

Dr. Sal István orvos őrnagy, dr. Engländer Zsuzsa

Anyagcsere-betegek szakgondozása

Dr. Németh István orvos vezérőrnagy Elvtárs emlékére, akitől az első biztatást kaptuk és akinek útmutatásai még ma is sokat segítenek.

Szerzők az MN Központi Katonai Kórház Rendelőintézetben folyó anyagcsere-szakgondozás módszereit ismertetik. Három nagyobb betegcsoport eredményeit dolgozták fel: az első egy vegyes összetételű elhízott beteganyag, a második az 50 év feletti szűrővizsgálaton 1979-től 1983-ig felfedezett hivatásos állományú cukorbetegek csoportja és végül egy ugyancsak vegyes összetételű diabeteszes beteganyag. Az első csoport az elhízás és cukorbetegség összefüggését reprezentálja. A hivatásos állomány szűrővizsgálatának eredményei a cukorbetegség hadseregen belüli nagyobb gyakoriságára hívják fel a figyelmet. Összehasonlítva ezen csoport eredményeit az idősebb korú, vegyes összetételű diabeteszes beteganyaggal, megállapítható, hogy a cukorbetegség a hivatásos állomány ezen értékes részénél idő előtti egészségkárosodáshoz és ezáltal a szolgálatból való átmeneti vagy végleges kieséshez vezet. Javaslataikkal a jobb megelőzést kívánják szolgálni.

Szakirodalmi adatok és az orvosi gyakorlat tapasztalatai a különböző anyagcsere-betegségek közül elsősorban az elhízás és cukorbetegség morbiditásának gyorsan növekvő tendenciáját igazoják. Gyakoriságuk eléri a népbetegség nagyságrendet. Szövődményeik, illetve következményeik miatt — amelyek egy betegnél többszörösen is előfordulhatnak — a betegállomány növekedése, korai rokkantság előidézése és az élettartam csökkentése révén jelentős egyéni és társadalmi problémát képvisenek. Ezért ezen anyagcsere-betegségek ellátása terén kiemelkedően fontos feladatokat lát el a szakgondozás, amely az alapellátásnál magasabb szintű, speciális szakismertéken alapuló gyógykezelésen kívül a rehabilitációra való céltudatos törekvést is magába foglalja (11). A szakgondozás időszaka sokszor a beteg élete végéig tart és a beteggel való folyamatos és kétoldalú kapcsolat gondos kiépítését igényli.

Az elhízás, a cukorbetegség és az ezekhez igen gyakran társuló hiperlipoproteiné-

miák egyik fontos közös jellemzője, hogy a veleszületett engodén hajlamot az esetek nagy többségében exogén környezeti tényezők és a táplálkozás manifesztálják (1). Ezért ilyenkor a gondozás egyik központi problémája az életmód szabályozása és a megfelelő dietoterápia irányítása (13).

Az anyagcsere-szakgondozás főbb követelményei:

- aktív felkutatás minél korábbi stádiumban,
- nyilvántartásba vétel,
- aktív megfigyelés a rendszeres ellenőrzések során.

Ez utóbbi legfontosabb tartalma:

- gyógykezelés, ezen belül diétás beállítás is,
- az életmódra vonatkozó tanácsadás,
- a katonai szolgálat speciális körülményei között a fentieket kiegészíti az alkalmasság fokának megállapítása (11).

Beteganyag, módszer, eredmények

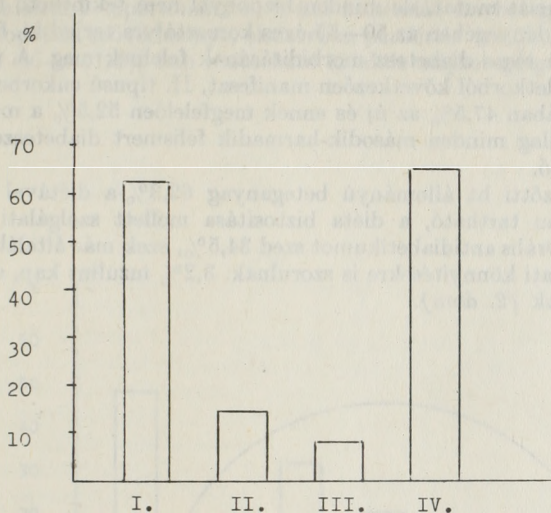
Az MN Központi Katonai Kórház Rendelőintézet keretében 1978 óta működő anyagcsere-szakgondozás túlnyomóan elhízásban és cukorbetegségben szenvedő betegeket gondoz. A fenti betegségekhez igen gyakran társulnak a hiperlipoproteinémiák különböző formái, valamint keringési, emésztőrendszeri, mozgásszervi és kisebb arányban egyéb megbetegedések is. A beteganyag nagyobb részét nyugdíjas tisztek, polgári alkalmazottak és családtagok teszik ki. A betegek túlnyomóan középkorúak vagy annál idősebbek. Az alábbiakban beteganyagunkból kiemelve csak az elhízottakat vizsgáljuk abból a szempontból, hogy az elhízás a mi adataink szerint milyen gyakorisággal szövődik diabetszel, csökkent glukóztoleranciával, hiperlipoproteinémiával, hiperurikémiával.

Elhízott betegeink testsúlya a gondozás kezdetén legalább 15%-kal, az esetek többségében ennél nagyobb mértékben haladta meg a Broca-index szerinti normál értéket. Lényegében minden elhízott betegnél — ha annak diabetsze nem ismert — terheléses vércukor-vizsgálatot végzünk a gondozás kezdetén, számos esetben később ismételve is. A vércukormeghatározás dextrostix módszerrel, a leolvasás Eyeton-fotométerrel történt. A normális éhgyomri vércukor felső határának a 6 mmol/l-t tekintettük. A terheléses vércukorgörbét (75 g glukóz adásával) akkor minősítettük kórosnak, ha a görbe legmagasabb értéke a 10 mmol/l-t meghaladta és a 2 órás érték nem csökkent 7 mmol/l alá. A normális szénhidrát-anyagcsere és a manifeszt diabetsz között a csökkent glukóztoleranciát a gondozott betegek folyamatos észlelése alapján határoztuk meg.

Tisztában vagyunk azzal a ténnyel, hogy az említett határértékek a WHO ajánlásaihoz képest alacsonyabbak. Célunk az volt, hogy elhízottaknál keressük a legkorábbi stádiumban lévő szénhidrát-anyagcserezavart és ennek felismerését a beteg előtt se hallgassuk el. Biztunk abban — tapasztalataink szerint nem is alap nélkül —, hogy az adott esetben fenyegető cukorbetegség mielőbbi felderítésével elősegítjük a beteg együttműködését a testsúlycsökkentés érdekében.

Az elhízott beteganyag 62,3%-a manifeszt diabetszes, 14,3% csökkent glukóztoleranciás. Ez az arány részben a határértékek már említett — bizonyos fokig önkényes — megválasztásából, részben a beteganyag összetételéből adódik. A hiperlipoproteinémia és hiperurikémia előfordulása az átlagosnak megfelelő (1. ábra).

A szűrés-gondozás-megelőzés jegyében áttekintettük a MN Központi Katonai Kórház Rendelőintézetének utaltságába tartozó alakulatoktól a hivatásos (továb-



I: diabetes, II: csökkent glukóztolerancia
 III: hiperurikémia, IV: hiperlipoproteinémia

1. ábra. Az anyagcsere-szakgondozó beteganyagának megoszlása

biakban ht) állomány 50 év feletti szűrővizsgálatán résztvettek anyagát 1979-től 1983-ig, tehát 5 egymást követő évben. Ez a szűrővizsgálat — mint ismeretes — nem célzott, hanem általános és a panaszoktól függően kiterjesztett. Minden megjelenéknél történik éhgyomri vércukor-vizsgálat is. Akinél emelkedett értéket kaptunk, azt visszarendeltük ismételt vizsgálatra, amikor már a 24 órás vizeletből cukorürítést is mértünk. Ismételten emelkedett éhgyomri vércukor-érték és glikozuria esetén a diabetes fennállását bizonyítottunk vettük. A vércukor-meghatározás a már említett módszerrel natív vérből történt.

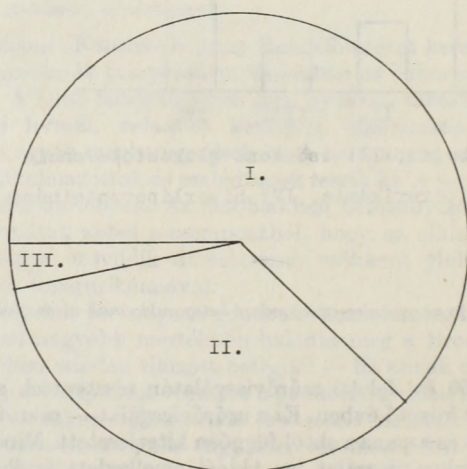
Eredményeink utólagos átértékelését több szempontból nem éreztük helyesnek, jelenleg az újonnan felfedezett cukorbetegknél már mi is a WHO ajánlásait vesszük alapul. Terheléses vizsgálatot a későbbiekben részletezett okok miatt általában nem végeztünk. Az így kiderített vércukorbetegeket gondozásba vettük és a beállítástól függően egy-három havonként ellenőrzésre visszarendeltük, illetve a vidékiek közül azokat, ahol diabetesgondozó működik, nagy távolság esetén oda irányítottuk.

A diabetes-előfordulás a megjelentek összlétszámához viszonyítva:

1979-ben 6,9%
 1980-ban 6,3%
 1981-ben 6,3%
 1982-ben 6,7%
 1983-ban 6,0%.

Az évenként megjelentek száma a szűrővizsgálatok elterjesztésével párhuzamosan emelkedő tendenciát mutat, de minden bizonnyal nem tekinthető teljesnek. Miután a szűrővizsgálat lényegében az 50—55 éves korosztályra terjed ki, fenti adatok a ht állomány ezen része diabetesz morbiditásának felelnek meg. A vizsgálati módszerekből, illetve az életkorból következően manifeszt, II. típusú cukorbetegségről van szó. Az 5 év átlagában 47,5% az új és ennek megfelelően 52,5% a már ismert beteg, tehát gyakorlatilag minden második-harmadik felismert diabeteszes frissen felfedezettnek tekinthető.

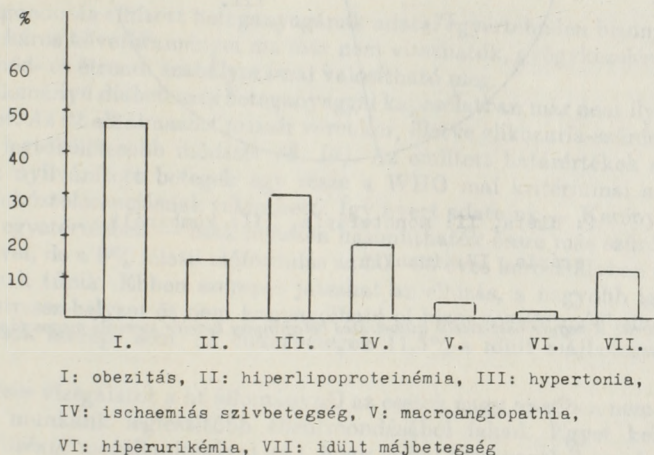
Az 50—55. év közötti ht állományú beteganyag 62,3%-a diétával kielégítő anyagcsere-egyensúlyban tartható, a diéta biztosítása mellett szolgálati követelményeinek eleget tesz. Orális antidiabetikumot szed 34,5%, ezek már általában a diétán kívül egyéb szolgálati könnyítésekre is szorulnak. 3,2% inzulint kap, ezek intézeti beosztásban vannak (2. ábra).



I: diéta, II: orális antidiabetikum, III: inzulin

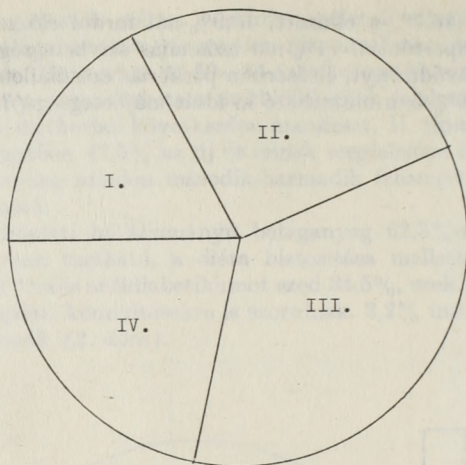
2. ábra. A ht állományú diabeteszes beteganyag kezelés szerinti megoszlása

A cukorbetegek 46,7%-a elhízott, 13,9%-nál fordul elő zsíryanycsere-zavar. 30%-nál találtunk hipertóniát, 11%-nál iszkémiás szívbetegséget, 3,2%-nál egyéb makroangiopátiás szövödményt, elsősorban perifériás érszűkületet. Kószvény 1,6%-ban fordul elő és 11,5%-ban mutatható ki idült májbetegség (3. ábra).



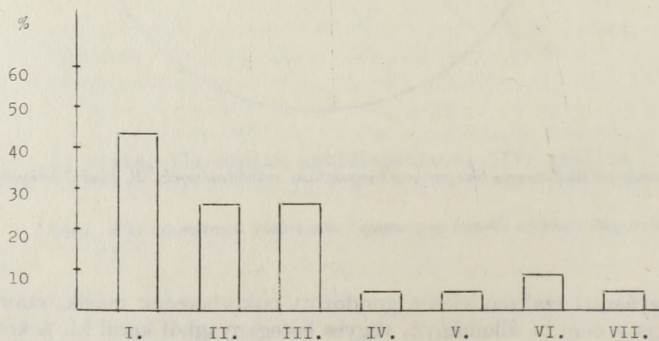
3. ábra. A ht állományú diabeteszes beteganyag megoszlása szövödmények, ill. kísérő betegségek szerint

A belgyógyászati szakrendelésen gondozott cukorbetegek másik, szám szerint kisebb csoportja a nem ht állományú, vegyes beteganyagból kerül ki. A kor és nem szerinti megoszlás azonban itt is tükrözi a hozzánk utalt beteganyag sajátos jellegét. A betegek többsége (87%-a) az 50 év feletti korosztályból kerül ki. A férfi-nő arány 3:1, ez 70 év felett kiegyenlítődik. Ebből a vegyes betegcsoportból 17,4% a diétával egyensúlyban tartható, 26% egyféle, 34,8% kétféle orális antidiabetikumot szed, 21,7% inzulinkezelésre szorul. Itt tehát már jelentős különbség mutatkozik a ht állományú csoporttal szemben (4. ábra). Az elhízás, egyéb kísérő betegségek és a leggyakoribb szövödmények előfordulását oszlopdiagramok segítségével ábrázoltuk (5. ábra).



I: diéta, II: monoterápia, III: kombinált terápia, IV: inzulin

4. ábra. A vegyes összetételű diabeteszes beteganyag kezelés szerinti megoszlása



I: obezitás, II: magasvérnyomás, III: ischaemiás szivbetegség, IV: macroangiopathia, V: hiperurikémia, VI: retinopátia, VII: katarakta

5. ábra. A vegyes összetételű diabeteszes beteganyag megoszlása szövődmények, ill. kísérő betegségek szerint

Érdekes eredményre vezet a ht állományú cukorbetegek adatainak összehasonlítása ezzel a vegyes beteganyaggal. Az elhízást tekintve lényegében nincs különbség a két betegcsoport között, ennél a vegyes beteganyagnál 43,5%. Nagyon elgondolkoztató viszont az a tény, hogy a ht állományú cukorbetegéknél nagyobb arányban (30%) fordul elő magasvérnyomás, mint a jóval idősebb korosztályt képviselő vegyes beteganyagban (26%). A makroangiopátia (iszkiémias szívbetegség + egyéb érszövődmény) előfordulása ez utóbbi csoportban 30%, míg a ht állománynál ugyanez 21%. A vegyes beteganyagban gyakoribb a hiperurikémia és megjelennek a szemészeti szövődmények is (4,3% illetve 13%).

Megbeszélés

A szakgondozás elhízott beteganyagának adatai egyértelműen bizonyítják, hogy az obezitás káros következményei ma már nem vitathatók, gyógykezelése csak rendszeres életmód- és étrendi szabályozással valósítható meg.

A ht állományú diabeteses beteganyaggal kapcsolatban már nem ilyen egyértelmű a helyzet. Az itt alkalmazott primér vércukor, illetve glikozúria-szűrés elfogadott, bár nem a legtokéletesebb módszer (5, 10). Az említett határértékek alapján diabetesesnek nyilvánított betegek egy része a WHO mai kritériumai alapján csak csökkent glukóztoleranciásnak tekinthető. Így nyert adataink — Kerényi (7) megállapításával egyetértésben — csak nehezen hasonlíthatók össze más szűrővizsgálatok eredményeivel, de a 6% feletti előfordulás az 50—55 éves korosztályban mindenképpen magasnak tűnik. Ebben szerepet játszhat az elhízás, a nagyobb igénybevétel, gyakoribb stressz-helyzet és nem hanyagolható el bizonyos életmódbeli és káros étrendi szokások szerepe sem. (A cukorbetegek 11,5%-a idült májbetegségben szenved!)

Terheléses vizsgálatot a ht állománynál az esetek nagy részében nem végeztünk. Ez a tény munkánk legfeszítőbb ellentmondásából fakad. Egyet kell értenünk Arnold és Fövényi megállapításával (5), hogy etikai szempontból megfontolást igényel a szűrés kezdeményezése abban a vonatkozásban is, hogy ezt követően képesek vagyunk-e teljes értékű gondozást végezni vagy sem. Ma már tankönyvi adat, hogy a csökkent glukóztolerancia előfordulása a manifeszt cukorbetegség gyakoriságának csaknem kétszerese. Ez azt jelenti, hogy 6% körüli manifeszt diabetes mellett 12% csökkent glukóztoleranciával kellene számolnunk. Ez a szám az obezitás gyakoriságát figyelembe véve nem is látszik valószínűtlennek, hiszen ma már bizonyított, hogy az elhízás perifériás inzulin-rezisztenciát okoz és ennek következtében csökkent glukóztoleranciát jelent az esetek nagy részében. Amennyiben teljes értékű szűrővizsgálatot végeztünk volna, ennek eredményeképpen 50 év felett minden ötödik ht állományút mennyiségi diétára kellett volna vennünk. Ezt a szellemet őszintén szólva nem mertük a palackból kiszabadítani, hiszen ezen felül még ott vannak azok az elhízottak is, akiknél jelenleg (még) nem mutatható ki a csökkent glukóztolerancia. Pedig ma már szintén tankönyvi adat, hogy primér prevencióval ebben a stádiumban a cukorbetegség megelőzhető. Tehát kötelességünk lenne ezeket az eseteket is felkutatni és gondozni, — ehhez azonban úgy véljük, alapvető szemléletváltoztatásra lenne szükség minden téren..

A ht állományú és a vegyes diabeteses beteganyag adatainak összehasonlítása alapján megállapíthatjuk, hogy a cukorbetegség a szövődmények és a kísérő betegségek révén „előrehozza” az öregséget — és ez tulajdonképpen a ht állomány koránál fogva legtapasztaltabb, vezető rétegét érinti. Mindez önmagában is bizonyítja a diabetes-gondozás szükségességét, hiszen ennek keretén belül végzett sze-

kundér prevencióval a cukorbetegség súlyossági foka enyhíthető, terciér megelőzéssel pedig a rettegett késői szövődmények védhető ki.

Gondozási módszerek

Az anyagcsere-szakgondozás módszere a részletes belgyógyászati vizsgálaton alapul. Ezen felül azonban lényeges szerepe van a táplálkozás és az életmód szabályozásának, vagyis a gondozási tevékenységet dietetikai szakgondozással is kiegészítjük. Ez utóbbi keretében az előírt diétoterápia indikációja minden esetben az adott betegségnek, illetve az aktuális anyagcsere-állapotnak és a beteg tényleges táplálék-toleranciájának ismeretén, a megvalósítás módja a beteg individuális körülményeinek reális mérlegelésén alapul. Az étrendi és életmódbeli szabályozás keretében elsősorban pozitív irányításra törekszünk. Munkamódszerünkben nagy szerepe van mindazon momentumoknak, melyek a betegeknek a gondozásban való aktív és eredményes közreműködését segíthetik elő, ilyen pl. a jó táplálkozási és életmód anamnézis, bizonyos esetekben a betegek által vezetett táplálkozási napló stb. (4).

A betegek aktív közreműködése a gondozásban a nagy jelentőségű pszichés vezetés egyik nélkülözhetetlen tényezője. Az orvos részéről valódi empátiára van szükség a célravezető orvos—beteg kapcsolat kialakításához (11). Különösen nagy figyelmet érdemel az anyagcsere-beteg pszichés állapota pl. a diabetesz vagy valamilyen súlyosabb szövődmény felismerésekor. Ilyen esetben csak az orvos türelme és együttérzése, jól érthető és alkalmazható irányítói tevékenysége oldhatja fel a beteg szorongó és sokszor elutasító magatartását: így érhető el, hogy a beteg elfogadja a tényeket és kövesse a terápiás javaslatokat (12). Tapasztalataink szerint a betegek a szakgondozás folyamán fokozatosan megtanulják az aktív együttműködést, amely idővel egyre inkább hozzátartozik életritmusukhoz és az időszakos megbeszélések a szakgondozás keretében bizonyos stabilitást jelentenek életvitelükben.

A belgyógyászati szakrendelésen az újonnan felismert cukorbetegeket, hacsak valamilyen kizáró ok nem áll fenn, ambulanter kíséreljük meg beállítani. Kizáró okok: extrém magas vércukorérték, ketoacidosis, előtérben álló súlyos szövődmény, az együttműködés hiánya és végül, ha nagy távolságra lakik a beteg, illetve egyéb okból kórházi felvételre szorul.

A beállítás első lépcsője a diétás megszorítás. A rendelkezésre álló időhatárokon belül igyekszünk a diéta alapelemeire megtanítani a beteget. Ebben rendkívüli segítséget jelent a kórházunkban működő diétás tanácsadás, ahol képzett dietetikusok foglalkoznak az oda irányított betegekkel az orvos előírásainak megfelelően. Önkontroll és külső ellenőrzés céljából étkezési naplót vezetettünk, amelyet az ellenőrzések alkalmával átnézünk és megbeszélünk. Miután csaknem valamennyi cukorbeteg testsúlyfelesleggel rendelkezik, a diéta elsődleges célja ennek csökkentése, amivel egyben az anyagcsere-helyzet is javulni fog (3). Tekintettel a katonai szolgálatból adódó követelményekre, a napi szénhidrátmennyiséget — a testsúlytól függően — általában 160—200 grammban, az energia-bevitelt 2000—2200 kalóriában határozzuk meg.

Amennyiben kellő ideig tartó diétás beállítással nem érhető el eredmény, orális antidiabetikumot kezdünk. Kiindulásként általában Oterbent adunk, ha ez elégtelen, Gilemalra váltunk (és csak kivételesen kezdünk ezzel), illetve mindkét gyógyszer mellé megkísérelhetjük Adebit adását. Az orális antidiabetikumra való átállítás nem menti fel a beteget a diéta pontos betartása alól.

Az inzulinra való beállítás a hazai gyakorlatnak megfelelően — ismerve ennek hátrányait is — intézetben történik. Ennek indikációja az eddigiekkel nem rendezhető anyagcserehelyzet, ketoacidosis, súlyos szövődmény fellépése, esetleg interkurrens

betegség, műtét. Az inzulinos cukorbeteg ellenőrzése általában havonként történik. Minden esetben posztprandiális — reggeli után 2 órával — vércukrot nézünk és az egyszer vagy kétszer adott inzulintól függően egy vagy két frakciós gyűjtött vizeletet.

Az ellenőrzést minden esetben kiegészíti a testsúlymérés, fizikális vizsgálat, EKG, fél-egy évenként szemészeti konzílium, időközönként vesefunkciós, zsírsanyagcsere, egyéb laboratóriumi vizsgálat (szérum húgysav stb.). Az esetleges panaszoktól függően természetesen az ellenőrzést egyéb irányban is kiterjesztjük.

Úgy tűnhet talán, hogy a gondozási módszerek leírásánál a kelleténél többet időztünk. Tettük ezt azért, mert *Magyar* ma már klasszikusnak mondható megállapításai (9) szinte semmit nem veszítettek időszerűségükből. Az általa említett hibák mai gyakorlatunkból sem tűntek el, sőt azokkal még intézeti viszonylatban is találkozhatunk. Ilyenek: a diéta szerepének elhanyagolása, napi szénhidrát és fehérjemennyiséggel „meghatározott” diéta — a kalória-bevitel figyelmen kívül hagyásával, túl korán elkezdett tablettás kezelés, II. típusú cukorbetegségben feleslegesen adott inzulin, helytelenül megválasztott inzulin-készítmény, nem a hatástartamnak megfelelő adagolás, a Somogyi effektus figyelmen kívül hagyása, az inzulin-beadás, a hatásgörbék és az étkezési rend összehangolásának hiánya, inzulinos cukorbeteg ellenőrzése éhgyomri vércukor-vizsgálattal, inzulin-beadástól és az étkezésektől független fix időpontokban levett vérből, „vércukor-profil” meghatározása stb. Tulajdonképpen még hosszan lehetne sorolni ezeket a mindennapos gyakorlatban szinte megököresedett hibákat.

Következtetések

A fentiekben részletezett eredmények alapján indokoltnak látszik a szűrővizsgálatok egységesítésével és tökéletesítésével a cukorbeteg-szűrést kiterjeszteni a 40 év alatti állomány legalább 40 év feletti részére, beleértve a csökkent glukóztoleranciát — természetesen megteremtve ennek gondozási feltételeit is.

Diagnosztikus módszereink közül ma már nem hiányozhatnak azok a laboratóriumi vizsgálatok, amelyek a korszerű gondozáshoz elengedhetetlenek (HDL-, LDL-koleszterin meghatározása, glikozilált hemoglobin, esetleg inzulin, inzulinellenes antitest kimutatása).

Minden lehetséges módon küzdenünk kell az aggasztó méreteket öltő elhízás és egyéb káros étrendi szokások ellen, amelyek más (keringési, máj-, hasnyálmirigy-, idegrendszeri) megbetegedések mellett a diabetesnek is rizikófaktorai.

Kezelési gyakorlatunkból ki kellene már végre küszöbölni azokat a hibákat, amelyekre semmiféle megfontolt orvosi konzervativizmus nem adhat felmentést.

A várható eredmény, a sikeres megelőzés — beleértve a primér, szekundér és terciér prevenciót — úgy gondoljuk, megéri a ráfordított erőfeszítéseket.

IRODALOM

1. *Angeli I.*: Az életmód és a táplálkozás szerepe a hyperlipoproteinaemiák létrejöttében, megelőzésében és kezelésében. *Orv. Hetil.* 1976, 117, 1034—1037.
2. *Andor M., Bauer E., Hidas I., Pazonyi I.*: A megelőző szemlélet a cukorbetegség szövődményeinek tükrében. *Med. Univ.* 1984, 17/3, 121—124.
3. *Balási I., Varsányi-Nagy M.*: Elhízottak és nem inzulindependens diabetesesek glukóztoleranciájának és perifériás inzulin-rezisztenciájának vizsgálata. *Magy. Belorv. Arch.* 1984, 37, 169—174.
4. *Engländer Zs.*: Beszámoló a Diétás Ambulancia munkájáról. Előadás. (Föv. István kórház tud. ülése. Budapest, 1967.)

5. Fővényi J., Arnold Cs., Andor M.: Cukorbetegség. Medicina, Budapest, 1984.
6. Jermendy Gy., Harmathy É., Soós A., Langer L.: Cukorbetegjeink ellátásának helyzete a József Attila lakótelepen történt felmérés alapján. Med. Univ. 1980, 13/1, 27—30.
7. Kerényi Zs.: Diabetez-szűrővizsgálatok módszertani problémái Magyarországon. Népegészségügy. 1979, 60, 91—94.
8. Kozma Gy., Sinkovits M., Kiss J., Szedlák T.: Az alapellátás és a kórházi belgyógyászati osztály együttműködésének jelentősége a gondozásban. Med. Univ. 1979, 12/6, 297—302.
9. Magyar I.: Elvek és nehézségek a cukorbeteg kezelésében. Orv. Hetil. 1978, 119, 627—635.
10. Magyar I., Tamás Gy. (szerk.): Diabetez mellitus. Medicina, Budapest, 1979.
11. Novák J., Engländer Zs., Gyeney M.: Szakgondozás a katonaeészségügyi szolgálatban. Honvéddorvos. 1980. 32/1—2, 29—42.
12. Petrides P.: Sozialmedizinische Probleme beim Diabetes Mellitus. Med. Klin. 1982, 77, 475—477.
13. Petzoldt R., Haupt E., Schöffling K.: Kosten-Nutren-Analyse zur Beschäftigung von Diätassistentinnen in der ärztlichen Praxis. Med. Klin. 1977, 72, 1177—1182.

Майор м/с И. Шал, Ж. Энглендер:

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МЕТАБОЛИЗМА

Авторы сообщают о методах диспансеризации больных с нарушениями метаболизма в Поликлинике ЦГ ВНА. Обработали материалы трех групп к первой группе был отнесен смешанный контингент больных с ожирением, к второй — диабетики кадрового состава старше 50 лет, выявленные при военно-медицинской экспертизе в период 1979—1983, а к третьей — также смешанный контингент со сахарным диабетом. Первая группа представляет зависимость между ожирением и сахарным диабетом. Результаты второй группы обращают внимание на высокую частоту диабета в армии. При сравнении результатов этой группы с результатами смешанного контингента больных с диабетом можно устанавливать, что сахарный диабет у данной ценной части кадрового состава приводит к преждевременному ухудшению здоровья и тем самым к временной или окончательной негодности к военной службе.

Своими предложениями авторы имеют целью улучшить профилактическую деятельность.

Maj. I. Sal M.D.M.C., Zs. Englander M.D.:

FOLLOW-UP CARE OF PATIENTS WITH METABOLIC DISEASE

The authors review methods of follow-up care of patients with metabolic disease in Polyclinics of the Central Military Hospital. Data of three major patients' groups were processed: the first group included mixed patient material with overweight; the second contained diabetics aged over 50 years of regular staff diagnosed on expertise between 1979—1983; the third was a mixed group again consisting of diabetic patients. The first group represents the relationship between overweight and diabetes. The second indicates the high incidence of diabetes in the army. Comparing results of this group with the mixed diabetic group, it can be concluded that the diabetes in this valuable part of the effective leads to an early impairment of health and as a consequence to temporary or definitive unfitness for military service. The proposals made by the authors aim at ameliorating prevention.