatokra és jobban szenvednek attól, ha ezek nincsenek.”

A Medscape eredményei szerint a nők sokkal magasabb százaléka (55% a férfiak 39%-ához képest) beszélt a kiégettségről családjának vagy barátainak. Ezen felül 31 százalék fontolgatja, hogy professzionális segítséghez fordul a burnout vagy depresszió enyhítésére, vagy pedig már meg is tette azt – a férfiak között ez az arány 24 százalékot tett ki.

Egy másik, szintén nagyobb kockázattal szembenéző csoport a karrierjük közepén tartó orvosok. A 45–50 év közötti orvosok között a kiégettségi arány 50 százalékos volt, míg a 45 év alattiak körében 35, az 55–69 évesek között pedig 41 százalék.

Az ok? A karrierjük közepén tartó orvosok többet dolgoznak, több éjszakai műszakot teljesítenek és több orvosi csapatért vállalnak felelősséget, mint a többi életkori csoport szakemberei – áll egy elemzés konklúziói között.

Boldogok az orvosok, de csak munkaidőn kívül

A Medscape kiégettséggel foglalkozó kérdőívében a burnout jeleit magu-

kon felfedező válaszadók állapotuk több feltételezett okát is megadhatták. A leggyakrabban említett faktorok a következők voltak: túl sok bürokratikus feladat (56%), hosszú munkaidő (39%), a tisztelet hiánya a munkáltató, kollégák vagy más munkatársak oldaláról (26%), valamint a praxis növekvő digitalizálása (24%).

„Nem lehetséges az, hogy az ember rengeteg pácienset is ellát és rugalmas is maradjon” – magyarázza Dr. Myers. „Ez teljesen elhasználja az orvosokat”.

Arra a kérdésre, hogy vajon mivel volna csökkenthető a kiégettség, a válaszadók 35 százaléka a nagyobb fizetéseket, mint a pénzügyi stressz források eliminálását jelölte meg. 31 százalék vágya elfogadhatóbb munkaidőre/időbeosztásra, míg 27 százalék a szabályozás enyhítésében látta a megoldást.

„Az, hogy valaki több pénzt keres, nem megoldás a mentális egészséget érintő problémákra” – vallja Dr. Wible, ám hozzáteszi, hogy az olyan pénzügyi nehézségek, mint például a magas diákhitel hozzájárulhat az orvosok szorongásához.

Ám az is figyelemreméltó, hogy az orvosok egy jelentős hányada arról számolt be, hogy nem érzi magát kiégettnak. Mit is csinálnak másképp? Hogyan oldják meg ezt a kérdést?

A Medscape olyan orvosokat is megkérdezett tehát, akik nem tapasztalnak burnoutra utaló jeleket magukon. Többek között azt szerették volna megtudni, hogy miképp kerülnek el a munkával összefüggő stresszt. A leggyakrabban azt a választ kapták, hogy pozitív attitűddel viseltetnek a munkájuk iránt, megpróbálják az elvárásaikat reálisan tartani, valamint figyelnek az otthon és a munkahely ideális arányára is. Némelyek azonban egyszerűen csak szerencsések – rugalmas időbeosztásban, támogató közegben és/vagy jó munkakörülmények között dolgoznak.

Szervezeti szinten a kiégettség ellen

Ahogy egyre szélesebb körben ismerik fel a kiégettség jelentőségét, úgy

kezdett el a szervezetek egy része is programokat kialakítani az orvosok stresszel és burnouttal való megküzdésének elősegítésére. Ám ez a gyakorlat közel sem általános.

A Medscape felmérésében az akadémiai, kutatási, katonai vagy kormányzati területen dolgozók 61 százaléka számolt be arról, hogy a szervezetüknek van prevenció programja. Az egészségügyben 58, a kórházakban 45, míg a több szakterületet egybefogó rendelések vagy járóbeteg szakrendelések esetében 31 százalékos volt ez az arány.

A megnövekedett figyelem ellenére „az egészségügyi szervezetek egyes vezetői még mindig nem értik mélységeiben, hogy a kiégés milyen hatással van a szervezetre” – véli **Dr. William J. Maples**, az Institute for Healthcare Excellence nevű intézmény vezérigazgatója. A szakember által vezetett cég kórházaknak és egyéb szervezeteknek nyújt tanácsadást az egészségügyi kiválóság elérése érdekében.

Dr. Maples szerint a kiégés visszaszorításának egy hatékony módja például az, ha a klinikai csapatok közötti kommunikációt segítjük elő. Amikor az információt nem osztják meg egymással a csapattagok, a stressz szintje emelkedik. Hozzáteszi, hogy a jobb kommunikáció a hatékonysághoz is hozzájárul.

Boldog orvosok – munkaidőn kívül

A munkában tapasztalt magas kiégési rátával szemben a Medscape 2018-as életmóddal és boldogsággal kapcsolatos felmérésében válaszadó orvosok háromnegyede nyilatkozott úgy, hogy a munkán kívül boldognak érzik magukat.

Ebben az orvosok 50 százaléka érezte úgy, hogy vagy rendkívül boldog (12%) vagy nagyon boldog (38%). Nagyjából egynegyed (26%) volt azok aránya, akik munkaidőn kívül többekébbé boldognak jellemezték magukat. Csupán 10 százalék vallotta magát rendkívül (3%) vagy nagyon (7%) boldogtalannak a munkán kívüli szférában.

A magánéletben legboldogabb szakorvosok az allergológusok (61%), bőrgyógyászok (58%), sürgősségi orvosok (58%) és a szemészek (58%) közül kerültek ki.

Kevésbé voltak elégedettek a kardiológusok (40%), közegészségügyi szakemberek (41%) és az onkológusok (42%). Mindeközben a belgyógyászok és az infektológusok között is a válaszadók kevesebb, mint fele (44%) érezte magát boldognak a munkáján kívül.

Az orvosok magánélete

A Medscape rákérdezett a válaszolók személyes hitrendszerére is. Az orvosok közel háromnegyede (73%) nyilatkozott úgy, hogy van valamilyen spirituális vagy vallásos hitük, míg 27 százaléknak nem volt. Azoknak, akik valamiféle hittel rendelkeznek, több mint háromnegyede (76%) látta úgy, hogy az segítette a stresszel való megküzdésben.

A 2018-as adatok konzisztensek az a Journal of Religion and Health folyóiratban nemrégiben publikált felméréssel, mely közelebbről is megvizsgálta a kérdést. A kutatás eredményei szerint az orvosok 52 százaléka vallásos és 24 százaléka spirituális, míg 12 százalék agnosztikus és 11 százalék ateista.

A testi egészséggel kapcsolatban az orvosok közel fele (47%) nyilatkozott úgy, hogy szeretne fogyni és közel egyharmaduk (32%) mondta, hogy a testsúlya megtartásán fáradozik. Több nő (52%), mint férfi (45%) vágyott leadni súlyából.

A válaszolók több mint harmada (35%) heti két-három alkalommal végez testmozgást, 33 százalék ennél is gyakrabban és 21 százalék volt azok aránya, akik hetente csak egy alkalommal van ennél is ritkábban sportoltak. 11 százalék vallott úgy, hogy egyáltalán nem sportol.

Mindeközben a felmérésben résztvevők majdnem negyede (22%) nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem iszik alkoholos italt, míg több mint egyharmad (27%) hetente maximum egy italt fogyaszt. 8 százalék hetente hét vagy több alkoholos italt fogyaszt.

A szabadság és pihenés témakörében az orvosok legnagyobb alcsoportja (49%) évente legalább 3-4 hét szabadságot vesz ki. 18 százalék 5 vagy több hetet, míg 6 százalék évente kevesebb, mint egy hetet tölt munkán kívül.

Az alkalmazotti viszonyban dolgozó orvosok valamivel több szabadságot engedélyeztek maguknak, mint vállalkozói státuszban működő kollégáik. A vállalkozóknál ugyanis 63 százalék volt az éves szinten 3 vagy több hét szabadságot kivett orvosok aránya, az alkalmazottaknál viszont 69 százalék.

Az orvosok kapcsolatai

Egy elfoglalt orvosnak nehéz lehet széles baráti kört fenntartani. A legtöbb válaszolónak (47%) három vagy kevesebb közeli barátja van. Nagyjából egyharmad (34%) négy-hat közeli baráttal rendelkezik, míg 8 százalék tíz vagy még több ilyen kapcsolatról adhat számot. A három vagy annál kevesebb igazán közeli kapcsolattal rendelkező orvosok között a patológusok, intenzívterápiás szakemberek, radiológusok és aneszteziológusok voltak többségben.

A Medscape kérdőívben nagyjából egyenlő, egyharmados aránnyal vallották magukat az orvosok introvertáltaknak (35%), extrovertáltaknak (28%) vagy a kettő közöttinek (38%). A patológusok, közegészségügyiek és radiológusok sorolták magukat még a leggyakrabban az introvertáltak közé. A legextrovertáltabb szakterületnek a sebészet, urológia, szülészet-nőgyógyászat és gasztroenterológia bizonyult.

Az orvosok több mint háromnegyede (77%) házas, 11 százalék egyedülálló, 5 százalék él élettársal, 5 százalék elvált és nem házasodott újra, míg 1 százalék özvegy. A házas orvosok közel fele egészségügyben dolgozóval kötötte össze életét. 21 százalékuk orvossal, míg 26 százalékuk nem orvos egészségügyi dolgozóval él házasságban. A férfi orvosok sokkal gyakrabban választottak az egészségügy területéről házastársat (*folytatjuk*).

(Forrás: Medscape, 2018. január, a WebDoki referátuma nyomán)

EURÓPÁBAN AZ UTOLSÓK KÖZÖTT A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY

Magyarország egyértelműen a sereghajtók közé tartozik az európai országok egészségügyét rangsoroló legújabb listán: a 35 országból alig van a magyarnál rosszabbra értékelt rendszer. A szlovákok, a szlovének és a csehek már felzárkóztak az éllovas országokhoz, a listavezető változatlanul Hollandia és Svájc – derül ki a **Európai Egészségügyi Fogyasztói Index (EHCI) 2017-es közzétett jelentéséből.**

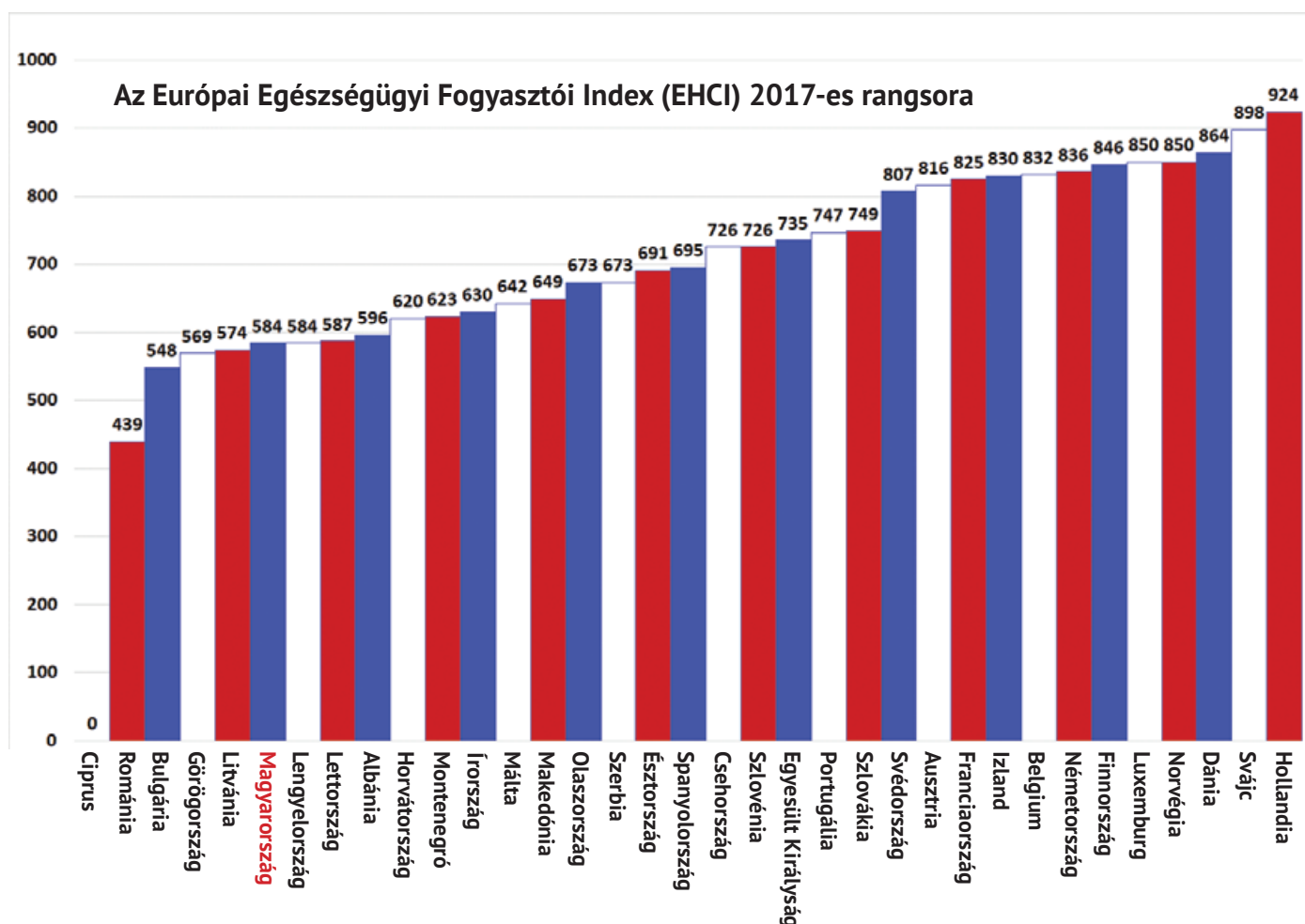
Stabilan a sereghajtók között szerepel Magyarország az **Európai Egészségügyi Fogyasztói Index (EHCI) 2017-es** rangsorában, a 35 országot tartalmazó listán már csak Románia, Bulgária, Görögország és Litvánia produkált rosszabb eredményt. A tavaly még hátrébb álló lengyelek immár a magyar pontszámmal azonos értéket értek el, azaz 584 pontot az ezerből – derül ki az adatokból. Az éllovas változatlanul Hollandia (924 pont), második Svájc (898 pont), harmadik Dánia (864 pont).

A legjobb egészségügyi eredményeket felmutató 800-asok (800 pontnál többet elérők) klubjába további 9 or-

szág tartozik, olyan jóléti államokkal mint Norvégia, Luxemburg vagy Finnország (a szigorodó kritériumrendszer mellett is összesen 12 nyugat-európai ország tartozik már ebbe a csoportba). A ráfordítások szerepét egyértelműen bizonyítja a vezető országok után következő szünet. A 800-asok klubja utáni első eredmény 749 pont, ezt épp Szlovákia érte el (a hozzáféréseben legjobbak csoportjában is megjelent Szlovákia), valamint nem sokkal maradnak le a szlovén és a cseh eredmények sem, vagyis a nagyobb költség jobb eredményeket produkál – olvasható a kézenfekvő megállapítás a felmérés bevezetőjében.

Az index összegzése szerint az európai egészségügyi ellátás folyamatosan javul, jó irányba tartanak a csecsemőhalandóság, a szívbetegségek, a stroke és a rákbetegségek túlélési mutatói. A betegek választási lehetőségei szélesednek, fejlődik a gyógyításba való bevonásuk. Ugyanakkor még mindig túl sok országban ragaszkodnak a nem hatékony finanszírozási és ellátási módszerekhez.

Tanulni pedig nem csak az éllovasoktól, Hollandiától és Svájctól lehet: Finnország, Szlovákia, Montenegró és Ma-



cedónia is jó példát mutat egy általános fejlesztési stratégia kialakításához – állapítja meg a stockholmi központú Health Consumer Powerhouse (HCP) szervezet által kiadott EHCI 2017.

Az országok részletezésénél Magyarországot Lengyelországgal együtt említik, mint egyformán 584 pontot elérő, a 29 helyen osztozó államokat. A gyenge teljesítmény magyarázatát az index készítői abban a közismertnek nevezett tényben látják, mely szerint, ha a felső vezetés más dolgokra koncentrál az előállított termékek, szolgáltatások legjobb minősége helyett, akkor óhatatlanul csökken azok színvonala. Az EHCI eddigi története alatt a két ország a reformokról folytatott folyamatos vitái dacára nagyon kis előrehaladást ért el, ennél a lakosság és az egészségügyi szakma többe érdemel – áll a jelentésben.

Az eredmények részletesen

A **betegjogok érvényesülése** területét 10 indikátorral vizsgálja az EHCI, ebből Magyarország két területen ért el zöld, azaz megfelelő minősítést: a saját betegadatokhoz való hozzáférés és az online foglalás lehetősége tartozik ide, míg pirossal (elégtelen színvonalú) jelölték a betegszervezetek bevonását, a jószolgálati orvosok nyilvántartását és a szolgáltatók minősítését. Az összesített magyar pontszám 79, az e téren legtöbbet elérő hollandok és norvégok 125 pontot gyűjtöttek.

Az **ellátáshoz való hozzáférést** 6 indikátor jellemzi, ebből két magyar kapott pirosat: a rákterápiák 21 nap alatti elérhetősége, és a 7 napnál hamarabb hozzáférhető CT vizsgálatok területe tartozik ide, míg a házi orvos aznapi elérhetősége az egyedüli zöld, azaz megfelelő minősítésű. A magyar összpontszám 138 szemben a legjobb svájci és szlovák 225 ponttal.

A **betegellátás eredményességét** 9 indikátor jellemzi, közte a szívinfarktus és a sztrók 30 napos halálzási rátája, a csecsemőhalandóság, a rákbetegség túlélése, a potenciálisan elvesztett életek, a kórházi fertőzések és az abortuszok száma szerepelnek. Négy magyar mutató is „hibalistás”, pirossal világít a szívhalál és a rákbetegség túlélése, a kórházi fertőzések és az abortuszok száma. Az összesített magyar pontszám 156, a két top teljesítő Norvégia és Finnország 289 ponttal.

A **közfinanszírozott egészségügy bőkezűségét** (a szolgáltatások széleskörűsége), az ellátórendszer finanszí-

rozottságát jelző 8 indikátorból 3 magyar pirossal jelzett: a magyar egészségügy finanszírozási háttere (a közfinanszírozás a teljes egészségügyi költség 67 százalékát fedezi), a hálapénz jelenléte és a császármetszések aránya. A magyar egészségügy e téren 78 pontot szedett össze, míg az éllovasok, Hollandia és Svédország 125 pontot teljesítettek.

A **betegségmegelőzést** leíró 7 almutatóból 2 magyar kapott pirosat, az alkoholfogyasztásból és a magas vérnyomásból eredő gondokat sorolták ide, az összpontszám 89, a legjobb adat, 129 pont Norvégiáé.

A **gyógyszerellátás** 6 indikátorából csaknem az összes magyar pirosat kapott, egyedül az antibiotikum használatot minősítette az index megfelelőnek. A legjobbak – holland és német ellátás – 89 pontjával szemben a magyar összpontszám 44.

A magyar egészségügy egyetlen területen produkált és produkál kiemelkedőt: a csecsemő és gyerekkori védőoltásokban az első helyen szerepelünk!

[A részletes cikk a napi.hu oldalán olvasható.](#)

(Forrás: napi.hu - WebDoki, 2018. február 1.)

Az egészségügyi ellátás minősége

- Nem megfelelő
- Elmegeg
- Megfelelő ellátás





MEDDIG ÉLNEK, HOL HALNAK LEGTÖBBEN MAGYARORSZÁGON?

Európai, megyei és járási szintű adatokat, közte halálozási, életkilátásbeli és orvosi ellátásbeli mutatókat is térképes infografikonra vitt a KSH legújabb, *Tér-Kép* című kiadványa. Tanulságos adatok.

Az életkilátások az unión belül Spanyolországban, Olaszországban, Franciaországban, Luxemburgban, valamint Svédországban a legkedvezőbbek, míg a keleti országokban egy újszülött lényegesen rövidebb élettartamra számíthat.

Magyarországon 2005–2015 között a születéskor várható élettartam (75,7 év) az uniós átlag felett nőtt, de még így is jelentősen (5 évvel) elmaradt a tagországok átlagától (80,6 év) – állapítja meg a KSH *Tér-Kép* című kiadványa.

Az Európai Unióban 2015-ben egy újszülött fiú 77,9 éves, egy lány 83,3 éves élethosszra számíthatott, aminek a férfiak 80, a nők 76 százalékát tölthetik el egészségesen. Egy átlagos magyar állampolgár várható élettartama kedvezőtlenebb, mint az uniós átlag, mégis ebből arányaiban többet élhet egészségesen – olvasható a kiadványban.

Így néz ki a halálozás járásonként Magyarországon

2016-ban ezer lakosra országosan 12,9 halálozás jutott, ez a 2011. évvel megegyezett, a 2015. évitől pedig 0,4 ezrelékponttal elmaradt. A halálozási ráta 2011-ben leginkább Észak-Magyarország és az Alföld déli, valamint a Dunántúl délnyugati, határ menti járásaiban volt a legmagasabb, az ország középső, keleti, illetve északnyugati részeiben a legalacsonyabb.

A 2011–2016 közötti időszakban a halálozások ezer lakosra vetített száma hullámzóan alakult, ezért területi szinten nem rajzolódnak ki egyértelmű folyamatok, amely a területi egyenlőtlenségi mutatókat illetően is megfigyelhető – állapítja meg a kiadvány. Az ezer lakosra jutó

halálozások számának időbeli és területi jellemzőinek alakulásában nem mutatható ki egyértelmű tendencia, a legnagyobb csökkenéssel jellemezhető térségek is területileg szétszórtan helyezkednek el. Bár járási szinten jelentősek a változások, területi átrendeződés mégsem történt az ezer lakosra jutó halálozás számának alakulásában.

Hol hiányoznak legjobban az orvosok?

Érdekes lehet a halálozási és életkilátásbeli adatokat összevetni az orvosi ellátás hozzáférhetőségével. 2016-ban 41,5 ezer betöltött és 1,8 ezer betöltetlen orvosi állás volt Magyarországon, utóbbi a tervezett orvosi állások 4,3 százalékát képezte a KSH szerint. A legtöbb üres orvosi állás a fekvőbeteg-ellátásban jelentkezett (834), a járóbeteg-ellátásban 534 orvosi állás volt betöltetlen.

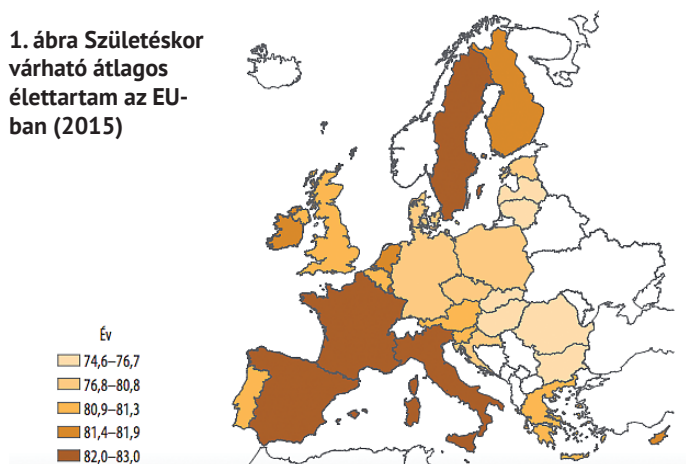
Az üres orvosi állások 37 százaléka Budapestre koncentráldott, az országos hatáskörű egészségügyi intézmények jelenléte miatt, a tervezett állásokhoz viszonyítva azonban nem itt, hanem Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében alakult ki a legsúlyosabb orvoshiány, ahol az orvosi állások tizede volt betöltetlen, ezen belül a fekvőbeteg-ellátásban 15 százalék, szám szerint 114.

A 10 százaléknál nagyobb orvoshiány 7 százalékkal növeli a halálozási mutatókat, a szakdolgozók hiánya a kórházi fertőzések durva emelkedését generálja – hangzott el több szakmai konferencián is. Az orvoshiány Komárom-Esztergom és Pest megyében is magasabb volt az átlagosnál.

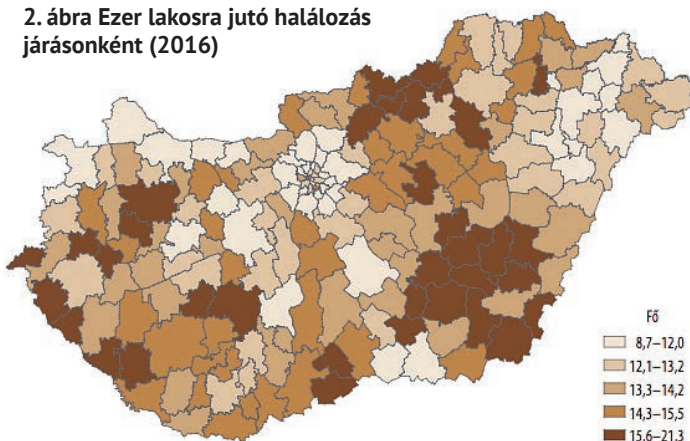
A házi orvosi szolgáltatást mintegy 6.200 házi orvos, illetve házi gyermekorvos látta el 2016-ban. Közel 1.600, többnyire ezer főnél kisebb községben nem volt helyben házi orvos. Átlagosan egy házi orvoshoz 1581 lakos tartozott, de Pest, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Győr-Moson-Sopron megyében 1.700 főnél is többet látott el egy házi orvos.

napi.hu – További részletek, illetve [a teljes kiadvány PDF-ben itt érhető el.](#)

1. ábra Születéskor várható átlagos élettartam az EU-ban (2015)



2. ábra Ezer lakosra jutó halálozás járásonként (2016)



☑ A KÁVÉ „ELRABOLJA A GYERMEKEK RÓZSÁS ARCÁT ÉS SZEMÉT”

A cikk nyomtatott változata a Magyar Nemzetben jelent meg. A megjelenés időpontja: 2017.12.30. A szerző: Molnár Csaba, aki napilaphoz képest szokatlan szakszerűséggel összegzi a kávéval kapcsolatos történeteket és vonja le a következtetéseket, ezért is találtuk alkalmasnak Magazinunkban történő másodközlésre.

Amikor megváltozik a tudomány megítélése egy népszerű élelmiszerről, az a legritkább esetben jelent pozitív felismeréseket. Sokkal általánosabb, hogy valamiről az terjed el: rákkeltő, mérgező, cukorbetegséget, szívinfarktust okoz. Ezért megy szenzációszámba, hogy újabban a kávéról csupa jó dolgok derülnek ki. A világ egyik legtekintélyesebb szaklapja egyenesen azt állítja: nemcsak hogy nem öl, de még egészséges is.

Gyerek nem ihat kávé. Ez gyakorlatilag a teljes fejlett világban axióma, mindenki meg van ugyanis győződve arról, hogy a kávé pontosan ugyanolyan ártalmas a gyermek testi és mentális fejlődésére, mint az alkohol. Eközben azonban sokan engedik a gyerekeknek, hogy kólát igyon, amelyben pontosan ugyanaz a koffein van, viszont a magas cukortartalma miatt egyértelműen káros. Ebből is sejthető, hogy a kávé gyereket fenyegető veszélyeivel kapcsolatban valami nincs rendben. Ettől függetlenül a hiedelmek makacs dolgok, ez sem fog egyhamar kiveszni a köztudatból.

Kevesen tudják, hogy honnan származik ez a bölcsesség. Nos, mint a Smithsonian magazin beszámol róla, Charles Post amerikai élelmiszeripari mágánstól, aki a XIX. század végén gabonapelyhek gyártásából szerezte a millióit, de a századfordulón be akart szállni a gyerekeknek kínált kávépótlékok piacára is. Akkoriban az általuk fogyasztott híg lében igazi kávé volt, és ez nagy nehézséget okozott Postnak a magáról elnevezett Postum gabonaalapú, koffeinmentes reggeli ital reklámozásakor.

Ezért a múlt század első évtizedeiben sajtókampányt indított a kávé ellen, mindenféle tudományos alap nélkül azt hazudva, hogy az ital egyaránt ártalmas a gyerekeknek és a felnőtteknek. Például azt állították, hogy a kávé előbbieknek alultápláltságot okoz, csökkenti életerejüket, megvakítja őket, gyengíti immunrendszerüket, ártalmas a megfelelő fejlődésükre, és legfőképpen „elrabolja a gyerekek rózsás arcát és csillogó szemét”. Mindezt pedig egy bizonyos „világhírű kutatóintézet” vizsgálataira alapozta, amely bebizonyította, hogy a kávéivás lerontja a gyerekek jegyeit. Egy 1910-es hirdetésben még egyértelműbben fo-



galmaz céljait illetően: „Azok a gyerekek, akik Postumon nőnek fel, megszabadulnak a koffein, a kávé és a tea viselkedésmódosító kábítószerének ördögi hatásától.”

Marketingtörténeti szempontból a kampány briliáns példája volt a több lábon álló reklámhadjáratoknak; a csapból is az folyt, hogy a kávé ártalmas. Még saját képregényt is kiadtak, amelyben egy Mr. Idegesítő Kávé nevű főgonosz kiállhatatlanná és beteggé tette áldozatait. A Postum sikeres lett, még 1995-ben is az amerikai pót-kávépiac 87 százalékát uralta. Sajnos (vagy nem sajnos) azonban ez már nem volt olyan nagy falat, hiszen ezzel a termékkel addigra csak alig 7,5 millió dolláros forgalmat bonyolítottak le évente, töredékét a fénykorabelinek. Senki nem akar már a háborús idők hiánygazdaságát idéző pótlékot inni. Jött a Starbucks, és újra trendi lett kávé inni, mindenféle halálos veszély dacára.

A kávé diadalútja, mióta fél évezreddel ezelőtt felfedezte magának a nyugati világ, nem nevezhető kátyúktól mentesnek. Olyannyira, hogy a kávéivás megállíthatatlannak tetsző divatját az adott kor vezetői mindig veszélyforrásként értékelték, és igyekeztek minden eszközzel fékezni az ital terjedését. A CNN gyűjtése szerint 1511-ben, amikor jórészt még csak a Közel-Keleten volt ismert az ital, Mekka kormányzója rövid időre be is tiltotta azzal az indokkal, hogy tudatmódosító erejű, így az iszlám szerint tiltott, továbbá hogy a kávéházakban „bűnös és szabálytalan szexuális helyzetek” alakulhatnak ki. A kávé népszerűsége azonban hamar elsöpörte a tilalmat. Törökországban egyenesen fontosnak tartották a társadalmi kohézió fenn-

tartása érdekében, mivel úgy tartották, hogy az a nő, aki nem jut megfelelő mennyiségű kávéhoz, nagyobb eséllyel válik el férjétől.

Az 1600-as évek közepén Nyugat-Európában már jótékony egészségügyi hatásokat is tulajdonítottak neki. Egy angliai kávézó tulajdonosa azt állította, hogy segíti az emésztést, megelőzi és gyógyítja a skorbutot, megszüntet mindenféle fájdalmat, és legfőképpen gyógyítja az alkoholizmust. Annyi igazság lehetett az utóbbiban, hogy akkoriban sokan a szennyezett ivóvíz veszélyei miatt ittak alkoholt, amelyet így ki tudtak váltani a főzött – így sterilizált – kávéval. Persze hamar megjelentek az aggodalmak is. Egy nőszervezet tagjai petíciót is írtak a kávé betiltásáért, mivel féltették férjük potenciáját: *„Úgy találjuk, hogy nagyon is érzékelhető a hanyatlás a régi jó angol életerőben. A férfiak még sohasem viseltek nagyobb nadrágot, de hordtak kisebbet benne.”* A XVIII. századi Nagy-Britanniában ugyan a tea átvette az uralmat a kávétól, de a bostoni teadélután után Amerikában már hazafiatlan cselekedetnek számított a tea fogyasztás, így szinte mindenki visszatért a kávéhoz. (A bostoni teadélutánnak nevezett 1773. december 16-i bostoni eseménysorozat az amerikai függetlenségi háború kitörésének közvetlen előzménye volt.)

A kávé ezután folyamatosan népszerű maradt egészen a megalapozatlan, majd tudományosan megalapozottnak tűnő, egészségi ártalmakat hangoztató hírekig. Az 1970-es években ezek hatására általánossá vált a nézet, hogy egy csésze kávé gyakorlatilag szívrohamot okoz. Egy 1973-as vizsgálat megállapította, hogy ha ötnél kevesebb csészével iszunk naponta belőle, az „csak” hatvan, ha legalább hattal, az már 120 százalékkal növeli meg a szívroham kockázatát. Több más kutatás is hasonló eredményekre jutott, így „köztudomásúvá” lett, hogy a kávé rosszat tesz a vérnyomásnak és a szívnek. Csakhogy ezek a vizsgálatok nem vették figyelembe, hogy a kávézással egy csomó más, esetleg sokkal veszélyesebb magatartás is együtt jár, mint a dohányzás vagy a cukros-zsíros fánkok habzsolása, így előfordulhat, hogy a kávé szerelmesei valami más miatt haltak, ha halnak.

Az új évezred kezdetén tovább „feketedett” a kávé, mert úgy tűnt, növeli a húgyúti rákok veszélyét. Kutatócsoportok garmadája vizsgálta, van-e kapcsolat a kávé és a legkülönbözőbb daganatok között, kevés sikerrel. Aztán az elmúlt évtizedben kifordult sarkából a világ. Egyre-másra publikálták a számtalan korábbi vizsgálat eredményeinek újraértékeléséből írott, úgynevezett metaanalíziseket, amelyek így sokkal megbízhatóbb képet adnak egy-egy jelenségről. És ezekből mindenki meglepetésére valami teljesen más kép volt kiolvasható. Nemcsak az, hogy kevés komolyan vehető bizonyíték van a kávé ártalmaira (és a valószínűleg létező ártalmak – például a fogak elszíneződése – viszonylag enyhék), hanem egyenesen az, hogy a módjával fogyasztott kávé kifejezetten egészségesebbé tesz.

A British Medical Journal folyóirat néhány hete közzétett egy grandiózus, úgynevezett ernyő-metaanalízist (a metaanalízisek analízisét), amelybe aztán tényleg minden elérhető ismeretet összegyűjtöttek, a konklúziókat pedig a világ kávéforgalmazói egy az egyben használhatják reklámcélokra. A Southamptoni Egyetem közegészségügyi kutatói által jegyzett tanulmány fő megállapítása szerint a kávéivásnak több előnye van, mint hátránya. Az előnyök pedig akkor a legkifejezettebbek, ha napi három-négy csészével iszunk belőle. De az igazán nagy függőknek sem kell különösebben izgulniuk, ugyanis a kutatók azt is megjegyzik, hogy aki ennél többet iszik, ártalmak őt sem fenyegetik különösképpen, inkább csak az előnyök halványulnak el.

De melyek is ezek az előnyök?

A kávéivók általánosságban kisebb valószínűséggel halnak meg bármilyen betegség következtében, ezek közé értendőek a szív- és érrendszeri kórok is (ami tehát szöges ellentétben áll a régi meggyőződéssel). De ez csak a kezdet. A kávézóknak kisebb esélyük van a 2-es típusú cukorbetegsége, a metabolikus szindrómára (amely a diabetesz előszobája), az epeköre, a vesekőre és a köszvényre. Továbbá csökken egyes ráktípusok, a Parkinson- és az Alzheimer-kór, illetve a depresszió kialakulásának a valószínűsége. De mind közül a kávé egyértelműen a májra gyakorolja a legkifejezettebb jótékony hatást.

Halljuk a hátrányokat is!

– gondolhatják most olvasóink, hiszen megszokhatták, hogy kevés olyan faktor van, amely kizárólag pozitív hatással bír egészségünkre. Nos, a tudomány mai állása szerint egyedülként csupán a terhes nőknek kell korlátozniuk kávéfogyasztásukat. Ugyanis kapcsolat van a kávéivás és a baba alacsony születéskori súlya között (ami egy sor ártalom okozója, előfutára lehet). Emellett látszik némi összefüggés a kávézás és a nők csonttörései között is. A kávé tehát – igen, nehéz elhinni – nemcsak finom, de még egészséges is.

Hogy azért legyen a cikk végén némi szkepszisre okot adó megjegyzés, nem szabad elfelejteni, hogy az efféle megfigyeléses vizsgálatok – bármilyen sok ember adatait is összegzik – sosem alkalmasak ok-okozati összefüggések bizonyítására. Tehát a kutatók sem állítják azt, hogy a felsorolt jótéteményeket a kávé okozza, mindössze azt, hogy a kávézó emberekkel mi szokott történni. Előfordulhat, hogy egy eddig ismeretlen, rejtett faktor van a háttérben. Az eredményeken felbuzdulva most tervezik az előre tervezett és kontrollcsoportot is szerepeltető kísérleteket, amelyek után már okosabbak lehetünk. Továbbá arra is felhívják a figyelmet – kissé elrontva az ünnepi hangulatot –, hogy tanulmányuk a „keserű” kávéról szól, és nem a cukorról, a különféle szirupokról, tejszínhabról, zsíros tejről, whiskey-ről, rumról, tortácskákról, cigarettáról és minden egyébről, amit a kávé mellé fogyasztunk.

(Magyar Nemzet, 2017. december 30.)

KISHÍREK... KUTATÁSOK



A cikkek referálója:
Dr. Fövényi
József

belgyógyász, diabetológus,
orvos-főszerveztő

+ BEADTAM VAGY NEM ADTAM BE? VÉGE LEHET AZ INZULINADÁS ELFELEJTÉSÉNEK...



Szinte nincs olyan önmagát inzulinnal kezelő diabéteszes, aki legalább egy alkalommal ne felejtette volna el beadni az aktuális inzulin adagját.

Voltak ugyan korábban is próbálkozások ún. „memóriával ellátott” pen készülékekkel, de ezek nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket.

Egy francia cég, a Biocorp megszerkesztette és európai forgalmazásra engedélyeztette az [EasyLog](#) készülékét, melyet a legtöbb egyszer használatos és patronnal működő inzulin pen-ekre fel lehet illeszteni. A pen végén lévő gombok elforgatását észleli és rögzíti a beadott inzulin mennyiséget, az inzulin koncentrációját, a beadás napját és időpontját. Saját kijelzővel nem rendelkezik, viszont egy mobil telefon applikáció révén Bluetooth segítségével a beteg okos telefonjára viszi át az adatokat. Ezáltal mind az injekció véletlen kihagyása, mind pedig dupla adag véletlen beadása kiküszöbölhető. Mindkét esetben riasztást küld a beteg részére. Közvetlen számítógépes letöltést is biztosít.

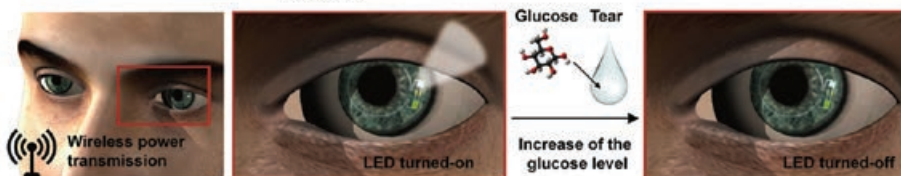
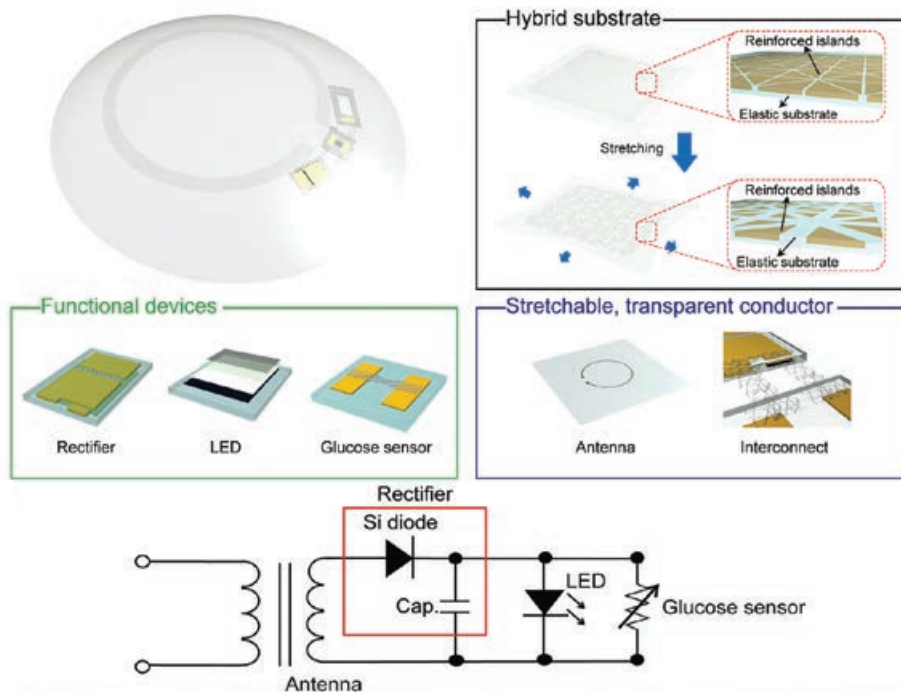
Videó – ide kattintva érhető el

+ OKOS, LÁGY KONTAKTLENCSZE FOLYAMATOS GLUKÓZ- ÉS SZEMNYOMÁS MÉRÉSEL

Korábban már beszámoltunk arról ([Diabfórum 2015/4. – október](#)), hogy a Google egy kontaktlencsét gyártó másik világcéggel összefogva a cukorszintet folyamatosan mérő kontaktlencse létrehozásán fáradozik, nem kevés milliárd dollárt fordítva a kutatásokra.

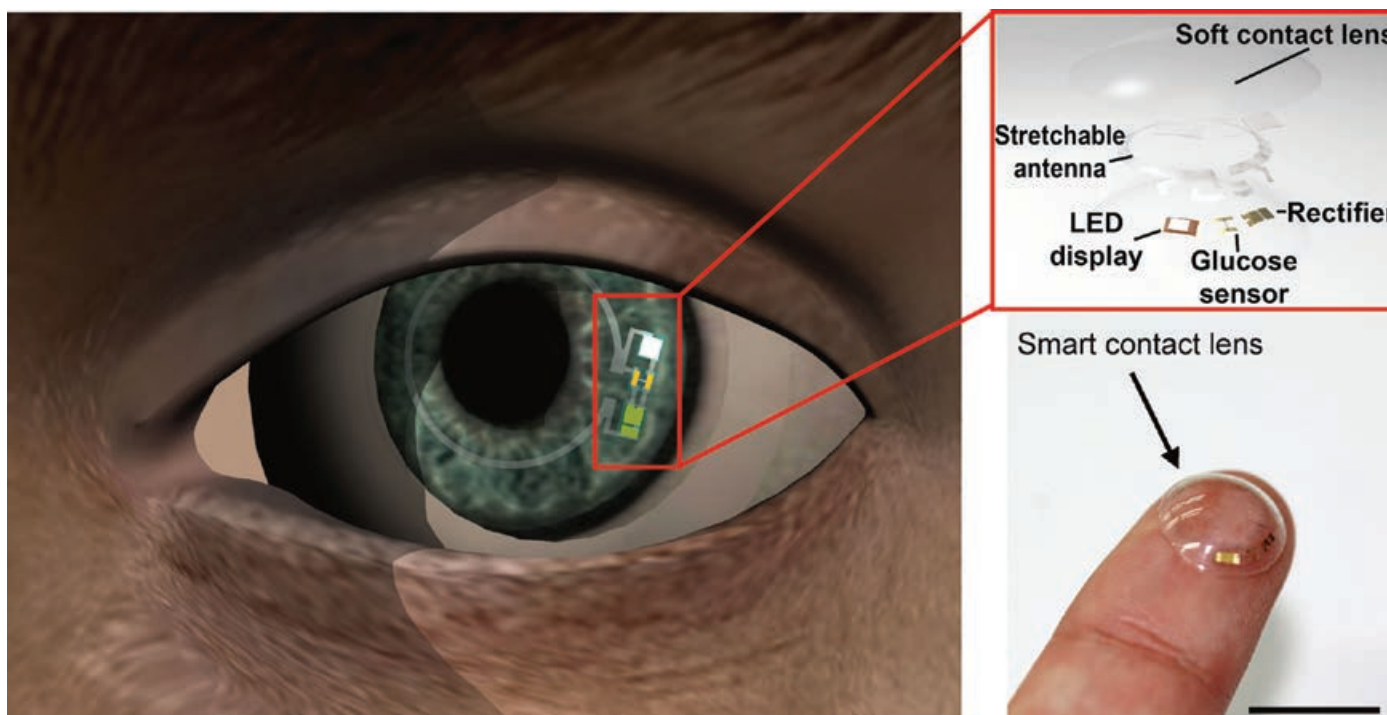
Ezek eddig nem vezettek a kívánt eredményre: a lencsék opál és törékeny komponenseket tartalmaztak, zavarták a viselőjüket a látásban, sérthették a szaruhártyát és a viselőjük mozgása zavarta működésüket. Emellett kiegészítőikkel együtt robusztusak voltak. Most az egész világot meglepték a dél-koreai kutatók.

Létrehoztak egy lágy, tökéletesen átlátszó okos kontaktlencsét, mely folyamatosan méri a könny glukóz tartalmát és a szemnyomást, drót nélkül kapja a működéséhez szükséges energiát, valós időben vizualizálja a mért értékeket transzparens és rugalmas nanostruktúrákat integrálva. (A könny és a vér cukortartalma között ugyanolyan 15–20 perces eltolódás van, mint a szöveti glukózmonitorozás esetében.)



A lencsét nyulakon tesztelték, egyelőre nem jeleztek a viseléssel kapcsolatosan semmilyen kényelmetlenséget és a lencse jól funkcionált. Az emberen történő vizsgálatok most kezdődnek.

(Forrás: [Science Advances](#) 2018. január 24.)



KISHÍREK, KUTATÁSOK

+ GLUCOSCANNER – UJJSZÚRÁS NÉLKÜLI VÉRCUKORMÉRŐ

A diabétesz kezelésének „legfájdalmasabb” velejárója az ujjszúrással vércukormérés. Az ujjszúrás kiküszöbölő különféle kísérletek (pl. az infravörös fénytartomány közelében mozgó szöveti glukózmérés) mind-egyedül sikertelenek maradtak.

Most ez a probléma megoldódni látszik, mivel olasz-japán együttműködéssel talán sikerül az ujjszúrás nélküli vércukormérés megvalósítása, ami pedig a diabétesz kezelés „Szent Gráljának” számíthat.

Stefano Valenzi professzor japán kutatókkal szorosán együttműködve egy új technológiával megalkotta az ujjszúrás nélküli [GlucoScanner](#)-t, melynek kereskedelmi forgalomba hozha-

tó változatán dolgoznak. Úgy tűnik, sikerült megoldaniuk a bőr pigmentációs különbségből adódó optikai problémát. A készüléket egyénileg kell kalibrálni pl. a bal hüvelykujjal történő érintéssel és ezt követően már bármikor mérhető lesz a vércukorszint, azonos ujjal történő érintés révén.

Számos vizsgálat lefolytatása nyomán, sok ezer mérés révén sikerült nagyfokú pontosságot elérni, melyek megközelítik, sőt elérik a hagyományos glukométerek pontossági fokát.

Jelenleg tervezik több mint 10 ország számos kórházában a széleskörű klinikai vizsgálatok elkezdését. Ha ezek beigazolják az eddigi eredményeket, akkor az ujjszúrással módosított alapuló vércukorméréseknek



vége lehet, mely a betegek életminőségének, önellenőrzésük és kezelésük jelentős javulásához vezethet.

(Forrás: [Medgadget](#), 2018. február 9.)



GlucoScanner videó ide kattintva érhető el



+ AZ INSULET OMNIPOD „EGYSZER HASZNÁLATOS” INZULINPUMPA ELNYERTE A MEDICARE TÁMOGATÁST

Az Egyesült Államokban az Insulet cég 2005 óta forgalomban lévő cserélhető, Omnipod nevű inzulinpumpája 2018 januárjában végre elnyerte a Medicare egészségbiztosító támogatását.

Ezzel immár 3 inzulinpumpa és 3 folyamatos glukózmotorozó eszköz részesül támogatásban, elsősorban 1-es típusú diabéteszesek számára. Ezzel roppant nagyot léptek előre és

a korszerű inzulinterápia finanszírozásában, a világon az elsők közé sikerült felküzdeni magukat.

Érdekes, hogy az Omnipod eddig miért nem részesült támogatásban? Azért, mert a Medicare szabályai között szerepelt egy pont, mely szerint csupán újr felhasználható eszközök támogatnak, az Omnipod viszont csupán egyszer használható fel. Ezt sikerült végre korigálni.

(Forrás: [DiaTribe](#), 2018. január 12.)

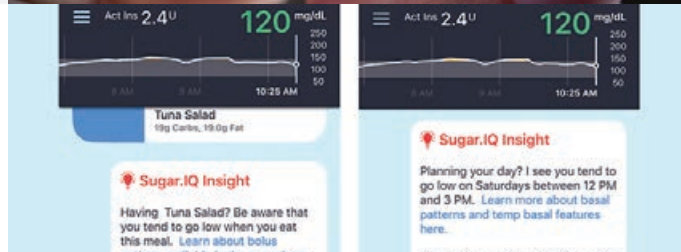


+ MI VÁRHATÓ A SZÖVETI GLUKÓZMONITOROK TERÉN AZ EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN?

Rohamosan léptekkel halad előre a diabétesz kezelés technológiája világszerte, így az államokban is.

- ◆ Az első tengerentúli újdonság az **Abbott FreeStyle Libre Flash** ujjbegyes kalibrálást nem igénylő CGM volt, melyet Európában már két éve használnak, de az USA-ban csupán 2017 novemberében jelent meg egyes gyógyszerári hálózatokban. Receptre írva kapható, egy szenzor ára 43–53 US dollár között ingadozik és a biztosítók többsége bizonyos mértékű támogatást nyújt beszerzésük alkalmával. Szemben az európai gyakorlattal nem 14, hanem 10 napos működést garantálnak és az első 12 órás értékeket még nem tartják irányadónak.
- ◆ A 90 napon át a bőr alá ültetett szöveti glukózt mérő, az **Eversense** 2018 tavaszán kerül forgalomba. A jeladó a szenzor fölé a bőrre van ragasztva és energiát is juttat az eszközbe. Telefon app-pal is rendelkezik. A jeladót esetenként naponta újra kell felragasztani és napi két ujjbegyes méréssel kalibrálni szükséges. Vékonyabb, viszont immár 180 napon át működő továbbfejlesztett, szintén a bőr alá beültetett változata Európában már kapható.
- ◆ **Medtronic's Guardian Connect mobile CGM** (stand-alone) és **Sugar.IQ app**. A Guardian 3 szenzor a korábbiaknál pontosabb és ez a mobilrendszer először működik önmagában álló szenzorral (tehát inzulinpumpa nélkül is), de ezt párosítják a MiniMed 670G pumpához is. Európában már forgalomba került, az USA-ban még az FDA engedélye van folyamatban.
- ◆ **Dexcom G6 szenzor** nyomógombos felhelyezővel és vékonyabb jelátvivővel. Ez a legújabb szenzor már csak napi 1 ujjbegyes vércukor-kalibrálást igényel és rövidesen megjelenik a kalibrálást már nem igénylő továbbfejlesztett változata, mivel szeretnének lépést tartani a FreeStyle Libre-vel.

(Forrás: [DiaTribe](#), 2017. december 11.)



+ JAVASLAT A FELNŐTT KORBAN FELLÉPŐ CUKORBETEGSÉG KLINIKAI ÉS GENETIKAI ALAPON TÖRTÉNŐ ÚJ FELOSZTÁSÁRA

A felnőtt korban kezdődő diabéteszt eddig két típusra osztották: 1-es és 2-es típusú cukorbetegsége.

Skandináv kutatók 15.000 vizsgált felnőtt cukorbeteg alábbi szempontok szerint tipizáltak és osztályoztak újra: életkor a diagnózis felállításakor, testtömegindex, GADA antitest pozitívitas, illetve negatívitas, béta-sejtműködés (HOMA2-B) és inzulinrezisztencia (HOMA2-IR) vizsgálat C-peptid meghatározással. Ezek alapján a betegek 5 típusát különböztették meg:

1. Súlyos autoimmun (korábban 1-es típusúnak nevezett) diabétesz a betegek mintegy 6%-ánál, akiket fiatalabb életkor, viszonylag alacsony testtömegindex és GADA pozitívitas jellemzett.

2. Súlyos inzulinhiányos diabétesz a betegek 18%-ánál, akik GADA negatívok voltak, igen alacsony volt az inzulinrezisztencia szintjük, de kezelésükhöz szintén inzulint igényeltek.

3. Súlyos inzulin-rezisztens diabétesz a betegek 15%-ánál, nagyfokú inzulinrezisztenciával.

4. Enyhe, elhízással összefüggő diabétesz a betegek 22%-ánál, akik az obezitás fennállása ellenére nem voltak inzulinrezisztensek.

5. Enyhe, magas életkorral összefüggésben létrejövő diabétesz a betegek 39%-ánál, mely nagyjából egyezett a 4-es csoporttal.

Az egyes csoportokba sorolt betegek genetikailag különbözőek voltak. A súlyos inzulinhiányos diabéteszeknél (2. csoport) fejlődött ki a legnagyobb arányban a retinopátia, a súlyos inzulinrezisztens formáknál (3. csoport) pedig leggyakoribb volt a végstádiumú veseelégtelenség és a koszorúsér események aránya. A szerzők ezeket a betegeket, akiket korábban egyszerűen 2-es típusúnak tartottak, két új, súlyos diabétesz csoportba tartozónak minősítették, akik esetében különösen intenzív kezelési módokat szükséges alkalmazni a szövödmények megelőzése céljából.

(Forrás: [The Lancet – Diabetes & Endocrinology online](#), 2018. március 1., Abstract)

+ 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ GYERMEKKORBAN

A Medscape 2018. január 12-i számában rendkívül érdekes és sok új információt adó beszélgetés zajlott le szakértők között a gyermekkori 2-es típusú cukorbetegségről. Alábbiakban ennek a beszélgetésnek a lényegét adjuk közre.

A beszélgetők utaltak arra, hogy korábban orvosi tanulmányaik során kétfajta diabéteszt különböztettek meg, a gyermek és ifjúkorban kezdődő juvenilis – ma 1-es típusúnak nevezett – és a felnőtt korban, főleg az élet derekán kezdődő felnőtt- vagy érettkori – ma 2-es típusúnak nevezett – cukorbetegséget.

A múlt század 90-es éveiben jelentek meg az első ismertető a tizenévesek között fellépő 2-es típusú diabéteszről, mely véglegesen érvénytelenítette a „juvenilis” kifejezést, hiszen a fiataloknál jelentkező nem abszolút inzulinhiányos, nem 1-es típusú diabéteszről volt szó.

Felmerül a kérdés: miben különbözik a tizenévesek 2-es típusú diabétesze a felnőttekétől?

Az alapvető okok és a cukorbetegség kifejlődéséhez vezető folyamatok nagyon hasonlóak. Csupán a tizenévesek esetében minden esetben nagyfokú kövérség előzi meg, vetágyat a cukorbetegségnek. Emellett az inzulinrezisztencia kérdése is kisé másként jelentkezik. Kb. 10 éves kortól élettani okokból fejlődik ki az inzulinrezisztencia, melyet a társuló

elhízás nagymértékben tovább növel. 14-15 éves korban rohamosan nő a növekedési hormon termelése, mely tovább fokozza az inzulinrezisztenciát.

Miután itt többszörös kockázati tényezőről van szó, fokozott jelentőség jut a gondos betegeudukációnak, különös tekintettel a serdülők gyors pszichológiai változásaira. Időben történő életmódváltás, rendszeres sportolás és lehetőség szerint a kalória felvétel korlátozása még megfordíthatja a folyamatot.

(Forrás: [Medscape](#), 2017. január 12.)



+ BARIATRIKUS SEBÉSZET: GYOMORCSONKOLÁS FOGYÓKÚRÁS CÉLLAL

Magazinunkban korábban többször is említésre kerültek a különböző gyomorcsonkoló műtétek, melyek célja egyrészt a testsúly drasztikus – akár 50–70 kg-os – csökkentése és ezzel együtt a kóros anyagcsere-állapot, pl. a diabétesz jelentős mértékű javítása, sok esetben megszüntetése. Ma már több mint 200.000 ilyen műtétet végeztek világszerte, Magyarországon az elvégzett műtétek száma a 300-hoz közelít.

Kiknek kínálnak jelentős előnyt ezen típusú beavatkozások?

A 40 kg/m² feletti testtömeg indexszel rendelkező súlyos elhízottaknak, akik életvitelét a műtét normalizálni képes és a társbetegségeket, mint cukorbetegség, hipertónia is megszüntetheti, vagy jelentős mértékben javíthatja.

Milyen fajtái vannak a bariatrikus sebészeti beavatkozásoknak?

2002 óta legelterjedtebb az ún. **Roux en-Y gyomor bypass**, melynek a lényege, hogy műtéti úton kisebbitik a gyomor térfogatát, így kevesebb táplálékot képes befogadni, és garantált súlycsökkenés érhető el, miközben az emésztés folyamatába nem avatkoznak bele. A műtét során a vékonybél egy szakaszát a gyomor felső részénél kialakított „zacskóhoz” rögzítik, és így a gyomrot és a patkóbelet áthidalva a táplálék egy része közvetlenül a vékonybélbe jut. A műtétet laparoszko-pos technikával végzik, ami azt jelenti, hogy nem kell feltárni a hasüreget, hanem a köldök alatt képzett nyíláson egy csövet vezetnek be a hasüregbe.



A Roux en-Y gyomor bypass sematikus ábrázolása

Az utóbbi fél évtizedben terjedt el az ún. **ingujj gastrectomia (sleeve gastrectomia)**, melynél a gyomor nagyobb részét a nagygörbület mentén eltávolítják és ezáltal egy kis szűk gyomor jön létre, mely egyszerre csak nagyon kis táplálékmennyiség befogadására alkalmas. Ez a műtét is laparoszko-posan végezhető, rövidebb ideig tart, mint az előző, és az általa elért eredmények azonosak a gyomor bypass műtétével.



A sleeve gastrectomia sematikus ábrázolása

Egy új svájci vizsgálat szerint a kétfajta gyomorműtét után 5 évvel nem volt különbség a testtömegindex csökkenésében. A gyomor bypass-szal a betegek testsúlyuk 68%-át, a sleeve gastrectomiával pedig 61%-át veszítették el. Mindkét fajta műtét után a betegek 62%-ánál fejlődött vissza a diabétesz.

Egy finn vizsgálatban gyomor bypass műtéttel a túlsúly 57, sleeve gastrectomiával 49%-kal csökkent. A diabétesz 45, illetve 37%-ban fejlődött vissza.

Egy 4700 műtéti esetet felölelő izraeli vizsgálatban azt emelték ki, hogy a sleeve gastrectomián átesettek közül 4 év alatt 0,8% volt a halálozási arány, gyomor bypass után 1,3% haláloset volt, míg a meg nem műtött azonos korú kövérek közül 2,3% halt meg.

Tehát mindkét fajta gyomorcsonkoló műtét – a gyógyszeres és diétás kezelés eredményeihez viszonyítva – kiemelkedő eredménnyel kecsegtet. Viszont számolni kell számos mellékhatással is, és tudomásul kell venni, hogy az állapot visszafordíthatatlan.

(Magyarországon Veszprémben végzik mindkét fajta gastrectomiás beavatkozást a külföldiekéhez hasonló eredményességgel, melyek műtéti költségvonzata 1,7–1,8 millió Ft – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: JAMA 2018;319:255-265. Study 1 (SM-BOSS); JAMA 2018;319:241-254. Study 2 (SLEEVEPASS); JAMA 2018;319:279-290. Study 3)

+ A JELENTŐS SÚLYCSÖKKENÉS A DIABÉTESZ REMISSZIÓJÁT EREDMÉNYEZHETI

Korábbi vizsgálatok is igazolták a testsúlycsökkentés hatásosságát mind a 2-es típusú diabéteszesek vércukraiknak csökkentésében, mind a diabétesz mintegy 40%-ban történő visszafejlődésében (remissziójában) 6 hónap alatt.

Egy új klinikai vizsgálatban (Diabetes Remission Clinical Trial, DiRECT) keretében 49 háziorvos gondozása alatt álló 306 2-es típusú cukorbeteg vett részt. Életkoruk 20–60 év, testtömegindexük 27 kg/m² feletti volt. A bevonási kritériumok között szerepelt a 6,5% feletti, de nem túl magas HbA1c szint és 6 éven belüli diabétesz kezdet. 10% feletti HbA1c szintek, inzulinkezelés, vesekárosodás kizáró okot képeztek. A betegek felét – kontroll csoport – a szakma szabályai szerint maximális precizitással kezelték, a másik felénél diétás és fizikai aktivitásos intervenciót alkalmaztak, amennyiben 850 kcal-ás diétára állították őket, majd 2–6 hét után a diéta kisértékkel lazítása mellett intenzív fizikai aktivitásos programot vezettek be náluk. A cél: egy év alatt a testsúly legalább 15 kg-mal történő csökkentése volt. Az intervenció csoportban leállították a vércukor- és vérnyomáscsökkentő kezelést, majd később, ha szükségesnek bizonyult, visszaadták azokat.

1 év elteltével az intervenció csoport tagjainak 24%-ánál érték el 15 kg-os súlycsökkenést, az átlagos csökkenés 10 kg-ot tett ki. A kontroll csoport tagjainál a súlycsökkenés 1 kg volt. Az intervenció csoport tagjainak 46%-ánál teljesen visszafejlődött a diabétesz, a kontroll csoport esetében ez a szám 4%-ot tett ki. Az intervenció csoportban a HbA1c szint 0,85%-kal lett alacsonyabb, mint a kontroll csoportnál. A különbségek erősen szingifikánsak voltak. A vércukorcsökkentő szerek száma a kontroll csoportnál nőtt (148-ból 121 beteg szedett egy vagy többfajta szert), az intervenció csoportban csupán 19 szorult erre rá. Ami a hipertónia kezelését illeti, a kontroll csoport 61%-ának kellett egy vagy többféle gyógyszert szedni, míg az intervenció csoport tagjainál csupán 30%-ban. Az intervenció csoport tagjainál kérdőíves felmérés alapján javult az életminőség, a kontroll csoportnál inkább annak romlásáról számoltak be.

A látványos eredmények nyomán célszerűnek tűnik sokkal nagyobb számú beteg bevonásával történő nemzetközi vizsgálatot végezni, hiszen a diabétesz időben történő visszafejlődése messzemenően kihat mind az életminőségre, mind a hosszú távú életkilátásokra.

(Forrás: [The Lancet](#), 2017. december)

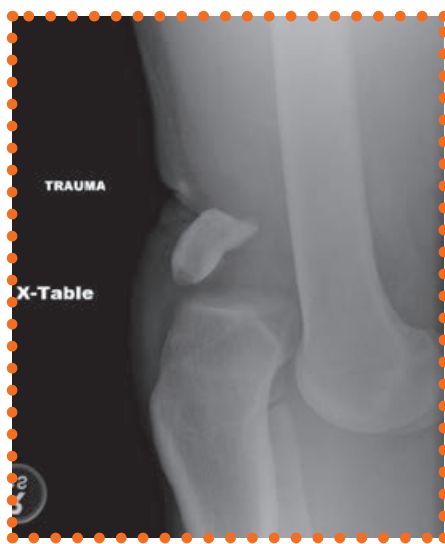
+ ELHÍZÁS ÉS TÉRDÍZÜLET DISZLOKÁCIÓ

Az elhízás felel a járványos méreteket öltő térd diszlokációkért és azok szövődményeikért.

Egy új tanulmány szerint az USA-ban járványos méreteket öltő elhízás a térdízület diszlokációját (rándulás, ficam) okozhatja, és akár alsó végtagi amputációra szoruló szövődményekhez is vezethet.

„Az obezitas nagymértékben növeli a komplikációk arányát és a betegek ellátásának költségét” – állítja a vezető szerző, **Dr. Joey Johnson**, a Brown Egyetem Warren Alpert Orvosi Karának ortopéd trauma osztályának munkatársa. „Az obezitas arányának növekedésével a térdízületi diszlokációk aránya is növekszik. Egyre több az elhízott ember, és ennek következtében a probléma is egyre gyakoribb” – magyarázta Dr. Johnson.

A térdízületi diszlokációkat többszörös ínshalag szakadás eredményezi. Ínshalag szakadás gyakran előfordul autóbaleset vagy kontakt sportok,



például labdarúgás közben. A kutatók 2000–2012 között országszerte előfordult több mint 19.000 térdízületi diszlokációt elemeztek. Ez idő alatt az elhízott vagy súlyosan elhízott emberek között egyre több volt a térdízületi diszlokációt szenvedett beteg: 2000-ben 8%, míg 2012-ben 19%. Ez nagymértékben növelte a kórházi ápolások számát és ezzel együtt a költségeket is.

Az eredmények azt mutatták, hogy annak az esélye, hogy a térdízületi diszlokáció megsérti az ízület mögött a végtagban futó fő artériát, kétszer nagyobb volt az elhízott betegeknél, mint a normál súlyúaknál. A térdízületi diszlokációk súlyos szövődményeként bekövetkező érsérülés kezelés hiányában alsó végtagi amputációhoz vezethet.

Az érsérülést is szenvedett betegek átlagosan 15 napig tartózkodnak kórházban, míg a többi beteg körülbelül egy hétig. Az előbbi betegek kórházi ellátásának költsége 131.000 dollár, míg az utóbbiaké 60 000 dollár.

A szerzők szerint a térdízületi diszlokációt szenvedett elhízott betegeknél az orvosoknak különösen oda kell figyelniük az érsérülések lehetőségére. A kutatók szerint az elhízás csökkentésével a térdízületi diszlokációk száma is csökkenthető lesz.

(Forrás: [Brown University](#), 2017. december 3.)

+ ELHÍZÁS: NEM MINDEN A GENETIKAI ÖRÖKSÉG

Nagyon fontos a diéta és az életmód

Minden orvos-beteg találkozáson naponta legalább egy alkalommal elhangzik a súlyfelesleggel rendelkező személyek részéről, hogy „már szüleim és testvéreim is kövérek voltak és magam is folyamatosan gyarapítottam kilóim számát fogyókúra kísérleteim ellenére is”.

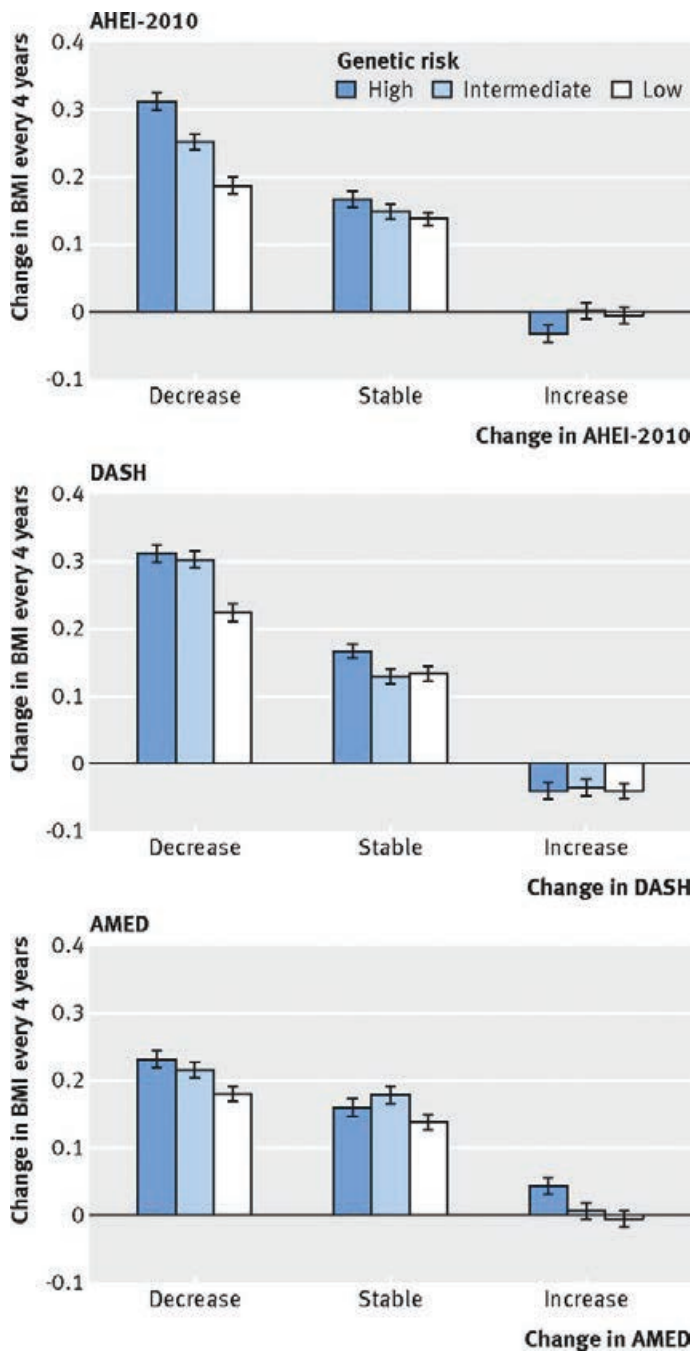
Ha viszont rákérdezzük a nagyszülőkre is, legritkább esetben mondják azt, hogy ők is kövérek voltak. Az ok egyszerűen magyarázható: a nagyszülő, dédszüelő életmódja alapvetően különbözött az utódokétól.

Két – magazinunk hasábjain is gyakran ismertetett – hosszú távú megfigyeléses vizsgálat, a Nurses Health Study és a Health Professionals Follow-up Study keretében 8.828 nő, illetve 5.218 európai felmenővel rendelkező férfi testsúlyának alakulását vizsgálták 1986-tól részben genetikai adottságaik függvényében és táplálkozási szokásaik tükrében.



A kiindulásnál a nőknél az átlagos életkor 54 év, átlag testtömegindexük 26 kg/m², átlag súlyuk 68 kg, a férfiaké 55 év, 26 kg/m² testtömegindex és 82 kg-os átlagos testsúly volt. A vizsgálok megfelelő genetikai vizsgálómódszerekkel megállapították az elhízásra való hajlamot. Négyévente végzett kérdőíves felméréssel rögzítették a táplálkozási szokásaikat. A diéta minőségét az egészséges étrendi kritériumok (Alternate Health Eating Index 2010, [AHEI-210] valamint a DASH és az Alternatív Mediterrán Diéta [AMED] szerint osztályozták.

A vizsgált személyek testsúlya négyévente kismértékben emelkedett, de ez az emelkedés a genetikai hajlam függvényében mérséklődött a különböző diétákon belül



A négyévenkénti testtömegindex változás a háromfajta diétán egyrészt a genetikai meghatározottság, másrészt a diéta tartásához való csökkenett, stabil, illetve fokozott ragaszkodás függvényében. A fokozott diéta-tartás mellett akár csökkenhetett is a testtömeg index más a fokozott genetikai hajlam mellett is, főként a felső két diétán.

is. Tehát a kedvezőtlen genetikai örökség legalábbis részben ellensúlyozható az egész életen át folytatott egészséges étkezéssel. Sőt: ha a hízásra hajlamos személyek az egészséges diétákon belül csökkentik kalória-felvételüket, képesek eredményesen még testsúlyukat is csökkenteni.

Tehát a cél olyan típusú egészséges étkezésre buzdítani az elhízási hajlammal rendelkező lakosságot, melyen testsúlyát hosszú távon megtarthatja, illetve a súlygyarapodást minimalizálhatja.

(Forrás: [BMJ 2018; 360](#))

KISHÍREK... KUTATÁSOK



A cikkek referálója:
Dr. Fövényi József

belgyógyász, diabetológus,
orvos-főszerkesztő

+ INZULINSZEKRÉCIÓ, INZULINREZISZTENCIA ÉS TESTTÖMEGINDEX (TTI) VÁLTOZÁS

Mind a szakmai, mind a laikus köztudatban evidenciaként számít az a tétel, mely szerint testsúlynövekedésnél nő az inzulinrezisztencia és – egy darabig – fokozódik az inzulin-elválasztás, a testsúly csökkenésekor pedig ez fordítva történik, és általában mérséklődik a vércukorszint is.

Egy 12 éven keresztül végzett megfigyeléses vizsgálatban – Personality and Total Health Through Life (PATH) study – 40–45 és 60–65 év közötti nem cukorbeteg egyének glükóz anyagcseréjének alakulását figyelték testsúlyuk, ill. testsúlyuk alakulásának függvényében.

Mindkét korcsoportban megkülönböztettek normális és nem változó testtömegű, magas testtömegű, emelkedő-,

illetve csökkenő testtömegű egyéneket. Az találták, hogy a normális, változatlan testtömegű egyéneknél se az inzulinérzékenység, se az inzulin-elválasztás nem változott. A magas testtömegű egyéneknél magasabb volt az inzulinrezisztencia és az inzulin-elválasztás mértéke, az emelkedő testtömegűek esetében mindkettő nőtt, a csökkenő testtömegűeknél viszont nem javult se az inzulinrezisztencia, se az inzulin-elválasztás.

Bár ez csak egy vizsgálat és megerősítésre szorul, de ennek tükrében át kell gondolni kövérek testsúlycsökkentésének értelmét, amennyiben prediabetészes vagy diabéteszes állapotban vannak.

(Forrás: [Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases](#), 2018. január)

+ FIATALKORI AEROB FITTSÉG, IZOMERŐ, ELHÍZÁS ÉS KÉSŐBBI SZÍVELÉGTLENSÉG

A növekvő gyakoriságú szívelégtelenségre a vezető halálok, mint a magas vérnyomás, a koszorúsér betegség, a szívbillentyű rendellenességek és a diabétesz egyaránt hajlamosítanak. Ezek mellett kedvezően befolyásolható kockázati tényezőként értékelhető a súlyfelesleg, az elhízás, a gyenge izomerő és az alacsony fittség.

A svéd 18 éves fiatalok sorozásakor kerékpár ergometriával becsülik az aerob kapacitást, mérik a térdfeszítés, könyökhajlítás, a markolás maximális erejét és a testsúlyt valamint a testmagasságot. Az 1969–1997 közötti sorozásra került 1.330.610 fiatal férfi betegség-sorsát 2012-ig követték az adatbázisokból. (A svéd országos kórházi regiszter 1964-től, az ambuláns regiszter 1987-től működik.)

A fittség határokat 240 és 290 Watt között, az izomerőt 1900 és 2171 Newton között határozták meg. Az

átlagosan 28,2 éves követési idő, 37,8 millió személy-év során 11.711 szívelégtelenség jelentkezett a vizsgált személyeken (0,9%), átlagos életkoruk 49,1 év volt. A fiatalkori aerob fittség hiánya 45%-kal, az alacsony izomerő 17%-kal növelte a majdani szívelégtelenség esélyeit. A túlsúly másfélszeres, az obezitás kétszeres rizikót jelzett. A családi kórelőzményben fellelhető szívelégtelenség mérsékelte, a koszorúsér betegség és a szívbillentyű-betegség hétszeres (!), a magas vérnyomás és a diabétesz 2-3-szoros kockázat növekedést jósolt.



A kölcsönhatások közül legerősebb kockázatot az alacsony fittség és az alacsony izomerő kombinációja jelentett (72%-os kockázatnövekedés), ebből az alacsony fittség a súlyosabb. A kis izomerő csak az alacsony és közepes fittséggel párosulva jelent nagyobb rizikót, a 260 Wattos teljesítmény felettiek már nem hátrány a csekélyebb erő.

A kórfolyamat, amellyel a kisebb erő, kisebb fittség és nagyobb testzsír rontja az egészség- és életkilátásokat a neurohormonális aktivációk, oxidatív stressz, az inzulinérzékenység csökkenése, vérzsírok szintje, az autonóm tónus, a véralvadási tényezők és az ezek nyomán kialakuló szív alakú és funkcionális rendellenességek.

Az elhízás, a kis izomerő és az aerob fittség mind olyan testi jellemzők, amelyek normális életvitellel javíthatók, kiküszöbölhetők.

(Forrás: [Heart](#) 2017; 103:1780-7.)

Prof. dr. Apor Péter referátuma nyomán

+ A MOZGÁS, A FIZIKAI AKTIVITÁS VISSZAFORDÍTHATJA AZ ÜLŐ ÉLETMÓD SZÍVHATÁSAIT

Az ülő életmódot folytató középkorú egyéneknek kicsiny és merev falú a szíve, kicsiny a balkamra és csökkent a szívösszehúzódáskor kilövellt vérmennyiség. Velük szemben a hasonló korú, hetente legalább 6 napon keresztül atletizálók szíve nagyobb, a szívből kiáramló vér mennyisége hasonló az egészséges 30 évesekéhez.

Amikor 70 éves ülő életmódot folytató senioroknál 1 éves közepes intenzitású, heti 5-6 alkalommal végzett mozgást alkalmaztak, szívük már csak kismértékben javult. Úgy tűnik, hogy a szív-folyamatok visszafordításához a 70 éves kor már túl késő.

Egy vizsgálat keretében 61 egészséges, 45–64 éves, ülő életmódot folytató személy felét randomizáltan két éven át heti öt napon át jóga-gyakorlatok, egyensúlyozó gyakorlatok és ellenőrzött aerob gyakorlatok végzésére készítették heti összesen 150–180 percen át. A gyakorlatok 30–45 perces közepes aktivitású mozgásokból álltak, közbeiktatva 4 perces, a szívfrekvenciát 95%-ra emelő, majd 3 perces, 60–70%-os terheléssel járó pihentető egységeket. Két-két fizikailag aktív nap közé 20–30 perces gyalogló napokat iktattak.

Hat hónap múltán heti 5-6 órára növelték a gyakorlatok időtartamát és arra bíztatták a résztvevőket, hogy minél több időt töltsenek a szabadban. A résztvevők 88%-a tar-



tott ki 2 éven át és végül 53 személy fejezte be a vizsgálatot.

A vizsgálat végén a mozgást végzőknél 18%-kal nőtt az oxigénfelvevő képesség, a kontrollok esetében ez 1%-kal csökkent. A bal kamra merevsége (merevségi állandó) 0,072-ről 0,051-re csökkent, a kontrolloknál nem változott (0,063–0,062). Tehát a sportolók szíve ugyanolyan irányban változott, mint az atlétáké. A pulzusszám 63/perc-ről 58-ra mérséklődött, a kontrolloknál nem változott.

Miután egyéb, nagyobb esetszámú vizsgálatok arra utalnak, hogy az élet derekán elkezdett többlet-mozgás 15–18%-kal csökkenti a bármely okból bekövetkező halálozást, fokozottan hangsúlyozni kell, hogy a fokozott fizikai aktivitást 50–60 éves kor között se késő elkezdni.

(Forrás: *Medscape Cardiology*, 2018. január 10.)

+ VESZÉLYES A „MINDEN VAGY SEMMI” MENTALITÁS

Bármennyire is tisztában vagyunk a rendszeres testmozgás, a fizikai aktivitás fontosságával, minden napjainkban gyakran megelégedünk ennek a végzéséről. Ugyanis naponta annyi teendő jön össze, annyit kell dolgoznunk, hogy „nyugodt” lelkiismerettel jelentjük ki magunkban, hogy ma, most nincs 50 percünk a szokásos mozgásmennyiség teljesítésére.

Ez természetesen igaz is lehet, de 5–10 perc bizonyosan akad. Ugyanis heti 5-6 alkalommal 5–10 percen át végzett mozgás – legyen az gimnasztika, súlyemelés, szobakerékpározás, gyaloglás, lépcsőn járás, stb. – ugyanannyi előnyt rejt magában szervezetünk számára, amennyit a heti egy alkalommal végzett hosszabb tartamú megerőltető testmozgás. Cukorbeteg esetében

még ez a kismennyiségű mozgás is csökkenti a vércukorszintet, fokozza az inzulin érzékenységet, a szellemi és fizikai teljesítő képességet, növeli a pozitív gondolkodás szintjét, javítja a közérzetet, nyugodtabbá teszi az éjjeli alvást és ezáltal javítja a másnapi vércukorszintet.

Ezt állítja magazinunk „állandó” szereplője, a szintén cukorbeteg amerikai **Adam Brown** és feltétlenül javasolja, hogy végérvényesen szakítsunk a veszélyes „minden vagy semmi” felfogással, gyakorlattal és keressük minden nap akár milyen rövid időre is, a fizikai aktivitás lehetőségét.

(Forrás: *DiaTribe*, 2018. január 4.)





+ A JÁRÁS SEBESSÉGE KÜLÖNBÖZŐ ÉLETKOROKBAN – ÉS AZ ÉLETTARTAM NÖVELÉSE

Magazinunk minden számában – sokszor több referátum keretében – foglalkozunk a mozgás, a fizikai aktivitás fokozásának szükségességével, mégpedig minden életkorban. Most egy hét évvel korábban megjelent közleményt „ástunk elő” annak hangsúlyozására, hogy a leggyakoribb mozgásformából, a járásból-gyaloglásból milyen sebesség milyen életkilátás-javulást okozhat.

Egy majd egy évtizeddel ezelőtti vizsgálat derített fényt erre. 34.485 65 éves és idősebb személy járás sebességét vizsgálták 12 éves megfigye-

lési idő alatt. Időközben a vizsgáltak fele elhalálozott.

A vizsgálat eredményei:

- ◆ Azok, akik 2,9 km/órás sebességgel jártak, koruknak és nemüknek megfelelő átlagos életkilátással rendelkeztek.
- ◆ Akik 3,5 km/órás vagy ennél nagyobb sebességgel jártak, jelentősen tovább éltek.
- ◆ Akik 2 km/órás vagy ennél kisebb sebességgel jártak, rövidebb élettartamra számíthattak.

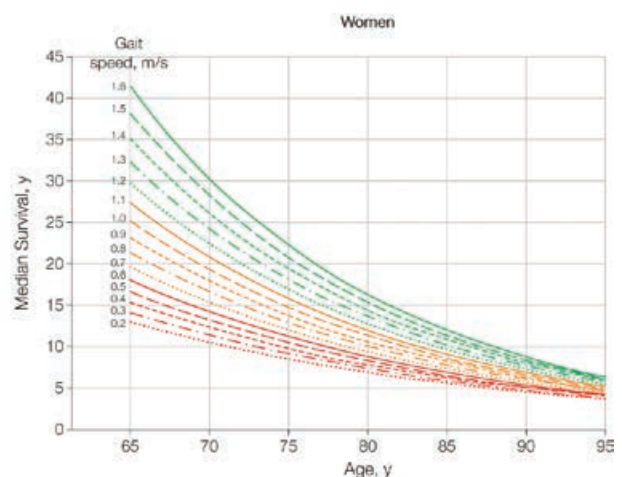
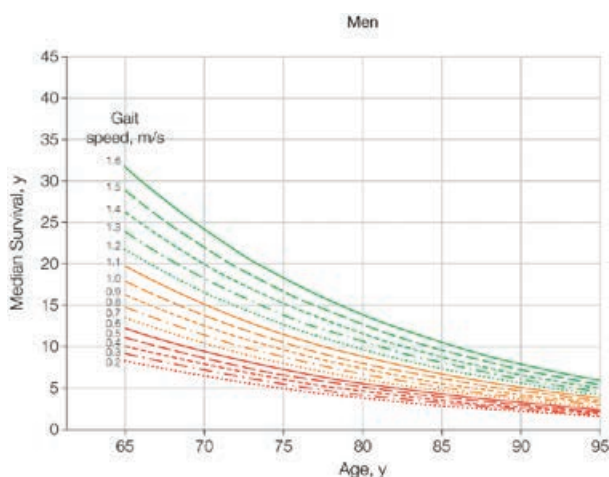
Az alábbi ábra megmutatja a különböző korú férfiak és nők esetében az

összefüggést a járás sebessége és a várható élettartam-változás között.

A becslt élettartam kilátás-javulás években férfiaknál és nőknél különböző életkorban a járásgyorsaság (0,2 m/mp [0,72 km/ó] – 1,6 m/mp [5,7 km/ó]) függvényében.

A következtetés: Az életkor és a mozgásszervi állapot függvényében érdemes gyorsítani lépteinket, ha járunk-kelünk és emellett célszerű minden más lehetséges mozgást is végezni, ha tovább szeretnénk élni.

(Forrás: [JAMA](#), 2011. január 5.)



+ A FIZIKAI AKTIVITÁS EGYARÁNT HASZNOS „TÖRÉKENY” ÉS NEM ESENDŐ IDŐSEKNEK

A „törékenység” (frailty) fogalmát egyre gyakrabban használják idős személyek esetében. Ez alatt azt a jól ismert – és valószínűleg legtöbbször esetében bekövetkező – állapotot értjük, amikor az idős ember annyira legyengül, hogy gondot jelent számára egy székről való felállás is, könnyen megsédül, elesik és mivel gyakran alacsony a csontsűrűsége (osteoporosis), gyakran szenved el csonttörést.

Egy 10 éve végzett vizsgálat kapcsán az alábbi táblázatban foglalták össze a törékenységi kritériumait, pontozva az egyes jellemzőket.

Egy új vizsgálat keretében 1.600 70–89 éves, idős otthonban ápolott, mozgáskorlátozottság szempontjából magas kockázattal rendelkező személyt részesítettek randomizáltan (véletlenszerű elosztásban) egy fizikai aktivitásos intervencióban, illetve kontrollként egy egészség-oktató

programban. Az aktivitásos intervenció keretében kombinálták a járást, az erőtréninget, valamint egyensúlyjavító és rugalmasságot fokozó gyakorlatokat 2–3,5 éven keresztül. A vizsgálat kezdetén a résztvevők kb. 20%-a volt „törékeny”.

Az utánkövetés során az újonnan fellépő „törékenységi” szempontjából nem találtak különbséget a két csoport tagjai között. Mindenesetre a törékenységi index egy komponense – képtelenség a kezek segítségével nélkül ötször székről felállni – az aktivitásban részesülő csoportban jobban javult mind a kezdetben törékenyek, mind az erőteljesek között. A mobilitásban történő nagyobb mérvű csökkenés jóval kisebb arányú volt az aktív csoportban, függetlenül a kiinduláskor fennálló törékenységtől.

A következtetés: mindenképpen indokolt közösségi mozgásgyakorlatok végzése idős egyének körében tekintet nélkül azok törékeny vagy erőteljes voltára.

A törékenységi kritériumai az oszteoporotikus törés vizsgálat alapján

Törékenységi kritériumai	Adatgyűjtés	Pontszám
5% feletti súlyvesztés 3 év alatt	Testsúly 3 évvel korábban	1, ha a súlyvesztés nagyobb, mint 5%
	Testsúly most	-----
	A 3 év alatti változás %-ban	0, ha nem
Képtelen egymás után ötször székről felállni	Székről felállás ötször kezei segítségével nélkül	1, ha képtelen 0, ha képes
Energiával teltnek érzi magát?	Igen / Nem	1, ha nem 0, ha igen

Fenti pontszámok összege: **2 vagy 3:** törékeny | **1:** közel törékeny | **0:** erőteljes

(Forrás: *Annals of Internal Medicine online, 2018. január 9.*)



KISHÍREK... KUTATÁSOK

+ MENNYIRE MEGBÍZHATÓ A DIABÉTESZ DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSÁHOZ A HbA1c?

Viszonylag sokszor észleljük a cukorbetegség gondozása során, hogy a háromhavonta mért HbA1c szintek és a rendszeresen mért vércukrok között diszkrepancia van. Előfordulnak esetek, amikor az igazoltan, folyamatosan alacsony vércukorszintek mellett a valósánál legalább 1%-kal magasabb HbA1c szintet mérünk, illetve találkozunk ennek az ellenkezőjével is.

Egy új mexikói vizsgálat a diabéteszt megelőző állapot vonatkozásában mutatott ki érdekes ellentmondásokat az

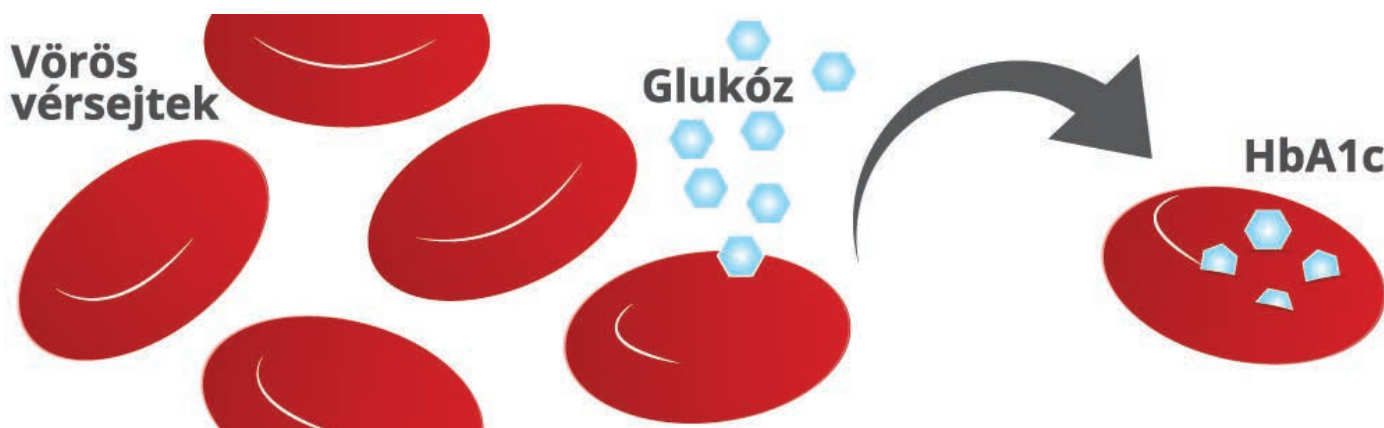
orális glukóztolerancia teszt (OGTT) és a HbA1c szintek között.

854 felnőtt egyénen végeztek azonos napon OGTT-t és HbA1c meghatározást. Közülük OGTT-vel 512-nél (59,9%) találtak normális glukóz toleranciát, prediabéteszes állapotot (emelkedett éhomi vércukor és/vagy csökkent glukóztolerancia) 261 személynél (30,5%), diabéteszt pedig 81-nél (9,1%). A normális glukóztoleranciát mutató személyek közül 232-nél (458,3%), a prediabéteszeseknél pedig 158-nál (60,5%) mértek 6,5% feletti HbA1c szinteket.

Az 1989-ben végzett vizsgálat 2008-ban történt utánvizsgálatakor az eredetileg normális glukóztoleranciával, de 6,5% feletti HbA1c-vel rendelkező személyek közül 20 év múltán még 133 maradt normális glukóztoleranciájú, 3 vált prediabéteszesé, 7 cukorbeteggé, 13 nem diabéteszre visszavezethetően elhalálozott, 28 személy pedig kiesett a vizsgálok látóköréből.

A normális OGTT mellett fennálló emelkedett HbA1c szintek jellemzők a vizsgált kevert mexikói népességre és előfordulhat más populációkon belül is.

(Forrás: [J Endo Soc. 2017;1\(10\):1247-1258.](#))



+ HIPOGLIKÉMIÁK CSÖKKENTÉSI LEHETŐSÉGEI SERDÜLŐKNÉL KÜLÖNBÖZŐ INZULINPUMPÁS MÓDSZEREKKEL

Az inzulinpumpa-kezelést tekintjük ma az inzulinkezelés „arany standard”-jának. Emellett lehet leginkább optimalizálni a vércukorszinteket és csökkenteni a hipoglikémiák gyakoriságát.

Egy új vizsgálatban 154 tizenéves 1-es típusú diabéteszesnél hasonlítottak össze a hipoglikémiák gyakorisága szempontjából kétfajta inzulinpumpa rendszert. A betegek felét véletlenszerűen a Medtronic 640G jelű pumpára állították, mely hipoglikémia esetén felfüggesztette az inzulinadást. (Értelemszerűen ezen betegeknél is alkalmazták a folyamatos szöveti glukózmonitort, a CGM-et). Ezt nevezték „felfüggesztős” rendszernek. A

betegek másik fele ún. szenzorvezérelt inzulinpumpa kezelésre lett állítva. Ezt nevezték „szenzorvezérelt” rendszernek. A hipoglikémia határát 3,5 mmol/l-ben határozták meg.

Az eredmények

A kiindulásnál a két pumpánál a hipoglikémiában eltöltött idő 3, ill. 2,8% volt. A vizsgálat során a felfüggesztős rendszerrel szignifikánsan kevesebb hipoglikémia fordult elő, mint a szenzorvezéreltnél. Ez érvényes volt mind nappal, mind éjjel. A hipoglikémiás események száma beteg-évre számítva a felfüggesztős rendszerrel 139, a szenzorvezéreltnél 227 volt. A HbA1c szintekben nem találtak különbséget: ezek 7,6%, illetve 7,8% voltak. Tehát a felfüggesztős rendszerű inzulinpumpa anélkül csökkentette a hipoglikémiák gyakoriságát, hogy rontotta volna a betegek anyagcsere-állapotát.

(Forrás: [Diabetes Care, 2018. február; 41\(2\):303-310.](#))

+ Milyen mechanizmusok révén csökkenti a szív-érrendszeri halálozást az empagliflozin?

Az, hogy az EMPA-REG OUTCOME vizsgálat keretében 7.020 beteg esetében az empagliflozin 38%-kal csökkentette a szív-érrendszeri halálozást, mindenképpen magyarázatra szorul. Tény, hogy a HbA1c szintet csupán közel 0,5%-kal mérsékelte, ez tehát nem magyarázhatja a nagymérvű életkilátás javulást.

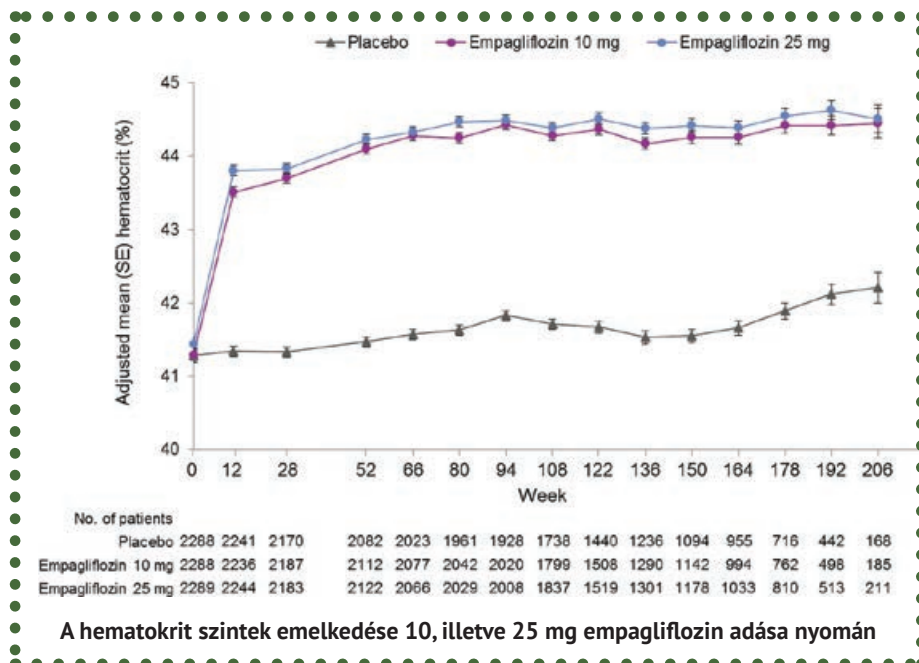
A vizsgálók egyéb tényezőket is elemeztek, így a hemoglobin, a hematokrit szintek emelkedését, valamint a szérum húgysav szint csökkenését. Az adatokat speciális matematikai vizsgálati módszerekkel elemezve (az ún. Cox regressziós modellt alkalmazva) arra a következtetésre jutottak, hogy a hematokrit szintek emelkedése 51,8%, a hemoglobin emelkedése 48,9%-ban játszott a halálozás csökkentésében szerepet. A húgysavszintek és a vércukor csök-

kenése mindössze 29,3%-ban befolyásolta a szív-érrendszeri halálozást.

Tehát az empagliflozin által létrejött plazma volumen csökkenés játszotta

a döntő szerepet a halálozás mérséklésében.

(Forrás: *Diabetes Care* 2018;41:356–363)



+ A semaglutid jobban csökkenti a HbA1c szinteket, mint a dulaglutid

Már hazánkban is kétfajta heti egyszer alkalmazható, tartós hatású GLP-1 analóg injekciós készítménnyel rendelkezünk – a tartós hatású exenatiddal és a dulaglutiddal – és valószínűleg az ilyen hatásmechanizmusú készítmények száma tovább fog növekedni.

Legújabb képviselőjük a semaglutid, melynek hatását 1.201 2-es típusú cukorbetegben hasonlították össze a dulaglutidéval. A betegeket véletlenszerűen – randomizáltan – 4 csoportba osztották: 0,5 mg, illetve 1 mg semaglutidot, valamint 0,75 mg, illetve 1,5 mg dulaglutidot kapókra.

Az eredmények: a kisebb adagú semaglutidot kapók HbA1c szintje 1,5%-kal, a kisebb adagú dulaglutidot kapók pedig 1,1%-kal csökkent. A nagyobb adagú semaglutidot kapók HbA1c csökkenése 1,8%, a na-

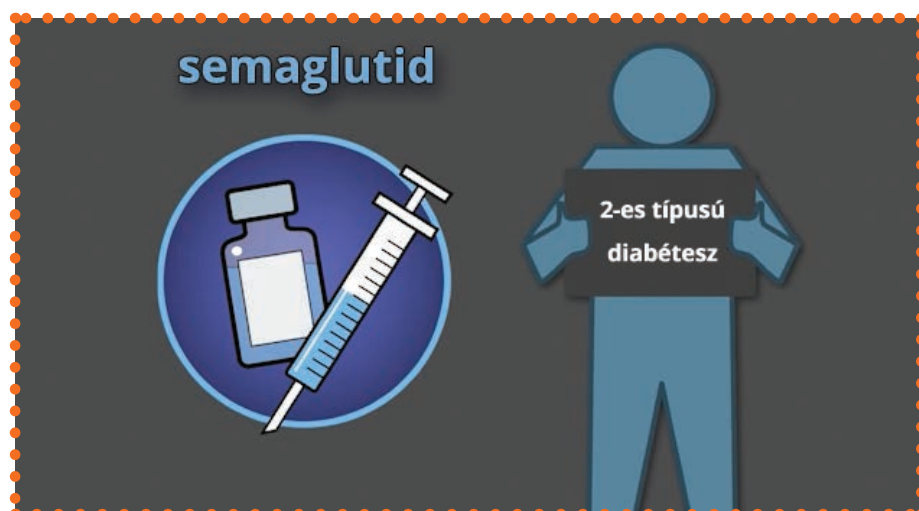
gyobb adagú dulaglutidot kapók pedig 1,4% volt. Tehát a semaglutid mindkét adagban 0,4–0,4%-kal jobban csökkentette a HbA1c szintet, mint a kétfajta adagban alkalmazott dulaglutid.

A kisebb adagban adott semaglutid 4,6 kg-mal, a kisebb adagban alkal-

mazott dulaglutid 2,3 kg-mal csökkentette a testsúlyt. A nagyobb adagban adott szerek esetében a testsúlycsökkenés 6,5, illetve 3,5 kg volt. Tehát a semaglutid lényegesen nagyobb mérvű testsúlycsökkenést eredményezett, mint a dulaglutid.

A gyomor-bélrendszeri mellékhatások közel azonos arányban fordultak elő mindkét szer alkalmazása esetén.

(Forrás: *Lancet Diabetes & Endocrinology online*, 2018. január 31.)



+ A METFORMIN KEZELÉS ELŐNYEI POLICISZTÁS OVÁRIUM SZINDRÓMA (PCOS) ESETÉN

A metformin menstruációra, anyagcserére és hormon háztartásra gyakorolt hatásai policisztás ovárium szindrómás (PCOS) nőknél kétéves alkalmazás során.

Taiwani kutatók 119 PCOS-s nőnek adagoltak naponta metformint 24 hónapon keresztül. Azt találták, hogy mind a normális testtömegű, mind a súlyfelesleggel rendelkező nőknél csökkent a testsúly, gyakoribbá vált a menstruáció és javultak a tesztoszteron és luteinizáló hormon szintek már az első 6 hónapban. A normális testtömegű és emelkedett tesztoszteron szintű nők tesztoszteronja jelentősen csökkent, a normális tesztoszteron szinttel rendelkező kövér nők menstruációja pedig 12 hó múltán normalizálódott.

Tehát a metformin mind a menstruációs ciklusban, mind pedig a hormonális profilban lényeges változásokat eredményezett, a 6. hónap végéig. Célszerűnek tűnik a kezelés kezdetén megállapítani a nők fenotípusát és a tesztoszteron szintjét a kezelés hatásának maximalizálása céljából.

(Ez már a Magazinunkban közölt sokadik referátum a metformin kezelés előnyeiről PCOS-ban. Szerencsére hazánkban is meglehetősen elterjedt e területen a metformin alkalmazása – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: [The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism](#), jc.2017-01739)

KISHÍREK... KUTATÁSOK

+ AZ OMEGA-3 ZSÍRSAVAK HATÁSTALANOK A SZÍVBETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉBEN

Nagyon sokan – hazánkban is – a „természetes terápia” híveként számolatlan mennyiségben szedik az omega-3 zsírsav kapszulákat a szív-érrendszeri betegségek megelőzése céljából.

Egy új angliai metaanalízis keretében 10 randomizált vizsgálatban résztvevő 77.917, előzetesen szívinfarktusos vagy stroke-on átesett betegnél elemezték legalább 12 hónapon, átlag 4 éven keresztül az omega-3 zsírsavak szedésének hatását. Az eredmények semmilyen kedvező hatást nem mutattak ki ezen súlyos érrendszeri károsodásban szenvedő betegeknél.

+ AZ ÉHOMI VÉRCUKORSZINTEK ÉS A KORFÜGGŐ HALÁLOZÁS KÖZÖTTI KAPCSOLAT DIABÉTESZBEN

Sokszor vitázunk az ideális vércukorszintekről diabéteszesek esetében. Van, aki az alacsony, van aki az enyhén magas szinteket tartja optimálisnak.

Koreai diabetológusok 2001–2004 között 359.645 felnőtt cukorbetegnél vizsgálták az éhomi vércukorszinteket és 2013-ig követve a vizsgáltakat azt találták, hogy a fiatal egyének kivételével azok U alakú összefüggést mutattak a halálozás kockázatával.

Fiataloknál – 18–44 év között – a legalacsonyabb volt a halálozási ráta a 4,4–5,3 mmol/l közötti éhomi vércukorral rendelkezőknél. Idősebbeknél viszont optimálisnak az 5–7,2 mmol/l közötti éhomi vércukrok bizonyultak.

Ezen tartományhoz képest a 3,6 mmol/l alatti éhomi vércukornál 46%-kal, 3,6–4,1 mmol/l éhomi vércukornál 12%-kal, 4,2–4,6 mmol/l közötti éhomi vércukornál 9%-kal nőtt a halálozás. Viszont 7,7–9,3 mmol/l-es éhomi cukornál 12%-kal, 6,4–10,9 mmol/l-es értékeknél 31%-kal, 11,1 mmol/l feletti éhomi vércukroknál 78%-kal nőtt a mortalitás.

Tehát középkorú és idősebb cukorbetegknél a hipoglikémiás (3,6 mmol/l alatti) éhomi értékek növelik a halálozás kockázatát.

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2018. január; dc171872)



Ami a prevenció céljából történő omega-3 zsírsav-szedést illeti, arra nézve semmilyen, nagy esetszámon történő randomizált vizsgálat nem áll rendelkezésre, tehát a szedés jogosultsága tényekkel nem támasztható alá.

(Saját betegeimnél végzett vizsgálatok alapján állíthatom, hogy még soha, senkinél nem tapasztaltam a „káros” LDL-koleszterin szint csökkenését e kapszulák szedése nyomán – a referáló megjegyzése).

(Forrás: [JAMA Endocrinology online](#), 2018. január 30.)

+ A D-VITAMIN HATÁSOS LEHET A SZÍVKÁROSODÁS MEGELŐZÉSÉBEN, GYÓGYÍTÁSÁBAN

Az Ohio-i egyetem kutatói feltárták, hogy a D3-vitamin szignifikáns mértékben képes helyreállítani a szív-érrendszerben keletkezett károsodásokat, amelyeket okozhat magas vérnyomás, diabétesz vagy érelmeszesedés.

„A D-vitamint általában a csontokkal hozzuk összefüggésbe, de az utóbbi években több kutatás is alátámasztotta, hogy a szívinfarktust szenvedő betegek nagy részénél a D3-vitamin szintje alacsony, vagyis az alacsony D-vitamin koncentráció fokozta a szívizom infarktus kockázatát. Ebben a kutatásban nanoszenzorokat használtak, hogy feltárják annak az okát, hogy milyen mechanizmus áll a D-vitamin kedvező kardiovaszkuláris hatásának hátterében” – mondta a kutatás vezetője.

kardiovaszkuláris rendszer károsodását és csökkenteni a szívinfarktus kockázatát.

„Nincs túl sok, sőt alig van olyan jelátviteli útvonal és hatóanyag, ami a kardiovaszkuláris rendszer endotél sejtjeit képes lenne helyreállítani, és a D3-vitamin egy ilyen molekula” – mondta Dr. Malinski.

„Ez egy rendkívül olcsó terápiás lehetőség a szív-érrendszeri károsodások kezelésére, amihez nem is kell új gyógyszert kifejleszteni.”

Ez a kutatássorozat az első, amely azonosítja a D3-vitamin által kiváltott molekuláris mechanizmust, amely döntő szerepet játszik a károsodott endotélium helyreállításában. A vizsgálatokat hipertóniás sejtmodelleken végezték, de az eredmények ennél sokkal szélesebb körben



A kutatócsoport egyedi módszert dolgozott ki a D3-vitamin hatásának nyomon követésére a szív- és érrendszerben létfontosságú szabályozó szerepet betöltő endotél (ér belhártya) sejteken. A vizsgálat eredménye alátámasztja, hogy a D3-vitamin jelentősen fokozza a nitrogén-oxid termelését, ami a vérkeringés legfontosabb szabályozó molekulája és alapvető szerepe van a vérrögök keletkezésének megelőzésében. Emellett a D3-vitamin szignifikáns mértékben csökkentette az oxidatív stressz szintjét a kardiovaszkuláris rendszerben.

A kutatás legfontosabb eredménye az, hogy a D3-vitamin kezelés jelentős mértékben képes helyreállítani a

alkalmazhatóak lehetnek, akár az összes ischémias szívbetegség kezelésében.

A kutatók véleménye szerint a D3-vitamin klinikai jelentőségére nagyobb figyelmet kell fordítani, különösen a szívinfarktus és a stroke terápiájában, de a csökkent plazmavolumen, a különböző eredetű érkárosodások, a diabétesz és az érelmeszesedés kezelésében is. Ezt az ajánlást számos klinikai vizsgálat is alátámasztja, amelyek igazolják, hogy a D3-vitamin nagyobb dózisaik rendkívül előnyös hatásúak a kardiovaszkuláris rendszer működési zavarainak kezelésében.

(Forrás: *International Journal of Nanomedicine*, 2018. január)

+ A FOGORVOS IS KULCSSZEREPE T JÁTSZHAT A DIABÉTESZ-ÁLLAPOT JAVÍTÁSÁBAN

Az eléggé közismert, hogy a diabéteszt sok esetben a szemész fedezi fel a hirtelen – gyakran már menthetetlen – látásromlás bekövetkeztével. Kevésbé ismert, hogy a fogorvos is kerülhet ilyen helyzetbe, amikor olyan egyéneknél, akiknek diabétesze még nem ismert, súlyos periodontitis nyomán diagnosztizálhatja a valószínűleg már régóta fennálló cukorbetegséget.

Diabéteszeseknél a periodontitis, a fogágy súlyos megbetegedése, mely nagyon gyakran a fogak elvesztéséhez vezet, kétszer gyakoribb, mint nem diabéteszesek esetében. Hogy megfelelő beavatkozással a fogorvos milyen eredményt érhet el, az sejthető: sok esetben a fogak megmaradhatnak. Kevésbé ismert, hogy egy szakszerű beavatkozás milyen hatást gyakorolhat a szénhidrát-anyagcsere állapotra.

Katalán fogszakorvosok a Barcelonai Egyetemen végeztek olyan beavatkozásokat, mely nem csupán a száj és a fogak állapotát javította cukorbetegségeken, hanem jelentős mértékben, kedvezően befolyásolta az anyagcsere állapotát is.

A vizsgálatban 90 ismert 2-es típusú diabéteszes vett részt, akiknél randomizáltan vagy nem sebészi, de intenzív beavatkozást (ultrahangos fogágy kezelés a kóros ínyszerű tasakok kürettázzsal történő eltávolításával) végeztek, míg a kontrollcsoportnál csupán az ínyek feletti plakkokat és fogkövet távolították el, szintén ultrahangos eszközzel. Az összes beteget kioktatták a szájhygiénére.

A betegek átlagos életkora 61, diabétesz tartama 10 év volt. A betegek 45%-a tablettás vércukorcsökkentő szert, 40%-uk inzulint használt. A két csoport között nem volt különbség a vércukorcsökkentő szerek alkalmazása, a testtömegindex és a fogmosási szokások között. Viszont az intenzíven kezelt betegek között több volt a dohányos és esetükben a kezelés kevésbé bizonyult sikeresnek.

A kezeléseket során az intenzíven kezelt csoportjában mind az éhomi vércukor (1 mmol/l-rel), mint a HbA1c szintek (0,5%-kal) csökkentek, a kontrollcsoportnál ezek nem változtak. Az intenzíven kezelt betegeknek az ún. plak-index és gingiva (íny) index jelentősen javult.

(Forrás: [J. Clinical Periodontology online](#), 2018. január 19.)



+ MÁR NAPI EGY CIGARETTA IS NÖVELI A SZÉLÜTÉS ÉS A SZÍVINFARKTUS KOCKÁZATÁT

Napjainkban a világon kb. 1 milliárd ember dohányzik. Ennek az egészség-károsító hatása jól ismert, viszont vannak erős, napi 20–40 cigarettát elszívó és ún. kockadohányosok, akik napi 1-2 cigarettával beérik.

A legnagyobb arányban a fejlődő országokban élők dohányoznak (itt a férfiaknak akár 49, a nőknek pedig 25%-a), bár a dohányosok aránya világszerte visszaszorulóban van. A dohányosok 26%-a szeretné abbahagyni a füstölést, viszont a napi 1–10 cigarettát szívók aránya az utóbbi 10 évben 18-ról 24%-ra

emelkedett. Az él a köztudatban, hogy ha valaki keveset szív, az nem árt az egészségnek.

Egy új metaanalízis keretében 141 megfigyelés vizsgálatról készült 55 publikációt tettek elemzés tár-



gyává és az alábbi következtetésre jutottak:

Ha egy férfi napi 1 cigarettát szívott, átlag 54%-kal nőtt a koszorúér betegség kockázata, ha viszont napi 20-at, akkor csupán 100%-kal, tehát nem állt arányban a kevés és sok cigaretta elszívásának egészségkockázata. Nők esetében a kockázati arányok: 57 és 184% voltak. A szélütés kockázatát férfiaknál napi 1 cigaretta 25, napi 20 elszívása 64%-kal növelte. Ugyanezen számok nők esetében: 46 és 142% voltak.

A következtetés: a dohányzás esetében nem beszélhetünk minimális kockázatról, mivel már napi 1 cigaretta elszívása is aránytalanul nagymértékben növeli az érrendszeri kockázatot.

(Forrás: [BMJ 2018; 360](#), 2018. január 24.)

+ A FÜLTISZTÍTÓ PÁLCIKÁK VESZÉLYE

Az Amerikai Egyesült Államok sürgősségi osztályainak kórlapjai alapján kijelenthető, hogy a fültisztító pálcika a legkiválóbb eszköz a dobhártya átszúrására. A dobhártya-sérülést elszenvedett betegek 66%-a számolt be arról, hogy valamiféle „eszközt” dugott a fülébe, az esetek több mint felében vattás végű „fültisztító” pálcikát. Pedig a dobhártya sérülése halláscsökkenéshez vezethet. A fül-orr-gégészek pedig sajnos gyakran találkoznak gyulladás vagy sérülés következtében kialakult dobhártya perforációval.

Egy kanadai tanulmányban a trauma eredetű dobhártya sérülésekre koncentráltak: 5 évre visszamenőleg 100 sürgősségi osztályról kérték be a fül-sérülésekkel kapcsolatos adatokat. Nagyjából 5.000 beteg kereste fel ezeket a sürgősségi osztályokat dobhártya perforáció miatt, 60%-uk 18 éves vagy még fiatalabb férfi volt. Az esetek 60%-ában valamiféle hallójáratba dugott eszköz okozta a sérülést, és ezek 45%-a a vattás végű fültisztító

volt, mivel az emberek ily módon próbálják eltávolítani fülökből a fülzsírt (cerumet), de sok esetben nem csak beljebb tolják a fülzsírt, hanem meg is sértik dobhártyájukat.

Csecsemőknél és kisgyermekeknél (5 éves korig) a sérülések 86%-át, a 6–12 éveseknél 66%-át, a 37 és 54 év közötti felnőtteknél 53%-át, az 55 évnél idősebeknél 67% át okozta külső eszköz.

Persze nem csak a vattás végű „fültisztító” pálcikák voltak felelősek a sérülésekért: az „eszközök” változatos sora okozott bajt: pl. a hajtű, a különféle játékok, fésűk, ceruzák, szívószálak, fogpiszkálók, nyalóka-pálcikák, stb. A vízi sportok (vízisízés, búvárkodás) szintén jelentős számban voltak a sérülés okai – különösen a tizenévesek és a 36 évesnél fiatalabb felnőttek körében.

A fül-orr-gégészeti rendeléseket naponta sok beteg keresi fel a fülzsír eltávolítását kérve. A cerumen a külső hallójárat külső 1/3-ában van, és vízben oldható, ezért tusolás után egyszerűen a törülközővel ki kell tö-



rölni a fülkagylóra kikerült zsiradékot. A fül öntisztító mechanizmusa során az elhalt bőrsejtek és a fülzsír fokozatosan kifelé halad, végül magától kiürül, ezért nem szükséges semmilyen eszközt használni. A fültisztító pálcika vattáján megjelenő pici sárga foltról úgy véljük, hogy kitisztítottuk a hallójáratot, pedig a „tisztítás” során ennél 5–10-szer nagyobb mennyiségű fülzsírt toltunk beljebb. Ráadásul az eszközökkel megsérthetjük a külső hallójáratot, az okozott sebbe baktériumok telepedhetnek és külső fülgyulladás eredményezhetnek. A fültisztítás legbeváltabb módja 2-3 hetente 2-3 csepp fülolaj alkalmazása.

(Forrás: JAMA Otolaryngology Head Neck Surgery online, 2017. december 17.)

+ A TERHESSÉGI DIABÉTESZESEK FOKOZOTT ODAFIGYELÉST IGÉNYELNEK

A terhességi diabéteszes nőket általában a szülést követő egy évvel leellenőrzik anyagcsere állapotuk alakulásáról. Ha a magasabb vércukorszintek fennmaradnak, akkor 2-es típusú diabéteszesként kezelik, gondozzák őket, ha viszont nem találnak eltérést, akkor a legtöbb helyen kikerülnek a figyelem középpontjából.

Egy legutóbbi vizsgálatban (PLoS Medicine, 2018. január 16.) újjeländi kutatók hívták fel a figyelmet arra, hogy a terhességi diabétesz az élet későbbi szakaszán nem csupán a 2-es típusú cukorbetegség kockázati tényezője, hanem szív-érrendszeri betegségek fokozott kockázatát is magában hordozza.

Az Egyesült Királyságban 1990–2016 között 9.118 terhességi diabéteszes nőt regisztráltak és érrendszeri betegségeik alakulását a következő 3–25 éven keresztül egybevetették 37.281 nem terhességi diabéteszes kontrolléval.

A gesztációs diabéteszes nők többsége rossz szociális körülmények között élt, 63%-uk testtömegindexe meghaladta a 25 kg/m²-t, szemben a nem terhességi diabéteszes nők 35%-ával. Az utánkövetés során a terhességi diabéteszes nők 10%-a vált cukorbeteggé, szemben a kontrollók



0,38%-ával. A két csoportban a koszorúsér megbetegedési arányok: 0,15, illetve 0,06% voltak, magas vérnyomás tekintetében ezek 3,2, illetve 1,3% szerint alakultak.

Tehát a gesztációs cukorbetegnek 21-szer nagyobb esélye volt a diabétesz kifejlődésére, magas vérnyomás esetén a kockázat 2-3-szoros volt. A két csoport között csupán szélütés (stroke és TIA) tekintetében nem találtak különbséget.

Az adatok felhívják a figyelmet a gesztációs diabéteszesek hosszú távú kontrolljának a szükségességére.

(Forrás: Medscape, 2018. január 24.)

+ CSECSEMŐSZOPTATÁS MAGYARORSZÁGON

SZOPTATÁSI MUTATÓK AZ EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT KUTATÁSÁBAN

A szoptatás számos előnye vitathatatlan a csecsemőtáplálás terén; mindez többet jelent egyszerű táplálásnál: szenzoneurális stimuláció, nyugtatás, fájdalomcsillapítás, bensőséges kapcsolat anya és gyermek között.

A szoptatás megfelelő megítéléséhez szükséges, hogy a leendő szülők kellő tájékoztatást kapjanak a szoptatás/szopás jótékony hatásairól, illetve más táplálási módokról. A szoptató anyák körében kisebb a mellrák, petefészekrák, a diabetes és a szív-érrendszeri betegségek előfordulási gyakorisága, gyorsabb a szülés utáni felépülés. A szoptatott gyermekek körében ritkábban fordul elő légúti-, gyomor- és bélrendszeri fertőzés, középfülgyulladás, elhízás, diabetesz, allergia, hirtelen bőlcsóhalál.

majd félig szilárd, majd szilárd étellel. Lehetőség szerint a szoptatás folytatódjon legalább 1 éves korig. A szakmai ajánlások szerint a hozzátáplálás nem kezdődhet el a betöltött 4. hónap előtt, és mindenképp el kell kezdődnie a 6. hónap betöltése után. Az egy éves kor után történő szoptatás általában társadalmi sztereotípiák miatt marad el, pedig bizonyított pozitív immunológiai és érzelmi hatású és pozitív módon befolyásolhatja a gyermek kognitív teljesítményeit.

A magyar szerzők az Egészséges Utódokért projekten belül 1.164 csecsemő és kisgyermek szüleivel töltették ki saját készítésű kérdőívüket a szoptatás és hozzátáplálás témakörben; a kérdőív zárt és nyitott kérdéseket is tartalmazott. Mintájukban szerepeltek egészséges, valamint akut és krónikus beteg gyermekek is.

a szoptott még. (A 0–6. hónapos korcsoportban a kizárólagos szoptatást nem vizsgálták.)

Az alacsonyabb végzettségű anyák jelentősen rövidebb ideig szoptattak (–2,5 hónap), illetve azok is, akik valamilyen szív-érrendszeri betegségben szenvedtek (–2 hónap), rendszeresen gyógyszert szedtek (–1,3 hónap), akik dohányoztak a várandósság ideje alatt és/vagy utána (–3 hónap), akik nem tervezték a gyermekvállalást (–1,3 hónap), akiknek gondjuk adódott a várandósság ideje alatt (–1,5 hónap), akik nem vettek részt a szülésfelkészítésen (–2,2 hónap), akik újszülöttje speciális kezelésben részesült (–0,9 hónap).

A szoptatást nem hátráltatták az anya mentális állapota, az anyagi helyzet, a szülés lefolyása, a gyermek beteges mivolta, a lakás nagysága, az anya életkora.

A megkérdezett édesanyák többsége szeretett szoptatni (1-től 5-ig terjedő skálán az átlag 4,2 pontos érték volt), azonban a megkérdezettek 20%-ánál ellenérzést váltott ki (1-2-es érték). A szoptatás szubjektív megítélése és a szoptatás hossza között csak enyhe pozitív összefüggés volt kimutatható. A szoptató anyák 54,8%-ánál (n=594) merültek fel nehézségek a szoptatás kapcsán (pl. elégtelen mennyiségű tej, az anya átmeneti betegsége, a gyermek türelmetlensége, a szopás sikertelensége, mellbimbó ártalmak).

Konklúzióként azt láthatjuk, hogy a megkérdezett anyák 60%-a szeret szoptatni, 20% negatívan élte meg ezt az élményt. Sok anyánál valamilyen nehézség merült fel a szoptatás kapcsán, de ez nem volt kapcsolatban a szoptatás megítélésével. A szoptató anyák megfelelő edukációja, támogatása, tájékoztatása növelheti a szoptatás kizárólagosságát és időtartamát és segít abban, hogy a szoptatás aktuális az anyák örömként éljék meg.

(Forrás: LAM, 2017;27(10-12):406-17.)



A sikeres szoptatás nagymértékben függ attól, hogy az anya milyen mértékű támogatást, felvilágosítást kapott a szülészeti intézményben. A sikeres szoptatás akkor valósul meg, ha az anyai elhatározás megszületik, ha a szoptatás mindkét fél számára kívánatos és kényelmes esemény. Az anyacsecsemő támogatásban kiemelt szerep hárul a szülészeti intézményben dolgozó egészségügyi személyzetre.

A korszerű csecsemőtáplálási ajánlások kizárólagos szoptatást javasolnak az első 6 hónapban, majd a szoptatás mellett a 7. hónapban bevezethető a hozzátáplálás pépes,

A vizsgálat célja a szoptatási mutatók feltérképezése volt.

A 0–3 éves korú gyermekek nevelő családokban az anyák 97%-a szoptatott a kérdőív kitöltésének idejében vagy azt megelőzően. Azokban a családokban, ahol az anya már abbahagyta a szoptatást (n=685), az átlag szoptatási idő 7,6±6,8 hónap (min. 0, max. 38 hónap) volt. A szoptatás gyakorisága a 0–6. hó korcsoportban 71,3%, a 7–12. hó korcsoportban 47,2%, a 13–15. hó korcsoportban 32,1%, a 16–24. hó korcsoportban 20,9% volt; a kétévesnél idősebb gyermekek (n=201) mindössze 5,5%-

KISHÍREK... KUTATÁSOK

+ MEDITERRÁN ÉTREND ÉS FOGAMZÓKÉPESSÉG

A mediterrán étrendet a cukorbetegség kezelését szolgáló ideális étrendnek tartjuk. Most adatok utalnak arra, hogy növeli a lombikbébi program sikerességét is, ha az anya mediterrán étrendet követ.

Ismert, hogy az egészséges étrend követése általánosságban is segíti a teherbeesést. Most egy kis esetszámú görög vizsgálat azt bizonyította, hogy a mediterrán étrend mesterséges megtermékenyítés (IVF, in vitro fertilization) esetén is kedvező hatású, követésével jelentősen emelkedik a teherbeesés valószínűsége és az élő baba megszületésének esélye.

A görög kutatók szerint ez a megállapítás olyan 35 év alatti nőkre vonatkozik, akik már a kezelés megkezdése előtt 6 hónappal egészségesen táplálkoznak.

A mediterrán étrend jellegzetesen sok zöldséget, gyümölcsöt, babot, lencsét, teljes kiőrlésű gabonákat, olívaolajat, olajos halakat, sok tejterméket és kevés húst tartalmaz. Az ilyen típusú étrendet leginkább a mediterrán országokban (Spanyolország, Franciaország, Olaszország, Görögország) lehet könnyen betartani. Egyébként jól ismert, hogy ez a típusú táplálkozás bizonyos mértékig véd a kardiovaszkuláris betegségek ellen és meghosszabbítja az életet.

A Harakopio Egyetem (Athén) görög kutatói olyan 244, nem túlsúlyos, 22 és 41 év közötti asszonnyal töltettek ki kérdőíveket, akik éppen elkezdték a lombikbébi program első ciklusát. A résztvevőknek pontosan meg kellett nevezni a kezelés megkezdése előtti 6 hónap során rendszeresen fogyasztott ételeiket.

A beérkezett válaszokat 0-tól 55-ig pontozták: az utóbbi magasabb pontszámok a mediterrán étrend betartásának, illetve követésének mértékét jelölték a program megkezdése előtti fél évben. A kapott pontszámok alapján három csoportot alakítottak ki, és úgy találták, hogy a legmagasabb

növelte a sikeres terhesség és élve születés arányát, viszont 35 éves kor fölött a magasabb pontok előnye már nem mutatkozott – talán a hormonális változások és a kevesebb petesejt elfedte a mediterrán étrend kedvező hatásait.

A tanulmány szerzői szerint a zöldségekben, gyümölcsökben és teljes kiőrlésű gabonákban magasabb arányban található antioxidánsok a kedvező hatás okai. Megállapításuk szerint további vizsgálatok szükségesek a táplálkozás és a reprodukív képesség összefüggéseinek vizsgálatára, melynek eredményeként ki lehetne alakítani táplálkozási javaslatokat is a fertilitási kezeléseknél résztvevő asszonyok számára.



pontokkal rendelkezők 50%-ánál sikeres terhesség következett be, míg a legalacsonyabb pontértékeket kapott hölgyek csoportjában az IVF csak 29%-ban volt eredményes. Ugyanezt figyelték meg a születéseknél is: míg a legmagasabb pontértékeket kaptak csoportjában az élve születések aránya 48,8% volt, addig a mediterrán étrendet legkevésbé követők esetén ez csak 26,6%-ot ért el. A 35 év alatti asszonyoknál minden 5 ponttal magasabb érték kb. 2,7-szeresével

Prof. Dr. Nick Macklon (London's Women Clinic) kommentárt fűzött az eredményekhez: „*a már ismert megállapításokhoz újabb adatokat kaptunk, de az előző, hasonló méretű vizsgálatokhoz képest nincs újdonság. A tanulmány viszont arra jó volt, hogy ismételten felhívta a figyelmet arra, hogy a mediterrán táplálkozás egyes elemei általában egészségesebbek, és egyben segítik a fogamzóképeséget is.*”

(Forrás: Medscape Medical News, 2018. február 1.)

+ DIÓ, MOGYORÓ: MÁR NAPI 10 GRAMM CSODÁT MŰVEL

A dió és mogyoró fogyasztása igen egészséges, sok fehérjét tartalmaznak, és jótékony hatásuk lehet egyes betegségekkel szemben. A dió például javíthatja a szellemi működést, és segíthet a szív normál működésében is. Milyen egyéb jótékony hatásaik vannak?

Mindehhez új felismerés csatlakozik: csökkenti a mortalitást (halálozást) és mérsékli a krónikus betegségek kialakulását, mint pl. egyes légúti betegségek, cukorbetegség, daganatos betegségek, ún. neurodegeneratív betegségek, mint pl. a szklerózis multiplex stb.

Az International Journal of Epidemiology szaklapban megjelent tanulmány egy vizsgálatot elemez, amelyben a holland ún. Netherlands Cohort Study adatait dolgozták fel, 120 ezer holland személy elemzése révén, 1986-tól napjainkig (55–69 évesek voltak induláskor). Figyelték az illetők dió-, mogyoró- és mogyoróvaj-fogyasztását ezen időszak alatt.

„Meglépő tapasztalat volt, hogy már a rendszeres napi kb. 15 g körüli dió, vagy mogyoró fogyasztása jellemzően csökkentette a halálozási arányokat” – említi **Pet van den Brandt** professzor a vizsgálat vezetője. Nagyobb mennyiség már nem csökkentette tovább a halálozás kockázatát. Ezeket az eredményeket megerősítette egy másik utólagos elemzés (metaanalízis), amely szintén a fenti nagy vizsgálat alapján készült, és ahol kimutatható volt, hogy a légúti

és daganatos betegségekből adódó mortalitás is hasonló módon csökkent. Ami a mogyoró, illetve mogyoróvaj fogyasztását illeti, egyértelműen bebizonyosodott, hogy a mogyoró fogyasztása a dióéhoz hasonló előnyökkel jár, viszont a mogyoróvaj a só- és olajtartalma, valamint számos állományjavító szer tartalma miatt nem előnyös.

A dióban sok az esszenciális tápanyag, pl. rostok, fehérjék, ásványi anyagok, egyszeresen és többszörösen telítetlen zsírsavak, antioxidánsok stb. A Nutrients c. szaklapban megjelent 2010-es vizsgálat szerint „egyedi összetétele alapján a dió igen hasznos, jótékony hatással rendelkezik. Epidemiológiai vizsgálatok szerint fogyasztása csökkenti a gyakoriságát, mérsékli az epekövek kialakulását. Ezeket mindkét nemből, a cukorbetegségre csak nők esetén hat. Kimutathatóan csökkenti a szérumban a koleszterin szintet is.”

A mostani tanulmány elsőként írta le hogy a dió és mogyoró rendszeres fogyasztása milyen széleskörű előnyökkel bír a fent felsorolt egészségügyi problémák esetén. Fogadjuk meg a kutató orvosok által ajánlottakat, aki teheti, egyen diót, mogyorót!

Cukorbeteg számára napi 10–15 g dió vagy mogyoró fogyasztása egyértelmű előnyöket kínál.

(egeszsegkalauz.hu – Forrás: **Brandt P, Schouten L. Relationship of tree nut, peanut, and peanut butter intake with total and cause-specific mortality: a cohort study and meta-analysis. International Journal of Epidemiology 2015., medicaily.com**)





NÖVÉNYEKKEL A DIABÉTESZES DIÉTA SZOLGÁLATÁBAN

13. RÉSZ



Receptek a cikk végén

AZ ALMA (MALUS)

Egy a Földművelésügyi Minisztérium (FM) által 2017 őszén közzétett adat szerint, itthon az egy főre jutó almafogyasztás évi 15–18 kilogramm. Bátran állíthatjuk hát, hogy hazánk leggyakrabban fogyasztott gyümölcse az alma. Ennek a rózsafélék családjából származó eledelnek bőséges fajtaválasztéka érhető el a nyári időszaktól egészen tavaszig. Elsők között a „Vista bella”, „Nyári fontos”, „Nyári csikos fűszeres”, majd a Gála, Golden, Idared, Jonagold fajták következnek, a legkésőbbi a Granny Smith,

mely Ausztráliából származik. A nyári almafajták júliusban kezdenek piacra kerülni, de az iskola kezdetével az almaszekción is beindul. Ebben az időszakban juthatunk legolcsóbban a „kísértés és csábítás” gyümölcshöz.

Világszerte hétezerrel is többre tehető az almafajták száma. Manapság a legfőbb alma-termesztő ország Kína, az USA és Irán, de az '50-es '60-as években hazánkban is nagy fellendülés volt tapasztalható az almatermelésben; ma Magyarország a hatodik legnagyobb, (32 800 hektáros) almaültetvényekkel rendelkezik az Európai Unióban (forrás: FM) és a „Szabolcsi alma” ma is fogalom hazánkban.

A friss szedésű alma kemény tapintású, feszes, fényes héjú, méretéhez képest nehéz, a víz felszínén úszik. Néhány napig a kamrában vagy a konyhában is eltartható, de hosszabb időre inkább keressünk hűvös és páradús helyet neki. A tárolásra szánt almát sose mossuk meg!

Élettani hatásai

Az alma hipoallergén, rostjai (főként a pektin) számos jótékony hatásért felelős az emésztőrendszerben. Hasmenéses és székrekedéses állapotokban a széklet konzisztenciáját előnyösen befolyásolja; magas koleszterinszint kezelésében sose feledkezzünk meg róla. Emelkedett trigliceridszint esetén a többi gyümölcshöz képest magas fruktóz tartalma (főleg a kifejezetten édes típusoknál) mi-



att nem tanácsolt nagy arányú fogyasztása. Diabéteszben is, a választási ajánlás a savanykás fajtákra irányul, vagyis: idared, granny smith, és egyes nyári fajták. Az alma szív-érrendszert védő antioxidánsai jellemzően inkább a héjrészben találhatóak, ezért ha más diétás ellenjavallat nincs, alapos mosás után ezt is fogyasszuk el (ennek kapcsán mérlegelendő a bio-minősítésű alma preferenciája). A piros, bordós héj színanyagai előnyösebbek az immunerősítés szempontjából. Gyümölcssav tartalma miatt a nyers alma éhgyomorra nem ritkán tapasztalhatóan rontja a refluxos tüneteket – ezt párolással és a gyümölcs más étellel együtt történő fogyasztásával enyhíthetjük. Az almaecet vércukorszintre gyakorolt hatása kutatott terület. 1-2 teáskanállal az ételhez adva bizonyítottan lassítja a bevitt szénhidrát bontásának sebességét – az ecetsav gátolja a cukorbontó enzimek működését, lassítja a gyomor ürülését –, így előnyösen hat az étkezést követő vércukorszintre.

Az alma tápanyagtartalma

100 g alma energiataralma 31 kcal, 0,4 g fehérje, 7 g szénhidrát található benne; zsírintenes, viszont 3,7 g élelmi rost növeli élettani értékét. B1-, B2-, B6-, C-vitamin, illetve pantoténsav tartalma jelentékeny. Ásványi anyagai: Na, K, Ca, Mg, P, réz, cink, mangán, kobalt, de ezek egyike sem igazán jelentős más gyümölcsökhöz viszonyítva.

Felhasználása

Az „iskolagyümölcs- és zöldség program” dietetikusai szemmel egy üdvözlendő kezdeményezés, melynek keretében tavaly több mint 2 ezer iskola és mintegy félmillió tanuló jutott nap mint nap friss almához.

Az alma nyersen, főzve, sütve egyaránt kiváló nyersanyag. Már a csecsemők hozzátáplálásánál a legelsőkközött választandó alapanyag. Fűszerei: fahéj, szegfűszeg, vanília, kardamom, curry.

Fogyaszthatjuk magában vagy salátákba adva, turmixok része is lehet, de elkészíthetjük kompótnak, befőttnek, lekvárnak, dzsemnek is – édesítőszerrel! Megpárolhatjuk köret gyanánt (akár káposztával együtt) vagy hagymával chutney-nak húshoz, főzhetjük levesnek, megtölthetjük és egészben megsüthetjük a sütőben. Készítenek bort és pálinkát is almából. Az almaliszt gabona lisztek részleges helyettesítésére alkalmas. Az almapektin a nyári befőzések sűrítőanyaga lehet. Ez a gyümölcs rengeteg süteményben jelen van: rétesek, piték, muffinok, torták, kevert tészták stb... A diabéteszes étrendben alapvetés, hogy a lisztek, melyet ezen ételek készítéséhez használunk semmiképp nem sima vagy rétes búzaliszt és mindenképp alternatív édesítéssel ízesítjük. Cukorbetegségben nem javasolt az almale, alma mártás/szósz, aszalt alma vagy főtt almapüré.



Lilly



A KÁPOSZTA (BRASSICA OLERACEA)

A káposztafélék családjának legismertebb tagjai: a fejes káposzta, a lilakáposzta, és a kelkáposzta, de szoros rokonságban állnak az ugyanide tartozó kelbimbóval, kínai kellel, sőt még a karfiollal és a brokkolival is; mi ezúttal a fejes- és lila- valamint a kelkáposztát vizsgáljuk meg közelebbről.

A vadkáposzta nemesítése már hamar megkezdődött, egyes írások szerint az i. e. I. évezredben. Így válhatott a fejlet nem képező káposztából a ma ismert sűrű, tömött fejlettel rendelkező zöldséggé. A kínaiak és az egyiptomiak, úgy mint a görögök és a rómaiak is ismerték és előszeretettel fogyasztották káposztát a régmúlt időkben. 1984-ben az ENSZ Élelmezési és Mezőgazdasági Szervezete a káposztát a világ 20 legfontosabb zöldsége közé sorolta be.

A fejes káposzta kétéves növény, első évben alakul ki a fogyasztásra alkalmas „óriási rügy”, a fej.

A fej alakja lehet gömbölyű, lapított, csúcsos és kiszélesedő. A fogyasztók számára a gömbölyű fejforma a legkívánatosabb. A fej nagysága meghatározza annak tömegét. A korai szabadföldi fajták 0,5–1,5 kg-osakra nőnek, a középhosszú tenyészidejű, valamint a téli tárolásra alkalmas fajták átlagos fejtömege 1,5–3kg, a savanyításra és tartósítási célra szánt fajtáké pedig 3–5 kg vagy több (4–6 kg) is lehet.

Élettani hatások

A káposztafélék közös és leggyakrabban észlelt hatása a puffadás és szelek képződése, mely kifejezettebb nyersen történő fogyasztáskor; ez ellen a főzőlé elöntésével és a hőközléssel tudunk tenni. Ha bírjuk, akkor viszont nagyon javasolt a káposzták különböző formájú gyakori fogyasztása. A káposzta alacsony szénhidrátartalma melletti magas rosttartalma miatt semmilyen gátat nem

állít a felhasználhatóság elé cukorbetegségben. Épp ellenkezőleg, rendkívül lassan és kevésbé okoz vércukorszint emelkedést. A hagyományosan savanyított káposzta az év minden szakában elérhető, olcsó táplálékunk és nyersen dupla védő hatású (!), mert a vastagbél mikroflórájához is pozitívan járul hozzá tejsavbaktérium tartalmával – ezáltal az immunrendszert támogatja - valamint – keresztes virágú lévén eleve véd a colorectalis daganatok ellen! Így még a mérsékelt mennyiségű savanyú káposztalé fogyasztása is jótékony lehet. A lilakáposzta antocián festékanyaga antioxidáns hatásánál fogva pedig segít a környezeti és a cukorbetegség okozta károsodások elleni küzdelemben, emellett érfal védő és vérrögzépződés ellenes hatása diabetesben kiemelt fontosságú!

Megjegyzés: A savanyú káposzta akkor jó minőségű, ha színe fehér vagy halványsárga, illata savanykás érzetet keltő. Gazdagítható pl. lila hagymával, póréhagymával, reszelt sárgaréppával, céklával vagy főtt tojással, sonkával is.

A káposzta felhasználása

A káposztás ételeknek se szeri se száma a magyar konyhában. Fűszerei a kömény, bors, babér, boróka, zsálya, kakukkfű, borsika, tárkony, szerecsendió.

A káposzta nyersen számos saláta és savanyúság (pl. csalamádé, káposztával töltött almapaprika) alkotója, a fejes káposztákat megpárolhatjuk vagy megpiríthatjuk húсок mellé, készíthetünk belőle levest (pl. Korhely, Scsí, Frankfurti) vagy főzelékeket (pl. paradicsomos káposzta, kapros édeskáposzta főzelék, kelkáposzta főzelék). Úgy sejtem, hogy hazánkban kevés embert találunk, aki ne ismerné a rakott káposztát, a töltött káposztát, a Székely káposztát vagy a káposztás cvekedlit, ha nem is ezen a németes néven, hanem magyarul: káposztás tészta vagy káposztás kocka. A káposztás pogácsa illetve lángos is kedvelt, de a káposztával töltött rétes, káposztás palacsinta is meg ér egy próbát. A savanyú káposztalé hígítva üdítő hatású lehet.

Tápanyagtartalmak

100 g	Energia (kcal)	Fehérje (g)	Zsír (g)	Szénhidrát (g)	Vitaminok	C-vitamin (mikrogramm)	Ásványi anyagok
Fejes káposzta	32	1,6	0,2	5,7	B1, B2, B6, biotin, karotin	50	Na, K, Ca, Mg, Fe, réz, cink, mangán, kobalt, króm, nikkel
Lila káposzta	32	1,7	0,2	5,7	ua.	50	u.a.
Kelkáposzta	35	3,6	0,3	4,3	3x több B1, közel 2x több B2 és niacin, B6, biotin	40	ua.
Savanyú káposzta	20	1,1	0,2	3,4	B1, B2, niacin	16 (!)	ua.



RECEPTEK

ALMA ÉS KÁPOSZTA RECEPTEK



Almás zabfelfújt (4 főre)

Hozzávalók:

- 100 g nagy szemű zabpehely
- 20 dkg savanykás alma
- 250 g zsírszegény túró
- 3 tojás
- 2 dl tej
- 2 dl víz
- fél citrom leve és héja (kezeletlen)
- pici fahéj
- pici szódaikarbóna
- pici só
- édesítő, ízlés szerint

Díszítés:

- por alapú édesítőszer fahéjjal keverve, cukormentes lekvár

Elkészítés:

1. A 100 g zabpehelyből a 2 dl tejjel és a 2 dl vízzel zabkását készítünk, melyet egy picit édesítünk édesítőszerrel. (A folyadékban 3–5 perc alatt megfőzzük a zabpelyhet.) Amikor elkészült, hagyjuk kihűlni, közben többször átkeverjük.

2. A túróba beleütjük a 3 tojás sárgáját, pici szódaikarbónát és fahéjat, édesítőt adunk hozzá, majd jól összekeverjük. A túrós masszába beleforgatjuk a kihűlt zabkását. A 3 tojás fehérjét pici sóval habverővel felverjük, majd ezt is óvatosan hozzákeverjük a kész túrós, zabos masszához.
3. Az egészet egy 20x25 cm-es szilikon formába öntjük és belekockázzuk az almát, majd 180 fokon 45 percig sütjük.
4. Szeletelés után porrá őrölt édesítővel (fahéjjal keverve) vagy cukormentes lekvárral tálalhatjuk.
Hidegen és melegen is finom.

Tápanyagtartalom – 1 főre:

Energia: 236 kcal, Fehérje: 18,3 g, zsír: 6,5 g, szénhidrát: 24,9 g

Alma zabpehellyel és mogyoróval (1 főre)

Hozzávalók:

- 30 g zabpehely
- 200 g alma
- fahéj, édesítőszer
- pár csepp citromlé és kezeletlen citromhéj
- 5 szem mogyoró

Elkészítés:

1. Az almát tisztítva kimérjük és lereszeljük.
2. A zabpehelyet a fűszerekkel együtt az almához adjuk, összekeverjük. 20-30 percet állni hagyjuk, majd mogyoróval díszítve tálaljuk.

Tápanyagtartalom – 1 főre:

Energia: 315 Kcal, Fehérje: 8,2 g, Zsír: 12,7 g, Szénhidrát: 35 g



Kelkáposzta főzelék (3 főre)

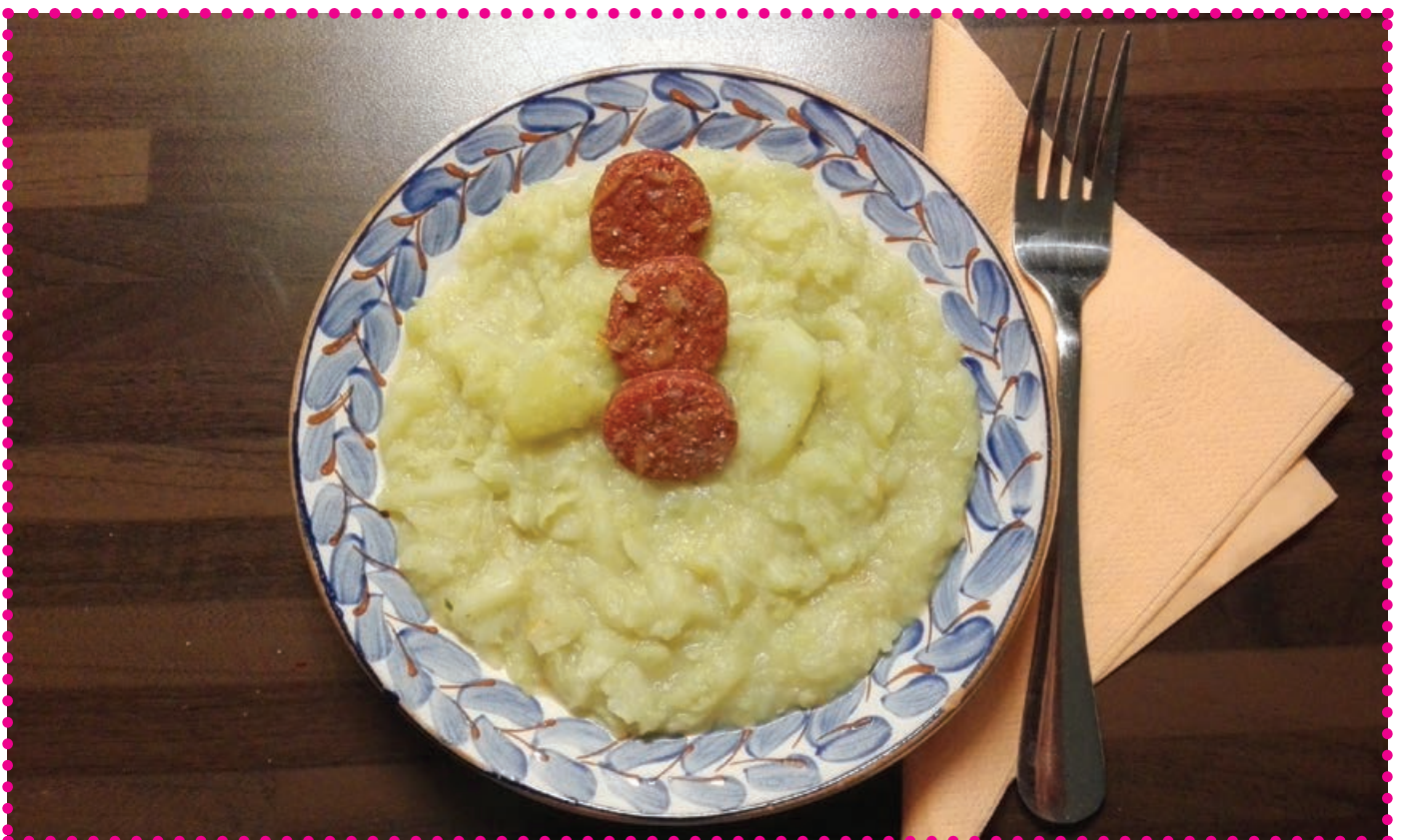
Hozzávalók:

- 1 kg kelkáposzta
- 30 dkg tisztított burgonya
- 2 gerezd fokhagyma
- 2 ek durumliszt
- 2 evőkanál olaj
- köménymag
- só, bors
- (pirospaprika)

Elkészítés:

1. A megmosott, megtisztított, kockákra vágott kelkáposztaleveleket és burgonyákat köménnyel ízesítve annyi forró sós vízbe tesszük, ami épp ellepi. Takaréklángon puhára főzzük.
2. Közben elkészítjük a rántást. A lisztet az olajon kissé megpirítjuk, hozzáadjuk a főtt káposztához.
3. Hozzáadjuk a főzelékhez a megpuccolt, átnyomott fokhagymát, sózzuk, borsozzuk és forrástól számítva még néhány perc alatt összefőzzük.

Tápanyagtartalom – 1 főre: Energia: 297 Kcal, Fehérje: 15,3 g, Zsír: 7,9 g, Szénhidrát: 39 g



Korhely leves (6 főre)

Hozzávalók:

30 dkg sertés comb (füstölt)
 25 dkg csípős kolbász
 50 dkg savanyú káposzta
 2 nagy fej (20dkg) vöröshagyma
 2 gerezd fokhagyma
 2 dl 12%-os tejföl
 4 evőkanál paprikakrém
 2 evőkanál durum liszt
 2 teáskanál őrölt fűszerkömény
 2 tk fűszerpaprika
 3 db babérlevél
 1 csokor kapor
 só, bors ízlés szerint

Elkészítés:

1. 3–3,5 liter enyhén sós vízben feltesszük főni a combot a babérrel, s amíg puhul a hús, összevágjuk a hagymát, fokhagymát és a kolbászt. A káposztát is összevágjuk kissé.
2. Ha a hús majdnem puha (kb. 40 perc, kuktában 20'), elkészítjük a rántást: olajon vöröshagymát pirítunk a fokhagymával, majd a durumliszttel simára keverjük.
3. Levonjuk a tűzről, megszórjuk a fűszerpaprikával, elkeverjük a paprika-krémmel és a köménnyel. Az így elkészült sűrű rántást hozzákeverjük a leveshez, amelybe beledobjuk a káposztát és a kolbászkarikákat.
4. Együtt forraljuk a levest nagyjából 20 percig, majd kevés forró levet a tejfökhöz öntünk, majd ezt visszajuttatva az ételbe, meglazítjuk vele azt. Tálalás előtt belekeverhetünk zsenge kaprot.

Tápanyagtartalom – 1 főre: Energia: 368 Kcal, Fehérje: 21,6 g, Zsír: 25,5 g, Szénhidrát: 9,5 g



Coleslaw avagy amerikai káposztasaláta (4 főre)

Hozzávalók:

- 60 dkg káposzta (vöröskáposztával felezhető!)
- 2 közepes db (20 dkg) sárgarépa
- 10 dkg vöröshagyma reszelve

Öntet:

- 15 dkg 12%-os tejföl
- 15 dkg light majonéz
- 1 teáskanál almaecet
- 1 teáskanál fokhagymapor
- só, őrölt bors ízlés szerint

Elkészítés:

1. A káposztákat a répával vékony csíkokra szeleteljük, vagy legyaluljuk. Ráreszeljük a hagymát (ezt sokkal könnyebb megtenni, ha egészben hagyott fagyott hagymát használunk).
2. Az öntet összetevőit alaposan összekeverjük.
3. A káposztás hagymás répat össze forgatjuk az öntettel.



Tápanyagtartalom – 1 főre:

Energia: 213 Kcal, fehérje: 4,2 g, zsír: 16,5 g, szénhidrát: 33,05 g



Párolt lilakáposzta – köret (2 főre)

Hozzávalók:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1 fej (60 dkg) káposzta | 2 tk almaecet |
| 5 dkg vöröshagyma | 1 késhegynyi bors |
| 1 dl száraz vörösbor | 1 csipet őrölt kömény |
| 2 evőkanál olaj | édesítő |
| 1 db babérlevél | só |

Elkészítés:

1. A káposzta torzsát kivágjuk, leveleit vékony csíkokra vágjuk, kicsit besózzuk, 15–20 percig állni hagyjuk.
2. Addig a hagymát apróra vágjuk és egy nagyobb lábasban az olajon megpároljuk, majd hozzáadjuk az édesítőt.
3. A káposztát a levétől kinyomkodjuk, hozzáadjuk a dinsztelt hagymához. Fűszerezzük babérral, köménnyel, borssal, majd meglocsoljuk, a vörösborral.
4. Kb. 50 percig pároljuk, de mielőtt kész az almaecetet is hozzáadjuk. Még pár percig lefedve melegítjük.

Tápanyagtartalom – 1 főre:

Energia: 140 Kcal, fehérje: 3,6 g, zsír: 10,5 g, szénhidrát: 48,1 g



**Diétás cikk
és receptek:**
Holzmann Brigitta
dietetikus
www.mitegyel.hu



CDF)

www.diabforum.hu