

A MAGYAR DIABETES TÁRSASÁG TÁMOGATÁSÁVAL

// 2022. 4. SZÁM // OKTÓBER

(DIABFÓRUM)

WWW.DIABFORUM.HU

**Kolodko Szurikáta szobra
a diabéteszes gyermekekért**



TARTALOM

Diabétesz Világnap



4 „Betegedukáció a holnap védelmére”

Betegoktatás



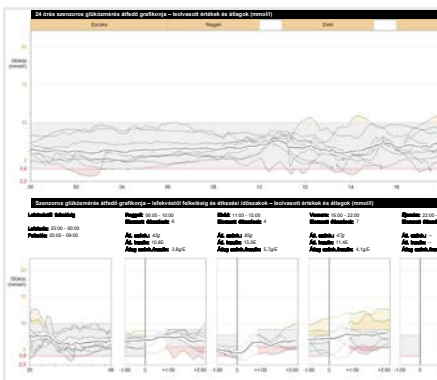
12 Egy Csepp figyelem: kongresszusok, előadások...

Gyermeke diabetes



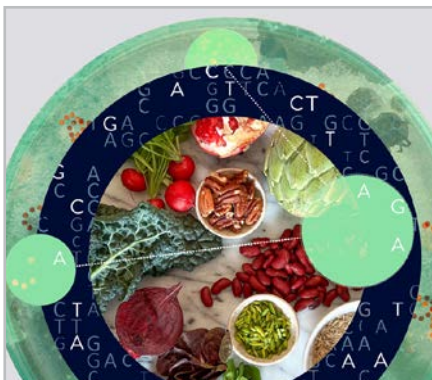
23 Közösségépítés, ismeret-terjesztés Szurikáta-módrá

CGM



39 Első tapasztalatok a Guardian 4 szenzorral

Kishírek, kutatások



56 Az étrend fehérjeforrásai, a közvetítő biomarkerek...

Táplálkozás, diéta



73 Energiát adó tápanyagok: a fehérjék

6 Mi a legnagyobb probléma a 2-es típusú cukorbetegséggel?

11 Magyarországon forgalmazott vércukorcsökkentő szerek

14 Mit kell tudni a diabéteszes gastroparesisről?

36 Telemedicina – Dcont.hu eNapló

42 Lapszemle

52 Lapszemle - Vágásban elsőként vagyunk

55 Kishírek, kutatások

70 MDOSZ: Megújult az Okostányér

76 Receptek

A DIABFÓRUM MAGAZIN MEGJELENÉSÉNEK TÁMOGATÓI



Medtronic



sanofi





ZUHANÓREPÜLÉSBEN

Szubjektív történettel kezdek. 45. éve dolgozom egy fővárosi kórházban, ahol közel negyed századon át egy belgyógyászati osztályt vezettem és 15 éve – 2021 kivételével – fizetés nélkül rendelek a Diabetes Szakrendelőben. Egy 6 órás rendelés alatt kb. 25 beteget látok el, amibe majdnem belegebbedek. Kiszámítható, hogy hány perc jut egy betegre. Egy másik nap egy magánrendelőben 45-60 percig foglalkozom egy beteggel, igaz, hogy ezért ő a cégnek 48.000 Ft-ot kell, hogy fizessen. Viszont cserébe bármikor rendelkezésére állok telefonon vagy e-mailben, ha letölti vércukorértékeit akár hetente kétszer vagy többször nézem azokat és válaszolok neki, aki pedig szenzort használ, a görbéit naponta

kielemezve az ország másik szegletébe küldöm üzeneteimet, teszek javaslatot kezelésére mikéntjére, ezt viszont már ingyen végzem ugyanúgy, ahogy az államban ingyen ellátott betegeim részére is. Erre nekem magányos estéimen van időm és kedvem, de sajnos erre az egyre csökkenő számú szakmabeli kollégáim 99%-ának nincs se ideje, se kedve.

A magazinunk jelen számában olvasható, hogy ez évben százas nagyságrendben zártak be ideiglenesen vagy véglegesen egészségügyi ellátóhelyek. Jelenleg a mindenhez értő belügy-, oktatásügy-, és egészségügy miniszterünk és munkatársai a szakma, beleértve a Magyar Orvosi Kamarát is és a lakosság megkérdezése nélkül egy nagyszabású egészségügyi reform megvalósításába kezdenek bele, melytől minden egészségügyi dolgozó viszolyg, mivel a kollektív bölcsesség nélkül felülről kigondolva és vezérelve még soha semmi jó nem született. Az viszont tény, hogy az ország lakossága egészségügyi ellátás szempontjából teljesen kettészakadt. Kisebbségi hányada egészségügyi problémái többségét megoldja a magánellátás keretei között, a nagy többség pedig vergődik az egyre kevesebbet nyújtani képes állami egészségügyben, sok ellátásra végtelenül hosszú időn át várakozva. Vannak az országban régiók, ahol a férfiak nagy része nem éri meg a 70. életévét, ugyanakkor abban a budai kerületben, ahol lakom, 80 felett van ez a szám. A héten olvastam, hogy egy Pest melléki háziorvos betege számára nem kapott hasi ultrahangra időpontot 2023-ra sem. Hová vezet ez? Európa legbetegebb népe a magyar és semmi jel nem mutat arra, hogy ebből a helyzetből belátható időn belül kiszabadulhatunk.

Elkeserítő gondolataimat néhány jó hírrel zárnam a cukorbetegek számára. Egyre több és kedvező tapasztalatot szereztünk már eddig is az ultra gyorsan felszívódó Fiasp inzulinnal, mely ideális az inzulinpumpát használók számára is. Egyre több és több 1-es típusú beteg válhat szenzorra, ráadásul már kétfajta között is válogathat jelentős mértékű NEAK támogatással és ugyanide tartozik a 780G-s inzulinpumpa, mely a legtöbb extrém labilis anyagcseréjű paciens számára telitalálat. Sajnos az erősen túlsúlyos, főként 2-es típusú betegek fő problémáját legtöbbször nem oldja meg a semaglutid sem, melynek heti egyszeri injekciós változata mellett a naponta tablettá formájában bevehető alternatívája is nagyon sokszor sok mellékhatást okoz, mely miatt a szedését fel kell függeszteni. Nagyon sok ismeretet, trükköt kell tudni elsajátítani egy cukorbetegnek, hogy a problémáikat meg tudják oldani. Ezért is van óriási jelentősége a Diabétesz Világnap jelszavának: „**Betegedukáció a holnap védelmére**”.

a főszerkesztő:

FELELŐS KIADÓ

Renomédia Kft.
1052 Budapest,
Simmelweis u. 14.

FELELŐS SZERKESZTŐ

Tusor Ildikó

FŐSZERKESZTŐ

Dr. Fövényi József

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Dr. Fövényi József
belgyógyász,
diabetológus

Dr. Nagy-Szakáll Zsuzsanna
házi gyermekorvos,
gyermekdiabetológus
szakorvos

Gyurcsáné Kondrát Ilona
dietetikus

TECHNIKAI HÁTTÉR

Simony József
info@selfmed.pro
www.selfmed.pro

Címlapfotó: Maronics Anna,
Kolodko szurikáta szobra a Bókay
János utcában

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

✓ A 2022-ES DIABÉTESZ VILÁGNAP FŐ ÜZENETE: „BETEGEDUKÁCIÓ A HOLNAP VÉDELMEÉRE”

A 2021–23-as cukorbetegség világnapjának összefoglaló témája:
Hozzáférés a cukorbetegség megfelelő kezeléséhez

A cukorbetegség növekvő száma egyre nagyobb terhet ró az egészségügyi rendszerekre. Az egészségügyi szakembereknek fel kell készülniük a diabétesz minél korábbi stádiumban történő felismerésére és a diagnózis időben történő felállítására, valamint a már diagnosztizált betegek számára biztosítani szükséges a legjobb minőségű ellátást. Ugyanakkor a cukorbetegeknek feltétlenül szükségük van arra, hogy folyamatos oktatásban részesüljenek, hogy tisztában legyenek állapotukkal és képesek legyenek azt olyan szinten menedzselni, hogy egészségüket megőrizhessék és a szövődmények kialakulását elkerülhessék.

A holnap védelmére nevelés a 2021–2023-as Diabétesz Világnap kampánya második évének témája. 2022-ben a kampány arra összpontosít, hogy az egészségügyi szakemberek és a cukorbeteg számára jobb hozzáférést kell biztosítani a diabéteszrel kapcsolatos minőségi oktatáshoz.

A világon minden 10. felnőtt, becslések szerint jelenleg 537 millió ember cukorbeteg. Majdnem a fele nem is tud-

ja, hogy már diabéteszes. Ez további roppant terhelést jelent az egészségügyi rendszerekre, hiszen már csak a késői szövődmények felfedezésével és nagy költségigényű kezelésével kezdődhet a diabétesz ellátás.

Az egészségügyi szakembereknek tudniuk kell, hogyan lehet korán felismerni és diagnosztizálni a diabéteszt, és ki kell használniuk a rendelkezésükre álló korlátozott időt, hogy a lehető legjobb tanácsot adják és a legjobb ellátást nyújtsák a cukorbeteg számára.

A cukorbetegeknek az idő több mint 95%-ában maguknak kell gondoskodniuk önmagukról. Ahhoz, hogy tisztában legyenek állapotukkal és mindent megtehessenek egészségük megőrzése és a késői szövődmények elkerülése érdekében, folyamatos oktatásra van szükségük.

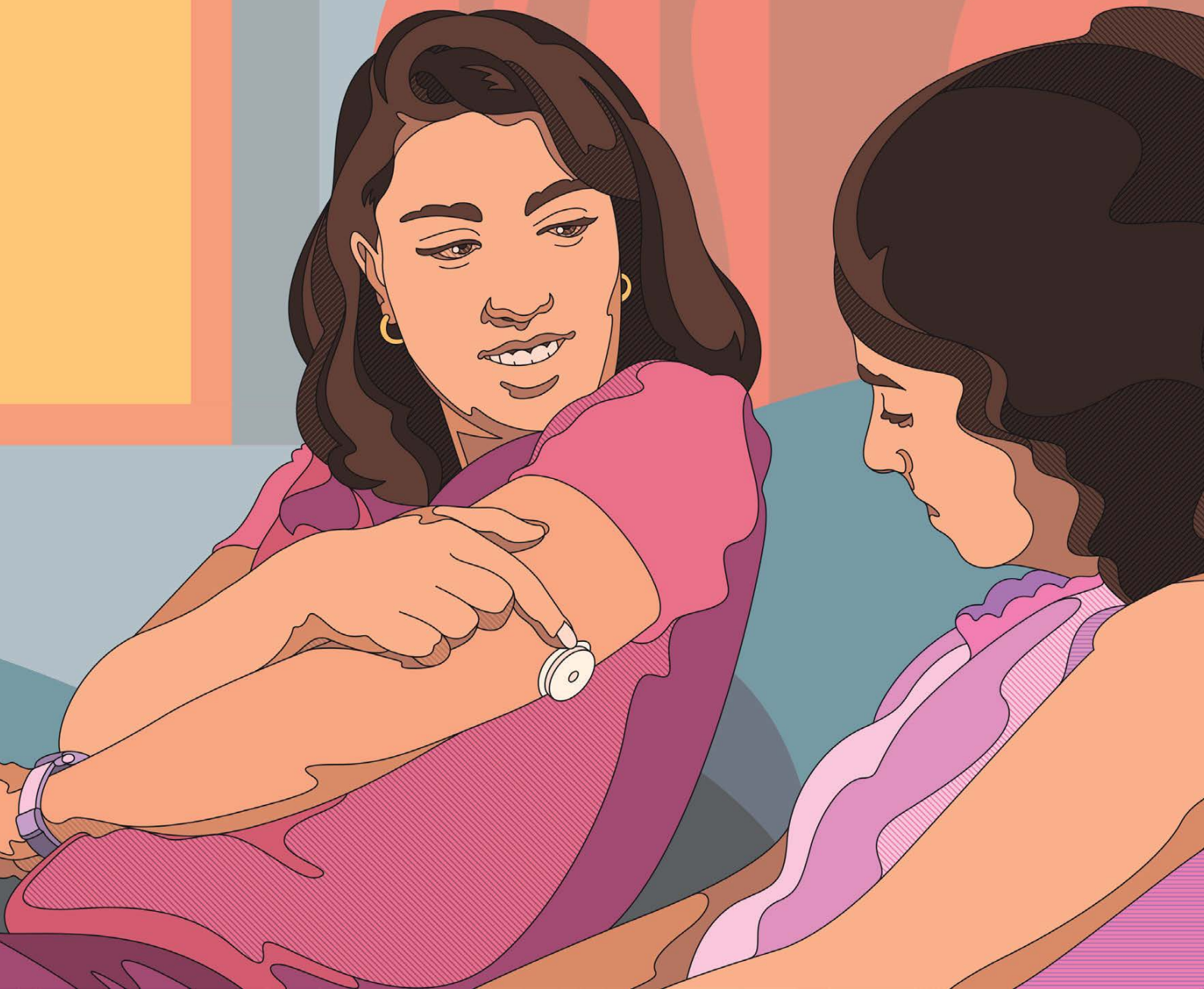
A Nemzetközi Diabetes Szövetség (IDF) elkötelezett amellett, hogy megkönnyítse a tanulási lehetőségeket minden cukorbeteg számára.

Cukorbetegség számokban

- 2021-ben 537 millió felnőtt (tizből egy) élt cukorbetegséggel szerte a világon. A cukorbeteg számok 2030-ra várhatóan 643, 2040-re 783 millióra nő.
- Minden második cukorbeteg felnőtt diagnosztizálatlan marad (240 millió). A többségük 2-es típusú cukorbeteg.
- 4 cukorbeteg közül legalább 3 él alacsony vagy közepes jövedelmű országokban.
- 541 millió felnőttél fokozott a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának kockázata.
- Több mint 1,2 millió gyermek és serdülőkorú (0-19 éves) él 1-es típusú diabéteszrel
- A világon minden hatodik újszülöttet (21 millió) érint a magas vércukorszint (hiperglikémia), mert édesanyjának terhességi cukorbetegsége volt a terhesség alatt.
- A cukorbetegség 6,7 millió halálesetet okozott 2021-ben.
- A cukorbetegség legalább 966 milliárd dollár egészségügyi kiadásért volt felelős 2021-ben - ez az egészségügyi ellátásra fordított teljes összeg 9%-a.



Diabétesz Világnap
November 14.



Diabétesz: edukáció a holnap védelmére

**A cukorbetegség kezelésének több mint 90%-a öngondoskodás.
Rendelkezik olyan tudással, amellyel megalapozott döntéseket tud hozni?**

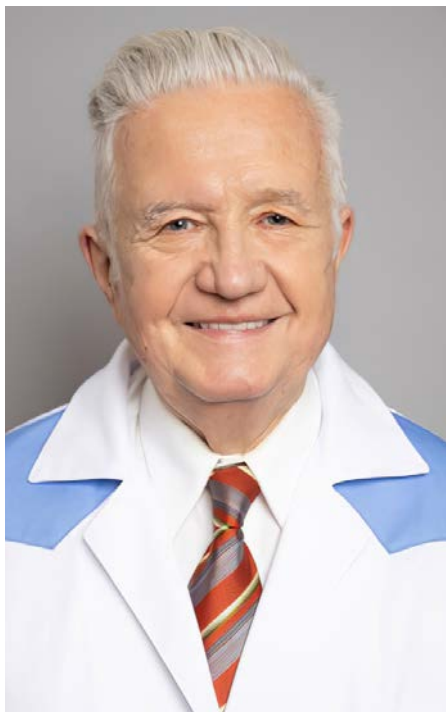
Vegye kézbe a diabétesz gondozását

**Hozáférés az ingyenes diabétesz oktatás:
worlddiabetesday.org/understandingdiabetes**

#WorldDiabetesDay #EducationToProtect



MI A LEGNAGYOBB PROBLÉMA A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉGGEL?



A 2-es típusú cukorbetegség szinte az egész világon jelentős népegészségügyi probléma, mely súlyos szövődményeket generál. **Dr. Fövényi Józseffel**, a Cukorbetegközpont diabetológusával arról beszélgettünk, vajon mi is a legnagyobb probléma az állapottal?

„Nem a szokásos választ adom: az, hogy túl későn kerül felfedezésre. Ugyanis a 2-es típusú diabétesz átlag 8–10 évvel a diagnózis felállítása előtt kezdődik, melyet mindig megelőz egy 5–10 éves ún. prediabetészes periódus is. Ez a 8–15 év viszont meghatározó a szervezet számára. Ugyanis a diabétesz „késői” szövődményei csirájukban már a diagnózis felállításának időpontjában jelen vannak,

közülük a neuropátia pedig az esetek 50%-ában már fellelhető. Az, hogy ez utóbbi nem közsímert, annak az az oka, hogy a neuropátia irányában elsősorban az alapellátás keretében egyáltalán nem vizsgálják a cukorbetegteket” – mondja Dr. Fövényi József.

A 2-es típusú diabétesz – a kor előrehaladtával jelentkező egyéb krónikus betegségekhez hasonlóan – hosszú évekig semmilyen tünetet nem okoz, ahogy a magas vérnyomást sem és a magas koleszterin szintet sem veszi észre a beteg. Közben pedig mind a cukorbetegség, mind az itt említett társbetegségek megszeménően kifejtik a szervezetre a káros hatásukat. Felgyorsul az érelmeszesedés folyamata, felszaporodnak az úgynevezett glikációs végter-



CUKORBETEG KÖZPONT

A DIABÉTESZ KOMPLEX ÉS HATÉKONY KEZELÉSE

További információért keresse fel weboldalunkat
vagy érdeklődjön munkatársainknál az alábbi elérhetőségeken.

 www.cukorbetegkozpont.hu

 info@cukorbetegkozpont.hu

 +36 70 409 3141



 PRIMA MEDICA EGÉSZSÉGGKÖZPONTOK 

mékek szinte a szervezet egészében, főként a kötőszövetben, az izmokban (beleértve a szívizmot), az inakban, a kiserekekben, sőt még a bőrben is. Ezek a magas és egyre emelkedő cukorszintek miatt lassan egyre merevebbé teszik a szervezetet, melynek leggyakoribb látható jele, hogy a lábujjak nem hajlíthatók be. De ugyanilyen fontos szerep jut a hipertóniának az artériák falának merevvé válásában (egyre jobban nő a szisztolés és diasztolés vérnyomás közötti különbség), a magas LDL-koleszterin pedig lerakódik az artériák falában és ez a lumen (artéria belső tere) beszűküléséhez, majd elzáródásához vezet.

Éppen ezért a 2-es típusú diabétesz diagnózisának felállításakor már az egész szervezet komplex károsodásával állunk szemben és hiába rendelkezünk a vércukor (valamint a vérzsírok és a magas vérnyomás) kezelését szolgáló egyre kiválóbb gyógyszerekkel, a korábban létrejött káros elváltozásokat már nem lehet visszafordítani, legfeljebb a további progressziót lehet lassítani.



Mit lehetne tenni a fentiek megelőzése érdekében?

Minden 40 év feletti személynél évente vércukor, összkoleszterin, HDL-koleszterin és triglicerid szintek meghatározása indokolt – azaz csupán egyetlen vérvételre és az értékek helyes kezelésére lenne szükség. Ez azt jelenti, hogy minden 6 mmol/l feletti vércukorértéknél már diabéteszre gondolunk és elkezdjük a megfelelő diétás és gyógyszeres kezelést. Ugyanez a helyzet a vérzsírok esetében is. Ami pedig a vérnyomást illeti,

évente legalább egyszer mérni szükséges, és a 135/85 Hgmm-t meghaladó értékeknél a vérnyomáscsökkentő kezelést meg kellene kezdeni. Ezzel legalább plusz 5, jó minőségű életévet kaphatna mindenki. Persze ehhez teljesen más szintű alapellátásra, sokkal több orvosra és egészségügyi szakemberre lenne szükség – mondja Dr. Fövényi József, a Cukorbetegközpont diabetológusa.

Forrás: Cukorbetegközpont
www.cukorbetegkozpont.hu



MEGJELENT A NOVO NORDISK ÚJ, SZUPERGYORSAN FELSZÍVÓDÓ INZULINJA, A FIASP

Az ultra gyors hatású analóg aszpart inzulint (NovoRapid) közel két évtizede széles körben használják mind az 1-es, mind a 2-es típusú cukorbetegségben. Ennek egy új változata jelent meg idén Fiasp néven.

A két inzulin között csupán annyi a különbség, hogy az utóbbi az aszpart inzulint mellé adott nikotinamidot (B3-vitamin) is tartalmaz, mely felgyorsítja az inzulint felszívódását. Ezért a Fiasp inzulint 5 perccel, vagy közvetlenül az evés előtt, alacsony

Kiszerezési formái:

- Fiasp 100 egység/ml FlexTouch oldatos injekció előretöltött injekciós tollban
- Fiasp 100 egység/ml Penfill oldatos injekció patronban
- Fiasp 100 egység/ml oldatos injekció injekciós üvegben
- Fiasp 100 egység/ml PumpCart oldatos injekció patronban

vércukorszintek esetén evés közben kell beadni és a gyorsabb felszívódása révén az étkezés utáni vércukorszintek csökkennek. Inzulinpumpában is használható.

Amennyiben NovoRapid-ról (vagy a szintén ultra gyors hatású Humalog vagy Apidra inzulinnal) állnak át

Fiasp inzulinnal, lehetséges, hogy csökkenteni kell a Fiasp dózist, de ezt a vércukorértékek szabják meg.

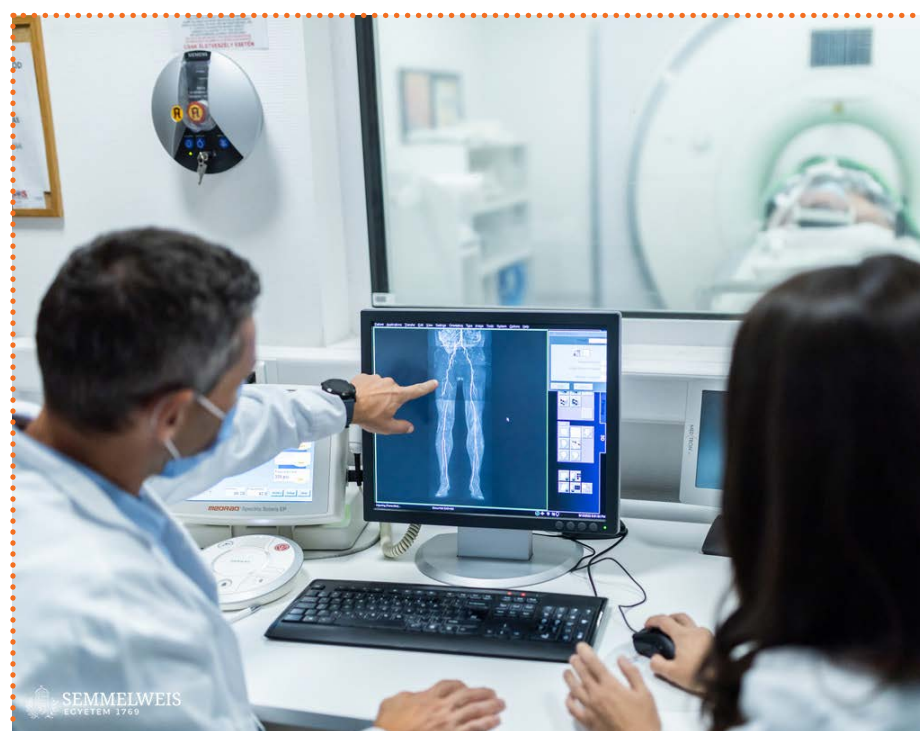
Felírhatóságára ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint a többi ultra gyors hatású analóg inzulinnal.

Fövényi József dr.

✓ EGYEDÜLÁLLÓ VIZSGÁLATTAL MUTATJÁK KI AZ ÉRSZŰKÜLETET A SEMMELWEIS EGYETEMEN

Világszinten rohamosan nő a perifériás érbetegségben, vagyis érszűkületben szenvedők száma: az elmúlt tíz évben több mint negyedével, 200 millióról 250 millióra emelkedett a betegek aránya. Hazánkban a középkorúak egy százalékát érinti a végtagamputációk hátterében leggyakrabban álló kórkép, a 65 év felettiek körében azonban már minden ötödik embernél előfordulhat. Mások mellett leginkább a magas koleszterinszint, a dohányzás és a cukorbetegség hajlamosít a betegség kialakulására.

„Az utóbbi évtizedekben a perifériás verőérbetegségben szenvedők száma és a halálozási arány is folya-



matosan növekvő tendenciát mutat, pedig ha idejében felismerik a betegséget, sokszor megelőzhetőek a komolyabb szív-érrendszeri szövődmények. Hazánkban évente több mint négyezer végtag-amputációt végeznek. Lakosságszámra vonatkoztatva ez Európában a legmagasabb érték, nálunk közel kétszer annyi amputáció történik, mint egyes nyugat-európai országokban. A betegség hátterében a genetikai tényezők mellett a magas koleszterinszint, a dohányzás és a cukorbetegség áll leggyakrabban, valamint az életkor előrehaladtával is nő a kórkép előfordulása, a nyugdíjas korosztály ötödét érinti” – ismerteti **dr. Suhai Ferenc** szakorvos.

A Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika MR laborvezetője arra figyelmeztet, hogy az egyik első tünet,

ha csökken a járástávolság, nagyobb megterheléskor, hosszabb séta során meg kell állni, és izomlázszerű fájdalom jelentkezik a lábban, vagy a sebek nehezebben, esetleg egyáltalán nem gyógyulnak az alsó végtagon. Ezekkel a panaszokkal érdemes háziorvoshoz fordulni, aki angiológushoz vagy érsebészhez irányítja a páciens.

Dr. Csöre Judit, a Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika Képző Diagnosztikai Részleg radiológus szakorvosjelöltje hozzáteszi: az érgyógyász fizikális vizsgálattal megállapítja, hogy van-e súlyos fokú érszűkület, illetve hogy az nagyságrendileg hol alakult ki, valamint ultrahanggal is ellenőrizhető, hogy átjárhatóak-e az erek. A Semmelweis Egyetem Városmajori

Szív- és Érgyógyászati Klinikáján azonban egy új, egyedülálló diagnosztikai módszert is használnak az alsó végtagi artériák feltérképezésére. Az új típusú, MR-rel végzett, kontrasztanyag nélküli mágneses rezonanciás angiográfiai vizsgálatot (MRA) azoknál is el tudják végezni, akiknél más fennálló betegség miatt ellenjavallt például a jódos kontrasztanyaggal történő érfestés.

Mivel az érszűkület gyakori szövődménye a cukorbetegség és következményes veseelégtelenség, az érintett betegeknél kiemelten fontos a vesét kímélő diagnosztikus módszerek alkalmazása. A leggyakrabban használt vizsgálmódszereknél – úgy mint a CT vagy a katéteres érfestés – a kontrasztanyag használata elengedhetetlen, ultrahanggal vizsgálni a teljes lábat pedig időigényes és nehezen kivitelezhető – mondja dr. Csöre Judit. Az új MRA módszer előnye, hogy itt sem kontrasztanyag adására, sem szúrásra nincs szükség ahhoz, hogy átfogó képet kapjanak a teljes alsó végtagi verőrendszeréről.

Húsz évvel ezelőtt általános volt, hogy egy éjszakára be kellett feküdni a kórházba egy alsó végtagi érfestés miatt. A technikai fejlődésnek köszönhetően ehhez képest ma már gyakorlatilag arra sincs szükség, hogy a beteg levegye a ruháját. Az új típusú MRA módszerrel a teljes alsó végtagi érrendszert három dimenzióban le tudjuk képezni a rekeszizomtól a lábujjak végéig, amihez csak egy félórás fekvésre van szükség – magyarázza dr. Csöre Judit.

„Nagyon fontos a fizikális vizsgálat, a terápia meghatározásához pedig nagyon jó alternatíva ez az új módszer, ami a betegek számára csak minimális megterhelést jelent” – részletezte dr. Suhai Ferenc.



Dr. Csöre Judit



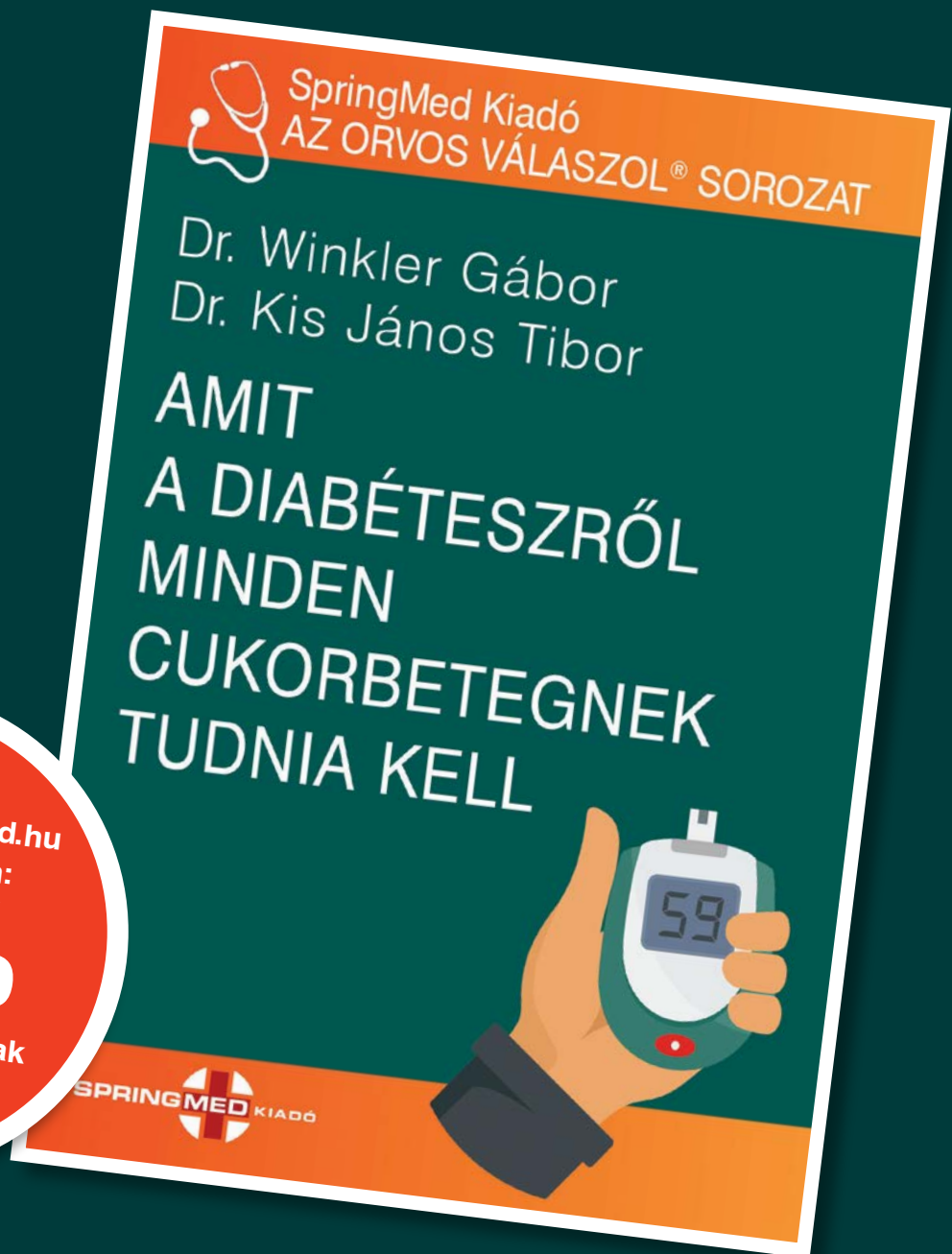
Dr. Suhai Balázs

A Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinikán ezzel a speciális, az MR berendezésen előre programozott beállítással fél óra alatt végezhető el a vizsgálat, amely egyedülálló az országban.

(Forrás: semmelweis.hu, 2022. szeptember 21.,
Fotó: Barta Bálint – Semmelweis Egyetem)



MEGJELENT!



E-book ár:
2000 Ft

BOLTI ÁR:
2980 Ft

A www.springmed.hu
webáruházban:

20%

kedvezményel csak
2240 Ft

a könyv nyomtatott és e-book formájában is kapható a **www.springmed.hu** webáruházban

SPRINGMED KIADÓ

SpringMed Kiadó az egészségügyi könyvek webáruháza.



MAGYARORSZÁGON FORGALMAZOTT VÉRCUKORCSÖKKENTŐ TABLETTÁK ÉS INJEKCIÓS KÉSZÍTMÉNYEK (2022. OKTÓBER)

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 glükóz regulátorok:

- Repaglinid: Novonorm
- Nateglinid: Starlix

Acarbose: Glucobay, Acarbose

Metformin: Merckformin, Merckformin XR, Adimet, Adimet XR, Meforal, Metfogamma, Mylmet, Stadamet, Zenofor retard

**Mindezek összesen 145 fajta néven, ill. adagolásban és
kiszerezésben**

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

Semaglutid: Ozempic 0,25, 0,5 és 1 mg-ot tartalmazó előretöltött tollban

Semaglutid: 3, 7 és 14 mg-os tablettában: Rybelsus

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, napi 2x

Ertugliflozin: Steglatro, 5 mg

Ertugliflozin+metformin:

Segluromet 2,5 mg +1000 mg

Ertugliflozin+sitagliptin: Steglujan 5 mg + 100 mg

DPP-4 gátlószer, gliptinek

Sitagliptin: Januvia, Xeluvia, 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

Gyorshatású humán inzulinok, étkezés előtt 30 perccel adagolva

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

Ultra gyorsatású analóg inzulinok étkezés előtt 0–10 perccel adagolva

- Humalog, NovoRapid, Fiasp, Apidra. Patron, előretöltött toll
- Liprolog előretöltött tollban: 200 E/ml töménységű liszpro inzulin
- Liprolog Junior KwikPen előretöltött tollban: 100 E/ml és 300 E/ml töménységű liszpro inzulin

Közepes hatástartamú NPH inzulinok

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

Humán gyorsatású és NPH inzulinok keverékei, étkezés előtt 30 perccel adagolva

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

Ultra gyorsatású 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

✓ EGY CSEPP FIGYELEM ALAPÍTVÁNY: KONGRESSZUSOK, ELŐADÁSOK, EDUKÁCIÓ

Egy Csepp az MDT kongresszusán

Szeptember 13-án a [Magyar Diabetes Társaság XXX. Kongresszusán](#), Szegeden jártunk, ahova a Társaság elnöke, Prof. Dr. Wittmann István elnök úr és Prof. Dr. Várkonyi Tamás főtitkár úr meghívására érkeztünk, és három betegszervezet mellett bemutatkoztunk kommunikációs alapítványként.

A kongresszuson alapítónk, **Erős Antónia** mutatta be a programjaink közül elsősorban a pedagógusoknak szóló diabétesz továbbképzéseinket, valamint együttműködésünket a társasággal.

Találkoztunk nagy nevű professzorokkal, kiváló szakdolgozókkal, akik közül többen is közreműködnek programjainkban, és beszélgettünk klubvezetőkkel is.

Köszönjük, hogy ott lehettünk!



Erős Antónia a kongresszus civil résztvevőivel

A Gyermekdiabetes szekció kongresszusán

Október 7-én a [MGYT-MDT Gyermekdiabetes szekció kongresszusán](#) jártunk Hódmezővásárhelyen, ahol programvezetőnk, **Gémes Renáta** a gyermekdiabetológusoknak és szakdolgozóknak bemutatta az Egy Csepp Figyelem Alapítvány edukációs programjait – a Belevelők, a TEENS és a KiDS képzést –, valamint az Oktatási Hivatal felkérésére szakembereink által megalkotott DiabMentort, mely szakmai továbbképzés pedagógusoknak a cukorbeteg gyerekek támogatásáért.

A programban diabetológusok, diabétesz edukátorok és dietetikusok készítik fel a pedagógusokat a legfontosabb teendőkre, hogy felkészülten segítsék a diabéteszes gyermekeket.



A konferencián néhány diabmentoros előadónkkal is találkoztunk: Pész Andrásné Ági, Szabó Gabriella és Dr. Blatniczky László

IDF kerekasztalon vettünk részt

A világ számos országának szakemberei mellett mi is részt vettünk a [Nemzetközi Diabetes Szövetség \(IDF\) online kerekasztal-beszélgetésén](#). A téma a KiDS program volt, gyakorlati tanácsokkal arról, hogyan lehet az aktív mozgást és a sportot bevinni az iskolákba.

[Nemrég írtuk](#), hogy rólunk és sikeres diabétesz képzéseinkről szóló cikk jelent meg a Nemzetközi Diabétesz Szövetség (International Diabetes Federation) honlapján a sikertörténetek között.

Most újabb nagyszerű kezdeményezésnek lehetünk részesei. A napokban a Nemzetközi Diabetes Szövetség webinarjában a világ számos országának szakemberei mellett az Egy Csepp Figyelem Alapítvány képviselője is részt vett. Mi szinte valamennyien a KiDS programot valószínűleg meg országunkban, mely a cukorbetegség kezeléséről és megelőzéséről szóló ismeretanyagot nyújt a gyermekek, szülők és tanárok számára.

A webinarban az IDF képviselőin kívül a 2024 párizsi olimpia szervező bizottságának egyik tagja is felszólalt. Az online kerekasztal beszélgetésben olyan jó példákat

mutattak be, milyen módon lehet az aktív mozgást és a sportot bevinni az iskolákba.

Nem lehet elég korán elkezdni a tudatos gondolkodást a 2-es típusú cukorbetegség megelőzéséért. Már a kisgyereknél érdemes tudatosítani, hogy a mozgás az egészség megőrzés egyik alappillére, mindemellett a tanulási paramétereket is jelentősen javítja a rendszeres testmozgás.

Az IDF által létrehozott és alapítványunk által adaptált KiDS képzési program szeptember második felében folytatódik Magyarországon.

A KiDS világszerte a Sanofi támogatásával valósul meg.

Egy térképen az összes eddigi képzésünk!

Összeszedtük: október közepén lesz kilenc éve annak, hogy megkezdtük a diabéteszrel kapcsolatos képzéssorozatunkat az országban! Kecskemét volt az első helyszín, ahol 2013-ban a Belevalókkal debütáltunk.

Nagyon köszönjük a sok-sok partnerünknek, segítőknek, nővéreinknek, szakértőinknek, hogy megvalósíthat-

tuk ezt az igazán széleskörű képzéssorozatot! Köszönjük azoknak is, akik részt vettek valamelyik oktatásunkon!

www.egycseppfigyelem.hu



Továbbképzéseink az országban



● BELEVALÓK

● CUKOR SULI

● DIABMENTOR

● KiDS

● TEENS

INGYENES CSALÁDI EGÉSZSÉGNAP



Egy Csepp Világnap

November 20.

vasárnap, 10:00 - 18:00

MoM Sport

Dcont®
Diabetes Control

CSALÁDI PROGRAMOK • SZTÁROK • KONCERTEK • KIÁLLÍTÓK
EGÉSZSÉGÜGYI SZŰRÉSEK • TOMBOLA • DIABÉTESZ SÉTA

Főtámogató:



77 ELEKTRONIKA KFT.
a Dcont®-t értékesítő mérnök gyártója

Támogatók:

sanofi

AstraZeneca

beurer
egészség és jó közérzet

BERLIN-CHEMIE
MENARINI
Innovációval az életminőség javításáért.

CSALÁDBARÁT
MAGYARORSZÁG

www.egycseppvilagnap.hu



MIT KELL TUDNI

A DIABÉTESZES GASZTROPARESISRŐL?

Gastroparesis alatt azt értjük, amikor a gyomorból túl lassan távozik az étel a vékonybélbe és ez puffadáshoz, hányingerhez és gyomorégéshez vezethet. Amikor a cukorbetegség okozza az állapotot, beszélünk diabéteszes gastroparesis-ről.

Mi a diabéteszes gastroparesis?

A normál emésztés során a gyomor összehúzódik, hogy elősegítse az elfogyasztott étel emésztését és a vékonybélbe juttatását. Gastroparesisnél a gyomor „ellustul” az étel akár kétszeres ideig is a gyomorban maradhat, ami megzavarhatja az emésztést.

A rosszul kezelt 1-es és 2-es típusú cukorbetegségben a táplálék ürülését szabályozó vagus ideg károsodik, és ez vezet a gastroparesis kialakulásához. Amikor a vagus ideg sérül, a gyomor izmai és az emésztőrendszer más részei nem tudnak megfelelően működni. Ennek eredményeként az étel nem tud kellően gyorsan továbbítódni az emésztőrendszerben. Az orvosok a gastroparesist késleltetett gyomorürülésnek is nevezik.

Tünetek

A gastroparesis jelei és tünetei személyenként eltérő súlyosságúak lehetnek, egyszerre egy vagy több tünet is fennállhat az alábbiak közül:

Hányinger, különösen az emésztetlen étel kihányása; gyomorégés; teltségérzet nagyon kevés étkezés után; étvágytalanság; nem szándékos fogyás; puffadás; fokozott böfögés; instabil vércukorszint; gastrooesophagealis reflux; kellemetlen érzés a has felső részében.

Kialakulásának kockázati tényezői

- Hosszan fennálló 1-es típusú diabétesz
- 10 évnél hosszabb ideje fennálló 2-es típusú diabétesz
- egyidejűleg fennálló autoimmun betegségek
- ha a kórelőzményében bizonyos gyomorműtétek szerepelnek

A cukorbetegnekél nagyobb a kockázata a gastroparesis kialakulásának, mint a nem cukorbeteg esetében. A gastroparesis gyakoribb a nőknél, mint a férfiaknál. Nagyobb valószínűséggel alakul ki olyan embereknél, akiknél a nyelőcső, a gyomor vagy a vékonybél körüli műtétet végeztek, mivel a műtét kapcsán sérülhet a vagus ideg. Ezen kívül azoknál az embereknél, akik bizonyos rákkezelésekben, például a mellkas vagy a gyomor körüli sugárkezelésben részesültek, nagyobb valószínűséggel alakul ki gastroparesis.

Komplikációk

- A gastroparesis kiszámíthatatlanná teszi az inzulin beadásának idejét és a szükséges adagját.
- A gastroparesis megnehezíti a cukorbeteg számára a vércukorszint szabályozását.
- Néha a gastroparesisben szenvedő személy gyomrának nagyon hosszú időre van szüksége, amíg az ételt a bélbe üríti, hogy az ott felszívódjon. Más esetekben a gyomor nagyon gyorsan továbbíthatja az ételt.
- Ez a kiszámíthatatlanság megnehezíti a cukorbeteg számára, hogy tudják, mikor kell inzulint adniuk, ami azt jelenti, hogy vércukor szintje időnként túl magas vagy túl alacsony lehet.

A diabéteszes gastroparesis egyéb szövődményei a következők lehetnek:

- alultápláltság
- baktériumok túlszaporodása az emésztőrendszerben
- emészthetetlen étel-tömegek, úgynevezett bezoárok létrejötte, amelyek gyomorelzáródást okozhatnak
- elektrolit egyensúlyzavar
- a nyelőcsőrepedés a krónikus hányás miatt
- nyelőcső gyulladás, mely nyelési nehézséget okozhat

Diagnózis

Lehetséges vizsgálatok a gastroparesis diagnózisának felállítására vagy a tünetek egyéb okainak kizárására:

Gyomorüresi szcintigráfia. Ezt a tesztet annak értékelésére használják, hogy milyen gyorsan ürül ki a gyomor. Ez magában foglalja kis mennyiségű radioaktív vegyület tartalmazó étel elfogyasztását a képpalkotó teszt előtt, amely általában körülbelül 4 órát vesz igénybe.

Légzésvizsgálat. A gyomorürítési légzésvizsgálat során olyan ételt kell elfogyasztani, amely a leheletbe fokozatosan kiválasztódó anyagot tartalmaz. Ezután rendszeres időközönként, több órán keresztül mintákat gyűjtenek a leheletből, hogy megmérjék, milyen gyorsan ürül ki a gyomor.

Vezeték nélküli kapszula lenyelése. Ennél a vizsgálatnál a beteg lenyeli a SmartPill néven ismert kisméretű elektronikus eszközt, amely az emésztőrendszeren keresztül haladva továbbítja az adatokat egy felvevőnek. A kapszula később természetes úton, a széklettel ürül ki. Az így nyert információk alapján mérhetik a gyomor ürülési sebességet és diagnosztizálhatják a gastroparesist.

Gyomorröntgen. A bárium kontrasztanyaggal végzett röntgen esetében 12 órán át történő koplalás után báriumot tartalmazó folyadékot itatnak, majd hasi röntgen-

felvételt készítenek. A bárium bevonja a gyomrot, hogy láthatóvá tegye azt a röntgenfelvételen. Általában annak a személynek, aki a vizsgálat előtt koplalt, üres a gyomra. A gastroparesisben szenvedőknél azonban a gyomor még mindig tartalmazhat némi táplálékot.

Gyomor manometria. A gyomor manometriája a gyomor izomzatának aktivitását méri. Ennek során egy keskeny csövet vezetnek be a szájon át a gyomorba. A cső tartalmaz egy eszközt, amely méri a gyomor aktivitását, miközben az emésztí az ételt. A mérések azt mutatják, hogy a gyomor mennyire jól működik.

Egyéb vizsgálatok

- **Vérvizsgálatok**, melyek a gastroparesis fennállása esetén fellépő gyakori tápanyaghiányokat és elektrolit zavarokat mutatják ki.
- **Ultrahangos vagy CT képalotás:** Az epehólyagról, a vesékről és a hasnyálmirigyről készült képek segíthetnek kizárni az epehólyag-problémákat, a vesebetegséget vagy a hasnyálmirigy-gyulladást.
- **Felső endoszkópia:** a gyomor szerkezetében fellépő rendellenességek ellenőrzésére.

Kezelés

- Bizonyos szájon át bejuttatható gyógyszerek alkalmazása serkentheti a gyomor izmait és csökkentheti az émelygést.
- A vércukorszint optimális szinten tartása a diabéteszes gastroparesis megelőzésének legfontosabb eszköze.
- Gastroparesis fennállása esetén gyakoribb vércukorellenőrzés szükséges, ideális esetben javasolt a szenzorhasználat. Ez nagy segítséget nyújthat mind a betegnek, mind a gondozó személyzetnek a kezelés optimalizálásában.

Szükség lehet még

- az inzulin adagjának és időzítésének megváltoztatására
- a gastroparesis kezelésére szolgáló tablettás készítmények alkalmazására, beleértve a gyomorizmokat stimuláló vagy az émelygést enyhítő gyógyszereket, például a metoklopramidot vagy az eritromicint
- olyan gyógyszerek kerülésére, amelyek késleltethetik a gyomor kiürülését, mint például az opiátok
- az étrendben és az étkezési szokásokban történő változtatásokra

Egyes esetekben a diabéteszes gastroparesisben szenvedők tápszondán át történő vagy intravénás táplálására is szükség lehet. Ezt csak a vércukorszint stabilizálásának lehetetlensége, nagyon súlyos fokú gastroparesis fennállása esetén alkalmazzák. Ha egy személynek szüksége van tápszondára, az teljesen megkerüli a gyomrot, és a tápanyagokat közvetlenül a bélbe juttatja. Ez segít stabilan tartani a vércukorszintet. Sok esetben a tápszondát csak ideiglenesen alkalmazzák.

Étrendi változtatások

Gyakran javasolják, hogy a diabéteszes gastroparesisben szenvedők bizonyos étrendi változtatásokat hajtsanak végre, többek között:

- gyakori, kisebb étkezések napi három nagyobb étkezés helyett
- a rostban gazdag élelmiszerek, például a brokkoli korlátozása, amelyek emésztése hosszabb ideig tart
- az alkohol és a szénsavas italok kerülése

Viszont fogyasztásra javasolhatók:

Főleg alacsony zsírtartalmú ételek; nyers zöldségek helyett jól megfőtt zöldségek; sovány húsok, például sovány marha- vagy sertéshús fogyasztása; bőr nélküli baromfi zsírszegény elkészítése, sütés mellőzésével; alacsony zsírtartalmú hal; tofu; tojás; paradicsom szósz; főtt sárgarépa és gomba; héj nélküli édesburgonya; almászósz hozzáadott cukor nélkül; alacsony zsírtartalmú tej vagy joghurt.

További javasolható változtatások: evés után sétálnak az emésztés elősegítése érdekében, valamint étkezés után két órán belül ne fekdjön le.

Kilátások

A [Diabetes Therapy](#) folyóiratban a diabéteszes gastroparesisről megjelent átfogó áttekintés azt sugallja, hogy az ilyen állapotú emberek több kórházi kezelést, sürgősségi ellátást igényelnek és több cukorbetegség okozta szövődményük van, mint gastroparesis mentes diabéteszeseknek.

A diabéteszes gastroparesisben szenvedőknél nagyobb valószínűséggel áll fenn szemkárosodás, vesekárosodás és szívbetegség, mint a többi cukorbetegnél. A gyakoribb szövődmények megnövelhetik a cukorbetegséggel összefüggő korai halálozás kockázatát.

A szövődmények valószínűsége és a diabéteszes gastroparesisben szenvedők általános kilátásai egyénenként eltérőek lehetnek. A cukorbeteg az azonban nagymértékben javíthatja életkilátásait, ha megtanulják, hogyan tarthatják vércukrukát folyamatosan optimális szinten.

Összegzés

A gastroparesis befolyásolja az ételek továbbítását a gyomorból a belekbe. Olyan tüneteket okozhat, mint a hányinger, puffadás és gyomorégés.

A diabéteszes gastroparesis többnyire a rosszul kezelt cukorbetegség szövődménye és általában több diabéteszes késői szövődménnyel társul, mint a gastroparesis nélküli cukorbetegség.

Számos kezelési lehetőséggel rendelkezünk. A legfontosabb szempont a vércukorszint szabályozása. Az egészségügyi szakemberek személyre szabott étrendi tanácsokat adhatnak a tünetek enyhítésére és a további szövődmények kockázatának a csökkentésére.

(Forrás: *Medical News Today*, 2022. június 29.)

✓ MIÉRT OLYAN NEHÉZ A HOSSZÚ TÁVÚ FOGYÁS?



Ez biológia, nem akarat erő!

Az átfogó életmódbeli beavatkozások (az étrend és a fizikai aktivitás körüli magatartásbeli változások) képezik a testsúlycsökkentési erőfeszítések alapját, beleértve esetleg a gyógyszerekkel, speciális eszközökkel vagy műtékekkel történő kiegészítést. Ezekről a beavatkozásokról kimutatták, hogy súlycsökkenést eredményeznek, amely számos egészségügyi előnnyel jár, és orvosi költségmegtakarítást eredményez.

A páciens el van ragadtatva, jobban érzi magát, és most már „tudja, mit kell tennie”, hogy elkerülje a súlygyarapodást. Azonban a csökkentett testsúlyú állapotban a beteg olyan biológiai és fiziológiai változásokkal szembesül, amelyeket nem észlel, de amelyek a testsúly visszanyerését elősegítik.

Így általában azt figyelhető meg, hogy a páciens lassan és kivédhetetlenül visszanyeri az elvesztett súlyát. Ez demoralizáló a betegek számára, akik gyakran saját „megoldásukat” hibáztatják. A testzsírtömeg biológiai védekezésének megértése nélkülözhetetlen a súly-visszanyerés jelenségének megértéséhez, és ahhoz, hogy a betegek sikeresek legyenek a fogyás hosszú távú fenntartásában.



Illusztráció: Freepik

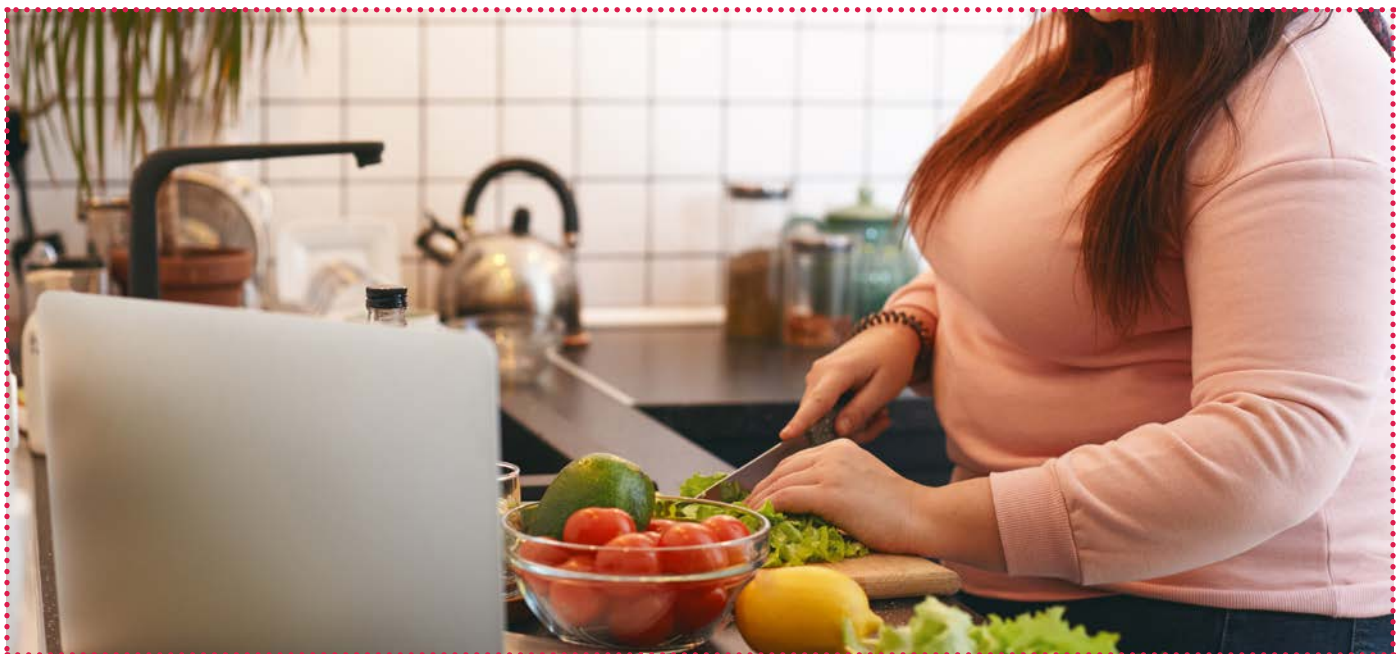
Csökkentett testsúly esetén regisztrálhatjuk a bél-agy tengely hormonjaiban bekövetkező változásokat, amelyek szabályozzák a táplálékfelvételt, és rögzíthetjük az étkezés körüli éhségérzetről szóló szubjektív beszámolókat. Ezek a változások azonban lefogyott állapotban megnövekedett táplálékfelvételt eredményeznek. Számba kell venni a nyugalmi anyagcsere szintjének csökkenését és az izomhatékonyság súlycsökkenés okozta változásait is, és ez a csökkent energiafelhasználás a súlygyarapodást is elősegíti.

Mi a visszahízás biológiája?

Még a legjobb életmódbeli beavatkozások is általában 1 év után súly-visszanyeréssel járnak. A diéta plusz fizikai aktivitás nagyobb mérvű súlycsökkenést eredményez, mint a diéta önmagában, de mindkét esetben nagy kihívást jelent a súly-visszanyerés. Valójában 29 hosszú távú súlycsökkentési vizsgálat során az elvesztett súly több mint felét 2 év alatt, és az elvesztett súly 80%-át 5 év alatt sikerült visszanyerni.

Sumithran és munkatársai alapvető tanulmánya betekintést nyújt a súly-visszanyerés biológiájába, leírva a fogyás hatását a bélhormon válaszokra (amelyek mind az éhségérzert, mind a teltségérzert felelősek). Ebben a vizsgálatban 50 túlsúlyos és elhízott beteg lépett be egy metabolikus egységbe, és nagyon alacsony energiatartalmú étrendben részesült 10 héten keresztül. Az átlagos fogyás 14%-os volt. Ezután a résztvevők folytathatták korábbi életüket, de folyamatos tanácsadásban részesültek a leadott kilók megtartása érdekében. A 62. héten (a 10 hét utáni első év végén) a súly visszanyerés átlagosan 5%-os volt, az átlagos súlycsökkenés pedig 8%-ra mérséklődött a kiindulási értékhez képest. A vizsgálok először a 10. héten, majd a 62. héten értékelték a súlycsökkenés hatására bekövetkezett hormonális és az étvágybeli változásokat.

A kutatók azt találták, hogy leptin nevű, a testzsír által termelt hormon szintje, amely jóllakottságot vált ki, a fogyást követően megváltozott. A 10. héten elért 13%-os súlycsökkenés a leptinszint 64%-os csökkenéséhez vezetett. És még némi súlygyarapodás mellett is, amikor a fogyás 8%-osra csökkent a 62. héten, a leptinszint még mindig 35%-kal a fogyás előtti szint alatt maradt.



Illusztráció: Freepik

Amikor a leptinszint csökken, az energiaigény a nyugalmi energiafelhasználás csökkenése révén mérséklődik és a szervezet úgy viselkedik, mintha éhezne.

Más releváns hormonok esetében a 13%-os és 8%-os súlyvesztés az YY peptid, a kolecisztoxinin, az inzulin és az amilin szintjének jelentős csökkenéséhez vezetett. Ezek a hormonok is fokozzák a jóllakottság érzését. Ezzel szemben mindkét ponton megemelkedett, az éhségérzetet fokozó hormon, a ghrelin szintje. Ez növeli a táplálékfelvételt.

Talán nem váratlanul, a tanulmány a szubjektív étvágy növekedését mutatta ki, ami a fogyással fokozódott.

Így a fogyókúrázók kettős problémával néznek szembe: mind az étvágy szabályozásban, mind az energiafelhasználásban olyan változások következnek be, amelyek elősegítik a súlygyarapodást. Az sem kétséges, hogy a modern környezet kifejezetten segíti az elhízást. Az étkezés keretében nő az energiafelvétel, ugyanakkor csökken a mindennapi fizikai aktivitás, vagyis az energialeadás és a kettő együtt eredményezi a súlygyarapodást. A magatartásbeli tényezők fontos szerepet játszanak, de nyugodtan kijelenthetjük, hogy még nem ismerjük az összes olyan tényezőt, amely a súly-visszanyerést elősegíti.

Hogyan csinálják a sikeres fogyókúrázók?

Vannak olyan személyek, akik 10 éven keresztül sikeresen megtartották a 15 kg-ot meghaladó fogyás utáni súlyukat. Ezek a személyek a National Weight Control Registry (NWCR) tagjai, amelyet 1993-ban alapítottak, hogy azonosítsák a sikeresen fogyókúrázókat, és tapasztalataik alapján megismerhessék a fogyás elérésére és fenntartására használt stratégiáikat.

Bár idővel esetükben is némi súlygyarapodás következett be, ezek az egyének 10 évvel a fogyókúra után a kezdeti fogyásuk 74%-át meg tudták tartani, és 88%-uk még 10 év múltán is tartotta a 10%-os súlycsökkenést. Figyelemre méltó, hogy azok az egyének, akiknek nagyobb volt a kezdeti súlyvesztésük az NWCR-be való belépéskor, nagyobb

mértékben tudták megőrizni a csökkentett testsúlyukat a teljes követési időszak alatt. A résztvevők megtartották a magas szintű (kb. heti 2.000 kcal-ás) fizikai aktivitásukat, az alacsony kalória- és zsírbevitelt, nagymértékben vissza fogták az étkezést. Ezenkívül legtöbbször arról számolt be, hogy hetente többször is ellenőrzi a testsúlyát.

A legjobb és legfontosabb stratégia a beteggel való kapcsolattartás a fogyás után

A krónikus testsúlycsökkentésre használt, gyógyszerek (orlistát, fentermin-topiramát, naltrexon-bupropion, liraglutid és szemaglutid) elősegítik a fogyás fenntartását, ha hosszú ideig szedik őket. Az összes gyógyszer esetében 3 éves tanulmányok dokumentálják a gyógyszer szedése mellett a fogyás fenntartását, viszont ha a gyógyszereszedést abbahagyják, a testsúly megindul felfelé.

További fontos stratégiák közé tartozik, hogy a lefogyott személy gondozását másképp végezzük, mint a fogyókúra alatt. Egyénre szabott diétás tanácsadás, a fizikai aktivitás fenntartására való ösztönzés nagyon fontos, hasonlóan az NWCR-be tartozó személyekhez. Más viselkedési technikák, mint pl. a kognitív újrastrukturálás („a kis súlygyarapodás nem jelent kudarcot”), megkísérelendő az életvitel lehetőségeken belüli változtatása, a visszaesések megelőzése (a betegekkel való kapcsolat folyamatos fenntartása, és az újabb beavatkozással nem kell megvárni, amíg nagy súlygyarapodás következik be). A betegeknek meg kell érteniük az előttük álló kihívásokat, ezért szükséges megbeszélni a fogyás által okozott biológiai kihívásokat is.

Ne szabad hagyni, hogy a betegek magukat hibáztassák. Ez biológia, nem akaraterő kérdése! Ha a beteg megérti a súly-visszanyerés biológiáját, és hogy a visszahízás kihívásával kell szembenézniük mely miatt a kezelő/gondozó egészségügyi személynek idejekorán kell beavatkoznia. Tehát mindent meg kell tenni a visszaesés megakadályozása érdekében.

(Forrás: Medscape, 2022. május 25)

MEG KELL VÉGRE ÉRTENÜNK: CSODAFOGYÓKÚRA NEM LÉTEZIK

Dr. Yoni Freedhoff ottawai családorvos, obesitaszakértő, a kanadai Bariátriai Intézet vezetője írt véleménycikket a Medscape-en az úgynevezett csodadiéták hatásmechanizmusáról és hatékonyságáról.

„Nem hazudok, ha azt mondom, hogy a világ legostobább, fordítva lovon ülő, legtudományellenesebb, legértelmetlenebb diétái is működőképesek rövid távon - kiindulva abból, hogy a rövid ideig tartó fogyókúra szenvedés egy olyan képességet jelent, amit az emberiség szorgalmasan fejlesztgetett az elmúlt legalább száz év során. Egyszerűen nagyon jók lettünk benne!” - fogalmaz Freedhoff.

Ami sokkal nehezebb, az az új súly megtartása. A szakértő épp ezért azt a kérdést teszi fel, hogy vajon miért van az, hogy még a legnevesebb szakterületi folyóiratokban is megjelennek mindenféle 12-hetes fogyókúrák hatásáról szóló vizsgálatok; különösképpen, ha sejthető, hogy ha az elmúlt száz évben nem sikerült kifejleszteni olyan étrendet, ami rövid idő alatt képes hosszan tartó, reprodukálható sikert elérni.

Példaként egy idén augusztusban az Obesity szaklapban közölt publikációt említ. Egy automatizált, tizenkét hetes online fogyókúra programot teszteltek az alapellátás keretein belül, aminek célja a témában általában standard 5 százalékos testsúlycsökkenés a program végére. A résztvevők hetente vettek részt egy edukációs alkalmon, valamint fel kellett tölteniük a testsúlyukról, energiabevitelükről, testedzéssel töltött percek számáról, valamint az elfogyasztott élelmiszerekről szóló adatokat. A cél az volt, hogy a testsúlyuk 10 százalékát adják le napi 1200-1500 kcal (113 kg alatti testsúly esetében), illetve 1500-1800 kalória elfogyasztása mellett (113 kg feletti testsúly esetében). Emellett az ajánlás heti 200 perc közepesen intenzív-intenzív testmozgás volt.

Dr. Freedhoff szerint mindezek arra utalnak, hogy a fogyókúra program teljes mértékben az eddig ismert, csodaszerként beállított módszereket követte – amik az eddigi ismereteink alapján általában nem vezetnek hosszú távú súlycsökkenéshez és az új testsúly fenntartásához.

Úgy véli, hogy ennek fényében az eredmények sem voltak meglepőek: a programra előjegyzett személyek 79 százaléka vagy el sem kezdte azt, vagy kiesett az első héten. Ennek oka feltételezhetően abban keresendő, hogy elképesztően nagy privilégiumot jelent az, ha valakinek



Illusztráció: Freepik

módja van rá, hogy prioritást adjon az életében az egészségét támogató viselkedésváltozásnak.

Az első héten továbbjutó résztvevők körében is alacsony bevonódottságot tapasztaltak: mindössze 20 százalékuk nézte meg az összes oktatóvideót és csupán 32 százalék töltötte fel az összes testsúlyadatot. A legaktívabb résztvevők voltak azok, akik a tizenkét hét leforgása alatt a legtöbbet fogytak. A szakértő itt azonban kiemeli, hogy a szerzők nem foglalkoznak annak a lehetőségével, hogy akik kevés súlyt vesztek vagy épp híztak a program során, azok épp amiatt hagyták az egészet ott, mert nem érezték kellően hatékonyak – vagy épp nem akartak beszámolni a kudarcukról.

Freedhoff azzal a kijelentéssel folytatja, miszerint szakterületén még a közepszerű eredményekkel és borzalmasan rossz befejezettségi rátával jellemezhető vizsgálatokat is igyekeznek szignifikánsként és fontosként eladni. Ez pedig azt a rendkívül káros sztereotípiát tartja fent, miszerint a fogyás egyszerű üzenetek és generikus célok segítségével is megvalósítható, azaz aki nem jár sikerrel, az nem próbálkozik eléggé – illetve aki eléggé belefeszül, az sikeres is lesz. Ráadásul az ilyen egyszerű megoldások abba az irányba terelhetik a pácienseket és időnként az orvosokat is, hogy ne alkalmazzák az obesitasban felírható gyógyszereket. Pedig ezek legújabb generációja je-

lenlegi adataink szerint sokkal nagyobb mértékű fogyást eredményez, mint bármilyen viselkedéses program vagy diéta valaha erre képes lenne.

A fenti vizsgálatban a tizenkét hétig kitaró résztvevők kis csoportját most random módon különféle kilenc hónapos testsúlyfenntartó programokba sorolták be, amik elvégzését követően majd az egyéves utánkövetést is megvalósítják a kutatók. A szakértő kiemeli, hogy nem érhető, hogy az eredményeket miért nem majd csak ekkor teszik közzé a szerzők. Azonban úgy véli, hogy ez jól rávilágít arra a toxikus kultúrára, amely szerint az egyszerű edukáció értékesebb, mint a több millió évnyi táplálkozási bizonytalanság során kialakult fiziológiánk.

Dr. Freedhoff azzal zárja véleménycikkét, miszerint a populációnk többsége számára elérhetetlen luxust jelent az egészség érdekében történő tudatos viselkedésváltozás. Emiatt pedig leginkább a jelenlegi ételismiszerkörnyezetünket, azaz a hiperízletes ételek széles palettáját, valamint az egészség fenntartásának társadalmi meghatározóit okolhatjuk.

(Forrás: [Medscape](#), 2022. augusztus 17.)



Illusztráció: [Freepik](#)

A HOSSZÚ ÉLET TITKA PAPÍRON NEM IS OLYAN BONYOLULT :-)

Itt a teljes, tudományosan alátámasztott lista a boldog és egészséges öregkorhoz. Dr. George Lundberg, a Medscape állandó szerzőjének cikke.

Ha egészséges és boldog idős akar lenni, pusztán ennyit kell tennie:

- Válasszon olyan felmenőket, akik nem haltak/halnak meg természetes okokból fiatalon vagy középkorúként (ehhez a választáshoz már valószínűleg késő).
- Soha, egész életében egyszer se lélegezzen be dohányfüstöt.
- Tartsa többféle eszközzel is az egészséges tartományban a testtömegindexét.
- Tartsa szintén az egészséges tartományban a vérnyomását, gyógyszerrel vagy anélkül.
- Legyen alacsony a pulzusa.

Ezekkel garantálhatja, hogy egészséges lesz idős korában is. A fenti, mindössze öt tényező elég is lehet hozzá.

„Mindannyian meghalunk – porból lettünk, porrá leszünk. Csupán az a kérdés, hogy miért, mikor és hogyan.

Újságíróként, férjként, apaként és nagyapaként leginkább az életminőség fontos a számomra. Orvosként és igazságügyi patológusként azonban az élettartam és a halál minősége is érdekel. Mindannyiunknak többféle le-

hetősége is van arra, hogy befolyásolja az életminőségét, élettartamát és halálának bizonyos paramétereit is – azzal, hogy milyen tudatos döntéseket hoz és hogyan cselekszik.

Az alábbiakban azt a listát olvashatja, amivel sokat lehet tenni azért, hogy az ember lassan és szépen „érjen”. Ezeket az állításaimat stabil tudományos bizonyítékokra alapozom.”

Táplálkozás és gyógyszerek

- Tartózkodjunk a cukortól, akár hozzáadott formában, ha találkozunk vele házi vagy éttermi ételekben, üdítőkben, gyümölcslevekben, péksüteményekben, deszertekben vagy feldolgozott élelmiszerekben.
- Fogyassunk teljes kiőrlésű gabonákat, köztük korpát.
- Együnk sok föld felett növő zöldséget, leveles zöldséket, valamennyi gyökérzöldséget, magvakat és földimogyorót, valamint bogyós gyümölcsöket.
- Vigyünk be rostot táplálékkiegészítésként, például útifű-maghéj formájában.
- Egészítsük ki az étkezésünket naponta magnézium-tablettákkal és esetlegesen K2-, C- és D-vitaminnal.
- Ne iguljuk túl az állati és növényi eredetű zsiradékok fogyasztását (a transz zsírok kivételével), fogyaszthatunk tejet, sajtot, húst, szárnyast, halat és tengeri gyü-

mölcsoket, valamint tojást; mértékkel, de élvezzük az életet.

- A legjobb a napi kétszeri étkezés és a köztes falatok kiiktatása.
- Ihatunk alkoholt, de módjával és csak délután 5 után.
- Soha de soha ne használjunk utcai drogokat.
- Sem a természetes, sem a szintetikus opioidokat ne használjuk másra, mint rövid távon nagy mértékű fájdalom csillapítására vagy előrehaladott rákbetegségekben, ilyenkor amennyire csak szükség van.

Életmód és testmozgás

- Minden éjjel aludjunk 6-8 órát alató nélkül.
- Ne vezessünk, ha ittunk vagy pszichoaktív szert fogyasztottunk.
- Használjuk a lépcsőt felfele és lefele – de győződjünk meg róla, hogy van kapaszkodónk, ha esetleg elbotlanánk.
- Maradjunk aktívak testileg, lelkileg, szociálisan, szexuálisan.
- Ne tartsunk sem otthon, sem a munkahelyünkön lőfegyvert.
- Ismerjük meg és gyönyörködünk a madarakban, méhekben, fákban, növényekben, virágokban és vadvilágban.

Társas és anyagi tényezők

- Értékeljük azt a családi életet, ami jut, és vegyünk benne aktívan részt, miközben a családtagjainkat az önálló életre buzdítjuk.
- Olvassunk mindennap legalább egy kicsit – legyen az irodalom vagy ismeretterjesztés.
- Aktívan kapcsolódjunk a fiatalokhoz személyesen vagy elektronikus formában.
- Maradjunk tájékozottak a világ eseményeivel kapcsolatban, legyenek fontos ügyeik, de fogadjuk el annak a realitását, hogy mi az, amint tudunk változtatni és mi az, amin nem.
- Legyünk szenvedélyesek a kultúrával (előadó- és vizuális művészetekkel) és a sporteseményekkel kapcsolatban.
- Ismerje el és tartsa tiszteletben a vallás és spiritualitás értékét az emberek egy része számára, de ha úgy gondolja, nyugodtan élje másképp az életét.
- Igyekezzen annyi pénzt keresni (és megtartani), hogy azzal biztosítani tudja az egészséges környezetet önmaga számára az érett idős korban is.

Orvosi kérdések

- Vegye a saját kezébe az egészsége kérdését.
- Ápoljon hosszú távú kapcsolatot egy megbízható és konzervatív alapellátóval, valamint olyan specialisták-

kal, akik az idősebb személyek szükségleteire szakosodtak.

- Javítsa a látását, amilyen módon csak tudja.
- Használja a hallókészülékét szükség szerint, naponta, hogy fenntartsa azt az agyi funkciót is.
- Évente egy-két alkalommal menjen el fogorvoshoz és tartson fenn jó szájhigiénét – magas a korreláció az élettartam és a saját fogak száma között.
- Alaposan figyeljen oda arra, hogy frissen tartsa a védőoltásait.
- Az észszerűség határain belül tartson távolságot a feltételezhetően fertőző személyektől (bármilyen legyen is a fertőző ágens) és ne legyen rest maszkot hordani.
- Szedje a lehető legkevesebb gyógyszert és a lehető legkevesebb diagnosztikus teszten és sebészi beavatkozáson essen át – különösképpen a gerinccel és térdekkel kapcsolatban.
- Használja ki a masszázst és akupunktúra nyújtotta lehetőségeket.
- Bőséggel alkalmazzon testápoló krémet, kiváltképp napozást követően.
- Alkalmazzon gyakran sós orrsprayt az orrvérzés megelőzésére.

Testmozgás

- Sétáljon naponta legalább 3,2 kilométert.
- Ha van rá módja, próbáljon minden nap úszni.
- Tanulja meg és gyakorolja a jógatechnikákat – nem feltétlenül csoportosan. Kiemelt hangsúlyt kap az álló félhold, a békikobra, a plank és a fekvő csavarás.
- Ismerjük fel, hogy az öregedéssel együtt jár a sarcopenia, de próbáljuk fehérjedús étkezéssel és súlyzós edzéssel csillapítani hatását.
- Fejlesszük egyensúlyunkat, főleg az egy lábon állást.
- A testen hordható digitális egészségkövető eszközök hasznosak lehetnek a motiváció fenntartásában és az eredmények követésében.

Munka

- Ne menjünk nyugdíjba.
- Ha mégis muszáj, dolgozzunk részmunkaidőben vagy önkénteskedjünk.
- Minden reggel legyen valamilyen produktív és jutalmazó okunk arra, hogy kikeljünk az ágyból.

Fájdalom

Ha idősebbek vagyunk és reggel nem fáj semmink, ellenőrizzük a pulzusunkat. Lehet, hogy meghaltunk.

A végére pedig a nagy ellentmondás: azt még nem sikerült megfejtennem, hogy miképp ne „érjünk túl”. Valószínűleg erről a biológia dönt.

(Forrás: [Medscape](#), 2022. augusztus 31.)

SOK DIABÉTESZES NŐNÉL PROBLEMATIKUSSÁ VÁLHAT A SZEK

Sok 1-es és 2-es típusú diabéteszes nőnek szexuális problémái vannak. Valójában a nők körülbelül egyharmadának vannak problémái: a szexuális vágy hiánya, a felizulásra való képtelenség, sőt még a szexuális aktivitás során fellépő fájdalmat illetően is, amely különféle állapotokhoz kötődik, beleértve a menopauzával és az azt követő időszakokkal összefüggő szeméremtest- és hüvelyi változásokat.

A nők leggyakoribb panaszai a szexuális tevékenység iránti vágyhoz és érdeklődéshez, valamint a nemi szervek szexuális izgalmanak vagy reakciókészségének és orgazmus-képességének megváltozásához kapcsolódnak. Ezek a problémák az életkorral összefüggő módon, és néha biopszichoszociális tényezőkkel vagy a cukorbetegséghez kapcsolódó fizikai változásokkal összefüggésben jelentkeznek.

Bár léteznek biológiai tényezők, a diabéteszes nőknél a szexualitását befolyásoló legfontosabb tényezők valószínűleg a társadalmi és kapcsolati kontextusukkal, valamint a betegséghez való alkalmazkodásukkal, továbbá a cukorbetegséggel kapcsolatos énképükkel és önmagukról alkotott érzéseikkel állnak összefüggésben. Például a cukorbetegség kezelésével kapcsolatos szorongás vagy aggodalom, a szexuális esemény során fellépő szorongás vagy hipoglikémiás állapot, az aggodalom, hogy a testen

viselt készülék (szenzor, inzulinpumpa) látványa milyen hatással van a partnerükre vagy mennyiben zavarja a szexuális aktivitást.

Valószínűleg a legfontosabb pszichológiai vagy pszichiátriai tényező a depresszió, és ennek összefüggése a betegséggel és annak szövődésével. Ez egy olyan beavatkozási terület, amelyre valóban összpontosítani kell pácienseinknél.

Sok diabéteszeseket gondozó orvos/nővér előtt nem ismertek ezek a szexuális problémák, mivel spontán módon nem kerülnek szóba. A páciensek valójában arra várnak, hogy az egészségügyi dolgozók rákérdezzenek a problémájukra. Nos, ez egy kicsit kínos lehet, meg kell keresni ennek a módját. Például ilyen mondattal felvezetni a problémát: „Sok cukorbeteg nő szexuális funkciója megváltozik. És Önnel mi a helyzet?” vagy: „Sok cukorbeteg nő észreveszi a menopauza után a síkosodás csökkenését. Észlelt már ilyet?”

Ha egy személy igennel válaszol, akkor az azt is jelenti, hogy más szexuális problémákra is rákérdezhetnek. „Mi a helyzet a szexuális vágygal? Fel tud-e izgulni? A korábban több stimulációra van-e szüksége? El tud jutni az orgazmushoz? Fájdalmas-e a szexuális együttlét?” Ezután bátorítani kell a nőt, hogy önmagától többet mondjon el a helyzetéről és annak saját szexuális funkciójára gyakorolt hatásáról.

Vannak kutatások a cukorbetegséget általában befolyásoló biológiai tényezőkről – amelyek hatással vannak a neurológiai, érrendszeri és hormonális funkciókra –, valamint arról, hogy ezek a károsodások milyen potenciális szerepet játszhatnak a cukorbeteg nők szexuális életében. De az életmód tényezők a leghatékonyabbak a pszichoszociális állapotra.

Tanácsot adhatunk a betegeknek a szív- és érrendszeri kockázati tényezők és idegi funkciók javítására, a testmozgásra, a diétára, különösen a mediterrán diétára, a testsúlycsökkentésre, a fizikai és szexuális önbecsülés javítására, az izomzat fejlesztése és a csontok egészségének javítása érdekében. Mindezek a dolgok visszacsatoló hatással lehetnek az általános testképre, az énképre, a szex iránti lelkesedésre és különösen a szexuális funkciókra.

A menopauza előtti és posztmenopauzás korban lévő nők számára számos kezelés áll rendelkezésre a szexuális





rendellenességek kezelésére. A menopauza előtti és késői reprodukzív korú nők szexuális vágyának kezelésére két, az FDA által jóváhagyott gyógyszer létezik, amelyek a központi idegrendszerre hatnak, és segíthetik a szexuális vágyat és a szexuális reakciókészséget.

A flibanserin egy napi, igény szerint adagolandó szerotonin gyógyszer, mely egyaránt rendelkezik agonista és antagonistá hatással, és javítja az általános szexuális vágyat. A bremelanotidet igény szerint alkalmazzák, és a dopamin melanokortin rendszeren keresztül javítja a szexuális fogadókészséget és a szexuális vágyakra való reagálást az eseményekkel kapcsolatos tapasztalatok során. A cukorbeteg nőknél nincs konkrét kutatás ezekkel a gyógyszerekkel kapcsolatban, de potenciálisan hasznosak lehetnek a megfelelő esetekben.

Elég sok bizonyíték áll rendelkezésünkre az androgén- vagy tesztoszteronpótló szerek szerepére a szorongásos és csekély szexuális vágyban szenvedő posztmenopauzális nőknél. Itt sincs specifikus kutatás a cukorbeteg nőkről, de nincs egyértelmű ok sem, hogy miért lenne ellenjavallt a gondos megfigyelés és az adagolás módosítása, ahogyan azt bármely posztmenopauzális nőknél megtennék.

Végül, a csökkent nedvesedő képességgel és vulvovaginális változásokkal kapcsolatos szexuális fájdalom a menopauza után jelentősen befolyásolhatja a posztmenopauzális nők szexuális életét. Fel kell ismerni és kezelni szükséges ezeket a vulvovaginális atrófiával és a menopauzával járó genitourinális szindrómával kapcsolatos változásokat.

Konkrét nem hormonális változtatásokat tudunk ajánlani, mint például olaj- vagy vízbázisú síkosítókat a szexuális aktivitáshoz, és hidratáló krémeket, amelyeket időszakosan, például heti kétszer vagy háromszor használhatnak

a hüvely általános nedvességtartalmának javítására, függetlenül a szexuális aktivitástól. Javasolhatjuk a rendszeres szexuális tevékenységet is, amely segít javítani és kondicionálni a vulvovaginális szövetet, valamint elősegíti a rugalmasság kondicionálását síkosítókkal és hidratálókrémekkel együtt.

Azoknak a nőknek, akik nem reagálnak a nem gyógyszeres beavatkozásokra, mint például a síkosítókra és a hidratáló krémekre, számos alacsony dózisú, csak a bőrön keresztül felszívódó ösztrogénkészítmény áll rendelkezésre, amelyeket többféle formában lehet alkalmazni. Vannak krémek, betétek, tabletták és egy hüvelygyűrű is, melyek valóban segíthetnek a menopauza utáni vulvovaginális szövet helyreállításában vagy újjáépítésében.

Minimálisan szívódnak fel, és ezért bár az ösztrogén osztályú jelölést viselik, meglehetősen biztonságosnak tartják, ha a szisztémás ösztrogénterápiával kapcsolatos aggályainkról van szó. Van még egy intravaginális DHEA [dehidroepiandroszteron] kúp és egy orális SERM [szelektív ösztrogén receptor modulátor], amely a vulvovaginális atrófia és a húgyúti tünetek kezelésére használható a menopauza után.

Végül fontos, hogy megértsük közösségünk erőforrásait. A betegeket szexológus orvosokhoz vagy nőgyógyászokhoz irányíthatjuk, akik ezeket a betegségeket kezelik, és megfelelő szaktudással rendelkeznek a vulvovaginális atrófia kezelésében és a szexuális funkciók javításában.

Ígénybe vehetünk pszichológiai tanácsadókat is. Vannak bizonyítékok, amelyek alátámasztják a mindfulness alapú kognitív viselkedésterápia alkalmazását a nők alacsony szexuális vágyának és egyéb szexuális funkcióinak javítására. Küldhetjük a betegeket pszichológiai és szexterapeutákhoz, valamint párterapeutákhoz, akik segíthetnek a kapcsolati és szociális tényezők kezelésében. Ezen kívül a medencefenék fizioterapeutái hasznosak lehetnek a szexuális fájdalomhoz kapcsolódó számos problémával küzdő beteg számára.

Összefoglalva, fontos megértenünk, hogy a cukorbeteg nők kezelése során számos biológiai, pszichológiai, szociális és kulturális tényező befolyásolja a szexuális funkciót. A viselkedési és életmódbeli beavatkozások nagyon fontosak, ill. ezek a fentiekkel kiegészíthetők.

A legtöbb diabetológus legalább annyit megtehet, hogy rákérdez a beteg potenciális problémájára, és felkutatja azokat a lehetőségeket, melyek e problémák megoldását nyújthatják.

(Forrás: Medscape, 2022. július 26.)

✓ KÖZÖSSÉGÉPÍTÉS, ISMERETTERJESZTÉS SZURIKÁTA-MÓDRA

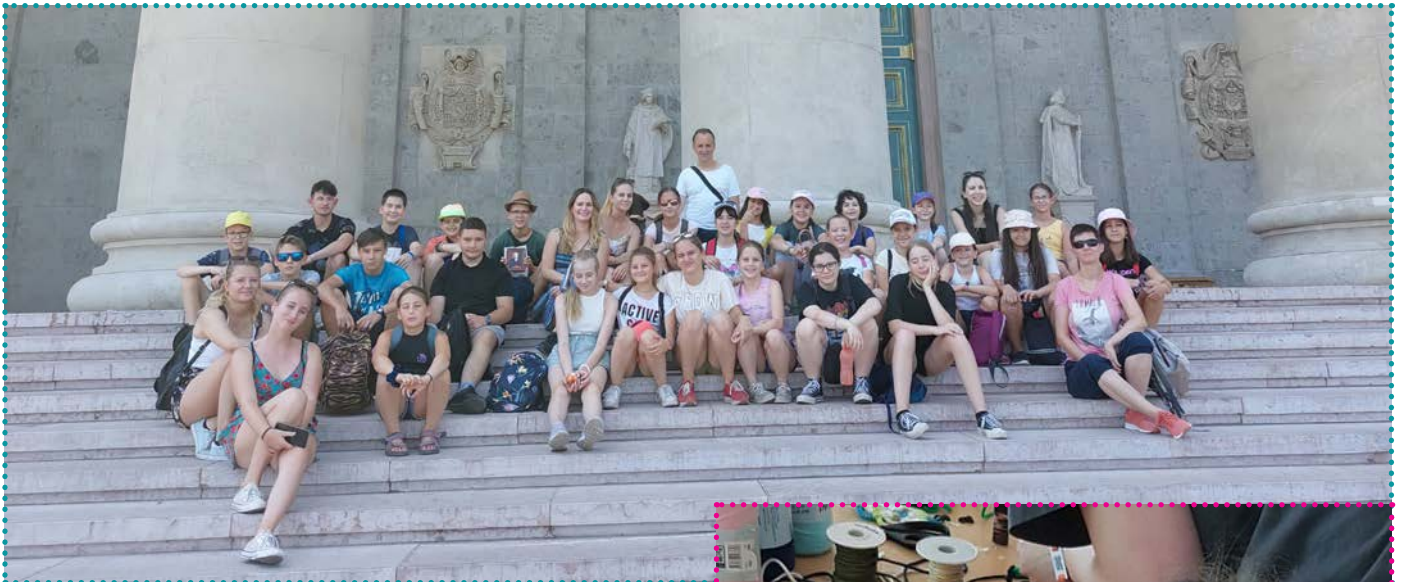
Míg a nyár a tartalmas együttlétekről, a közösségépítésről szól a Szurikáta Alapítvány számára, a tanév kezdetével újraindítottuk ismeretterjesztő, érzékenyítő programjainkat, köztük a diabétesz korai felismerését célzó „Figyeld a jeleket!” kampányunkat.

Nyári táborok a szurikátákkal

Nyáron az iskolák (óvodák) bezárásával a Szurikáta Alapítvány tevékenysége is új irányt vett, a pedagógusképzésünknek és érzékenyítő gyerekfoglalkozásunknak pihenőt adtunk, hogy a nyári táborok szervezésére tudjunk koncentrálni. Idén második alkalommal rendeztük meg nyári táborunkat 10–14 éves gyermekek számára. Voltak visszatérő táborozóink és újak, akik most először vettek részt diabéteszeseknek szervezett táborban.

A csolnoki táborban nem titkolt szándékunk volt, hogy a gyerekek kicsi önállóságot is tanuljanak: a bizalmas hangvétélű, őszinte beszélgetés **Dr. Tóth-Heyn Péterrel**, az elsősegélyoktatás, a közös sütés-főzés **Kohári Évával**, a





Gluténmentes Íz-lik gasztroblog háziasszonyával, valamint a dietetikai ismeretek átadása részben ezt a célt szolgálták. Táborvezetőink, a Baczkó pedagógus házaspár pedig sokszínű programot állított össze az energikus és mindenre kíváncsi társaságnak.

„A csolnoki Szurikáta ottalvós tábor volt a legjobb nyári élményem. (...) A játékok olyan jók voltak, hogy késő estig elhúzódtak és ezért sokszor ki is maradt a nap végi beszélgetés anyáékkal, de ez nem volt baj. Sok jó ismerős arc volt ott, és akiket nem ismertem, velük könnyen összebarátkoztam. (...) Jó volt, hogy néha sétáltunk, meg hogy volt vízcisnacs, meg kézműveskedés és ijazás. Az okostányéros játék pedig tényleg sokat segített megérteni, hogy például miben és mennyiben mennyi a szénhidrát, meg hogy mikor mit érdemes fogyasztani. És ez a hely! Volt ott minden. Trambulin, hinta, mászóka, csúszda... Jövőre is nagyon szeretnék menni. Már most várom!” – írta a csolnoki táborról Lilla, aki második alkalommal tartott velünk.



Idén a Szurikáta Alapítvány is lehetőséget kapott, hogy diabéteszes gyerekek családjait delegálhassa a zánkai Csáládi Erzsébet-táborba, így összesen 118 diabos család töltötte együtt az augusztus 12–14-i hétvégét a Balatonon. Az Erzsébet a Kárpát-medencei Gyermekéért Alapítvány adta sokszínű lehetőségek mellett alapítványunk is készült szakmai programokkal, orvos és dietetikus konzultációkkal, illetve kötetlenebb beszélgetésekkel. A **Szokmáry András** vezette Apaklubban az édesapákat érintő, őket foglalkoztató témák kerültek elő. A bemutatott Szurikátás rövidfilmek kapcsán is izgalmas beszélgetések alakultak ki a rendező, **Pantyi Petra** részvételével az iskolai diabéteszes élethelyzetek, a diabéteszes diéta dilemmái és a gyermekközösségbe való beilleszkedés nehézségei kapcsán.

A nyári táborok annyira népszerűek voltak, hogy jövőre is szívesen megszervezzük őket, ha lehetőséget kapunk rá. Addig is találkozunk a Bókay utcai irodánkban, a havi rendszerességgel megtartott Apaklubon, illetve a Tűvel mást! kézimunkakörben.



el gyermekük diagnózisának történetét; házi orvosok, diabetológusok ismertetik a gyermekkori cukorbetegség tüneteit, és bemutatják, hogyan kell vércukrot mérni, vizeletcukrot vizsgálni; valamint **Kocsisné Gál Csilla**, a Szurikáta Alapítvány vezetője bemutatja azt a két figyelemfelkeltő plakátot, amelyet 2022-ben már több mint 1700 házi gyermekorvos-rendelőbe eljuttatott, az 1-es típusú diabéteszrel kapcsolatos tájékoztató anyaggal együtt. A kampányhoz népszerű művészek – többek között – Gryllus Vilmos énekes, Trokán Anna színész, Hajnóczy Soma bűvész – csatlakoztak, akik pár másodperces bejelentkezéssel hívták fel a figyelmet az azonnali orvoshoz fordulás szükségességére a közösségimédia-felületeken. [A film megtekinthető a Szurikáta Alapítvány weboldalán.](#)

Figyeld a jeleket! kampány

Az inzulin felfedezésének 100. évfordulója kapcsán országos kampányt indított alapítványunk a diabétesz tüneteinek bemutatásával, a cukorbetegség korai felismeréséért. Az akcióhoz **Kolodko Mihály** szobrász is csatlakozott, aki jótékony adományként készítette el azt a kis hátizsákos szurikáta szobrot, amit a Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika Diabetes osztálya előtti kerítésen, a 8. kerületi Bókay János utcában helyezett el. A szobor egyszerre akar kedveskedni a diabéteszes gyermekeknek, valamint felhívni a figyelmet arra, hogy a diabétesz bárkinél felbukkanhat, a cukorbetegség láthatatlanul is köztünk jár.

Alapítványunk a 100. évforduló kapcsán mutatta be az 1-es típusú diabétesz felismeréséről szóló Figyeld a jeleket! c. filmjét, amelyben érintett családok mesélik

Amivel az ovisoknak és a sulisoknak segíteni tudunk...

A tanév elindulásával folytatjuk a Diabétesz Tanoda pedagógusképzésünket a Bókay Gyermekklinika szakembereivel, valamint érzékenyítő gyermekfoglalkozásunkat, a Szurikáta Foglalkozást önkéntes orvostanhallgatók és di-etetikushallgatók vezetésével. Könyveink, a frissen diagnosztizált gyermekek családjainak szóló Újratervezés, valamint a pedagógusoknak szánt Diabéteszes gyermek az óvodában, iskolában c. tankönyv továbbra is elérhetőek. Az októberi Szurikáta Családi Napon pedig új könyvecskét mutattunk be: a Mennyi van a tányéromon? – Képes szénhidráttáblázatot, amely a diabétesz diétájában segít eligazodni, és elsősorban a frisseknek jelenhet nagy segítséget. (A könyvről bővebben a Szurikáta Családi Nap beszámolójában írunk.)

Bővebben a Szurikáta Alapítvány programjairól, könyveiről és a filmek elérhetősége: szurikataalapitvany.hu

Tóbiás Lilla



✓ ISMÉT EGYÜTT A SZURIKÁTA CSALÁDI NAPON!

Két év kihagyás után október 1-én újra személyesen találkozhattunk a Szurikáta Családi Napon, ahol a vídám-színes családi programok, kóstolók és szakmai előadások mellett bemutattuk az alapítvány új kiadványát, a *Mennyi van a tányéromon?* – Képes szénhidráttáblázatot.

Egy nap a diabéteszes családokkal, családokért

Hiába immár négyéves a fiam diabétesze, minden alkalommal ünnepként várom az olyan gyermekdiabétesz-közösségnek szervezett eseményeket, mint a Szurikáta Családi Nap. Október 1-én, szombaton ráadásul az időjárás is visszatükrözte az érzéseimet: míg a Semmelweis Egyetem Elméleti Tömbjének hatalmas üvegfelületein keresztül a borús, esős világra láttunk rá, belül egy elfogadó, jó közösségben, érdekes programokkal, színvonalas előadásokkal tölthettünk el egy napot.



Különösen jó volt találkozni újra az elmúlt két év kihagyása után, mert hiába szervezett az alapítvány online szakmai napot előadásokkal, az kényszerű félmegoldás volt, hiszen a családi nap nemcsak a tudás bővítéséről, elmélyítéséről szól, hanem a személyes találkozásokról, a közös játékokról és bizony a finom falatokról, melyeket nem lehet online térbe áthelyezni.

Gyermekforgatag az aulában, programokon

A több mint száz család, valamint közel száz szervező-előadó-kiállító részvételével zajló családi napon arc nem maradt mosoly nélkül: a programot Gryllus Vilmos koncertje nyitotta meg. Őszi gyermekdalait a közönség apraja-nagyja együtt énekelte vele. Míg a kisebb gyerekek – a nyalánkságok kóstolóján túl – élvezettel vetették bele magukat az artistakellékek felfedezésébe, a Szurikáta Foglalkozás játékaiba, addig a kamaszok szívesen kézműveskedtek Szakmáry Erikával, a Tűvel mást! klub vezetőjével, vagy próbálták ki az elsősegélynyújtás fogásait az Aulában.

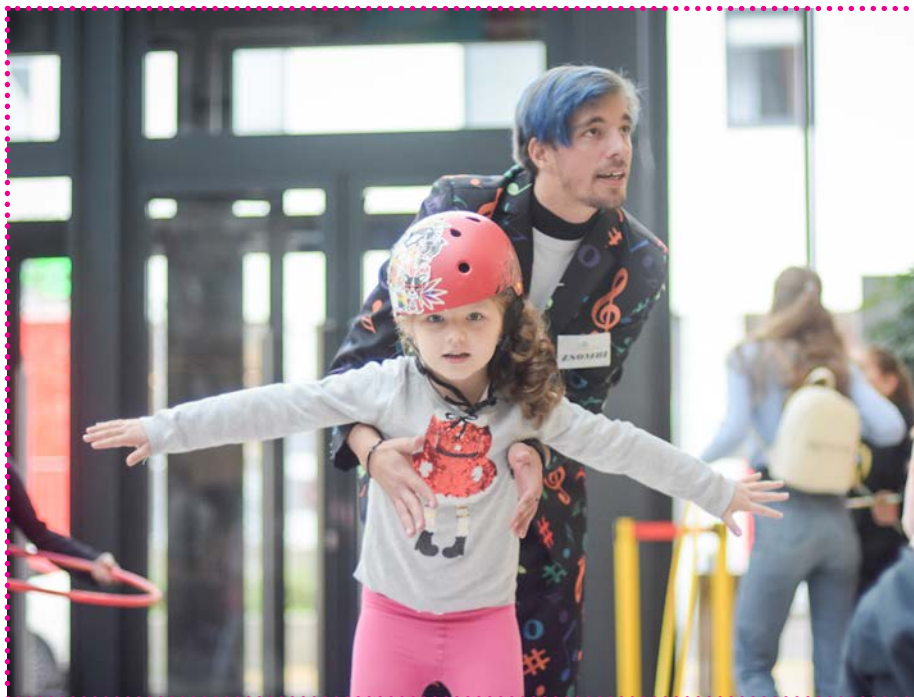
A gyerekek részt vehettek a NEO Segítőkutya Egyesület programján, ahol feladatok elvégzése közben ismerkedhettek meg a kutyák számára megoldandó helyzetekkel, az általuk segített látássérült, mozgássérült emberek problémáival. A gyerekek felkerekedhettek, hogy a környék építészeti és várostörténeti érdekességeit érintve a

Lili's Budapesttel együtt meglátogassák Kolodko Mihály Szurikáta szobrát a Bókay Gyermekklinika előtt. A nagyobb iskolásoknak bemutattuk azokat az érzékenyítő filmjeinket, amelyek iskolai problémákról, a diabéteszes diétáról szólnak, melyet követően mély beszélgetés alakult ki Pantyi Petra filmrendezővel. A Mitsportoljak.hu fizikai állapotfelmérése is többeket lázba hozott.

Az aula színpadán és előtte akkor volt a legnagyobb tumultus, amikor az Édes keserű musical alkotói és színészei (Voith Ági, Horányi Juli, Pásztor Virág) meséltek a darabról, szerepeikről, és bemutattak több dalt is a gyermekszereplőkkel együtt. Az előadás első tervezett bemutatója tavaly elmaradt a vírus miatt, de 2022. november 4-én, a Budapesti Kongresszusi Központban végre látható lesz a diabéteszes közösségünk által várva várt darab.

Fókuszban a diéta

Az esemény vezető programja a Szurikáta Alapítvány legújabb könyvének bemutatója volt. A „Mennyi van a tányéromon? – Képes szénhidráttáblázat” ötletét egy francia kiadvány adta, amelyet Arnaud-Bali Ágnes kapott Franciaországban a fia diabéteszének diagnózisakor, amelyet azóta is rendszeresen használ a család. Ágnes projektvezetőként és szerkesztőként a Szurikáta Alapítvány önkénteseivel újragondolta és



magyarosította a kiskönyvet. Budai Bettina Csilla és Kőnig Nóra dietetikusok bevezetőt írtak a diabéteszes diétához, alapfogalmakkal, a szénhidrátszámolás módszereit bemutatva. A könyv második részében pedig több száz, az itthon legnépszerűbb ételek fotója látható kategóriák szerint, a tányérokra szereplő ételek szénhidrátmennyiségét, súlyát, zsírtartalmát, a felszívódás gyorsaságát és a gluténtartalmat jelző adatokkal.

Az aula színpadán bemutatkoztak azok a gasztrobloggerek, akik a Szurikáta Alapítvány weboldalán is közzé teszik a receptjeiket. Gódor Panka érintett anyuka és eredeti szakmáját tekintve szakács, immár 3. éve osztja meg velünk recept-



jeit – köztük sok-sok süteménnyel, a mindennapokban gyorsan és egyszerűen elkészíthető fogásokkal, ünnepi lakomákkal – az adagok szénhidrát tartalmával együtt. Kohári Éva, a Gluténmentes Íz-lik receptoldal háziasszonya pedig felületünkön is közkinccsé tette gluténmentes receptjeit és a Szurikáta Családi Napon kóstolót is adott a résztvevőknek. A gyerekek sorban álltak standjánál, hogy maguk díszíthessék a palacsintájukat.

Szakmai előadások, kiállítók

A külön „frisseknek”, külön „haladóknak” címzett szekcióban visszatérő előadók, a szakma elismert képviselői tartottak előadásokat. A teljesség igénye nélkül szó volt a penes és a pumpás kezelésről, a legújabb, Minimed 780G inzulinpumpa használatának eddigi tapasztalatairól, a vércukormérőkről és a naplóvezetéséről, a diabéteszes gyermekek önállóságáról és a kontrolljáról. Dietetikus előadók beszéltek a gluténmentes diétáról, a sportdiétáról, de volt előadás problémás evési szokásokról is. Pszichológus előadók pedig a kiégés megelőzéséről és az apákat érintő problémákról beszéltek. Az előadások közül többet meg fogunk osztani a weboldalunkon, hogy minél több családhoz eljuthassak.

Köszönjük szakmai előadóinknak, kiállítóinknak, az önkéntes középiskolásoknak és érintett családoknak a segítő részvételt, támogatóinknak az anyagi hozzájárulást azért, hogy ismét egy ilyen jó hangulatú, tartalmas napot tudtunk együtt tölteni diabéteszes gyermekekkel, családjukkal!

*Tóbiás Lilla,
a Szurikáta Alapítvány önkéntese
szurikataalapitvany.hu*



PETŐFI NYOMÁBAN

GYERMEKTÁBOR PARTIUM CSODÁLATOS VILÁGÁBAN

Biztosan sokan emlékeznek még a tanulójaikból arra, hogy Petőfi Sándor és hitvese, Szendrey Júlia 1847. szeptemberében a koltói Teleki-kastélyban töltötte a mézesheteket. A történelmi múlt emlékképei inspirálták bennünket, hogy az idei diabetes tábornak a Máramaros megyei Koltó községében találjunk otthont. Ezzel pedig elmondhatjuk, hogy a Budai Gyermekek diabetes csapat immár a hatodik európai országban szervezett nyári diabetes táborát.



A falusi turizmus kereteinek lehetősége jelentős kihívás volt a számunkra. Öt házat béreltünk, a szállás kifogástalan volt. A diabeteszes és gluténmentes menü elkészítése tökéletesre sikeredett. Jó döntés volt a falusi turizmust választani. A diabeteszes tábor lakói egy sorstársi közösséget alkottak. Egymást motiválták, mindenki kicsit hozzátett a mindennapi diabeteszes kezeléshez. A penes és a pumpás gyermekek a hipoglikémia és a hiperglikémia tapasztalataikat elmondták egymásnak. A szenzor alkalmazása egyre jobban előtérbe került, és azt tapasztalattuk, hogy a gyerekek biztonságban érzik magukat, felszabadultan játszanak, kirándulnak. Pozitívnak mondható, hogy csökkent az ujjbegyszúrások száma.

A tábor ideje alatt tartottunk szenzor oktatást, és az újraélesztési elmélet elsajátítására, gyakorlati bemutatására is sor került. Meggyőződésünk, hogy a compliance nélkülözhetetlen volt az edukációban és a reedukációban is. Barangolásaink során meglátogattuk a Nagykárolyban a Ká-

rolyi-kastélyt, Érmindszenten pedig az Ady- emlékházat. A koltói Teleki-kastély, valamint a Petőfi Múzeum megtekintése szintén felejthetetlen élmény volt. A felsővisói erdei vasutazás még közelebb hozta a gyerekekhez a természetet. A Nagybányai Ásványtani Múzeum és a Zazar partján az „ásító templom” megtekintése egyaránt kuriózumnak számító izgalmas programok voltak. A Radnai-havasokba libegővel jutottunk fel, egészen 1500 méterig. Interaktív kézműveskedésben is részt vettünk, a Gutin-hágó völgyében pedig egy pisztrángtenyészetet tekintettünk meg. Desze ortodox temploma a világörökség része, így ennek felkeresése sem maradhatott el. Az utazás fáradalmait a zibói Wesselényi kastély parkjában pihentük ki.

A hazafelé vezető úton még útba ejtettük a turistavándi – működő – vízimalmot, a közeli Szatmárcsekén pedig fejtet hajtottunk Kölcsey sírja előtt, egyben megcsodálva az Európában egyedülálló temető fekete, „hajó” alakú síremlékeit.

Magyar nagyjaink, Ady Endre, Petőfi Sándor szobrait megkoszorúztuk. Jótékonysági céllal kerestük fel a Koltói Petőfi Sándor Általános Iskolát, ahol az iskola tanulóinak cipődoboznyi iskolakezdési ajándékokat adtunk át. A diabeteszes gyermekek családjai és a János Kórház dolgozói hét darab kerékpárt is felajánlottak.

A gyermekek a diabeteszes táborból megannyi élménnyel, új barátságokkal, kellemes emlékekkel feltöltődve tértek haza. Célunk volt, hogy a gyermekek szinte észrevétlenül legyenek egy edukációs folyamat részesei.

Kelt, Budapesten, 2022. szeptember 18-án.

*Pész Ágnes
főnövér*



✓ EGY DIAB-TÁBOR A „MÁSİK” OLDALRÓL

Mindig nagy örömmel olvasom a résztvevők táborbeszámolóit és kamaszkoromban én is lelkes táborozó voltam. Ugyan időközben kinőttem ezekből, de a tábori hangulatot még nem vagyok hajlandó elengedni az életemből, így elkezdtem táborokat szervezni. Hamar kiderült, hogy a „másik” oldalt még jobban élvezem (ha ez egyáltalán lehetséges volt) és igazi szenvedélyemmé vált ez az egész. A következőkben arról szeretnék írni, hogy hogyan élek meg egy diab-tábort főszerzőként.

Nem tudnám néhány szóval összefoglalni mit jelent nekem egy tábor, hiszen sokféle élményből és feladtból tevődik össze, amiket másért szeretek. Egy tábor szervezése és vezetése szerintem egy igazán összetett és izgalmas feladat, rengetegféle szerepben kell helytállni. Mivel órákig tudnék mesélni, ezért úgy döntöttem összeszedem a kedvenc pillanataimat az idei évből.

Az első ilyen volt, amikor összeállt az önkéntes csapat. Nagy boldogság, amikor a régi önkénteseket megkeresve gondolkodás nélkül vállalták az idei tábort is és igazán különleges volt idén, hogy sokan kerestek meg minket maguktól. Az új önkéntesek nagy része hallott a táborról valahol és szerettek volna a része lenni. Ezután kezdődik a kamaszok jelentkezése és a programok ötletelése is. Idén a jelentkezések beérkezése is emlékezetes volt. Emlékszem egy hétköznap este feltettem róla a facebook-ra az első posztot és nem is gondoltam rá, hogy aznap lesznek jelentkezők. Pár perc múlva azért mégse bírtam megállni,



hogy megnyissam a felületet és már volt 5 jelentkezés régi és új táborozóktól is. Az az estém végül azzal telt, hogy a jelentkezéseket figyeltem és minden egyes új jelentkezőnél még boldogabb lettem. Gyakorlatilag 1 nap alatt megtelt a tábor fele.

A programok kitalálása és összeállítása talán a kedvenc feladatom a szervezés során. Egyszerre igényel kreativitást és precizitást, hiszen egy diab-tábor napirendje és étrendje elég összetett tud lenni. A szokásos programok mellett idén is igyekeztünk újakat találni, így lett a tábor része idén a végül nagy sikert arató vizes játékok.

A nyár elején tartottunk egy önkéntes hétvégét, ahol a csapat tagjai megismerhették egymást és felkészülhettek a táborra. A hétvégén megnyugodtam, hogy a tábor idén is





remek lesz, hiszen, ha ennyi önzetlennél segíteni akaró ember gyűlik össze, abból csak valami csodás dolog lehet. (Spoiler: az is lett.. :-)

A tábor első napja mindig az egyik kedvencem. Pontosabban az a pillanat, amikor megérkezem a táborba. Általában elsőnek érkezünk Petivel, még üres a tábor minden értelemben, mégis érezzük, hogy jó helyre érkeztünk. Aztán megérkezik a többi önkéntes, kipakoljuk a temérdek cuccunkat és pár óra múlva megérkeznek a táborozók is. Azt hiszem a tábornyi pillanata az, amikor teljesen átváltok a tábori énemre, ugyanis olyanom is van. A táborban kiszakadhatok a hétköznapiak közül, csak akkor veszem a kezembe a telefont, ha egy szülő vagy segítő hívott és annyi szeretet és nevetés vesz körül, mint sehol máshol. Számomra tényleg egy csodahely, ahol az előtte lévő félévben elképzelt „ál-mom” élem meg. Paradox módon ugyan ez a hét a legfárasztóbb számomra egész évben, de mégis rengeteg energiát ad utána a folytatáshoz.

A tábor idejéről még ezernyi kedvenc pillanatot sorolhatnék, a táboránctól kezdve a beszélgetéseken át egy-egy sikeres programig. De már csak egyet szeretnék kiemelni, méghozzá az utolsó estét. Ez az egyik legérzelmesebb rész egyrészt a táborvideó miatt, ami a tábor legjobb pillanataiból készült, másrészt a hálával és szeretettel teli légkör miatt. Bár azt hittem idén már nem fogok sírni az utolsó estén, mégse bírtam a könnyeimel. Tényleg leírhatatlan érzés számomra, amikor a táborozók szavaiból és ölelé-



seiből érzem, hogy ez a hét, amire hónapokat készültem, sokat jelentett számukra és kicsit segített is a betegségük elfogadásában. Azt hiszem, az utolsó nap után még hetekig boldogságban úszom a résztvevők miatt. Ez pedig egy olyan dolog, amit nem sok minden tud megadni.

Szabó Eszter



A gyermekegyes rovat szerkesztője, referálója:

Dr. Nagy-Szakáll Zsuzsanna
házi gyermekorvos,
gyermekegyes szakorvos

✓ NEM VAGYUNK CUKORBÓL

A SPORTOS CUKROSOK ELŰZTÉK AZ ESŐT MÁTRAHÁZÁRÓL

Immár negyedik alkalommal vehetünk részt az SCE felnőtt Edzőtáborában. A tavalyi tábori élmények alapján egyértelmű volt az idei jelentkezés is, ahol 1-es típusú cukorbetegekkel együtt sportoltunk a saját határainkat átlépve 2 és fél napon keresztül.

Rengeteg élménnyel, tapasztalattal, motivációval gazdagodtunk ismét, egy szuper jó csapattal együtt. Közös kapcsolódás a diabétesz volt, és erre a pár napra ez határozott meg hangsúlyosan minden résztvevőt 21- közel 60 évig az életkor kapcsán. Cukorbe-

teg korunkat tekintve 4 hónaptól 44 évig terjedt az eloszlás, lehetőséget nyújtva a nagyöregnek a fiatal támogatására és vicaverza. A fantasztikus, elhivatott szakértői támogatás bázist biztosított az egyéni tapasztalatokhoz.

Az elmúlt évek táborához képest újdonság volt számunkra, hogy évről évre sokkal több információt és tapasztalatot tudtunk megosztani egymással mind a szenzorhasználat, mind a pumpakezelés terén. A rutinos táborozók a kerékpártúrák és hosszútávfutások alatt szerzett tapasztalatokat, frissítési terveket adtak tovább



az új résztvevőknek, akik között volt ez év február óta, de 20 éve diabéteszes is. A szervezők igyekeztek mindenki számára hasznos edzéseket és edukálást biztosítani. Nemcsak KÉK csúcstámadást tűztük ki célul két kéreken és saras futócipőben, hanem a





futótechnika fejlesztéseknek és a funkcionális erősítésnek is adtunk teret. Mindezeket Ory I Futolepes és Pálos Attila (titulus) vezetésével élhettük meg.

A diabétesz mellett manapság egyre több feszültség ér bennünket minden irányból, így kifejezetten örültünk annak, hogy egy hosszú hétvégére el tudtunk szakadni a szürke hétköznapokból.

Egy hétvége, ahol egymás között lehettünk, a kemény edzések mellett ellazulhattunk, és kérdezhettünk-tanulhattunk egymástól, és elmondható, hogy mindenki feltöltekve, új motivációkkal tért haza.

Helga, Orsi, Virág, Bori, Balázs, Márk, Orsó





changing diabetes®

Novo Nordisk Hungária Kft.
1117 Budapest, Buda-part tér 2.
Tel: 06-1-325-9161, fax: 06-1-325-9169 • www.novonordisk.hu
Mellékhatás-jelentés esetén: safety-hu@novonordisk.com
HU22CD00001 - 2022-02-10

A changing diabetes® a Novo Nordisk A/S, Dánia védjegye. © 2022 Novo Nordisk A/S




ELEMZÉS A DCONT.HU eNAPLÓN KERESZTÜL

A most tárgyalandó betegem K. Andrea 1987-ben született és 2002 óta diabéteszes. Egy alföldi kisvárosban él. Ez év júliusában jelentkezett a rendelésemre, nőro-kona kísérte, mivel látása nagyon rossz, már olvasni is csak nagy betűket képes.

Viszonylag hiányos anamnéziséből kiderült, hogy a látás romlása 12 éves korában kezdődött, de az utolsó, 3 évvel ezelőtti szakvizsgálat kapcsán a szemész csak annyit mondott neki, hogy semmit nem tud tenni, meg fog vakulni. Ennek oka ismeretlen volt (és bár azóta szemészeink két-

szer is vizsgálták, még mindig nem jutottak el a pontos diagnózishoz, talán erre a jövő hónapban kerül sor).

Andrea 6 évvel ezelőtt szülte meg leánygyermekét 3200 g-os születési súllyal. Emlékezete szerint ekkor HbA1c szintje 7,6% volt. Három éve született a kisfia 4200 g-mal, ekkor 12% körüli (!) HbA1c értékei voltak.

Az utóbbi pár évben vércukrai nagyon megemelkedtek (20–25 mmol/l körül ingadoztak) és ezért keresett fel 3 hónappal ezelőtt. Akkor a HbA1c szintje 12,4% volt, inzu-



	Hajnal 00:00 - 05:30	Reggeli előtt 05:30 - 06:30	Reggeli után 06:30 - 08:30	Délelőtt 08:30 - 11:30	Ebéd előtt 11:30 - 12:30	Ebéd után 12:30 - 14:30	Délután 14:30 - 17:30	Vacsora előtt 17:30 - 18:30	Vacsora után 18:30 - 20:30	Este 20:30 - 23:59
Kedd 2022.07.05.	16,6					12,7			19,2	5,4
Szerda 2022.07.06.	3,5			18,3					22,1	
Csütörtök 2022.07.07.	21,8	16,7						23,6		15,0
Péntek 2022.07.08.						19,0		11,6	21,0	
Szombat 2022.07.09.			15,8			17,3		14,2		
Vasárnap 2022.07.10.				28,6						14,6 9,5 7,0
Hétfő 2022.07.11.									17,2	11,8

1. ábra

ÚJ

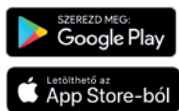
Dcont®

ETALON

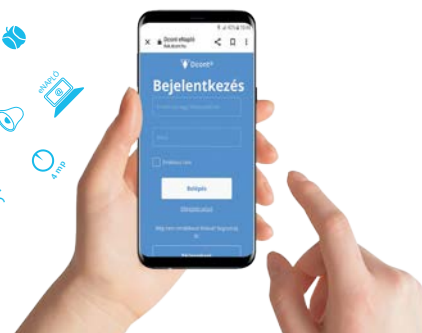
B



VÉRCUKORMÉRŐ
BLUETOOTH
KAPCSOLATTAL!



A dcont.hu
mobilapplikáció elérhető
android és iOS eszközökön is.



Gyártó és forgalmazó:



77 ELEKTRONIKA
H-1116 Budapest, Fehérvári út 98.
Zöldszám: 06 80 27 7777 Tel: 06 1 206 1480
E-mail: ugyfelszolgalat@e77.hu
www.e77.hu, www.dcont.hu

Valós idejű adatmegosztás a
Dcont® eNAPLÓ-n keresztül.

A KOCKÁZATOKRÓL OLVASSA EL A HASZNÁLATI ÚTMUTATÓT,
VAGY KÉRDEZZE MEG KEZELŐORVOSÁT!

linadagjai pedig 11–13–15 E Apidra és lefekvés előtt 13 E Lantus. Elszörnyedve hallottam, hogy reggel 6 órakor reggelizik és az első Apidra inzulint 8 órakor adja be magának.

Számomra egyértelmű volt az inzulin – főként a bázisinzulin – alul adagolása. Azonnal átállítottam Tresiba bázisinzulinra, melyből 22 E adaggal kezdve jelenleg már 25 E-et adagol reggel. A jelenlegi Apidra adagok: 9–11–12 E. Ez a korábbihoz képest jelentősen változott inzulin arányokat jelent: a bázisinzulin nőtt, az ékezési inzulin csökkent. Természetesen a reggeli Apidrát már reggeli előtt 10 perccel adja magának. Andreát azonnal ráállítottam a Dcont eNapló használatára és azóta egy-két naponta írok e-mailek és adok tanácsot mind az étkezésekre, mind az inzulinok adagolására vonatkozóan.

Az **1. ábrán** Andrea egyhetes vércukrai láthatók, felül a %-os megoszlás a magas, ideális és alacsony értékek kö-

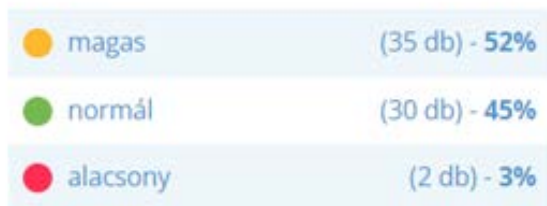
zött, ugyanez alul mind a 7 napon mért összes érték feltüntetésével. Jól látható a magas értékek dominanciája (83%), a napi 3-4 vércukormérés, minden rendszer nélkül.

A **2. ábra** az legutóbbi hetet mutatja be. Itt már csak 52% a magas érték aránya, viszont a vércukormérések száma megugrott napi 5-6, esetenként még többszöri mérésre.

Rossz látása miatt Andrea időnként nem veszi észre, hogy nem adta be a teljes inzulin dózist, ez is nehezíti az ideális állapot elérését. Az elmúlt héten megrendeltem számára a szenzor próbacsomagját és nagyon remélem, hogy a folyamatos szöveti glukózmérés nyomán anyagcseréje állapota még tovább fog javulni.

(folytatjuk)

Dr. Fövényi József



	Hajnal 00:00 - 05:30	Reggeli előtt 05:30 - 06:30	Reggeli után 06:30 - 08:30	Délelőtt 08:30 - 11:30	Ebéd előtt 11:30 - 12:30	Ebéd után 12:30 - 14:30	Délután 14:30 - 17:30	Vacsora előtt 17:30 - 18:30	Vacsora után 18:30 - 20:30	Este 20:30 - 23:59
Szerda 2022.09.21.		17,3	17,3	12,9 12,2 12,8		12,8	15,7 15,9 13,6		4,8 6,7	
Csütörtök 2022.09.22.			9,4 5,5	9,3 9,5		5,8 9,0	7,6	6,2	5,3	4,9
Péntek 2022.09.23.	5,5 3,3		5,4	12,9	10,9	12,8	22,3		9,5 14,8	
Szombat 2022.09.24.	15,4		14,7 20,3	15,6 6,5 8,5	6,9		6,9	14,1	10,4	17,5
Vasárnap 2022.09.25.		14,0		11,9	13,6	11,0	21,7	11,5		9,7 8,9
Hétfő 2022.09.26.		3,3 5,2 9,5	13,8			10,0	11,5	6,5	5,4	14,2

2. ábra

ELSŐ TAPASZTALATOK A GUARDIAN 4 SENZORRAL

Már az 6. betegemnek írtam fel a Guardian 4 szenzort, de közülük még csak ketten kapták meg és használják.

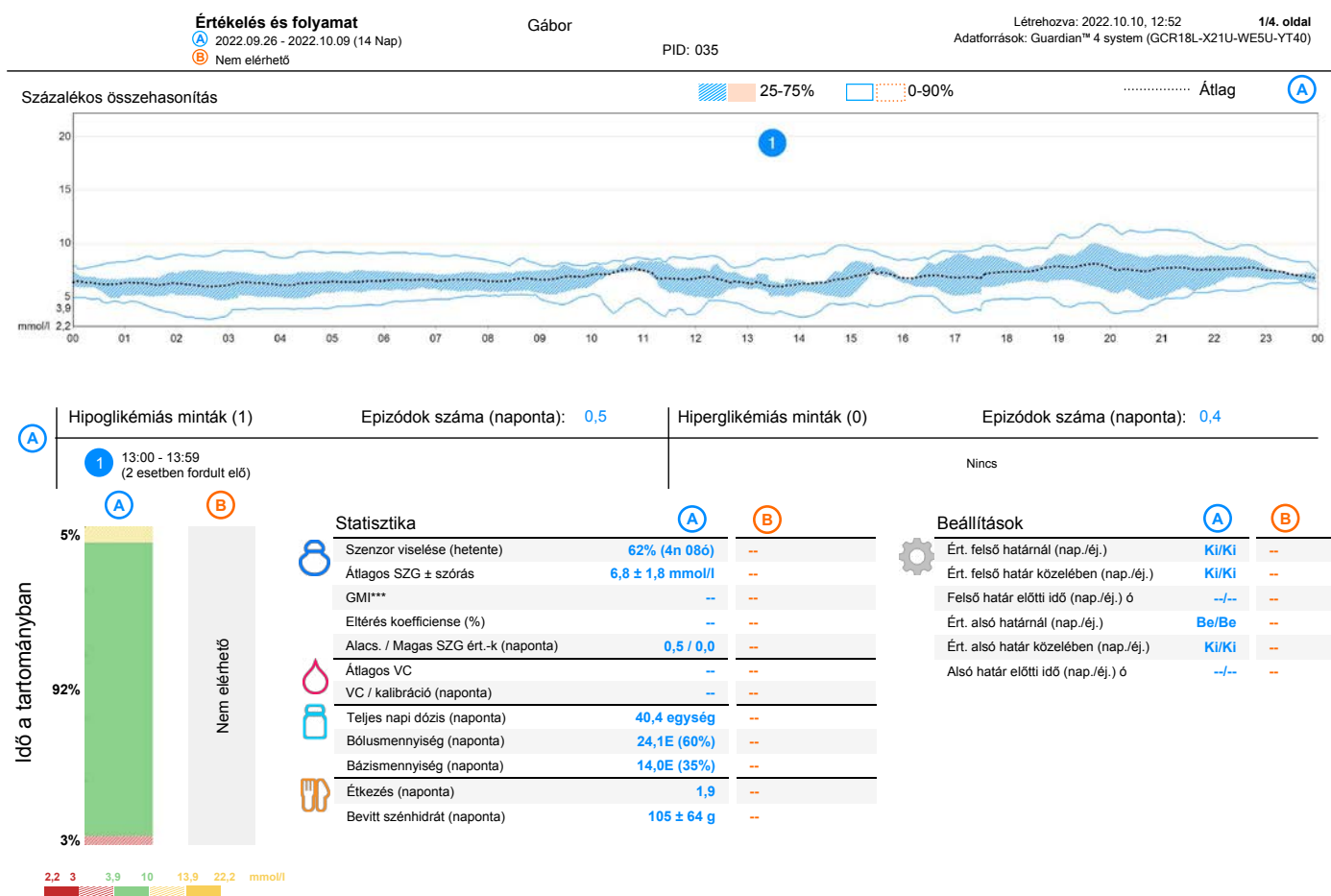
Egyikük korábban szenzort még nem használt. **N. Gábor** 62 éves, 17 éve lépett fel nála az 1-es típusú diabétesz és 16 éve áll gondozásom alatt. Normális testtömegindexű, enyhe hipertónián kívül sem más társbetegsége, sem diabéteszes szövödménye nincs, viszont korábban is olyan jól kezelte magát, hogy HbA1c szintje tartósan 6% alatt mozgott, utoljára 5,5% volt. Jelenleg 22 E Tresiba bázisinzulint és étkezésként 10–15 E NovoRapid inzulint adagol.

Mint az 1. ábrán látható, A görbék az idő 87%-ában a céltartományon (TIR 3,9–10 mmol/l) belül mozognak, ami egy kezdő szenzorhasználótól több mint kiváló értéknek számít.

A 2. ábrán a görbeátlagok délután megemelkednek, ami az étkezési inzulinkok nagyrészt elégtelen adagjaira vezethető vissza, azonban estétől hajnalig csökkenő tendenciát mutat a vastagon pontozott közép görbe, ami azt jelenti, hogy a bázis kicsit túl van adagolva és ha elmarad a délutáni vércukor emelkedés, akkor éjjel többet töltene a hipoglikémiás (TBR 3,9 mmol/l alatt) tartományban.

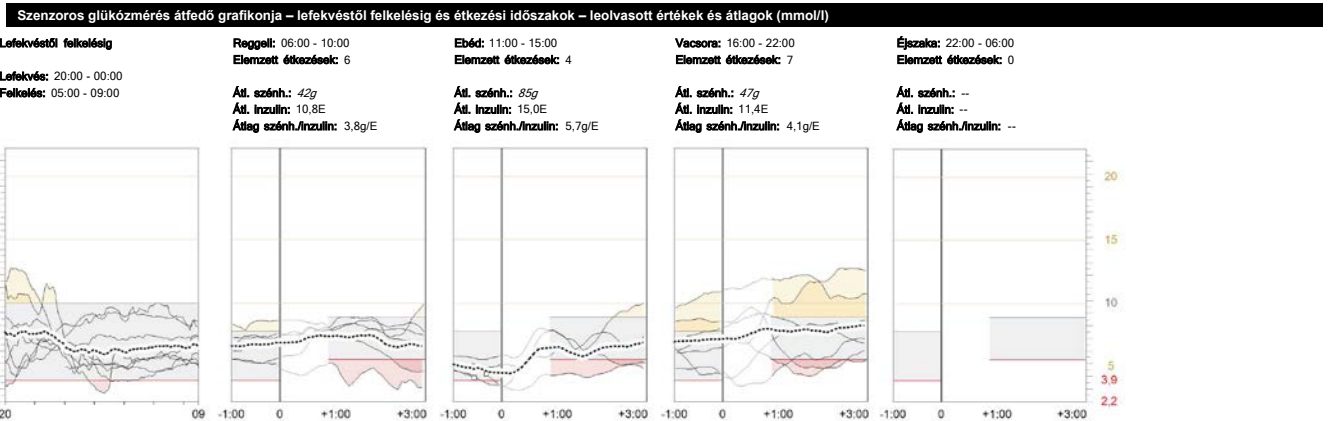
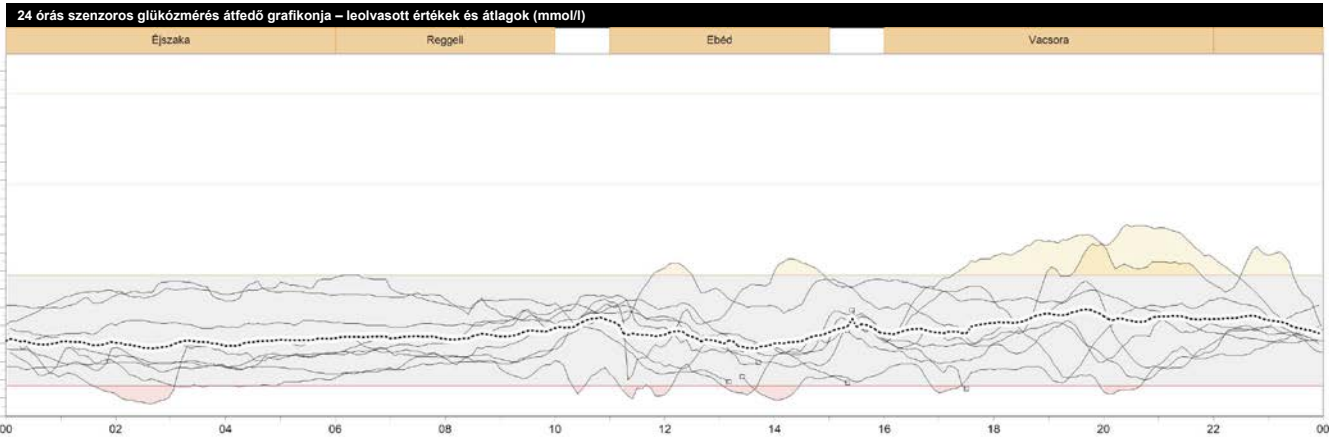
A 3. ábrán látható viszont, hogy Gábor a napok többségében csupán kétszer étkezik, ilyenkor 10–15 E étkezési inzulint ad magának a szénhidrátbevitel függvényében. Kérésre át fog állni a napi háromszori étkezésre. Gábor elmondása szerint a szenzorral maximálisan elégedett. Nagyon jó, hogy már nem kell naponta szűrni az ujjait és ez életminőségében jelentős javulást eredményezett.

Dr. Fövényi József



*** Cukorkezelés-indikátor (GMI)

1. ábra



~ Szenzorgörbe ~ Megszakítva ~ Átlag

2. ábra



3. ábra

Medtronic

Szakértő partnere

A szenzoros glükózmonitorozó technológiában



Guardian™ 4 Ujjbegyszúrás nélküli Smart* CGM rendszer

- Az előrejelző glükózértéseknek köszönhetően:
- 59%-kal kevesebb hipoglikémiás esemény
 - 39%-kal kevesebb hiperglikémiás esemény
 - Akár 60 perccel is megelőzhető a magas vagy alacsony glükózérték

Hamarosan
érkezik



MiniMed™ 740G** Okoseszközökkel kompatibilis inzulinpumpa-rendszer

- 79%-kal kevesebb hipoglikémiában eltöltött idő
- SmartGuard™ technológia segít az alacsony értékek megelőzésében
 - Okostelefonon könnyedén nyomon követheti a glükózszinteket



MiniMed™ 780G Automata inzulinpumpa-rendszer

- Önszabályozó bázisinzulin adagolás
- Automatikus korrekciós bólus funkcióval***
- Mobiltelefonos alkalmazás a jobb utánkövetésért

* Intelligens CGM akár 1 órával korábban előrejelzi a jövőbeli magas és alacsony szenzorglükóz-eseményeket, valamint hozzáférést biztosít további algoritmusokhoz és háttér-információkhoz, amelyek tájékoztathatják a felhasználókat a klinikailag releváns vércukormintázatokról. Kérjük, tekintse át a használati útmutatót.

** A MiniMed™ 740G és a MiniMed™ 640G rendszerek ugyanazzal a terápiás algoritmussal rendelkeznek.

*** A funkciót ld. a rendszer felhasználói útmutatóban. A rendszer használata bizonyos mértékű felhasználói interakciót igényel.

✓ TELJES A KÁOSZ A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN: SORRA ZÁRNAK BE A RENDELŐK, KÓDOLVA VAN A TRAGÉDIA

„Az egész rendszer ezer sebből vérzik. Ma Magyarországon gyakorlatilag bárhogy sérülhetnek a betegek jogai, nem kapják meg az ellátást, ami állampolgári jogon jár nekik. A rendszerben kódolva van a tragédia lehetősége” – választa az egészségügy aktuális problémáit a [Pénzcentrumnak adott interjújában](#) Dr. Kunetz Zsombor. A rendszerfejlesztő, az Országos Mentőszolgálat Motoros Mentő projekt alapítója és vezetője, a Magyar Légimentő Nonprofit Kft. orvosigazgatójával készült interjú.

Pénzcentrum: Közhely, hogy a hazai egészségügyi rendszerből rengeteg pénz hiányzik. De keveset beszélünk egy másik problémáról, az ott dolgozók – tisztelet a kivételnek – nem igazán empatikus hozzáállásáról. Erről mi a véleménye?

Kunetz Zsombor: Sajnos – a fogorvosokon kívül, akik saját lábra álltak és ezáltal belátták, hogy ők szolgáltatók – a hazai egészségügy többi szereplője még nem ment át ezen az evolúción. A „nagy fehér köpenyes mágus” toposz még mindig él. Egy megdöbbentő példa a hozzáállásra: a 70-es években még előfordult, hogy a gyerekeknél a kisebb műtétet érzéstelenítés nélkül végezték, mondván úgysem fog rá emlékezni. A felnőtt beteg is hallgasson, mert laikus, sőt „gyerek”, nem ért hozzá, majd a Professor úr eldönti. A feje fölött. Ennek ellenére az elmúlt években a fiatal orvosgenerációban elindult egy partneri gondolkodás, de sajnos ezt a Covid fölülírta. Az elmúlt 2 évben ugyanis az egész egészségügyet 15-ször „húzták át a hajó alatt”, semmilyen állami segítséget nem kapott. Most pedig a betegek agyonhajszolt, kiégett dolgozók között próbálnak meg gyógyulni. Ennek megvan a másik oldala is: a 70–80-as években az emberek még respektálták az orvost. Ma az orvoslátogatás a piac és a Tesco közé iktatódik be. Ehhez jön az egészségügyi dolgozók elleni kormányzati hangulatkeltés, így a presztízsünk egy fokkal van a pedagógusoké fölött.

A szakértők szerint a háziorvosi rendszer megreformálása kellene, hogy legyen az első lépés.

– Ez így van, de sajnos a háziorvos munkája sincs elismerve. Nem azért, mert nincs meg a tudása, tapasztalata,



hanem mert a rendszer így működik. Nem írhat fel például inzulint, vagy egy nőgyógyász végzettségű háziorvos fogamzásgátlót, mert nincs hozzá jogosultsága. Belgyógyászati eszközparkkal felszerelve rengeteg esetet meg tudna vizsgálni, hatalmas terhet levéve például a sürgősségi osztályok válláról. De a rendszer ezt nem engedélyezi. Semmilyen szakmai és minőségbiztosítási kontroll nem működik. Pedig ez alapkövetelmény lenne a 21. században.

Mit gondol segített a rendszeren a hálapénz kivezetése?

– A hálapénz kivezetése szerintem jó lépés volt, de nem szabadott volna egyik napról a másikra meglépni. Közhely, hogy egy bejáratott (akármennyire rossz) rendszert csak akkor szabad megszüntetni, amikor kiépült annak alternatívája. Vagyis az optimális esetben fél évig tartó kivezetési folyamattal párhuzamosan egy ösztönző rendszert kellett volna kidolgozni. Így viszont a hálapénz eltüntetésével azonnal kinyíltak a kiskapuk. Például a kórházi orvos heti 3-4 napot, vagy minden nap délután 2-ig dolgozik a főmunkahelyén, a többi időben pedig a magán, másodharmadállásában. Ez is korrupció.

Volt orvosi béremelés.

– Igen, de megállapítottak egy bérplafont, ami nem motiválja az orvost, hogy sokat dolgozzon, mert a napi egy műtétet végző ugyanannyit kap, mint a napi tízet. Vagyis kilőtték a hálapénz motiváló szerepét és nem mutattak helyette reális alternatívát. Pont az az „orvosbáró” réteg járt rosszul, aki be van kötve a kórházba, sok éves szakmai tapasztalattal, és komoly politikai kapcsolatokkal rendelkezik. Ők azok – ahogy említettem –, akik a 3-4 napos kórházi „hét” után a maradék idejüket a magánegészségügyben töltik. Így próbálják fenntartani az eddigi bevételeiket.

Őn is több posztjában írta, hogy már összeomlott a magyar egészségügy. Mit ért ez alatt?

– A kötelező kijelölések, helyettesítések a szakember és eszközhiány miatt csak szeptember közepéig 15 járóbeteg ellátó rendelő és 20 kórházi osztály nem fogad betegeket. Ez a teljes káosz jele. Az egész rendszer ezer sebből vérzik. Ma Magyarországon gyakorlatilag bárhogy sérülhetnek a betegek jogai, nem kapják meg az ellátást, ami állampolgári jogon jár nekik.

A rendszerben kódolva van a tragédia lehetősége. Emberek halhatnak meg, és ez nem drámai túlzás. Minden nap erről írok.

Meddig lehet ezt húzni?

– Erre nagyon egyszerű a válasz: amíg a társadalomnak nem fáj nagyon.

Mi lehet a magánegészségügy szerepe a rendszerben?

– A magán és az állami ellátást egységben kellene kezelni, egy hibrid rendszerben, ahol lehetne mérni, hogy ki, hol és mennyit dolgozik. A magánegészségügy rengeteg terhet vesz le az állami ellátásról. Viszont a komoly esetekkel nem tud mit kezdeni, akkor a beteg visszakerül a közfinanszírozott intézménybe. E területen is fennáll a régi szokások, lobbik, konzervatív beidegződések ereje.

Csak egy példa: Nyugaton van egy napos laparoszkópos epeműtét, nálunk nincs. Ilyen esetekben lenne szerepe a szakmai kollégiumoknak, de a mostaniakba a tagokat a Minisztérium delegálta, így nem függetlenek.

A 2008-as nőgyógyászati szakmai kollégium kimondta, hogy minél előbb el kell végezni az abortuszt, míg a mostani elfogadja, hogy az új rendelkezés miatt akár 1 héttel is el lehet nyújtani a beavatkozást. Teljesen szembe menve ezzel a szakmai érvekkel. El kell törölni azt az ostoba rendelkezést is, mely szerint a magánellátásban ellátott beteget ugyanaz az orvos nem láthatja el az állami ellátásban.

Milyen lépésekkel indulhat el egy reform?

– Mindenekelőtt kell egy politikai akarat, optimális esetben többpárti. A mindenkor ellenzéknek el kellene

felejtetnie, hogy politikai tőkét kovácsoljon az egészségügyi kérdésekből. Ami nyilván nem könnyű. Láttuk, hogy a Gyurcsány kormány gyakorlatilag a 300 forintos vizitdíjba bukkott bele. 300 forint! Sajnos ez egy olyan terület, ahol nagyon könnyen hergelhető a társadalom a kormány ellen. Következő lépésként fel kell állítani egy szakértőkből álló csapatot, akik a teljes rendszer átvilágításával kezdik a munkát. Hol, milyen humán erő, ellátás, eszközpark van. Ez alapján kidolgoznak egy minden részletre kiterjedő koncepciót, a finanszírozástól a szociális ellátásig, a házi orvostól a kórházi ágyig.

Ma az államtitkárnak se ereje se érdekérvényesítő képessége nincsen. Ezért egy-egy részterületet kiszemel, ott molyol valamit, ami teljesen hatástalan, sőt károkat okoz.

Regionális ellátásszervezőket kell létrehozni, amelyek átlátják és működtetik az egész rendszert. Ezt országosan ki kell építeni, logikusan, nem féltétlenül a megyehatárok mentén. Az ellátást a nagy centrumok köré kell csoportosítani. Beleértve a magánegészségügyet is: amikor az államiban nem tudják biztosítani a beteg ellátását, akkor a magánban kell kezelni, természetesen központi finanszírozással.

Tegyük fel, hogy megvan a politikai akarat és a koncepció. Lenne erre pénz?

– Ma 3–3,5 ezer milliárd forint van a rendszerben. Egy reform elején ennek a másfél-kétszeresét kellene betenni, ha átgondoltan csinálják. Addig ugyanis nem szabad egy kisvárosi kórházat bezárni, amíg egy közeli nagyvárosban nincs meg az új lehetőség. Vagyis egy ideig mindkettőt fenn kell tartani: az egyiket átépítik, a másikat fejlesztik. Az átalakulás végén viszont rengeteg ingatlan szabadul fel, hatalmas rezsiköltség marad meg. Kevesebb orvosra, szakdolgozóra lenne szükség. Budapesten például a tizenvalahány sebészlet helyett elég lenne négy-öt. És a lényeg: az új rendszerben jóval magasabb szintű szolgáltatást lehetne nyújtani.

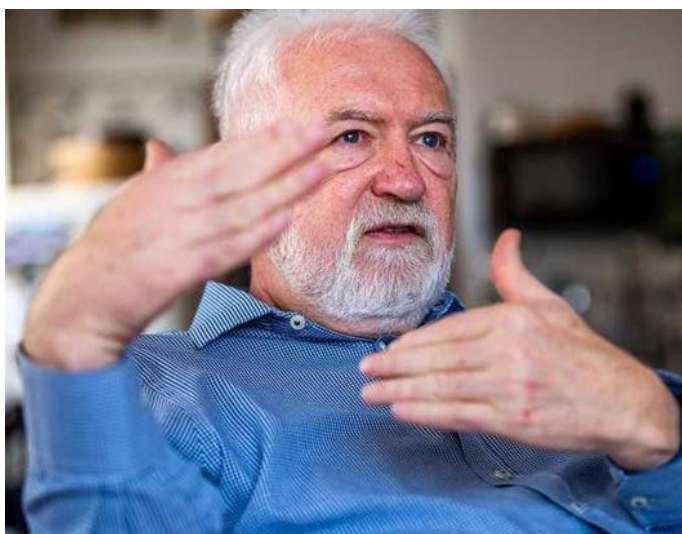
Rendszeresen posztol a facebook-on a hazai egészségügy anomáliáiról. Nem érzi Don Quijote-i harcnak a fellépését? Milyen reakciókat vált ki?

– Azért kezdtem el 2010-ben ezt a tevékenységet, mert bosszantott az egészségügy hullámzó teljesítménye, az ésszerűtlen ellátási rendszer. A visszajelzések sokszor irritálóak, de a legtöbbször pozitív üzeneteket kapok. Többször volt eredménye is az írásaimnak. Jelentős sikernek könyvelem el például, hogy a Magyar Orvosi Kamara előző vezetése hangsúlyos, részben az én cikkeim, illetve tényfeltáró anyagaim miatt bukkott meg és nyílt meg a lehetőség egy új Kamara kialakítására.

(Forrás: penzcentrum.hu – Hajdú László, 2022. október 10.)

KINCSES GYULA: NEM AZ ORVOSVÁLASZTÁS ÁTALAKÍTÁSA, HANEM A TÁRSADALMI EGYEZTETÉS HIÁNYA A FŐ PROBLÉMA

Fotó: Marjai János / 24.hu



A beteglátogatási idő szabályozása, az intézményi teljesítmény mérése és még az orvosválasztás átalakítása mellett is szólnak szakmai érvek – mondta Kincses Gyula, a Magyar Orvosi Kamara (MOK) elnöke a [Klubrádió – Megbeszéljük](#) című műsorában. Arról is beszélt, hogy hozhatna pozitív változtatásokat az egészségügy átalakítását célzó törvényjavaslat, de az orvosszakma, és főleg a társadalom megkérdése nélkül életveszélyesek lehetnek az egyes beavatkozások.

Bizonyos reformokra mindenképp rászorulna az egészségügy, de nem olyan formában, ahogy annak híre hétfőn bejárta a sajtót. A MOK kiadott egy közleményt, amelyben elfogadhatatlannak tartják az átalakítások tervezetét, egyúttal nehezményezték, hogy a törvényhozás nem egyeztetett sem velük, sem a társadalom szélesebb rétegeivel.

Kincses Gyula, MOK-elnök kifejtette, hogy az egészségügyi ellátórendszert időről időre hozzá kell igazítani a megváltozott szakmai környezethez, megbetegedési viszonyokhoz, és a település struktúrához. Javaslatára szerint regionális központokat lenne érdemes létrehozni, amelyek biztosítanak a környékbelieknek egynapos sebészet, nappali kórházat, illetve megerősödött alapellátást. A praxishatárok észszerű átalakításakor szerinte azt kellene megvizsgálni adott helyi szinten, bizonyos praxisok miért nincsenek évek óta betöltve, illetve érdemes volna utá-

najárni, az élet hogyan is oldotta meg ezeket a helyzeteket – mondta Kincses.

A MOK-elnök szerint pozitív hozadéka lehetne a törvényjavaslatnak a kétlépcsős béremelés, amiről a Kamara a hálapénz feladásáért cserébe már megállapodott a miniszterelnökkel. Bár ez még nem teljesült – tette hozzá Kincses. Ugyanakkor az is része a tervezetnek, hogy orvosok bérét csökkenthetik is, amivel az a probléma, hogy nem tudni, milyen szempontok szerint különböztetnék meg az egyes dolgozókat. Kincses a Kamara álláspontját tolmácsolta, mikor kifejtette, szükség volna egy átlátható teljesítménymérésre az intézmények körében. Hozzátette, Magyarországon ez hagyomány nélkül való, ezért ha három hónap alatt szeretné bevezetni a Belügyminisztérium az „életveszélyes” lenne.

A törvényjavaslatról szóló hírek közt szerepelt, hogy az korlátozná a beteglátogatási időt. Kincses szerint bizonyos esetekben a látogatók hátráltathatják a betegellátást. Azonban a látogatási idő előre történő egyeztetését, illetve annak korlátozását csak egyes esetekben látná indokoltnak, és bízik benne, hogy egy ilyen intézkedés törvényesítése esetén az intézményvezetők jóhiszemű belátásuk szerint járnának el.

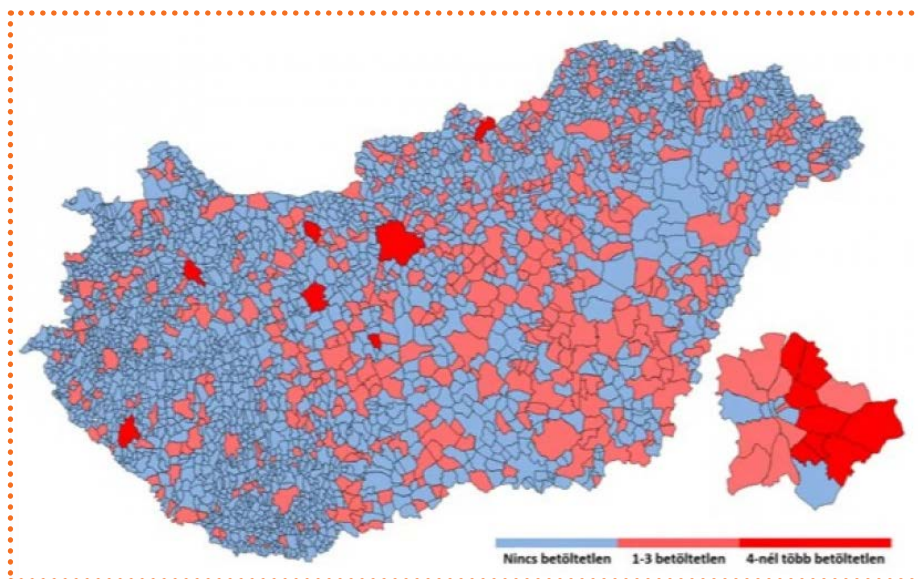
Az orvosválasztás szabadságáról Kincses azt mondta, hogy a legtöbbször azért ragaszkodnak egy bizonyos doktorhoz mert személyesen ismerik, vagy, mert a „fodrászuk azt ajánlotta”. Erről elmondott egy anekdotát abból az időből mikor még Debrecenben ő gyermek fül-orr-gégészként működött, míg a kollégája orrspecialistaként. A kettejük személyiségbeli különbségéből azonban kialakult az a szokás, hogy a kollégájához inkább a sportolók, míg Kincseshez inkább a művészek jártak panaszaiikkal. Kincses szerint azonban az ellátás jobban tudná biztosítani, ha nem szimpátia- hanem szakmai alapon választanák a betegek az orvosokat.

Összességében Kincses úgy gondolja a betegellátás nem az orvosszakma belügye, hanem minden állampolgáré. A szakmai egyeztetés mellett azt tartja legfontosabbnak, hogy az intézményi átalakításokat minden esetben előzze meg társadalmi vita – zárta a Kamara elnöke.

(Forrás: [Klubrádió/Ivónkai Márk, 2022. október 4.](#))

A HÁZIORVOSI PRAXISOK TÖBB MINT TIZEDE BETÖLTETLEN

Brutális hiány van házi orvosokból, a praxisok több mint tizede betöltetlen az országban – derül ki a Gazdaságkutató Intézet (GKI) legfrissebb elemzéséből. Az összesítés szerint vidéken hiányzik a legtöbb orvos. A GKI szerint ráadásul nem várható egyhamar javulás, mint írják, a betöltetlen praxisok növekvő számának egyik oka, hogy a házi orvosok körében jelentős az elöregedés, de a trendet erősíti az is, hogy a nehezen elérhető településeken nincs az orvosok előtt perspektíva, és sokan távoznak a magánellátásba is.



Házi orvosok állapota 2022. szeptember 1.
(Forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő)

A 2022. szeptember elsejei adatok szerint 687 betöltetlen házi orvos praxis volt Magyarországon, összesen 516 településen. Ez a betöltetlen praxisok számában 6%-os (Budapesten 23%-os) növekedést jelent 2022 januárjához képest. Vagyis a 6454 praxis közül minden tizedik betöltetlen. A betöltetlen praxisokból 80 több mint 10 éve, 126 pedig több mint 5 éve helyettesítésre szorul. Mindezt annak ellenére, hogy a praxisjog eladható és hitelt is fel lehet venni a vásárlásra. 2010 és 2021 között 644 fővel (10%-kal) csökkent a praktizáló házi orvosok száma.

Több tízmillió esetszám

A KSH legfrissebb 2021-es adatai szerint az (akkor) 5807 praktizáló házi orvos több mint 73 millió esetet látott el. Ez azt jelenti, hogy egy házi orvosra 12 645 eset jutott, vagyis 50 eset naponta, ami 16,3% több mint 2020-ban. A nagy emelkedés oka a Covid-járvány alatt bevezetett telemedicinális ellátás, ami közel 2,5 millió esettel csökkentette ugyan a rendelői ellátások számát, ellenben több mint 10 millió új esetet jelentett telefonon keresztül.

A növekedés az esetszámokban azt is jelenti, hogy 2021-ben egy betegre átlagosan maximum 10 perc jutott. Szintén nőtt az egy házi orvosra jutó lakosok száma (2021-ben 1669 fő), ami 8%-kal több mint 2010-ben. A megnövekedett számú üres praxis helyettesítése miatt a helyettesített és az eredeti praxisban is romlik a betegek ellátása, mivel a házi orvos túlterheltsége növekszik.

Vidéken hiányzik a legtöbb orvos

Megyei szinten a legtöbb házi orvos (73) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében hiányzik. Hasonlóan sok a betöltetlen

praxis Budapesten és Pest megyében, ahol 59, illetve 58 házi orvost keresnek, valamint Jász-Nagykun-Szolnok és Békés megyékben, ahol 47, valamint 45 betöltetlen praxis van. Átlag feletti volt továbbá a hiány Fejér, Heves és Nógrád megyékben.

A legkevesebb, 16 betöltetlen praxis Csongrád, valamint Győr-Moson-Sopron megyékben volt. Települések tekintetében kiemelkedő volt Salgótarján és Tatabánya 9, illetve 8 betöltetlen praxissal. Továbbá 4-nél több házi orvos hiányzott, Pápán, Dunaújvárosban, Székesfehérváron, Nagykanizsán, illetve Újpesten, Kőbányán, Zuglóban, Kispesten és Pestszenterzsébeten, valamint a XV., a XVII., a XVIII. kerületekben.

Hogy lett ilyen rossz a helyzet?

A betöltetlen praxisok növekvő számának egyik oka, hogy a házi orvosok körében jelentős az elöregedés, azaz a nyugdíjba vonuló orvosok helyett nincs utánpótlás. A házi orvosok átlag életkora 60 év körüli. Az adatokból látszik továbbá, hogy az elöregedésen felül két másik ok is állhat a betöltetlen praxisok mögött.

Az egyik a kilátástalanság, ez főleg azokat a praxisokat sújtja, amelyek nehezen elérhető településeken találhatók.

Egy másik ok lehet a magánellátásba való távozás a magasabb juttatások miatt, ez a probléma inkább a nagyobb városok esetében magyarázhatja a betöltetlen praxisok magas számát, mivel a házi orvos nyugdíjba vonulása után nincs jelentkező a megüresedett pozíció betöltésére.

(Forrás: [Pénzcentrum.hu](https://penzcentrum.hu), 2022. október 5.)

TOVÁBBRA SEM PRIORITÁS A JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS

Az ágazatvezetés sokkal inkább priorizálja a fekvőbeteg-ellátást, mint a szakrendelők fejlesztését – hangzott el a Medicina 2000 Magyar Járóbeteg Szakellátási Szövetség éves konferenciáján, ahol az államosítással kapcsolatos ellenérvek is elhangzottak.

Nem prioritás a szakellátás fejlesztése a szakpolitika számára – derült ki a szövetség szokásos éves felméréseinek eredményeiből, amelyet Polák László elnökhelyettes ismertetett a konferencia első napján, szerdán Balatonfüreden.

Míg tavaly több mint 50, idén az összesen 42 válaszadó önálló szakellátó 48 százaléka ítélte elégtelennek a szakpolitika tevékenységét, így – bár sikerült valamelyest javítani a megítélésen – mindössze 1,75-ös átlagot sikerült elérniük a döntéshozóknak.

A koronavírus-járvány során a fenntartó kiváló munkát végzett a válaszadók 30 százaléka szerint, míg 27 százalékuk vélekedett úgy, hogy jól látta el feladatait, azaz a többség kapott érdemi segítséget, ugyanakkor az intézkedő szervek teljesítményét a felmérésben résztvevők negyede elégtelenre értékelte.

Az ágazat megítélése kicsit javult, a munkaerőhelyzet kicsit romlott – foglalta össze az elnökhelyettes, és ismertette, hogy az önálló szakellátók a szakpolitikától elvárják

- a műszer- és eszközpark fejlesztését;
- az intézményfejlesztést;
- a humán erőforrás problémák megoldását;
- a jogszabályi koherencia megteremtését.

Nem arányosak a bérek a terheléssel

Nemcsak a szakdolgozók, hanem a kisegítő személyzet béreit is rendezni kell – jegyezte meg Szánti Istvánné, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara járóbeteg-szakellátásért felelős alelnöke, aki a hivatásrend felméréseinek eredményeit ismertette, amelynek során ugyancsak a járóbeteg-szakellátás helyzetét mérték fel a konferenciára készülve.

A járóbeteg-szakellátásban dolgozó szakasszisztensek 33 százalékának van másodállása, 46 százalékuknak az egészségügyben, ezen belül leggyakrabban a magánrendeléseken. Szakdolgozó-hiány jellemzően azokon a speciális területeken tapasztalható, ahol korábban szünetelt a képzés. A Covid-időszakot követően sokan nyugdíjba mentek, akik maradtak, azoknak a bérezése nem arányos a munkahelyi terheléssel – jegyezte meg az alelnök, aki



Illusztráció, Debreceni Egyetem

szerint az orvosbérek emelésének nyomán feszültebbé vált az orvos-szakdolgozói viszony.

A beutalási renden és a betegutakon kellene változtatni a szakdolgozók véleménye szerint, erősítve a kapcsolatot az alapellátással. Továbbá szükségesnek tartanak:

- ösztönző bevezetését a rendelőkben az ellátotti betegszám alapján;
- nyugdíj utáni foglalkoztatás megkönnyítését.

Nemcsak a nyugdíjasok, hanem a vállalkozói jogviszonyban dolgozók alkalmazásának adminisztrációs terhein is könnyíteni kell – foglalta össze a szakellátási szövetség állásfoglalását Tóth Tibor, elnökhelyettes. Felhívta a figyelmet arra is, hogy ágazati szinten kell fedezetet találni az energiaválság nyomán emelkedő rezsiköltségekre. Ennek kapcsán később Pásztélyi Zsolt, a Medicina 2000 elnöke jegyezte meg, hogy míg eddig a vasútegészségügy költségvetésének 1 százalékát tette ki a gázszámla, addig ez mára tíz százalékra emelkedett, ami kezelhetetlen növekményt jelent.

Ösztönözni kell a felhasználókat a telemedicina-szolgáltatások alkalmazására, ennek finanszírozását növelni kell, amellet, hogy a németpont rendszer felülvizsgálata is szükséges. A felesleges betegutak felszámolhatóak a szakorvosi gyógyszer- és gyese-rendelés revíziójával – folytatta Tóth Tibor, aki azt is elmondta, hogy az egyes intézmények kapacitásait a beteg-előjegyzési listáknak megfelelően kell beállítani.

Ne legyen államosítás!

A szövetség nem támogatja az államosítást – jelentette ki a helyettes elnök. Az önkormányzatok jelenleg évente 15-20 milliárd forintot költenek a fenntartásukban lévő rendelőkre, amelyek így adósság nélkül működnek. Az államosítással ez a támogatás elvész, ami nettó forráski- vonást jelent az egészségügyből. A kórházakhoz integrált

rendelők elsorvadnak, elmaradtak a beruházások és fejlesztések, mert a fekvőbeteg-ellátás nyomasztó problémái háttérbe szorítják a rendelőket.

Az önálló járóbeteg-szakellátók definitív ellátást biztosítanak, szemben a fekvőbeteg-intézményekhez csatolt rendelőkkel és az ambulanciákkal, amelyek így a kórházak előszobáját jelentik – jelezte, megjegyezve azt is, hogy a járóbeteg-ellátásban az egynapos sebészet valóban egy napos ellátást jelent, ahol – a számos előny mellett – lényegesen kevesebb a nosocomialis infekció is.

Finanszírozási revízió jön

A szak- és fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának revízióját ígérte a konferencia szakmapolitikai kerekasztala mellől Kiss Zsolt, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatója, aki szerint mindenre most jó lehetőség kínálkozik, mert a Belügyminisztériumban operatíván oldják meg a problémákat.

A minőségi ellátást díjazó és a teljesítményt ösztönző finanszírozási rendszer kialakítását készítették elő a NEAK-nál, egységes, összemérhető indikátorokkal, az európai uniós guide line-ok honosításával kidolgozott irányelvekre épülő finanszírozási protokollok mentén. Figyelembe vették a szövődmény-, halálozás- és reoperációs arányokat is. „Ha a kormány a terveket jóváhagyja, pilotintézményekben elindulhat ráfordítás-felmérés” – mondta a főigazgató, aki remélte, hogy mihamarább véget érhet az intézményekben az átlagfinanszírozás. Mint kifejtette, ennek számos káros mellékhatásainak egyike, hogy szignifikánsan csökkent a leadott teljesítmények elrontott tételeinek javítására való hajlandóság, így egyre rosszabb minőségű lesz az adatállomány, amely alapján az alapkezelőnél dolgoznak. A teljesítményfinanszírozás visszavezetésétől többek között azt is remélik, hogy sikerül ledolgozni azt a 20-25 százalékos visszaesést, amelyet a népegészségügyi célú szűrések terén tapasztaltak. A fekvőbeteg-ellátók az idei év első hét hónapjában 30-67 százalékon teljesítettek a 2019-es bázisévhez viszonyítva.

Bár a Covid időszakában volt némi javulás a telemedicina-ellátások számában, de ezen a szinten meg is rekedt ez az ellátási forma – számolt be a főigazgató, hozzátéve, hogy további felfutás csak akkor várható, ha a belső finanszírozási arányokon sikerül javítani.

Lesz rezsitámogatás, csak még nem tudni, hogyan

A kórházak lejárt adósságállománya stabilan növekszik, a július végi 36,2 milliárd forinthez képest augusztus végéig 7 milliárd forinttal emelkedett, és elérte a 43 milliárd forintot – folytatta Kiss Zsolt. Az adósság belső összetételét egyelőre vizsgálják, de úgy tűnik, hogy a nagyobb részt nem az árubeszállítási elmaradások teszik ki. Nagy mozgástere egyébként nincsen az intézményeknek, mert a bérhányad jelenleg 85-86 százalékos. Nem ismerjük a tényleges bekerülést, ezért tényleges értékelésére most

még nincs lehetőség – fogalmazott az energiaárakkal kapcsolatban, de mint mondta, rezsitámogatást egyéni felmérés nyomán lehet majd biztosítani.

Amennyiben nincs hatóanyagváltás, ne legyen szükség szakorvosi véleményre a krónikus betegeknek felírt készítményeknél – tervezik még, azonban a hosszabbítás semmiképpen nem lehet automatikus, mert így nem követhető a beteg státusza. Az eeszt betegirányítási, betegútszervező felületté fogja kinőni magát – prognosztizálta Kiss Zsolt, aki szerint így kevesebb lesz az ismétlődő vizsgálatok száma, ahogyan ezt már tapasztalták a laborvizsgálatoknál.

Nem lesz közfinanszírozás a magánellátóknál

Egyelőre csak önkéntes bevallás alapján ismerik a járóbeteg-szakellátóknál a várakozási idő alakulását, de kontroll nincs, és rendkívül heterogén a jelentési hajlandóság, így csak az alapkezelőhöz ezres nagyságrendben érkező betegpanaszok kapcsán érzékelik, hogy fennakadások vannak az ellátásban. Egyelőre kérdés, hogy a magánszolgáltatók milyen mértékben vesznek részt az állami járóbeteg-szakellátás betegforgalmának csökkenésében. Bár a magánellátók jelentenek az eeszt-be, ám az ellátás teljes spektruma ennek alapján még nem követhető.

A főigazgató leszögezte, hogy a NEAK nem fog ellátásokat finanszírozni a magánszolgáltatóknál, mert a betegek ellátásához elegendő kapacitás áll rendelkezésre az állami intézményekben.

Nemcsak a Covid időszakában, hanem azt követően is nőttek a várakozási idők a járóbeteg-szakellátóknál – jelezte Pásztélyi Zsolt, megjegyezve azonban azt is, hogy 2022. első félévben 8 millió receptírás történt a közfinanszírozott, míg 370 ezer a magán ellátóknál, ami szerinte cáfolja azokat a becsléseket, amelyek szerint a betegek harmadát/felét a privát szolgáltatók látják el.

Az átlagos várakozási idő elérte a 30 napot, a szükséges várakozás szakmától függően 3-tól 68 napig terjedhet – ismertette a konferencián a Medicina 2000 májusi felmérésének eredményeit Polák László.

Nem csak a teljesítmény-elszámolás hiánya okozza, hogy nehézkes a bejutás az ellátásokra – vélelmezte a NEAK főigazgatója, a közönség soraiból hozzászóló intézményvezetők pedig számos más okot is felsoroltak. Többek között megemlítették, hogy a Covid-járvány, a szolgálati jogviszony törvény és a munkaerőhiány nyomán megváltozott az intézmények szakmai portfóliója, és jól finanszírozott szakmák – mint például a kardiológia – estek ki. Nemcsak a paraszolvencia okozza a műtétes szakmák kapacitáscsökkenését, hanem az is, hogy nincs műtősnő, nincs asszisztencia, sem műtőssegéd. Helyenként pedig azért működnek félgőzzel egyes osztályok, mert nem tudnak több műszakra biztosítani szakápolót – hangzott el a konferencián.

(Forrás: [Tarcza Orsolya, MedicalOnline, 2022. szeptember 14.](#))

✓ PÉNZT VAGY ÉLETET?

INTERJÚ BAZSÓ PÉTER IDEGSEBÉSSZEL

Mint kiderült, a halálos betegségeket mégsem lehet a tízparancsolat megtartásával elkerülni, szükség lenne jól működő egészségügyre is. Ez a feladat tovább már nem halogatható, mert az orrunk előtt hullik szét az egész rendszer, veszélyeztetve az ország lakóinak egészségügyi állapotát – nyilatkozza az [Élet és Irodalomnak](#) Bazsó Péter idegsebész, aki évekig volt a legnagyobb állami intézmény, a Honvéd Kórház orvosigazgatója, majd az egyik legnagyobb hazai magánegészségügyi intézmény, a Duna Medical Center alapító főigazgatója. Bazsó szerint a gyógyítómunkához szükség van az állami és a magánegészségügy együttműködésére is, a két területet egységes rendszerként kéne kezelni, de a betegeket elsősorban az állami intézményekben kell meggyógyítani.



Egy szakmai körökben terjedő dolgozatában – a javaslatnak némi párosszal is hangsúlyt adva – úgy fogalmaz: itt az idő, most vagy soha, hogy átalakítsák a magyar egészségügyi rendszert. Biztos abban, hogy a világvárvány után, illetve a következő hullám előtt ez a legkedvezőbb időpont?

– Igen, egészen biztos vagyok benne. Természetesen az ilyen bonyolult rendszer átalakítására, mint a magyar egészségügy, soha nincs ideális időpont, hiszen működés közben, eltérő érdekviszonyok figyelembevételével kell végezni. Abban is egészen bizonyos vagyok, hogy a feladat tovább már nem halogatható, mert lassan széthullik az egész, veszélyeztetve az állampolgárok egészségét. Miközben az állam gigantikus összegeket, évente közel háromezermilliárdot költ az egészségügyre, amihez még szép summát a magyar polgár is hozzátesz a saját zsebéből, az ellátórendszer intézményei sorra lehetetlenülnek el, zárnak be meghatározatlan időre, a betegek pedig a magánegészségügy felé tapogatózva keresik a gyógyulás lehetőségét. Mindennek az egyik oka, hogy a mai állami egészségügy pazarlóan működik, változatlan fenntartásához már az isten pénze is kevés lenne. Vagyis nincs mese, a hatékonyabb munka érdekében mielőbb át kell alakítani a rendszert.

Az állapotokra jellemző az a statisztika, amely szerint a ma Magyarországon meghalt betegek közel harmada gyógyítható lenne, vagy megelőzhető a halált okozó betegség. Ez a helyzet folyamatosan romlik vagy stagnál. Lehet még tovább rontani?

– Ennek eldöntéséhez megbízható adatszolgáltatási rendszer szükséges, amelynek segítségével folyamatosan elemezni lehet az egészségügyben zajló folyamatokat. Ez a lehetőség eddig hiányzott, a világvárvány viszont felgyorsította az évek óta vajdó, úgynevezett Elektronikus Egységes Szolgáltatási Tér kialakítását. Ennek segítségével egyértelműen átláthatóvá válik az egészségügyet fejlesztő döntések észszerűsége és gazdaságossága. Illetve a megfelelő adatok alapján tervezhetővé válik a gyógyítómunka és az ellátás megszervezése is. Csak egy példa az érthetőség kedvéért: a rendszer egyetlen pillanat alatt kimutatja, ha valakit fél év alatt – ugyanazzal a gerincbetegséggel – már harmadszorra küldtek el CT- vagy MRI-vizsgálatra, ami nyilvánvalóan pazarlás, hisz csak elő kellene venni a korábbi vizsgálat eredményeit. Mondhatnám cinikusan: a beindított s egyre jobban működő adatszolgáltatót, az EESZT rendszert a COVID-nak köszönhetjük, ahogy a távdiagnosztika, a videókonzultáció lehetőségének megteremtését is. A számítógépes rendszer alkalmas arra is, hogy a családorvos és a szakorvos – minden előzetes bonyolult egyeztetés nélkül – a „felhőben” lévő dokumentumok alapján képes konzultálni a vizsgált páciens állapotáról, tüneteiről, kórtörténetéről, s közösen kidolgozhatják a megfelelő terápiát. Eközben a beteg nem kutyagol napokat intézményből intézménybe, s valamennyi orvos a saját rendelőjében ül!

Ez jól hangzik, csak hogy a valóság ma az, hogy az országban egyre több intézmény képtelen ellátni a feladatát. Folyamatosan zárják be a vidéki kórházi osztályokat, legutóbb a szegedi és a kecskeméti kórházban

szűnt meg az urológia, a szolnoki kórházban csak heti két alkalommal lehet szülni, sztrókkal pedig a fővárosba kell utazni.

– Emiatt kell átszervezni az egészségügyi ellátórendszer működését. Gyanítom, hogy kiderülhet: valójában nincs szükség minden, a feladatát ellátni képtelen szolgáltatóra. A rendszert úgy kell átalakítani, hogy az egészségügyi ellátás biztonságos legyen és költséghatékony.

Tehát a kórházak egy részét be kell zárni?

– A jövő útja egyértelműen az intézményi centralizáció. Kevesebb, de jól felszerelt kórházra van szükség Magyarországon, amelyekben minden típusú betegséget képesek ellátni nagy gyakorlattal, kompetens módon. Ez nagyon fontos! Az ilyen kórházaknak úgy kell működniük, mint egy szimfonikus nagyzenekarnak, minden hangszeres szereplő teljesítménye nélkülözhetetlen a tökéletes hangzás eléréséhez, ami természetesen folyamatos gyakorlást feltételez. Erre lenne szükség a gyógyításban is. Egy általam elképzelt, sokszakmáskórház csak akkor képes „művészi hangzást” produkálni, ha az intézmény legalább félmillió embert, tehát az ország egy nagyobb területének lakosságát elláthatja. Csak ebben az esetben lehet hatékonyan és gazdaságosan gyógyítani egy jól felszerelt és korszerű kórházban. Ez az ellátórendszer az úgynevezett centrumkórházak rendszere, amelynek vidéken a megyei kórházak, a fővárosban pedig – ahol négy-öt megye lakosságának megfelelő ember él – az Észak-pesti, tehát a jelenlegi Honvéd Kórház, illetve a tervezett Dél-pesti, a Dél-budai szuper mellett az Észak-budai Centrumkórház. Ez valóban lehetne az a „váz”, amire épülhetne a magyar kórházi egészségügy.

A leendő centrumkórházak talán legfontosabb feladata a sürgősségi ellátás, amely az azonnali beavatkozást igénylő, akut esetekkel foglalkozna. Ezek működését mielőbb definiálni kell. Nagy luxus, hogy a vezető halálos betegségek – sztrók, infarktusz, embólia – gyógyítására alkalmas osztályt valaki azért keresi fel, mert szeretné, ha sürgősen kimosná a fülét. A hazai háromszintű egészségügyi ellátás, benne a családorvosi és a szakorvosi hálózat – a szakrendelők, plusz az egynapos sebészet rendszere – képes arra, hogy a kevésbé súlyos betegségeket ellássa, ad absurdum fület is moshat. És ezzel leveszik a terhet a centrumkórházak sürgősségi osztályairól, ahol a jövőben valóban csak életet veszélyeztető állapotok ellátását szabad végezni.

Lehet, hogy csak a nagyobb kórházak életképesek vagy költséghatékonyak, de a politika soha nem vállalta, hogy egy félig felszerelt, korszerűtlen kórházat, félig működő szülészetet, urológiát, bőrgyógyászatot bezárjon. Miért tenné most?

– Mert nincs más lehetősége! A helyzet jól érzékelhetően és gyorsuló ütemben romlik, az átalakítás haszna viszont egy kockás füzetlapon is kiszámolható. Ha továbbra is korszerűtlen ispotályokban gyógyítunk, ahol legfeljebb

két-három orvosi szakterület működik, az a jövőben is elégtelen működéshez és pazarláshoz vezet. Ha viszont az ápolás nagyobb ellátóközpontokban történik, ahol képesek ellátni a szövődményes tüdőgyulladást vagy levezetni a komplikált szülést, ahol működik onkológia, traumatológia, végezhetnek szív- vagy agyműtétet, akkor az intézmény képes költséghatékonyan működni. Ezek a beavatkozások nagyon drágák, s csak akkor lehet gazdaságosan végezni, ha a műtöket két műszakban, folyamatosan üzemeltetik, hogy elérjék a megfelelő esetszámot. Tessék kiszámolni, ehhez elég a négy matematikai alaplételem ismerete.

Röviden megfogalmazható, hogy ma miért hullik szét a magyar egészségügy? Csak pénzhiányról van szó?

– Az „eredendő bűn” még a múlt században, a 70-es években keresendő, ahol az úgynevezett extenzív fejlesztés gyökerei találhatóak. Abban az időben az egészségügy korszerűségét a kórházfejlesztésekre fordított összeg nagyságában, a kórházi ágyak számának szüntelen növelésében vagy az orvosi létszám állandó gyarapításában látták. Abból az időből való az a statisztikai tény is, hogy az állampolgárok fele nem fürdőszobás lakásban élt, tehát aki bekerült a kórházba, ahol volt angolvécé vagy zuhanyzó, netán fürdőszoba, akkor az otthoninál kedvezőbb körülmények közé jutott. Ez volt az úgynevezett extenzív fejlesztések időszaka, amiből emlékeink megőrizték az ágyszám növelésének fétisét vagy a települések önálló kórházának fontosságát.

Viszont a világ azóta gyökeresen megváltozott, az állandóan fejlődő informatika rohamléptekkel alakítja át az orvosi diagnosztikát és természetesen a terápiát is. Korszerű képalkotó eljárások sora, nagy teljesítményre képes központi laboratóriumok vagy méregdrága sebészeti, adott esetben genetikai – génszabás – beavatkozást segítő rendszerek állnak az orvosok rendelkezésére, amelyek hihetetlen teljesítményre képesek. Ezek a masinák is drágák, s gyorsan elavulnak, hisz az orvosi technológia tényleg fénysebességgel fejlődik. Ezért az ellátást úgy kell megszervezni, hogy ezek a drága gépek folyamatosan dolgozzanak, ha tetszik, két vagy akár három műszakban is. Ez pedig egy kisebb kórházban, ahol nincs is elég ellátandó beteg vagy orvos, aligha történhet meg. Tehát hiába presztízkérdés a nagyszámú kórházi ágy fenntartása. A gyógyítás feltételei, tehát az orvos, a szakszemélyzet és műszerek hiányában egy kórházi ágy már legfeljebb csak ócskavas. Sajnos azt kell mondanom, hogy ma totálisan rossz rendszer működik Magyarországon, hisz a gyógyulás feltétele a megelőzés, a széles jogosítványokkal rendelkező családorvosi ellátás, a korszerű, egynapos sebészettel kiegészített szakellátás és a sokszakmáskórház egységes működése. Jelenleg ezekből semmi sem működik!

Mi lesz, ha mégsem történik meg az átalakulás?

– Akkor az lesz, ami most is van: nem lesz a kórházakban elég orvos vagy ápoló. Nem lesz megfelelő szintű ellátás,

vagy semmilyen se lesz. Be kellene látni, hogy ez nem aktuálpolitika, hanem szakmapolitika. Azon lehet vitatkozni, hogy király áll az ország élén, vagy államfő. Netán ispán irányítja a megyét, vagy polgármester, uram bocsá', tanácselnök. Ezeken a kérdéseken talán lehet perlekedni, de a széthulló egészségügyi rendszer átalakítását halogatni bűn. Itt ugyanis polgártársaink egészségéről és életminőségéről van szó, ráadásul az egész folyamat logisztikája racionálisan tervezhető lenne! Pillanatnyilag azonban nemcsak a politika, de az egészségügyi rendszer minden szereplője a megúszásra játszik. Az állam próbálja beletuszkolni a mai keretekbe a betegeket, illetve a gyógyítás feladatát. Az egészségügy – amíg teheti – igyekszik megúszni az átszervezést, mert az belső szakmai-hatalmi viszonyok átalakításával is jár. A beteg pedig igyekszik megúszni az öngondoskodást, tehát a társadalombiztosítási járulék korrekt kifizetését, amire aztán később alaposan ráfázik. Ennek eredménye, hogy évek óta fennáll egy omladozó, kidőlt-bedőlt egészségügyi rendszer, ami sokáig azért működött, mert az épület téglái közé keverték a paraszolvencia habarcsát, és ez úgy-ahogy működésben tartotta a rendszert.

(...)

Politikailag talán érzékeny kérdés, hogy az átalakítást magánbiztosítókkal vagy nélkülük képzelel el?

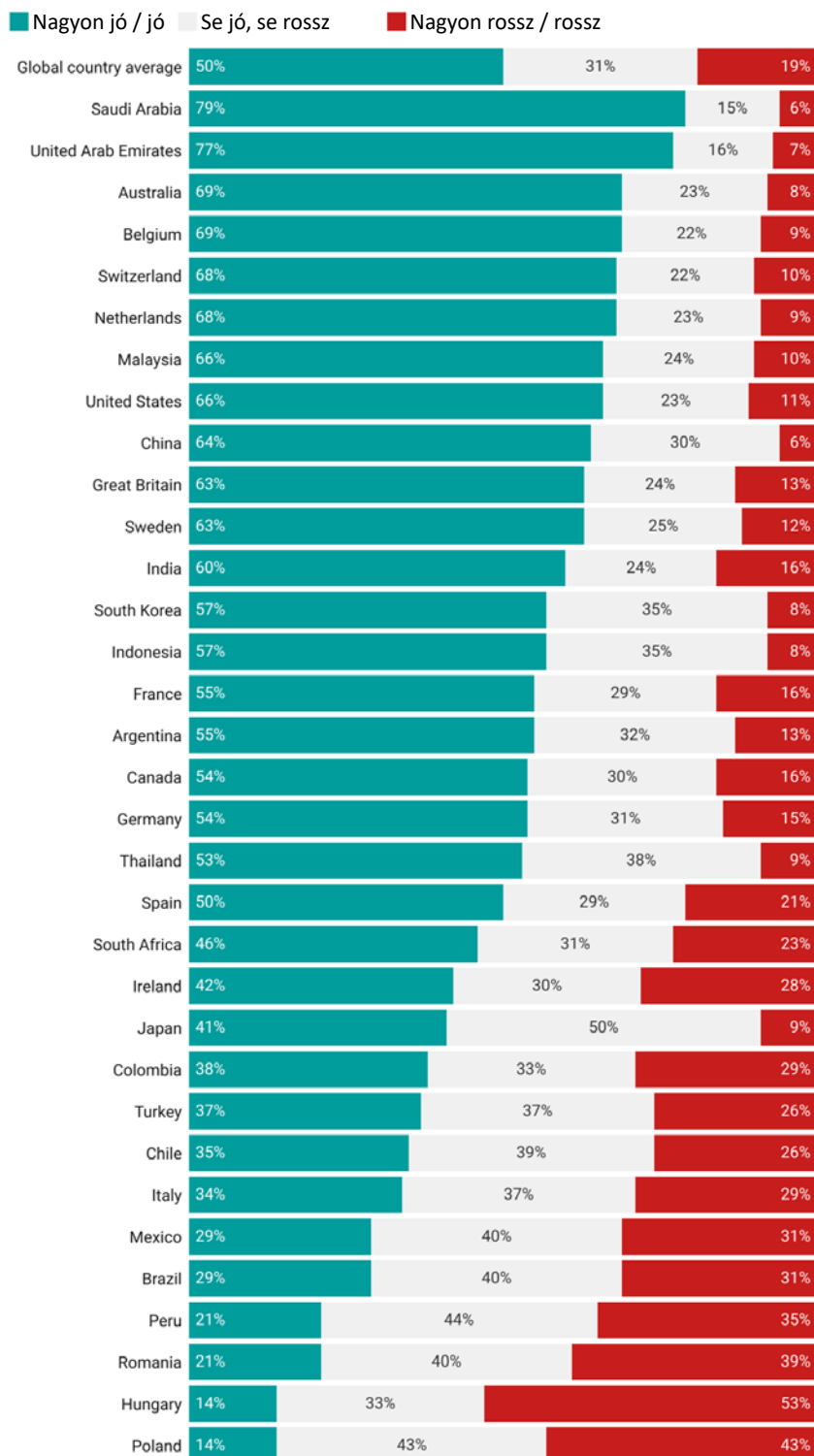
– Nincs ebben semmi kínos, ez a döntés sem politikai, hanem elsősorban matematikai. Azt tudni kell, hogy szív-, esetleg agyműtétet a magánegészségügy soha nem fog végezni. Száz emberből 70 biztosan az állami egészségügyi szolgáltatóhoz kerül. A fennmaradók – a 30 ember – bizonyos része talán köt majd külön egészségbiztosítást is, de megtartja a társadalombiztosítási jogosultságát. A magánbiztosító ahhoz kell, hogy az extra igényeket elégitse ki. Erről azonban már csak akkor lehet dönteni, ha rendbe raktuk az állami egészségügyet úgy, hogy a kapacitásokat teljesen kihasználják.

[A teljes interjú az Élet és Irodalom oldalán olvasható](#)

(Forrás: [Élet és Irodalom](#), LXVI. évfolyam, 32. szám, 2022. augusztus 12).

A magyar lakosság körében nemzetközi összehasonlításban a legalacsonyabb az egészségügyi rendszerbe vetett bizalom szintje, a legrosszabbnak ítélt az egészségügyi szolgáltatások színvonala, a legkevésbé egyenlő ezeknek a szolgáltatásoknak az elosztása és a magyarok várnak legkevésbé pozitív változást a jövőben. ([Quibit.hu](#))

Ipsos globális felmérés: Betegelégedettség a világ néhány országában az egészségügyi ellátással



A legkevésbé elégedettek az egészségügyi ellátással a magyarok

(Forrás: [Ipsos Global Health Monitor](#), 2022. szeptember 26.)

MINDEN 2. EMBER ÉLETÉT KÖVETELI, MÉGSEM FIGYELÜNK ODA ELÉGGE



A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai alapján a szívinfarktuson átesett betegek fele egy évvel az infarktus után nem váltja ki azt a koleszterincsökkentő gyógyszert, amiről biztosan tudni lehet, hogy harmadára csökkenti egy újabb infarktus esélyét – többek között erről beszélt az [Indexnek](#) a Szívünk Napján

Becker Dávid, a Magyar Kardiológusok Társaságának elnöke.

Hazánkban minden második ember szív- és érrendszeri betegség miatt veszti életét. A szív-és érrendszeri betegségek több áldozatot szednek, mint valamennyi más betegség, baleset és más halálok együttesen – figyelmeztetett a Szívünk Napja alkalmából Becker Dávid, a Magyar Kardiológusok Társaságának elnöke.

A Szív Világszövetsége (WHF) kezdeményezésére 2000 óta a világon mindenütt egyszerre rendezik meg a Szívünk Napját, melyhez hazánk az első évtől kezdve csatlakozott. Így a Magyar Kardiológusok Társasága minden évben szeptember utolsó vasárnapján, a Szívünk Napján hívja fel a figyelmet a szív- és érrendszeri megbetegedések kiemelkedő gyakoriságára és a mindennapi életben is megvalósítható megelőzési módszerekre.

A kardiológus hangsúlyozta: a háttérben kiemelkedő szerepe van az életmódnak, a mozgásszegény mindennapok, az egészségtelen táplálkozás és a dohányzás nagyban hozzájárul a kardiovaszkuláris panaszok megjelenéséhez, a negatív folyamatok ráadásul már gyerekkorban elindulnak.

„Az életmódbeli kérdéseken túl nagyon fontos lenne az egyéb rizikófaktorokat is figyelembe venni, ha például valakinek fiatalon, 30–40 éves korban volt már szívinfarktus, akkor a család többi tagjának is nagyobb hangsúlyt kell fektetni a szűrővizsgálatokra. De úgy általában, 40 éves kortól érdemes szűrésekre járni, egyszerű, de nagyon fontos vizsgálatokat kérni, megmérni a vérnyomást, a vércukrot, a koleszterint, kiszámolni a testtömegindexet” – emelte ki Becker Dávid.

Tudomány és álhírek

A szakember arra a kérdésre, hogy az utóbbi időszakban mi jelentett külön kihívást a kardiológusnak, azt felelte, hogy a betegek hiányos edukációja mindig is probléma volt, de az elmúlt pár évben az álhírek következtében ez a helyzet tovább romlott.

Kiemelte, hogy az interneten nagyon sok „tudományosnak” feltüntetett tévhit terjed, sokszor idéznek egy „híres”, külföldi, majdnem(!) Nobel-díjas amerikai vagy svájci professzort, és az aktuálisan reklámozott csodaszernek köszönhetően meggyógyult beteget, nem ritkán valódi szakemberek nevével visszaélve.

Mint mondta, annak ellenére, hogy a kardiológiában mind a megelőzés, mind a gyógyítás terén számos, szinte valóban csodaszernek minősülő készítmény áll rendelkezésre, folyamatosan küzdeniük kell a tévhitnek ellen, pedig azok emberéleteket követelnek. Példaként említette, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai alapján a szívinfarktuson átesett betegek fele egy évvel az infarktus után nem váltja ki azt a koleszterincsökkentő gyógyszert, amiről biztosan tudni lehet, hogy harmadára csökkenti egy újabb infarktus esélyét.

„Néhány száz forintos készítményekről beszélünk, mégis sokan a téveszméknek köszönhetően elhiszik, hogy a gyógyszer ártalmas, vagy kiváltása csakis kizárólag a gyártó érdekeit szolgálja. Az mindenképpen jó, ha valaki egy infarktus után erősnek és egészségesnek érzi magát, de ettől függetlenül be kell tartani az orvosi előírásokat. Fontos ugyanakkor az is, hogy az érintetteknek legyen egy egészséges betegségtudata. Ez persze nem azt jelenti, hogy minden pillanatban attól kell rettegni, hogy mikor jön a következő szívinfarktus, de a gyógyszereszedést és az egészséges életmódot nem lehet félvállról venni” – jelentette ki Becker Dávid.

A szakember kitért arra is, hogy a hazai kardiológiai ellátás az elmúlt húsz évben nagyon komoly fejlődésen ment keresztül. Kiemelte, hogy már mindenki számára elérhető a korszerű szívkatóéteres infarktusellátás, így ma feleannyian halnak meg szívinfarktusból, mint tíz évvel ezelőtt. Hozzátette: ha az infarktusos beteg azonnal mentőt hív, a veszélybe került szívizom nagy része megmenthető.

Sajnos a hazai betegek túl sokat várnak a mentőhívással, átlagosan több mint 3 órát, míg ez a „hezitációs idő” Ausztriában csak 70 perc – mutatott rá Becker Dávid, megjegyezve, hogy a hirtelen szívhalál vonatkozásában sem állunk jól, az ugyanis évente 20–25 ezer ember életét követeli.

A kardiológus szerint sok ezer élet megmenthető lenne, ha az újraélesztés lényegét sokan ismernék olyan szinten, hogy az első lépéseket is meg merjék tenni.

Nem véletlen, hogy a Millenáris D épületében megrendezett Szívünk Napján a legnagyobb hangsúlyt a segítségnyújtás, újraélesztés bemutatására, népszerűsítésére fektetik.

(Forrás: [Index.hu](#), 2022. szeptember 25.)

VÁGÁSBAN ELSŐK VAGYUNK

A régióban a 100 ezer lakosra jutó amputációk száma 25–30 százalékkal alacsonyabb, míg a fejlettebb országokban az arányszám a negyede, ötöde a hazainak.

Az amputációk nemzetközi összevetésben is rekord magas száma már bőven a koronavírus-járványt megelőzően is tragikus láttelepet mutatott a magyarok általános egészségügyi állapotáról és az ellátórendszeréről, a helyzet pedig azóta minden valószínűség szerint csak romlott. Pedig a több összetevős probléma nem új keletű, a szakma már a harmadik Orbán-kormány idején megkongatta a vészharangot, ám egy halovány és semmitmondó – ennek megfelelően rövid úton elhalt – ígéreten túlmenően nem futotta többre. Arról, hogy mekkora a baj, Az amputációk területi gyakorisága társadalmi és ellátórendszeri összefüggésben Magyarországon 2016–2017-ben című, kilenc kutató által jegyzett tanulmány árulkodik. Az egész országra kiterjedő, egyebek között a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (Neak) és a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatain alapuló kutatás szerint Magyarországon évente közel hétezer amputációra kerül sor: 2017-ben hazánkban 3900 major (boka feletti) és 3100 minor (boka alatti) amputáció történt, ezek aránya közel háromszorosa a nyugat-európai átlagnak. Hasonló gazdasági fejlettségű európai országokban, például Szlovákiában és Lengyelországban a 100 ezer lakosra jutó amputációk száma legalább 25–30 százalékkal alacsonyabb, míg fejlettebb országokban (Egyesült Királyság, Finnország, Spanyolország) az arányszám a negyede, ötöde a hazainak.

„Magyarországon rendkívül magas az amputációk száma a cukorbetegség, más szempontból pedig az idősek és a férfiak között. A mozgáshiányos és cukorháztartási zavarban szenvedő lakossághányad folyamatos növekedése révén évente közel 40 000 CLTI-t (krónikus végtagot veszélyeztető keringési problémát) diagnosztizálnak. Ez azért súlyos probléma, mert a major amputációk 85 százaléka mögött az alsó végtag artériás rendszerének súlyos okkluzív (elzáródással járó) betegsége és diabetes miatt kialakuló CLTI áll” – rögzíti a kutatás, amelynek megállapításai szerint a perifériás artériás betegségek Magyarországon 280–290 ezer főt érintettek (110 ezer férfi t és 176 ezer nőt), és túlnyomórészt időskori betegségről van szó.

A kutatás, amely járási szinten elemezte az adatokat, megállapította azt is, hogy az amputációk száma szorosan összefügg a társadalmi helyzettel, iskolázottsággal és nem utolsósorban azzal, hogy az adott térségben egyáltalán elérhető-e angiologiai, érsebészeti szakellátás, vagy sem.

Az akkori eredmények alapján az amputációk száma a járások alig 20 százalékaiban éri el a nyugat-európai országokéhoz hasonlóan alacsony számot, míg körülbelül felében sikerül a régiós szintet hozni. A járások harmadában viszont a közép-európai szintet is jelentősen alulmúljuk.

A legkevésbé rossz a helyzet egyébként az egyetemen rendelkező megyeszékhelyek közelében, míg a régiós átlagnál rosszabb adatokkal rendelkezik Vas és Nógrád megye, valamint az Alföld több járása.

A tanulmány társszerzője, **Dózsa Csaba orvos, egészségügyi szakközgazdász**, a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karának kutatója a Magyar Hang megkeresésére kifejtette: friss adatokat egyelőre ők sem kaptak a NEAK-tól, de jobb biztos nem lett a helyzet az elmúlt öt évben. Ennek fő okai, hogy az ellátórendszer javítására – beleértve a prevenciót – nem jutott pluszforrás, de még figyelem sem, a koronavírus-járvány miatt pedig megnyúltak a betegellátási utak.

– Amputációra a legvégső esetben kerül sor, ám addig általában igen hosszú, 15–20 éves út vezet. A kezdeti érrendszeri betegségek túlnyomó többségét egészségtudatos magatartással, helyesen megválasztott étrenddel, diétával kordában lehetne tartani. Ám a jobb eredményekhez az ellátórendszert is fejleszteni kellene – fejtette ki Dózsa Csaba, megjegyezve: az amputációk kétharmadának kiváltó oka a diabétesz, míg a többi esetben kisebbrészt dagados megbetegedések, nagyjából szív- és érrendszeri betegségek az okok. Ez utóbbiak nagy többsége – azaz évi több ezer amputáció – azonban kivédhető, elkerülhető lenne.

A szakértő közölte azt is, hogy javaslataikat annak idején eljuttatták az egészségügyi kormányzatnak is. Kidolgozták a Mentsük meg a lábakat! programot, amelyben hangsúlyozták, hogy a legfontosabb az angiológia, az intervenció radiológia, az érsebészet és más társszakmák működésének összehangolása lenne, a betegségek korai felismerésébe pedig széles körben be kellene vonni a háziorvosokat is. Javaslataik azonban pusztába kiáltott szónak bizonyultak: 2019 márciusában a Magyar Nemzet címen megjelenő kormánylap arról írt, hogy az Emberi Erőforrások Minisztériuma bejelentette a Nemzeti keringési programra keresztelt kezdeményezés elindítását. Ennek célja volt, hogy a szakmai javaslatok mentén 2030-ra felére csökkenjen az amputációk száma. Ám a program eddigi eredményeiről – illetve arról, hogy egyáltalán elindult-e, fut-e még, vagy már a süllyesztőben végezte – azóta sem hallhattunk.

Kérdéseinkkel megkerestük az egészségügyért az ötödik Orbán-kormányban felelős Belügyminisztériumot és Takács Péter egészségügyi államtitkárt. A Neaktól pedig azt szeretettük volna megtudni, hogy 2018 óta éves szinten hány minor és major amputációt finanszíroztak. Válasz több hét elteltével sem érkezett. **Takács Pétert** végül egy sajtótájékoztatón értük utol. Ott kérdésünkre kifejtette, jelentős részt a diabéteszes megbetegedések állnak az amputációk mögött, amelyek megelőzésére az elmúlt években a társadalomfinanszírozás már a fejlettebb, jobb hatékonyságú gyógyszerek beszerzését is támogatja. Emellett pluszforrásban részesülnek azok a kórházak, amelyek szív- és érrendszeri beavatkozásokat végeznek. A következő években felülvizsgálják a betegutakat, a kardiovaszkuláris orvosi ellátást pedig igyekeznek minél közelebb vinni a lakossághoz. Ennek különösen azon térségekben van jelentősége, ahol jelenleg csak távolabb van szív- és érrendszeri szakellátás. – Tudjuk, hogy a prevenció szemléletet nem a magas progresszivitású csúcskórházakban kell erősíteni, hanem az alapellátásban – tette hozzá az államtitkár, aki kitért arra is: a következő uniós finanszírozási ciklusban az alapellátást és az alapellátás kompetenciáit kívánják erősíteni. A cél olyan ösztönzőrendszer létrehozása, amelyben kiemelten és hosszú távon támogatják a jelenleg betöltetlen háziiorvosi praxisokat, hogy mindenhol legyen elérhető házi orvos.

(Forrás: Bodacz Péter, Magyar Hang, 2022. szeptember 16.)

DIABÉTESZ-TERÁPIA HELYETT MŰTÉT

megtakarítás az államnak, életévnyereség a betegnek

A csonkoló műtétek után nincs visszaút, de rendelkezésre állnak olyan technológiák is (pl. gyomorgyűrű), amelyek hasonló céllal alkalmazhatók.

Obez és extrém obez, 2-es típusú cukorbetegség esetén a költségek és az életévnyereség tekintetében egyaránt előnyösebb a bariátriai műtét, mint az élethosszig tartó diabétesz-terápia és a szövődmények kezelése. A beavatkozás kisebb terhet ró a biztosítóra, egyidejűleg jobb életminőséget biztosít a páciensek számára – [írja a MedicalOnline](#).

Egyedül a vesetranszplantáció volt eddig az az egészségügyi technológia, amelynél hasonlóan nagymértékű egészségnyereséget és társadalmi értéket detektáltak – jegyezte meg **Kaló Zoltán**, a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) szerda esti online ülésén. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ tanára, a META alapítója mindezt annak a vizsgálatnak a kapcsán mondta, amelynek során a bariátriai műtétek költséghatékonyságát bizonyították 2-es típusú, obez cukorbetegség esetében. Megjegyezte azt is, hogy a vizsgálat során a legkonzervatívabb számítást végezték, így összességében alulbecsülték a bariátriai műtétek eredményességét.

A vizsgálat eredményei – amelyekről **Kovács Gábor**, a Syreon Kutató Intézet munkatársa számolt be – alátámasztották a kutatók azon prognózisát, miszerint a jelenleg csak magánellátásban elérhető bariátriai műtéteket érdemes lenne beemelni a közfinanszírozott ellátások sorába.

Mindhárom vizsgált BMI (30-35; 35-40; 40-45 kg/m²) kategóriában jelentős testsúly és glikohemoglobin-szint

(HbA1c) csökkenést tapasztaltak a vizsgálat során. Kiderült az is, hogy a bypass műtét hatékonyabbnak bizonyulnak a sleeve (csőgyomor) beavatkozással szemben, amelynek az lehet az oka, hogy előbbinél nagyobb mértékben korlátozható a felszívódás, és a vékonybél egy részének eltávolítása endokrin hatása is bír – mutatott rá Kovács Gábor.

A beavatkozást követő BMI-csökkenés annál nagyobb mértékű volt, minél obezebb a beteg – a bypass műtét ebből a szempontból is előnyösebbnek bizonyult –, a HbA1c-szint csökkenés viszont azoknál a pácienseknél volt nagyobb mértékű, akiknél ennek értéke alacsonyabb volt a műtétet megelőzően.

A testsúlycsökkentő sebészeti beavatkozások akkor is költséghatékonyabbnak bizonyultak a diabétesz-terápiánál, ha figyelembe vették a műtét után esetlegesen kialakuló szövődmények ellátásának árát – foglalta össze Kovács Gábor.

Széles körű nemzetközi konszenzus és evidenciák bizonyítják a bariátriai műtétek hatékonyságát, az obez betegekre átlagosan másfélszer többet költ a társadalombiztosító, mint egy átlagos TAJ-ra, a diabéteszesek esetében ugyanez az arány háromszoros.

Van helye a közfinanszírozásban a testsúlycsökkentő műtéteknek – szögezte le **Gerendy Péter**, a NEAK speciális finanszírozási főosztályának vezetője, aki ugyanakkor felhívta a figyelmet arra is, hogy a sleeve és bypass beavatkozások csonkoló műtétek, amelyek után nincs visszaút, de rendelkezésre állnak olyan technológiák is (pl. gyomorgyűrű), amelyek hasonló céllal alkalmazhatók.

[További részletek a MedicalOnline cikkében...](#)

(Forrás: [medicalonline.hu](#), 2022. szeptember 29.)

✓ BEFAGYOTT VÁLL SZINDRÓMA LEGINKÁBB A NŐKET ÉS A CUKORBETEGEKET VESZÉLYEZTETI

Minden tizedik nőt és a férfiak 8 százalékát is érinti a befagyott váll szindróma, amely olykor hetekig, hónapokig tartó táppénzre kényszeríti az érintett, 40–60 éves korosztályt.

A vállízület a legnagyobb mozgásterjedelmű ízületünk, amely a mindennapi életünkben összetett funkciót lát el. A befagyott váll, az ízület fokozatos elmerevedésével, éjszakai nyugalmat is zavaró, erős fájdalommal járó betegség, melynek háttérében az ízületi tok és szalagrendszer kezdetben akut, majd később hegesedéssel járó krónikus gyulladása áll. Az eleinte mérsékelt, akár jelentéktelennek tűnő panaszok fokozatosan erősödnek, egy idő után a mindennapi életben is jelentős nehézséget, munkaképzetelenséget okozva – mondja dr. Antal Imre egyetemi adjunktus, a Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika Váll- és Könyöksebészeti részlegének vezetője.

A betegség észrevétlen kialakulásához az is hozzájárul, hogy a beteg kezdetben a vállízület lassan fokozódó merevségét a lapocka mozgásainak segítségével még kompenzálni tudja, de később már ez a lehetőség is kimerül. A páciensek részben az erős fájdalom miatt fordulnak orvoshoz, részben akkor keresik fel a szakembert, amikor a mozgás elvesztése miatt már nem tudnak rendesen dolgozni, autót vezetni, öltözködni, tisztálkodni vagy fogat mosni, fésülni sem, és egyáltalán nem, vagy csak korlátozottan tudják mozgatni a karjukat – teszi hozzá dr. Antal Imre. Bizonyos esetekben egy korábbi baleset vagy műtét állhat a betegség háttérében, kialakulásának oka azonban az esetek 60–70 százalékában ismeretlen eredetű és semmilyen konkrét kiváltó tényezőre nem vezethető vissza. A befagyott váll diagnózisának megállapításában a vállfunkció vizsgálatán kívül képalkotó eljárások (röntgen, ultrahang, MRI) is szerepet kapnak.

A betegség kezelésének három alappillére az együttműködő, gyógyulni akaró páciens, az orvos és a gyógytornász – magyarázza dr. Antal Imre, hangsúlyozva, hogy a gyógyulás több hónapot is igénybe vevő lassú folyamat, ami mindegyik résztvevőtől türelmet igényel. A szakember kiemelte, a

befagyott váll kezelése a gyakorlatban alapvetően nem műtéti – úgynevezett konzervatív – eljárással történik. Szájon át szedhető, illetve erősebb fájdalomnál az ízületbe adott gyulladáscsökkentő injekcióval történik, így mérséklük a panaszokat, hogy a párhuzamosan elkezdett és nélkülözhetetlen gyógytorna segítségével visszahozhassák az elveszett vállmozgásokat. Fontos, hogy a megtanult tornát a beteg otthonában is rendszeresen végezze!

Azoknál, akiknél a konzervatív kezelési módszerrel nem érik el a várt eredményt, – ez az arány kb. 5–10% – műtéti eljáráshoz folyamodnak. Az ízületi tok plasztikáját, az ízület mozgásainak felszabadítását a klinikán ízületi tükrözéses, úgynevezett arthroszkópos módszerrel végzik. A műtétet követően – amelyből évente 25–35-öt történik a klinikán – is szükséges a gyógytornakezelés. Cukorbeteg befagyott válla esetén diabetológus szakember közreműködését is igénybe veszik. A befagyott váll szindrómás betegeknél az aktív kezelésre kell törekedni, mert bár ismert, hogy a folyamat akár magától is gyógyulhat, de ez éveken át is elhúzódhat és visszafordíthatatlan funkcióvesztéssel is járhat.

Az érintett betegeknek készített [otthon is végezhető gyakorlatsort](#) a Semmelweis Egyetem



(Videó: Zsemlye Anita, Benyovszky Réka, Gál Bettina, Kresalek Dávid, Réthly Dávid)

(Forrás: Semmelweis.hu, 2022. május 19.)

KISHÍREK... KUTATÁSOK



A cikkek referálója:
Dr. Fövényi József

belgyógyász, diabetológus,
orvos-főszerveztő

+ A B-VITAMINOK ÍGÉRETESNEK MUTATKOZNAK AZ ELŐREHALADOTT ZSÍRMÁJBETEGSÉG KEZELÉSÉBEN

A kutatók felfedeztek egy olyan mechanizmust, amely a zsírmájbetegség előrehaladott formájához vezet, és egy lehetséges módot a folyamat visszafordítására.

Azt találták, hogy az emelkedett homociszteinszint a vérben szorosan korrelál a nem alkoholos zsírmáj (steatohepatitis, angol rövidítése: NASH) súlyosságával, és megállapították, hogy a B12-vitamin és a folsav szerepet játszhat a betegség progressziójának megelőzésében vagy késleltetésében.

„Eredményeink izgalmasak és fontosak, mert azt sugallják, hogy egy viszonylag olcsó terápia, a B12-vitamin és a folsav felhasználható a NASH progressziójának megelőzésére és/vagy késleltetésére” – mondta **Brijesh Singh**, a Duke-NUS Medical kutatója Szingapúrban – áll egy sajtóközleményben.

„Ezenkívül a szérum és a máj homociszteinszintje a NASH súlyosságának biomarkereként szolgálhat” – mondja Singh. A tanulmányt a [Journal of Hepatology](#)-ban tették közzé. Az új mechanizmus újszerű kezelés lehetőségére utal.

A nem alkoholos zsírmájbetegség (NAFLD) a zsír felhalmozódását jelenti a májban, amelyet nem az alkohol okoz. A cukorbetegséggel és az elhízással való kapcsolatának köszönhetően világszerte a májátültetések vezető okává vált. Köztudott, hogy a NASH összefüggésbe hozható a megnövekedett homociszteinszinttel a vérben, de a magas

homociszteinszint és a NASH közötti pontos kapcsolat kevésbé ismert.

Singh és munkatársai tanulmányukban megerősítették a homocisztein összefüggését a NASH progressziójával preklinikai modellekben és emberekben. Azt is megfigyelték, hogy a máj homociszteinszintjének növekedésével az aminosav különféle májfehérjékhez kötődik, megváltoztatva azok szerkezetét és akadályozva működésüket.

Különösen, amikor a homocisztein a syntaxin 17 (Stx17) fehérjéhez kapcsolódik, gátolja a fehérje zsírszállítását és emésztését (ez az autofágia néven ismert folyamat), ami viszont a zsírmájbetegség kialakulását és NASH-ra való progresszióját idézi elő.

A preklinikai modellekben az étrend kiegészítése B12-vitaminnal és

fólsavval növeli a máj Stx17 szintjét, helyreállítja az autofágiában betöltött szerepét, lassítja a NASH progresszióját, valamint visszafordítja a májgyulladást és a fibrózist.

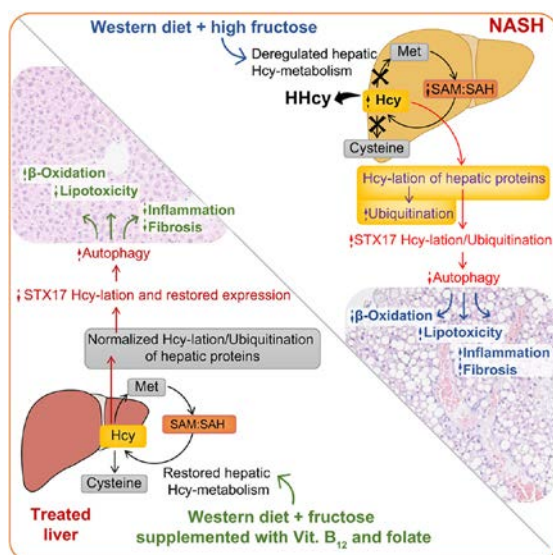
„A B12-vitamin és a folsav, amelyek magas biztonsági profillal rendelkeznek, és amelyeket az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hatósága étrend-kiegészítőként jelölt meg a NASH megelőzésének és kezelésének első vonalbeli terápiájaként, óriási költségmegtakarítást eredményezhet, és a fejlett és a fejlődő országokban egyaránt csökkentheti a NASH okozta egészségügyi terhet” – mondja a sajtóközleményben **Paul M. Yen**, a Duke-NUS kutatója.

„Jelenleg a végstádiumú májbetegségben szenvedő betegek egyetlen kezelési módja a transzplantáció” – teszi hozzá **Patrick Casey, PhD**, a Duke-NUS kutatási vezető dékánhelyettese, aki nem vett részt a vizsgálatban.

Casey szerint ezek az eredmények azt mutatják, hogy egy egyszerű, megfizethető és hozzáférhető gyógyszer kombináció alkalmazása potenciálisan megállíthatja vagy visszafordíthatja a májkárosodást, új reményt hozva a zsírmájbetegségben szenvedőknek.

(Mindeddig a NASH befolyásolására semmilyen hatékony szerrel nem rendelkezünk. A vizsgálat egérkísérletekben komoly sikert bizonyított a B12-vitamin és a folsav NASH-ban történő alkalmazásában és ez komoly reményt kelt arra, hogy az emberi alkalmazás – amire eddig még nem került sor – szintén sikeres lesz – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: Medscape, 2022. augusztus 11.)



+ AZ ALVÁS ÉS A METABOLIKUS ZSÍRMÁJ KAPCSOLATA

Egyre több bizonyíték utal arra, hogy az alvászavarok szerepet játszanak az anyagcsere-zavarokban. Egy vizsgálat átfogóan értékelte az alvási viselkedés különböző méretei és a metabolikus diszfunkcióval összefüggő zsírmájbetegség (MAFLD) kockázata közötti kapcsolatot.

Ebben a keresztmetszeti vizsgálatban 5.011 önbevalláson alapuló alvási viselkedéssel és radiológiailag diagnosztizált, MAFLD-vel rendelkező résztvevő tekintetében egy átfogó, egészséges alvás pontszámot hoztak létre annak érdekében, hogy az alvási viselkedés és a MAFLD kockázata közötti összefüggéseket értékeljék. Mediációs elemzést alkalmaztak továbbá annak felmérésére, hogy az elhízás milyen mértékben magyarázza az alvásminőség MAFLD-kockázatra gyakorolt hatását.

A késői lefekvés, a horkolás és a 30 percnél hosszabb nappali szunyókálás szignifikánsan összefüggött a MAFLD fokozott kockázatával az elhízást is tartalmazó teljes kiiga-

zítás után. Az éjszakai alvászavarral és elhúzódó nappali szunyókálással rendelkező résztvevőknél volt a legmagasabb a MAFLD kockázata. Az egészséges alvás pontszámának minden további növekedése a MAFLD kockázatának 16%-os csökkenésével járt együtt.

A további rétegzett elemzés feltárta, hogy a mozgásszegény életmódot folytató és a hasi elhízással küzdő embereknél a rossz alvásminőségnek a többiekénél markánsabb káros hatásait tapasztalták. Ezen túlmenően az elhízás az alvásminőségnek a MAFLD kockázatára gyakorolt teljes hatásának csak 20,7%-át tette ki.

Fenti eredmények alapján arra a következtetésre jutottak, hogy az alvási viselkedés mind kumulatíván, mind egyénileg összefügg a MAFLD kockázatával. A közegészségügyi tudatosságot és stratégiákat pedig ösztönözni szükséges a MAFLD csökkentésére.

(Forrás: [The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism](#),

2022. július 28.)

+ AZ ÉTREND FEHÉRJEFORRÁSAI, A KÖZVETÍTŐ BIOMARKEREK ÉS A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG KÖZÖTTI KAPCSOLAT



Továbbra sem tisztázott, hogy van-e kapcsolat a fehérje fogyasztás és a 2-es típusú cukorbeteg (T2D) között. A tanulmány célja az volt, hogy megvizsgálja a fehérjebevitel és a T2D kialakulásának összefüggéseit, valamint a T2D biomarkereinek lehetséges közvetítő szerepét.

zatot, amit a biomarkerek közül a hs-CRP, az interleukin-6, a leptin és az SHBG szintje közvetített.

E két nagy kohorsz vizsgálat eredményei alátámasztják azt az elképzelést, hogy az állati fehérjék helyett növényi eredetű fehérjék fogyasztása csökkentheti a T2D kockázatát, főként az elhízással összefüggő gyulladáshoz vezető faktorok csökkentésével.

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2022. július 26.)

108.681 posztmenopauzás, kezdetben nem cukorbeteg nőt vontak be a Women's Health Initiative (WHI) csoportból (elsődleges kohorsz), és 34.616 szintén nem cukorbeteg felnőttet az Egyesült Királyság Biobankjából (UKB) (replikációs kohorsz). A fehérjefogyasztás és a T2D közötti kapcsolatok becslésére kockázati modelleket használtak. A biomarkerek közvetítő szerepének felmérését a WHI-be ágyazott eset-kontroll vizsgálatok keretében végezték el.

A WHI-ben 15.842 új T2D esetet azonosítottak a medián 15,8 éves követés során. Az állati fehérje bevitelének megnövekedett T2D kockázattal (a kockázati arány a legmagasabb és a legalacsonyabb 20% összehasonlításában 1,31 volt), míg a növényi fehérje bevitelének csökkent kockázattal (0,82) járt együtt. A vörös húsok, a feldolgozott húskészítmények, a baromfi és a tojás fogyasztása megnövekedett T2D kockázattal, a teljes kiőrlésű gabonából készült termékek fogyasztása pedig csökkent kockázattal járt. Az UKB megállapításai hasonlóak voltak. Ha az energia bevitel 5%-át állati eredetű fehérje helyett növényi fehérjékkel helyettesítették, az 21%-kal csökkentette a T2D kocká-



A betegeket
középpontba
helyezve

becsülve
munkatársainkat

tisztelve
versenytársainkat

a helyi
közösségekkel
együttműködve

célunk, hogy a hazánkban élők
életminősége javuljon.

ÉVSZÁZADOS
TRADÍCIÓ ÉS
NEMZETKÖZI
SZAKÉRTELEM

A Sanofi nemzetközi vállalatként vezető szerepet tölt be az élettudományok terén. A betegek igényeit szem előtt tartva kutatja, fejleszti és teszi elérhetővé készítményeit és innovatív megoldásait a diabétesz, a szív és érrendszeri betegségek, az onkológia, a humán vakcinák, az innovatív gyógyszerek, a vény nélkül kapható készítmények és a ritka betegségek területein.

A magyarországi Sanofi évszázados hagyományaira építve, több mint 2000 munkatársával elkötelezetten dolgozik a magyar emberek egészségéért.

www.sanofi.hu

SANOFI  *Empowering Life*

SANOFI-AVENTIS Zrt.

H-1045, Budapest, Tó utca 1-5. - Telefon: (+36 1) 505 0050

+ NAPI TÖBBSZÖRI INZULINADÁSRÓL A MINIMED 780G HIBRID ZÁRTHURKÚ INZULIN-PUMPÁRA TÖRTÉNŐ ÁTÁLLÁS EREDMÉNYEI 1-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEKNÉL

Egy három hónapos klinikai vizsgálat keretében összesen 41, 26–61 éves, átlag 17 éves diabétesz tartammal, átlag 25,5 kg/m² testtömegindexszel, átlag 7,2%-os HbA1c-vel rendelkező 1-es típusú beteg vett részt.

A résztvevők közül véletlenszerűen 20-at átállítottak a MiniMed 780G

hibrid zárthurkú inzulinpumpával történő kezelésre, míg további 21 beteg a napi többszöri inzulinadáson és vércukor-önellenőrzésen maradt.

A pumpakezelés során a céltartományban (TIR) lévő vércukorszintek a kiindulási 69%-ról 85%-ra emelkedtek. A céltartományon kívül töltött idő 8,7%-ról 2,1%-ra csökkent. A pumpán lévő betegek HbA1c szintje

0,6%-kal mérséklődött, míg ez a napi többszöri inzulinkezelés mellett nem változott.

Speciális kérdőív kitöltése során kiderült, hogy a pumpakezelés jelentősen javította a betegek életminőségét és pszichés állapotát.

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2022. szeptember 14.)

+ ÉLETMÓD-BEFOLYÁSOLÁSI STRATÉGIA AZ IDŐSEBB CUKORBETEGEK KEZELÉSÉRE

Minden típusú diabétesz első vonalbeli kezeléseként minden életkorban az életmódváltás javasolt. Azonban keveset tudunk az életmódbeli beavatkozás hatékonyságáról az idősebb cukorbetegknél.

A kontrollált vizsgálat célja az volt, hogy megtudják, vajon az életmódbeli beavatkozás javítja-e a glikémiás kontrollt és az életkor figyelembe vételével releváns eredmények érhetőek-e el a társbetegségekkel is küszködő idősebb diabéteszeseknél.

Összesen 100 idősebb cukorbetegét véletlenszerűen besoroltak egy 1 éves intenzív életmód-beavatkozás (diéta és testmozgás közösségi-fitnessközpontokká és otthonokká alakított létesítményekben) vagy csupán egészséges életmód csoportba. Az elsődleges eredmény a HbA1c változása volt. A másodlagos eredmények között szerepelt a vércukorszintek stabilizálása, a testösszetétel, a fizikai funkciók és az életminőség javulása. A csoportok közötti változásokat ismételt mérésekkel elemezték a kezelési szándék elvét követve.

A HbA1c jobban javult (0,8%-os csökkenés) az intenzív életmód csoportban, mint az egészséges életmód-csoportban (0,1%-os csökkenés), ami az inzulinérzékenység javulásával társult. A testtömeg és a zsigeri zsír nagyobb mértékben csökkent az intenzív életmód csoportban (-8,4 kg), mint az egészséges életmódot követőknél (-0,3 kg).

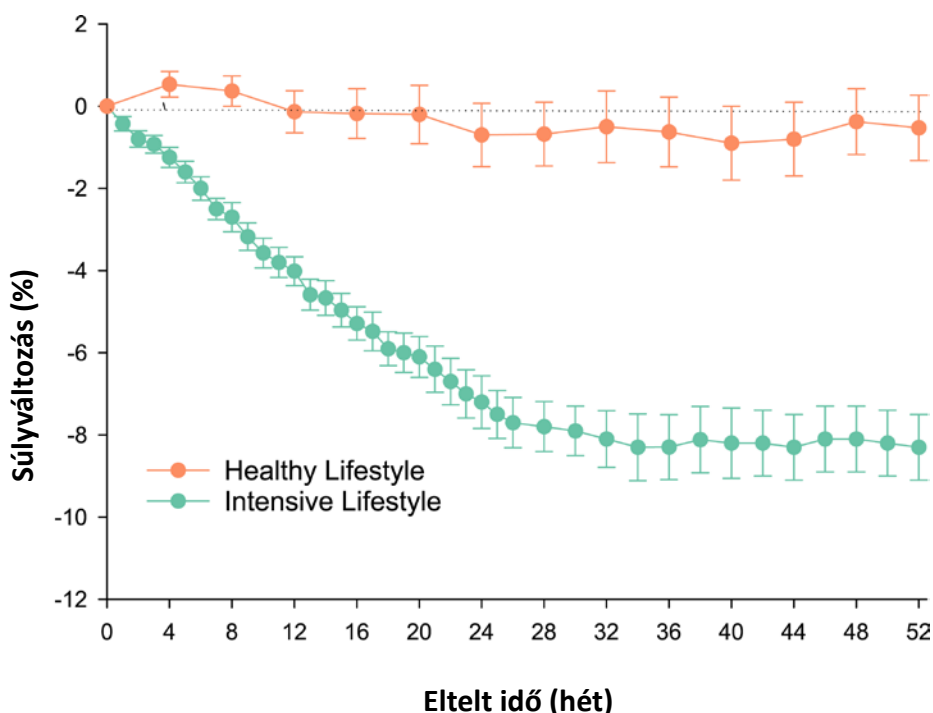
A fizikai teljesítményteszt pontszáma jobban nőtt az intenzív életmód csoportban, mint a kontrollknál, csakúgy, mint a maximális oxigén felvétel. Az erő, a járás és a

36 tételből álló rövid formafelmérés fizikai komponensek összefoglaló pontszáma is szignifikánsan jobban javult az intenzív életmód csoportban. A teljes inzulindózis napi 19,8 E-gel csökkent az intenzív életmód csoportban. A nemkívánatos események közé tartozott az enyhe hipoglikémia, melynek gyakorisága emelkedett az intenzív életmód csoportban.

Az életmódbeli beavatkozási stratégia rendkívül sikeres az idős cukorbetegek anyagcsere- és funkcionális egészségének javításában.

(Ha hazánkban csupán 1-2 stadionnal építettek volna kevesebbet és ennek az ellenértékét a lakosság életvitelének egészségesebbé tételére fordították volna, már biztosan nem lennénk Európa legrosszabb egészségi állapotú országa – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2022. július 26.)



⊕ AZ 1-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ DIAGNOSZTIZÁLÁSÁTÓL 32 ÉVEN ÁT KÖVETETT HbA1c ÉRTÉKEK HATÁSA A SÚLYOS RETINOPÁTIA ÉS NEFROPÁTIA KIALAKULÁSÁRA

Egy populáció-alapú megfigyeléses vizsgálatban 1983 és 1987 között Svédország dél-keleti régiójában 447, 35 éves koruk előtt 1-es típusú diabéteszrel diagnosztizált beteget követtek nyomon a diagnózistól 2019-ig. Az ez idő alatt mért összes HbA1c érték hatását vizsgálták a kísérő szövődményekre, a HbA1c átlagokat 5 szintbe sorolva.

32 év után a betegek 9%-a mentes volt a retinopátiától, 64%-ánál háttér retinopátia és 27%-ánál proliferatív retinopátia fejlődött ki. Mikroalbuminuria mentes volt a betegek 83%-a, 9%-uknál mikroalbuminuriát és 8%-uknál makroalbuminuriát találtak. A közel normális HbA1c-vel rendelkező betegeknél nem alakult ki sem proliferatív retinopátia, sem makroalbuminuria.

A legalacsonyabb HbA1c átlagérték, melynél már kifejlődött proliferatív retinopátia, 7,3% volt, makroalbuminuria viszont csak 8,1% feletti HbA1c értékek felett fejlődött ki. Minél magasabb volt a HbA1c átlaga, annál gyakorib-

bá vált a proliferatív retinopátia és a makroalbuminuria. A legmagasabb (9,5% feletti) HbA1c szintek mellett ezek gyakorisága 74, ill. 44% volt.

A 20–24 év után végzett követéssel összehasonlítva a PDR prevalenciája 14-ről 27%-ra, a makroalbuminuria pedig 4-ről 8%-ra nőtt, és mindkettő alacsonyabb átlagos HbA1c értékek mellett jelent meg.

Tehát a diagnózistól kezdve folyamatosan mért HbA1c átlaga nagyon erős biomarker mind a proliferatív retinopátia, mind a nephropátia kockázatát illetően. Mindkettő előfordulási gyakorisága a diabétesz diagnosztizálását követő 32 évvel még mindig növekszik. Éppen ezért mind a proliferatív retinopátia, mind a nephropátia (makroalbuminuria) elkerülése érdekében 1-es típusú cukorbetegknél a HbA1c szintet tartósan 7,0% alatt szükséges tartani, amennyiben ez elérhető súlyos hipoglikémiák nélkül és jó életminőség mellett.

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2022. szeptember 12.)

⊕ A FIZIKAI AKTIVITÁS TÍPUSAI ÉS IDŐSEK BÁRMELY OKBÓL BEKÖVETKEZŐ HALÁLOZÁSI KOCKÁZATA KÖZÖTTI KAPCSOLAT

Ismert, hogy a nagyobb mértékű fizikai aktivitás meghosszabbítja az élettartamot. Az azonban nem tisztázott, hogy a szabadidős tevékenységek különböző típusai eltérő módon befolyásolják-e a halálozási kockázatot.

A kérdés eldöntésére azt vizsgálták, hogy a heti 7,5–15 metabolikus ekvivalens (MET) óra mértékű különböző típusú fizikai aktivitásban való részvétel miképpen befolyásolja a halálozást és milyen összefüggés van az aktivitás mennyisége és a kedvező hatás között.

A vizsgálatban 272.550 személy vett részt, akik 2004 és 2005 között töltötték ki a követési kérdőívet. Ez a kérdőív a különböző típusú fizikai tevékenységek heti időtartamáról gyűjtött adatokat. A halálozást 2019. december 31-ig állapították meg.

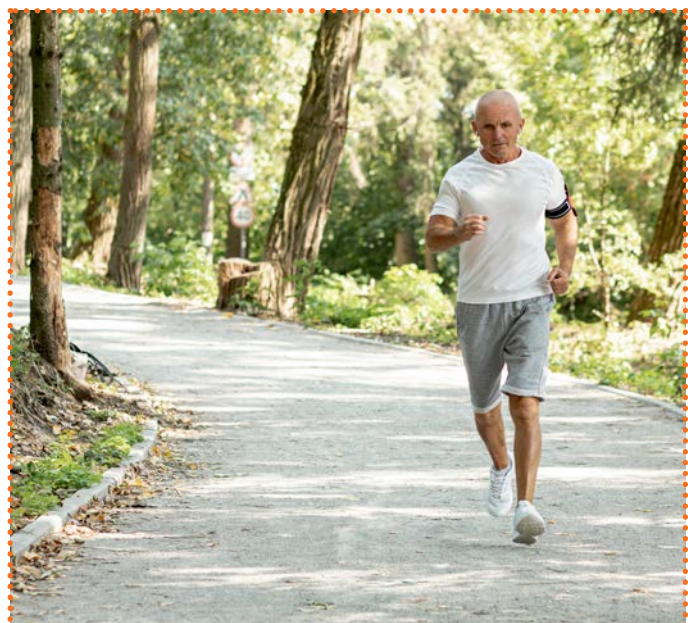
Hetente a következő tevékenységekben való részvétellel eltöltött MET óra hatását vizsgálták: futás, kerékpározás, úszás, egyéb aerob gyakorlatok, ütősportok, golf és gyaloglás.

A résztvevők 58%-a férfi, kiinduláskor az átlagos életkor 70,5 év volt. Az átlag 12 éves követés során 118.153 személy (43%) halt meg. Azokhoz képest, akik nem vettek részt az egyes tevékenységekben, legnagyobb mértékben a heti 7,5–15 MET óra ütősport és a futás 16%, ill. 15%-kal csökkentette a bármely okból bekövetkező halálozás kockázatát. Ezeket követte a gyaloglás (9%-kal) az egyéb aerob aktivitás és a golf (7–7%-kal), az úszás (5%-kal) és

a kerékpározás (3%-kal). Mindegyik tevékenység egyenes vonalú dózis-hatás összefüggést mutatott a mortalitási kockázattal. Az összefüggések hasonlóak voltak a szív- és érrendszeri és a rák okozta halálozás tekintetében.

Tehát ez az idős egyéneken végzett kohorsz-vizsgálat különbségeket talált a szabadidős tevékenységek különböző típusai és a halálozási kockázat között, de szignifikáns összefüggés volt a heti 7,5–15 MET-órában való aktivitás és a halálozási kockázat csökkenése között.

(Forrás: [JAMA Netw Open](#), 2022. augusztus 1.)



Fotó: Freepik

+ GAZDASÁGI ELŐNYÖK A LAKOSSÁG NAGYOBB FIZIKAI AKTIVITÁSA ESETÉN

Becslések szerint a világ lakosságának mintegy 30 százaléka fizikailag inaktív. Az ilyen inaktivitás nagy aggodalomra ad okot, mivel a fizikai aktivitás fizikális és mentális egészségügyi előnyei egyértelműen bizonyítottak, és a kutatások azt mutatják, hogy a rendszeres fizikai aktivitás számos betegség előfordulási gyakoriságát csökkenti.

A kutatás rávilágít arra az egyértelmű tényre is, hogy a fizikai inaktivitás évente több mint 5 millió halálesethez járul hozzá. A fizikai aktivitás globális arányának csökkenésével, és ennek következtében az emberiségre háruló járulékos költségek növekedésével, az ilyen globális inaktivitás alattomos és veszélyes természete egyre nyilvánvalóbbá válik.

Ennek felismeréseként és annak feltárása érdekében, hogy ez a magas szintű fizikai inaktivitás hogyan növeli a nemzetgazdaságok költségeit, a Vitality Group felkérte a RAND Europe-ot (ez egy nonprofit szervezet, mely elemzésekkel segíti a politikai döntéshozatalt) hogy készítsen gazdasági elemzést az emberek fizikai aktivitásának növelésével járó lehetséges gazdasági előnyökről. A több országra kiterjedő, kiszámítható általános egyensúlyi makrogazdasági modell segítségével a RAND Europe megvizsgálta az elégtelen fizikai aktivitás és a fizikai aktivitás lakossági szintű változásának lehetséges globális következményeit a különböző országokban. A tanulmány átfogó célja az volt, hogy feltárja a fizikai inaktivitás főbb gazdasági költségeit, és azonosítsa az aktivitási ráták javításának legfontosabb előnyeit. Ha ezeket az adatokat a három modellezett forgatókönyvön keresztül mutatjuk be, jobban megérthetjük a magasabb inaktivitás következményeit a javult aktivitási rátákhoz képest.

Az eredmények arra utalnak, hogy az emberek fizikai aktivitásának növelése gazdasági előnyökkel jár. Három különböző fizikai aktivitás-javítási forgatókönyv szerint úgy becsülik, hogy 2025-re a globális GDP 138 és 338 milliárd US dollárral nőhet magasabb fizikai aktivitás mellett, mint a jelenlegi fizikai aktivitási szinteknél. A gazdasági előnyök idővel tovább nőnek, és 2050-re a becsült növekedés megközelíti a 314 és 760 milliárd US dollár közötti értéket. A GDP-növekedésének bontása azt sugallja, hogy a fizikai inaktivitás csökkenése következtében a munkából való kiesés csökkenése a gazdasági haszon legnagyobb hányadát – körülbelül 70 százalékát – eredményezi, a halandóság és a betegség miatti távolmaradások csökkenése pedig az összes tervezett GDP-növekedésnek csak körülbelül 30 százalékáért felelős.

Ezen túlmenően az eredmények azt sugallják, hogy a fizikai aktivitási arány javításával dollármilliárdokat lehetne megtakarítani a globális egészségügyi kiadásokon. A modellek összességében úgy becsülik, hogy a jelenlegi globális egészségügyi kiadások 8,7–11,2 milliárd US dollárral



csökkenthetők az emberek fizikai aktivitásának növelésével, és ez a megtakarítás 2050-re 16–20,6 milliárd US dollárra emelkedhet.

A lakosság viselkedését, hozzáállását kellene változtatni, biztatni a „sportosabb” életvezetésre. Mind a lakóközösségek, önkormányzatok, mind a munkahelyek támogassák a fizikai aktivitási programokat, biztassák az embereket az ilyen programokban való részvételre, teremtsenek ezekhez széleskörű kínálatot. (*Stadionok, uszodák megnyitása a tömegsport számára* – a referáló megjegyzése).

Néhány adat: minden 100 dolgozó közül 44 stressztől szenved, 38 túlsúlyos, 31 alkoholizál, 30-nak magas a koleszterin szintje, 26-nak magas a vérnyomása, 25 kardiovaszkuláris betegséggel küzd, 24 fizikailag inaktív, 21 dohányzik, 12 asztmás, 6 cukorbeteg. A betegségek anyagi terhe az alkalmazottakra (nem csak a betegek) számítva: hipertónia 392 dollár, szívbetegség 365, depresszió-mentális betegség 348, arthritis 326, diabétesz 257, rák 144 dollár. Példák olvashatók arról, hogy a testmozgás-programok bevezetése mekkora anyagi megtakarítással járt; pl. a munkahelyi egészség-előmozdításra fordított minden dollár 1,42 dollár nyereséggel járt; a dolgozók 60 százalékának részvétele egy testmozgás-programban személyenként 500 dollár megtakarítást hozott...

(Forrás: [The economic benefits of a more physically active population](#), Apor Péter dr.)

+ MÁR AZ ÉTKEZÉSEK UTÁNI RÖVID SÉTA IS SEGÍTHET A VÉRCUKORSZINTEK CSÖKKENTÉSÉBEN

Az Amerikai Diabetes Társaság azt [javasolja](#), hogy hetente 150 perc közepes intenzitású testmozgást végezzünk az optimális kardiometabolikus egészség érdekében. Mindazonáltal a kutatások kimutatták, hogy a kevesebb testmozgás – bár nem ideális – bizonyos egészségügyi előnyökkel is járhat.

A [Sports Medicine-ben megjelent új metaanalízis](#) azt sugallja, hogy közvetlenül étkezés után már 2-5 perc könnyű séta is csökkentheti a 2-es típusú cukorbetegség kockázatát. A tanulmány megállapította, hogy a könnyű séta vagy akár az álldogálás is segít az étkezés utáni vércukorszint-kiugrások mérséklésében.

Az egészségügyi problémák, például a 2-es típusú cukorbetegség a gyakori (vagy túl magas vagy túl alacsony) vércukor ingadozások következménye lehet.

Egy 2009-ben közzétett tanulmány megállapította, hogy az étkezés után végzett 20 perces séta csökkentheti az étkezés vércukor emelő hatását. A Sports Medicine-ben megjelent új metaanalízis szerint már az étkezés utáni 2-5 perces könnyű séta is segíthet mérsékelni az étkezés utáni vércukor szintet.

A kutatók hét tanulmány eredményeit elemezték, amelyek az ülés, az állás és a könnyű séta metabolikus hatásait vizsgálták, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy a könnyű séta és álldogálás előnyösebb-e, mint az egyszerű ülés. Megmérték a vércukorszintre, az inzulinra és a szisztolés vérnyomásra gyakorolt hatásukat.

Az elemzés azt találta, hogy még az állás is jobban csökkenti a vércukorszintet, mint az étkezés utáni ülés, bár nem olyan mértékben, mint a könnyű séta. Míg a könnyű



Fotó: Freepik

séta és az állás egyaránt mérsékelte az étkezés utáni vércukor szintet, csak a könnyű séta csökkentette mérhetően az inzulinszintet – az állás ebből a szempontból jelentéktelen előnnyel járt. Egyiknek sem volt hatása a szisztolés vérnyomásra.

Dr. Euan Ashley, a Stanford Egyetem munkatársa, aki nem vett részt a tanulmányban, a Medical News Today-nek elmondta: „Szerintem az üzenet az, hogy egy kis testmozgás is jót tesz! Mozogj többet! De ugyanilyen fontos, hogy azt is mutatja, hogy a több az jobb. Tehát a könnyű séta jobb, mint csak álldogálni.” Dr. Ashley hozzátette: „Más tanulmányok kimutatták, a gyors séta még jobb, mint a könnyű séta! Hetente 150 perc mérsékelttől erőteljesig tartó fizikai tevékenység javasolt, és a legtöbbet ezt nem teljesítjük. De nem szabad hagynunk, hogy a tökéletes a jó ellensége legyen. Még egy kis séta is sokat segít” – összegezte Dr. Ashley.

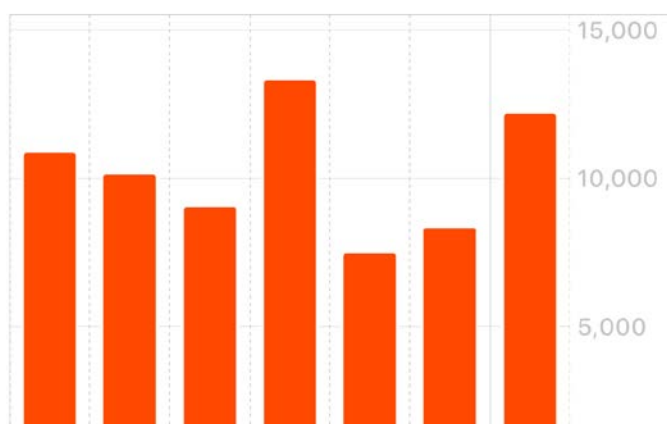
(Forrás: [Medical News Today](#), 2022. augusztus 15.)

+ MENNYI A NAPI OPTIMÁLIS LÉPÉSSZÁM PREDIABÉTESZESEK ÉS MÁR CUKORBETEGEK BÁRMELY OKBÓL BEKÖVETKEZŐ HALÁLOZÁSÁNAK MEGELŐZÉSÉRE?

Ez a prospektív tanulmány 1.194 prediabetészes és 493 felnőtt amerikai cukorbeteg adatait használta fel, akiknél a lépésszámlálóból származó napi lépésszám lekérhető volt.

10,176 steps

AVERAGE



A halálozást az Országos Halálozási Indexen (2019. február 25-én) állapították meg. Elemezték a napi lépésszámok és a bármely okból bekövetkező halálozás közötti összefüggéseket.

A kb. 9 éves követés során 200 prediabetészes és 138 cukorbeteg felnőtt halt meg. A tanulmányban L alakhoz hasonló nemlineáris összefüggéseket figyeltek meg. Az optimális lépésszámot napi 10.000 lépésre becsülték, a bármely okból bekövetkező halálozás kockázatának csökkentésére mind prediabetészes, mind cukorbetegség esetében.

Tehát a napi lépésszám emelése, akár napi 10.000 lépéssig csökkentheti a prediabetészesek és cukorbetegség esetében a bármely okból bekövetkező halálozás kockázatát.

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2022. július 7.)

+ NAPI LÉPÉSSZÁM ÉS JÁRÁS INTENZITÁS ÖSSZEFÜGGÉSE A DEMENCIÁVAL

A lépésalapú ajánlások megfelelőek lehetnek a demencia megelőzésére vonatkozó iránymutatásokhoz. A lépésszám és a járás intenzitása, valamint a demencia előfordulása közötti összefüggés azonban nem ismert.

Ezért végeztek egy vizsgálatot a dózis-válasz összefüggést illetően a napi lépésszám, valamint a bármely okból fellépő demencia intenzitása és előfordulása között az Egyesült Királyságban élő felnőttek körében.

Az Egyesült Királyság Biobankja prospektív populáció-alapú kohorsz-tanulmányában (2013. februártól 2015. decemberig) 6,9 éves követéssel (2022 májusában készült az adatelemzés) összesen 78.430 40 és 79 év közötti személyt láttak el csuklóra helyezhető gyorsulásmérővel. A regiszteralapú demenciát 2021 októberével bezárólag állapították meg.

A gyorsulásmérőből származó napi lépésszám, véletlen lépések (percenként 40 lépésnél kevesebb), céltudatos lépések (percenként 40 lépés vagy több) és 30 perces csúcslépés (azaz a 30 legnagyobb lépésmennyiségnél a percenkénti átlagos lépésszám, nem szükségszerűen egymást követő percekben egy napon belül) voltak.

+ A ZENE A DEMENCIÁN IS SEGÍT

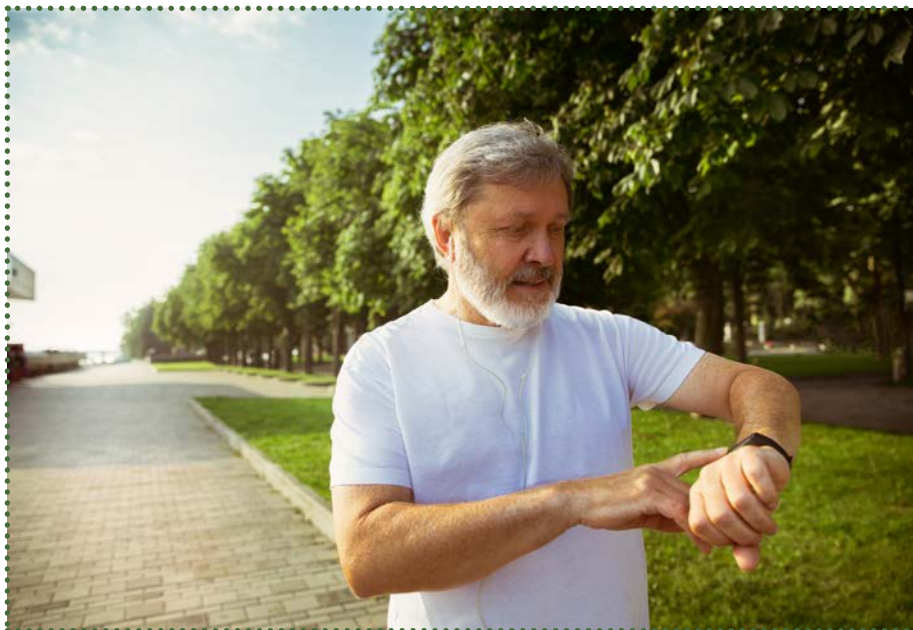
Egy kutatás megállapította, hogy a zene „emlékezetet és érzelmeket feloldó ereje” segít a demencia kezelésében.

A Music for Dementia jótékonyági szervezet és a szintetizátorokat és egyéb billentyűs hangszereket gyártó Casio együttműködésében több mint száz demens beteget vontak be egy hat hónapos zenei terápiába.

A kutatásba bevont idős emberek otthona olyan speciális szintetizátorokat kapott, aminek segítségével a demenciától szenvedő idős emberek kedvenc zenéiket játszhatták el egy zeneterapeuta jelenlétében. A hat hónapos felmérés végére a páciensek 79 százalékának javult a memóriája és az emlékezőképessége, 70 százalékuknál pedig csökkent a szorongás és a depresszió mértéke.

Clare Barone, a Methodist Homes egyik zeneterapeuta szerint terápiás szempontból a zene megérintheti az érzelmeket, felszabadíthatja az emlékeket, és a kettő valóban kéz a kézben jár.

(Forrás: [Index](#), 2022. szeptember 3.)



Fotó: Freepik

Főbb eredményeknek tekintették a halálos és nem halálos kimenetelű demencia kifejlődését, amely a fekvőbeteg-kórházi kezelések vagy az alapellátási nyilvántartások nyomán lett megállapítva, vagy a halálozást elősegítő okként szerepelt a halotti nyilvántartásokban.

A vizsgálat keretében 78.430 átlag 62 éves (44% férfi, 56% nő) figyeltek meg. Etnikai megoszlás szerint; ázsiai 881 [1,1%], fekete 641 [0,8%], vegyes rasszú 427 [0,5%], fehér 75.852 [96,7%], és nem meghatározott rasszhoz tartozó 629 [0,8%] személy volt, medián 6,9 éves követési idő mellett. Közülük 866-nál alakult ki demencia (átlagos életkor, 68,3 év; közülük 480 [55,4%] férfi és 386 [54,6%] nő; etnikai megoszlás szerint: 5 [0,6%] ázsiai, 6 [0,7%] fekete, 4 [0,4%] vegyes etnikumú, 821 [97,6%] fehér és 6 [0,7%] egyéb etnikumú volt). Az elemzések nemlineáris összefüggéseket tártak fel a napi lépésszámok között.

Az optimális lépésszám (azaz az expozíciós érték, amelynél a maximális kockázatcsökkenést észlelték) 9.826 lépés volt, mely 51%-os kockázatcsökkenést jelentett. 3.677 lépés volt az a minimális lépésszám, mely a maximális kockázatcsökkenés 50%-át eredményezte. A véletlen ütemű optimális lépésszám 3.677 lépés volt (42%-os kockázatcsökkenéssel); a célirányos ütemű optimális lépésszám 6.315 lépés volt (57%-os kockázatcsökkenéssel); és a 30 perces csúcsütemű optimális lépésszám 112 lépés/perc volt 62%-os kockázatcsökkenéssel.

Ebben a kohorsz vizsgálatban tehát a lépések magasabb száma a bármely okra visszavezethető demencia alacsonyabb kockázatával járt együtt. Az eredmények azt sugallják, hogy a napi 10.000 alatti lépésszám már optimálisnak tekinthető a demencia kockázat csökkentésénél. A nagyobb intenzitással végrehajtott lépések nagyobb mérvű kockázatcsökkenést eredményeztek.

(Forrás: [JAMA Neurol.](#), 2022. szeptember 6.)

+ A TÉVÉNÉZÉS ÉS A SZÁMÍTÓGÉP-HASZNÁLAT ELLENTÉTES KAPCSOLATBAN ÁLL A DEMENCIA KOCKÁZATÁVAL

A tévénézés növelheti a demencia kockázatát, míg a számítógép használata csökkentheti azt – derül ki egy új kutatásból. A demenciával való összefüggés ezekkel a tevékenységekkel továbbra is erős maradt függetlenül attól, hogy az illető mennyi fizikai aktivitást végzett.

Mind a tévénézés, mind a számítógép-használat összefüggésbe hozható a krónikus betegségek és a halálozás kockázatának növekedésével, míg a testmozgás és a fizikai aktivitás előnyösnek bizonyult a kognitív hanyatlás, a strukturális agysorvadás és a demencia kockázatának csökkentésében idősebb felnőtteknél – írták a szerzők.

Több mint 140.000 fő vett részt a tanulmányban. A kutatók prospektív kohorsz vizsgálatukat az Egyesült Királyság Biobank adatainak felhasználásával végezték. A résztvevőket a kezdeti látogatástól kezdve egészen addig követték, amíg demencia diagnózist nem kaptak, meg nem haltak, el nem vesztették a nyomon követést vagy amikor utoljára kerültek kórházba.

A tévénézésre fordított idő összefüggött a demencia előfordulásának megnövekedett kockázatával, a számítógép-használat pedig a demencia előfordulásának csökkent kockázatával. A televízió és a magasabb demencia kockázat közötti kapcsolat a legmagasabb használattal rendelkezők körében nőtt, összehasonlítva a legalacsonyabb használattal rendelkezőkkel.

Hasonlóképpen, a demencia kockázatának csökkenése és a számítógép-használat közötti kapcsolat a gyakoribb használattal együtt növekedett. Mind a közepes, mind a magas számítógép-használat összefüggésbe hozható volt a demencia előfordulásának csökkenő kockázatával.

Dr. Raichlen rámutatott, hogy ebben a vizsgálatban a magas tévénézés napi 4 vagy több órát jelentett, és a számítógép-használat – amely a szabadidős, nem pedig a munkahelyi használatot foglalta magában – már fél óra után is előnyösen hatott a demencia kockázatára.

Ezek az eredmények azután is szignifikánsak maradtak, hogy a kutatók kiigazították a demográfiai, egészségügyi és életmódbeli változókat, beleértve a fizikai aktivitásra, alvásra, elhízásra, alkoholfogyasztásra, dohányzási státuszra, érendi értékekre, iskolai végzettségre, testtömegindexre és a foglalkoztatás típusára fordított időt.



Fotó: Pixabay

A szerzők azt írják, hogy a két vizsgált tevékenység demencia kockázatára gyakorolt eltérő hatás egyik lehetséges oka az, hogy a tévénézéshez leülés „egyedülállóan alacsony izomaktivitással és energiaráfordítással jár, összehasonlítva a számítógép használatához való leüléssel”.

Amikor a számítógép használatával járó kognitív tevékenységet végzünk, az agykéreg nagy részét használjuk a tevékenység elvégzéséhez, míg amikor tévét nézünk, valószínűleg az agyunknak viszonylag kis része ténylegesen aktív.

Sokkal jobb lenne fizikai aktivitást végezni, de ha a választás az ülő tevékenységre esik, az aktív kognitív tevékenységek, például a számítógép-használat, jobb, mint a tévénézés – folytatta.

A mostani tanulmány eredményei összhangban vannak a korábbi munkákkal, amelyek szerint az ülő tevékenység típusa számít a szerzők szerint.

Számos tanulmány kimutatta, hogy a tévénézésre fordított idő összefügg a halálozással és a rossz kardiometabolikus biomarkerekkel, míg a számítógépes idő nem – írták. A tanulmány egyik korlátja, hogy az ülő magatartást kérdőívek segítségével önbevallás útján jelentették, és a visszaemlékezésben hibák lehetnek.

(Forrás: [MDedge Family Medicine](#), 2022. augusztus 22.)



Fotó: Pixabay

+ A PAJZSMIRIGYMŰKÖDÉS ÉS A TEHESSÉGI DIABÉTESZ KOCKÁZATA...

... és a terhesség kedvezőtlen kimenetele közötti összefüggések

Ez az eset-kontroll vizsgálat a BEDIP-N vizsgálat részelemzése volt, amelyben 199 terhességi cukorbeteg (GDM) nő életkorát és testtömegindexét 398 kontrollal állították párhuzamba.

A pajzsmirigy-stimuláló hormon (TSH), a szabad tiroxin (fT4), a szabad trijód-tironin (fT3) és a pajzsmirigy-peroxidáz (TPO) antitestek szintjét a terhesség 6-14. és 26-28. hetében mérték. A TSH-t és az fT4-et a szülés korai szakaszában is mérték a GDM nőknél.

A TSH és a TPO nem járt együtt a GDM kialakulásának kockázatával. A 26-28. héten mért fT3-fT4 arány azonban pozitív – 2,12-szeres – össze-

függést mutatott a GDM-kockázattal, a kockázati tényezőkre (dohányzás, iskolai végzettség, etnikai hovatartozás, terhességi súlygyarapodás és családi cukorbetegség vagy GDM) korrigált esélyhányadossal a legmagasabb és a legalacsonyabb harmad összehasonlítása esetén. A magasabb fT3 szint és az fT3-fT4 arány kevésbé kedvező metabolikus profillal, magasabb testtömegindex-szel és nagyobb inzulinrezisztenciával társult terhesség és szülés után. A felső fT3 harmadba tartozó és az fT3-fT4 arány felső harmadával rendelkező nőknél – szemben az alsó egyharmaddal – magasabb volt a preeclampsia aránya [4,6% vs. 1,0%), a terhességi hipertónia (8,3% vs. 3,1%) és a császármetszés szükségessége (29% vs. 16%).

Tehát a terhesség késői szakaszában megnövekedett fT3-fT4 arány GDM-mel, kedvezőtlen terhességi



kimenetellel és a szülés utáni kedvezőtlen metabolikus profillal volt összefüggésben.

(Forrás: *ETA 2022 Poster Presentations, 2022. szeptember 10-13., Pregnancy & Iodine*)

+ A TERHESSÉGI DIABÉTESZ

A SZÍV-ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK KOCKÁZATI TÉNYEZŐJE

Korábban is ismertek voltak olyan adatok, melyek szerint a terhességi cukorbetegség a szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezője lehet. Egy új metaanalízis keretében 15 tanulmány adatait dolgozták fel.

Összesen 513.324 terhességi diabéteszes nő közül 9.507-nek volt szív- és agyi érrendszeri betegsége. A

terhességi cukorbetegségben nem szenvedő több mint 8.000.000 kontroll nő közül 78.895-nál találtak szív- és agyi érrendszeri betegséget.

Az adatok részletes összehasonlításánál kiderült, hogy a terhességi diabéteszben nem szenvedő nőkhöz képest azoknál a nőknél, akiknek kórtörténetében terhességi cukorbetegség szerepelt, 72%-kal nőtt a szív- és 40%-kal az agyi érrendszeri betegségek kockázata.

A terhességi diabéteszes nőknél 40%-kal megemelkedett a koszorúér-betegségek, 74%-kal a szívinfarktus, 62%-kal a szívelégtelenség és 127%-kal az angina pectoris kockázata. Azt is megfigyelték, hogy a vénás tromboembólia kockázata is 28%-kal nőtt.

Tehát a terhességi cukorbetegség a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris betegségek fokozott kockázatával jár, ami nem tudható csak be a hagyományos kardiovaszkuláris kockázati tényezőknek vagy a későbbi cukorbetegségnek.

(Forrás: *BMJ, 2022. szeptember 21.*)



Fotó: Pixabay

+ AZ IDŐBEN SZŰKÍTETT ÉTKEZÉS HATÉKONYSÁGA A FOGYÁS, A ZSÍRÉGETÉS ÉS A KARDIOMETABOLIKUS EGÉSZSÉG SZEMPONTJÁBÓL

Úgy új vizsgálat keretében arra kerestek választ, hogy az időben szűkített étkezés (első étkezés 7, utolsó 15 órakor) hatékonyabb-e a fogyás, a zsírégetés és a kardiometabolikus egészség szempontjából, mint a nap 12 órájában vagy akár késő estig folytatott étkezés.

A vizsgálat egy 14 hetes, párhuzamos karú, randomizált klinikai vizsgálat volt, amelyet 2018 augusztusa és 2020 áprilisa között végeztek. A résztvevők 25 és 75 év közötti, elhízott felnőttek voltak, akik súlycsökkentő kezelésben részesültek az Alabamai Egyetemen működő Weight Loss klinikán.

Minden résztvevőt energiaszegény diétára helyeztek és véletlenszerűen vagy az időben szűkített étkezési ágba (8 órás étkezési ablak 7:00 és 15:00 között), vagy az étkezési időben nem korlátozott kontroll csoportba osztottak be.

Az elsődleges eredmények a fogyás és a zsírvesztés volt. A másodlagos eredmények közé tartozott a vérnyomás, a pulzusszám, a vércukorszint, az inzulinszint és a plazma lipidek szintje.

Kilencven résztvevőt vettek fel. Az átlagos testtömeg-index: 39,6 kg/m², a korátlag: 43 év; közülük 72 [80%] nő) volt. A vizsgálat 14 hete alatt az időben szűkített étkezési csoportba tartozók esetében a testsúly átlag 2,3 kg-mal jobban csökkent, mint a kontroll csoportban, de



Fotó: Freepik

nem találtak a két csoport között különbséget a testsúly csökkenésében (ez egyaránt -1,4 kg volt). Az időben szűkített étkezés hatása egyenértékű volt a kalóriabevitel további napi 214 kalóriával történő csökkentésével. Az időben szűkített étkezés hatására a diasztolés vérnyomás 4 Hgmm-rel csökkent, csökkentek a hangulati zavarok, beleértve a fáradtságérzetet, levertséget és a depressziót. Az összes többi kardiometabolikus kockázati tényező, a táplálékfelvétel, a fizikai aktivitás és az alvás minősége hasonló volt a két csoportokban.

Tehát az időben szűkített étkezés mellett 14 hét alatt jobban csökkent a testsúly és a diasztolés vérnyomás, mint a napi 12 vagy több órás időtávban történő étkezés mellett és javult a résztvevő személyek hangulata.

(Forrás: [JAMA Intern Med.](#), 2022. augusztus 8.)

+ AZ ÁFONYAFOGYASZTÁS ELŐNYEI IDŐS KORBAN

Az öregedés erősen összefügg a kognitív hanyatlással, és úgy gondolják, hogy a módosítható kockázati tényezők, például étrendi tényezők védelmet nyújthatnak e folyamat ellen.

Egyre inkább elismerik, hogy bizonyos gyümölcsfélék, különösen a (poli)fenolban gazdag bogyós gyümölcsök védelmet nyújtanak az életkorral összefüggő neurodegenerációval szemben. Az áfonyának az idősebbek kognitív funkcióira és idegrendszeri működésére gyakorolt hatása azonban korábban nem volt tisztázott.

Egy 12 hetes párhuzamos randomizált, placebo-kontroll vizsgálatot végeztek fagyasztva szárított áfonyaporral 60 idősebb, 50–80 év közöttiek részvételével.

A beavatkozás előtt és után értékelték a felfogóképességet, beleértve a memóriát és a végrehajtó funkciókat, neuroképzési vizsgálatokat és érvizsgálatot végeztek, hogy felmérjék a napi áfonyafogyasztás hatását a meg-

ismerésre, az agyműködésre és a neuronális jelátvitel biomarkereire.

A 12 hétig tartó áfonyafogyasztás az idős résztvevők vizuális epizodikus memóriájának javulásával járt a placebóval összehasonlítva. A hatásmechanizmusok közé tartozott az áfonyát fogyasztók esetében az agyi keringés regionális fokozódása a jobb entorhinalis kéregben, az accumbens területén és a caudatusban. Az LDL-koleszterin szint jelentős csökkenése is megfigyelhető volt a beavatkozás során.

A tanulmány eredményei azt mutatják, hogy az étrend kiegészítése 12 héten keresztül áfonya napi fogyasztásával – mely egy kis csészényi áfonyának felel meg – javítja az epizodikus memória teljesítményét és az idegi működést, alapot biztosítva a jövőbeni vizsgálatokhoz a neurológiai betegségekkel összefüggésben történő hatékonyság meghatározására.

(Forrás: [Front. Nutr.](#), 2022. május 19.)

+ HOGYAN VÁLTOZIK A RÁK KIALAKULÁSÁNAK KOCKÁZATA

AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS NÖVELÉSE, ABBAHAGYÁSA VAGY CSÖKKENTÉSE UTÁN?

Bár számos tanulmány kimutatta az alkoholfogyasztás és a rák közötti összefüggést, nem teljesen ismert, hogy az ivási magatartás változásai hogyan növelik vagy csökkentik a rák előfordulását. Egy 4.513.746 biztosított koreai felnőtt bevonásával végzett kohorszvizsgálat keretében arra keresték a választ, hogy az alkoholfogyasztás csökkentése, abbahagyása vagy növelése, valamint az alkohollal összefüggő rákos megbetegedések és az összes rák kialakulása közötti van-e összefüggés.

Ez a népesség-alapú kohorsz-tanulmány a Koreai Nemzeti Egészségbiztosítási Szolgálat 40 év feletti (átlag 53 éves, 51%-a férfi) biztosított személy állapotát elemezte. A résztvevők között olyanok is szerepeltek, akik 2009-ben és 2011-ben is átették országos egészségügyi szűrésen, és rendelkeztek adatokkal alkoholfogyasztásukról. Az adatok elemzése 2020. április 16. és július 6. között történt.

Az alkoholfogyasztási szintet, amelyet a résztvevők az egészségügyi szűrő-kérdőíveken saját maguk jelentettek be, a következő kategóriákba sorolták: nem fogyaszt alkoholt (0 g/nap), enyhe (15 g/napnál kevesebb), közepes (15–29,9 g/nap) és nagy (30 g/nap felett) ivó. Az alkoholfogyasztás szintjének 2009 és 2011 között bekövetkezett változásai alapján a résztvevőket a következő csoportokba sorolták: nem ivók, alkoholt változatlan mennyiségben fogyasztók, az ivást növelők, az alkohollal leszokók és az alkoholfogyasztást csökkentők.

A vizsgálat elsődleges kimenetele az újonnan diagnosztizált alkohollal összefüggő rákos megbetegedések voltak (beleértve a fej és a nyak, a nyelöcső, a vastagbél rákokat, a máj, a gége és a női emlőrákot), a másodlagos kimenete-

tel pedig minden újonnan diagnosztizált rák volt (kivéve a pajzsmirigyrákot).

A 4.513.746 résztvevő között a rák előfordulási aránya 7,7/1.000 személyév volt a medián 6,4 éves követés során. Összehasonlítva az egyes ivási szinteken az alkoholt változatlan mennyiségben fogyasztók csoportjával, az ivást növelő csoportoknál nagyobb volt az alkohollal összefüggő rák és az összes rák kockázata. Az alkohollal összefüggő rák megnövekedett előfordulása az adaggal állt összefüggésben; azok, akik alkoholt nem fogyasztókból enyhe, közepes vagy nagy ivókká váltak, 3, 10, ill. 34%-kal magasabb rák kockázattal rendelkeztek, mint azok, akik egyáltalán nem ittak. Az enyhe alkoholfogyasztóknál, akik abbahagyták az ivást, 4%-kal alacsonyabb volt az alkohollal összefüggő rák kockázata, mint azoknál, akik fenntartották alkoholfogyasztásukat. A mérsékelt alkoholisznál vagy a nagyivóknál, ha tartósan absztinensekké váltak, csökkent a kockázat szintje. Összehasonlítva a hosszan tartó nagymértékű alkoholfogyasztással, a mérsékelt szintre váltás, ill. az enyhe alkoholisálás 9%-kal csökkentette bármely rák kockázatát.

Tehát a tanulmány eredményei azt mutatták, hogy a megnövekedett alkoholfogyasztás magasabb kockázattal járt az alkohollal összefüggő összes rákféleség esetében, míg a tartós leszokás és az alkoholfogyasztás csökkentése az alkohollal összefüggő és összes rákfajta kialakulásának alacsonyabb kockázatával járt együtt. A rák megelőzése érdekében meg kell erősíteni az alkoholfogyasztás abbahagyását és csökkentését.

(Forrás: [JAMA Netw Open](#), 2022. augusztus 24.)

+ A SÖR ÉS AZ ALKOHOLMENTES SÖRFOGYASZTÁS HATÁSA A BÉL MIKROBIOMRA

A bél mikrobiom modulációja a sör egészségre gyakorolt hatásait közvetítő mechanizmus lehet.

Egy randomizált, kettős-vak, kétkarú párhuzamos vizsgálatban 22 egészséges férfit vettek fel abból a célból, hogy naponta 330 ml alkoholmentes, vagy 5,2% alkohol tartalmú sört igyanak 4 héten keresztül. A beavatkozás előtt és után vér- és székletmintákat vettek. A bél mikrobiomját 16S rRNS génszekvenálással elemezték. Sem az alkoholmentes, sem az alkoholos sör 4 hétig tartó napi fogyasztása nem növelte a testsúlyt és a testzsírtömeget, és nem változtatta meg szignifikánsan a szérum kardiometaabolikus biomarkereit.

Az alkoholmentes és alkoholos sör növelte a bél mikrobiom diverzitását, ami pozitív egészségügyi eredményekkel járt együtt, és növelte a széklet alkalikus foszfatáz



aktivitását is, amely a bélvédő funkciójának a markere. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a sör hatása a bél mikrobiom módosulására független az alkoholtól, és az a sörben lévő polifenolok hatásaként értékelhető.

(Forrás: [J. Agric. Food Chem.](#), 2022, június 15.)

+ EGYSZERŰEN EGÉSZSÉGESEBBEN ÉTKEZNI

A cukorbeteg tisztában vannak a diéta fontosságával. A Medscape szakértője egy olyan étkezési stratégiáról beszél, amely segíthet mind az 1-es, mind a 2-es típusú cukorbetegnek a jobb vércukorértékek elérésében.

Sokan ismerik az alacsony szénhidrát- vagy magas fehérjetartalmú étrendeket, melyek a vércukorszint csökkentését célozzák. Most olyan módon közelíti meg az étrendek módosítását, amely mindenfajta diétára alkalmazható, legyen az alacsony szénhidráttartalmú, alacsony zsírtartalmú, ketogén, böjtölő vagy vegán étrend.

A vizsgálatok általában azt sugallják, hogy a legmegfelelőbb diétázó cukorbetegnek a legalacsonyabb a HbA1c szintjük.

A kutatók az Egészséges Táplálkozási Indexet használják az egyén étrendje minőségének értékelésére. Megvizsgálják a gyümölcsök, zöldségek, teljes kiőrlésű gabonák, diófélék és magvak mennyiségét, majd a nem ajánlható élelmiszereket, mint a cukor és a só.



Az Index szerint étkezők több teljes értékű vagy nem csomagolt vagy nagyon minimálisan feldolgozott élelmiszert fogyasztanak. Ahelyett, hogy egy granolaszeletet vagy fehérjével dúsított szeletet fogyasztana el snackként, vegyen egy marék száraz pörkölt diót és egy szem gyümölcsöt, például egy almát vagy narancsot.

Majd törekedjen arra, hogy a tányér felét megtöltse keményítőtmentes zöldségekkel, például brokkolival, karfiollal, kaliforniai paprikával és leveles zöldekkel – számos lehetőség közül választhat. Ha az ember – és ez általában érvényes – nem igazán érné be csupán egy fél tányér zöldséggel, akkor a legjobb, ha hozzáadja ezeket a zöldségeket egy omletthez vagy akár pörkölthöz, de a zöldség háromszoros mennyiségben legyen a tányéron.



A következő lépés a finomított gabona és a hozzáadott cukrok mennyiségének csökkentése vagy teljes elhagyása. Itt a fehér tésztákról, a fehér rizsről, a fehér lisztből készült kenyerekről és pékárukról van szó. Helyettük válasszon teljes őrlésű kenyeret, barna rizst, bulgurt vagy más hasonló élelmiszert. A cukorcökkentés céljából a gyümölcsös joghurt helyett fogyasszon natúr joghurtot mélyhűtött bogyós gyümölccsel.

További lépés a cukorral édesített italok kiiktatása. Az energiatartalma, a cukros üdítő vagy az édes tea helyett lehetőleg válassza a vizet, legyen az szénsavas vagy mentes, ill. fogyaszthat kalóriamentes üdítőket is.

Ha a cukorbeteg ezt teszi, akkor diétája tápanyagdús, teljes értékű lesz, és kevésbé kell arra koncentrálni, hogy pontosan hány gramm szénhidrátot, fehérjét és zsírt fogyasszon.

Fenti javaslatok figyelembe vételével úgy étkezhet, hogy nem kerül lényegesen többre az egészséges táplálkozás. Összességében tehát nem egy bizonyos diéta betartásáról van szó. Inkább arról, hogyan lehet javítani az elfogyasztott élelmiszerek minőségén, hogy ne csak a cukorbeteg diétára, hanem egyúttal az általános egészségi állapot javítására is gondoljunk.

(Forrás: Medscape, 2022. július 19.)

+ A VEGÁN ÉTREND ELŐNYEI

2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ MEGELŐZÉSÉBEN ÉS KEZELÉSÉBEN

A vegán étrendek nagy népszerűsége tettek szert világszerte, főleg Amerikában. Az amerikaiak körülbelül 6%-a állítja, hogy vegán. Ez 2017-ről 2021-re 600%-os növekedést jelent a vegánság számarányát tekintve. Számos oka van annak, hogy az emberek manapság a vegán étrendet választják, beleértve az egészségügyi és etikai okokat is.

Illusztráció: Pixabay



Az egyik egészségügyi ok, amelyre ez a vizsgálat hivatkozik, a 2-es típusú diabétesz. Korábban tanulmányok készültek arról, hogy a vegán étrend milyen hatással van az egészségre és a metabolikus szindróma megelőzésére. Vannak vizsgálatok, amelyek kimutatták, hogy a rák kockázata csökkenthető vegán étrenddel, de még mindig vita tárgyát képezi, hogy ez-e a fő oka ennek. Jelen áttekintés célja a vegán étrendek közötti tanulmányok bemutatása és annak megállapítása, hogy csökken-e a 2-es típusú cukorbetegség kockázata.

A jelen tanulmány egy PRISMA kutatási protokollt használt, amelyben szisztematikusan elektronikus keresést végeztek az orvosi könyvtárak adatbázisaiban a múltban egészen 2020 májusáig. A kutatók figyelembe vettek minden megfigyeléses vizsgálatot, például keresztmetszeti vagy prospektív vizsgálatokat, valamint randomizált, ellenőrzött vizsgálatokat. Véletlenszerű, kontrollált vizsgálatok során egészséges felnőttekkel vagy 2-es típusú cukorbetegekkel végzett tanulmányokat választottak, összehasonlítva a vegán étrendet a húst, húskészítményeket és baromfit tartalmazó étrenddel. A vizsgálatok eredményeként a 2-es típusú diabétesz prevalenciáját vagy incidenciáját, az éhomi vércukorszint és a HbA1c szintek alakulását tekintették.

Azokban a megfigyeléses vizsgálatokban, amelyek a 2-es típusú diabétesz előfordulását mutatták ki a vegánok körében, 60.000 egyén (22.434 férfi és 38.469 nő) vett részt. A 2-es típusú cukorbetegség előfordulása magasabb volt a nem vegetáriánusok körében (7,6%), mint a vegetarizmus különböző formáival élők között. Megállapították, hogy a vegánok testtömeg indexe kisebb (23,6 kg/m²) volt, mint a mindenevőké (28,8 kg/m²). A vegánoknál

50%-kal volt kisebb volt a 2-es típusú diabétesz kockázata a nem vegetáriánusokhoz viszonyítva.

A tanulmányok másik csoportja a 2-es típusú diabétesz előfordulási arányát mutatta ki a vegánok körében. A vizsgált 40.000 nem cukorbeteg személy (15.200 férfi és 26.187 nő) közül mind a fehérek, mind a feketék esetében azt találták, hogy a vegán étrend 38–40%-os védelmet nyújt a 2-es típusú diabétesz ellen.

Tanulmányok egy csoportja értékelte a cukorbetegséggel összefüggő szövődmények kockázati tényezőit. A vegánok arról számoltak be, hogy a testtömegindexük jelentősen, 0,4–2,4 kg/m²-rel csökkent, míg a kontroll személyeknél a csökkenés csupán 0,1–1,5 kg/m²-t tett ki. Emellett a vegánoknál csökkent a vérnyomás-, a koleszterin- és a trigliceridszint is, melyek a kontrolloknál nem változtak.

Bár a vegán étrend mellett jobbak voltak az egészségügyi kilátások, a megfigyeléses vizsgálatok korlátját jelentette, hogy az étrendről maguk a vizsgált személyek számoltak be és nem biztos, hogy étkezési szokásaik az idő múlásával nem változtak. A vizsgálatokban a vegán diéta időtartama 6 és 74 hét között mozgott, mégis minden randomizált, kontrollós vizsgálat esetében a HbA1c szintek csökkentek a vegán étrend mellett.

A vegán étrendnek azonban vannak korlátai. Ezek közé tartozott bizonyos tápanyagok, például a fehérjék, a B12-vitamin, a kalcium, a D-vitamin, a vas, a cink vagy az omega-3 zsírsavak elégtelen bevitele. Minden vegánnak meg kell kapnia az összes alapvető tápanyagot, nehogy élete során más problémák lépjenek fel a szervezetben. Pl. a D-vitamin és a kalcium hiányában csontritkulás fejlődhet ki. Beszámoltak arról is, hogy a vegánoknál megnőtt a csonttörések kockázata és ez a kor előrehaladtával tovább fokozódott. Tehát a vegán étrendet megfelelő tápanyagokkal feltétlenül ki kell egészíteni.

Összességében az a következtetés vonható le, hogy a vegán étrend csökkenti a 2-es típusú diabétesz kockázatát, bár nehéz megmondani, hogy e jótékony hatások egyedül a vegán étrendnek vagy az egészségesebb életmódnak is köszönhetőek-e. A vegán étrend főként amerikai diétának tekinthető, és összehasonlítható más ajánlott egészséges étrendekkel, például a mediterrán és a DASH diétákkal. Több kontrollós vizsgálatra van szükség annak kimutatásához, hogy a cukorbetegség esetében hatékonyan és biztonságosan alkalmazható legyen a vegán diéta.

(Egy fontos szempont nem került említésre, amennyiben sok esetben a vegán étrenden lévők magas cukortartalmú gyümölcsöket és süteményeket is fogyasztanak, melyek nem igazán kedveznek sem a diabétesz, sem a testsúly emelkedés elkerülésének – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: *Diabetes in Control*, 2022. július 2.)

1-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEKNÉL

Az 1-es típusú diabéteszes és étkezési zavarban szenvedő betegeknél nagyobb a diabéteszes ketoacidózis és a bármely okból bekövetkező halálózás kockázata.

Az evészavarok olyan súlyos betegségek, amelyek kóros étkezési formákkal járnak együtt, amelyek a testsúllyal és a téves testképpel állnak kapcsolatban. Az étkezési zavarok néhány példája az anorexia nervosa, a bulimia nervosa és a falásroham. Különböző tanulmányok megállapították, hogy a fiatal 1-es típusú diabéteszes betegeknél gyakoribb az étkezési rendellenesség előfordulása, az egyik metaanalízis körülbelül 2,5-szer magasabb előfordulás arányt becsült,

mint a nem cukorbeteg kortársaik esetében. Mindkét kór-állapotban egyszerre szenvedő betegek egyik lehetséges klinikai jellemzője a súlygyarapodástól való félelem miatti alulinzulinozás, vagyis a szükségesnél kisebb adagban adott inzulin. Ennek eredményeként tartósan magas vércukorszintek jönnek létre, mely a diabéteszes szövődmények és a halálózás magasabb kockázatát eredményezi.

Egy közelmúltban végzett kohorsz tanulmány a diabéteszes ketoacidózis és a bármely okból bekövetkező halálózás kockázatát vizsgálta étkezési zavarban szenvedő 1-es típusú cukorbetegknél. Az Ontario Diabetes Adatbázisból 2014 januárjában gyűjtöttek egy vizsgálati mintát, amely 10–39 év közötti serdülőkből és fiatal felnőttekből állt, és hat évig követték őket nyomon. A vizsgálok szűrték a betegeket étkezési zavarra, amely miatt sürgősségi kórházi ellátásra szorultak vagy pszichiátriai osztályon történő kezelésben részesültek, ahol az elsődleges vagy másodlagos diagnózist étkezési rendellenességként rögzítették a megfelelő kódok segítségével. Elsődleges kimenetelként a bármely okból bekövetkező halálózást és a diabéteszes ketoacidózist tekintették. Ezen kívül a szerzők összehasonlítottak egy evészavarral rendelkező személyt tíz hasonló korú és nemű kontrollal.

A 20.035 1-es típusú cukorbeteg közül 168-nak (0,8%) volt étkezési zavara. Az evészavarral diagnosztizált betegek jellemzően nők (92,9%), idősebbek (27 év feletti) voltak, és hosszú kórtörténetük volt: 49%-uk rendelkezett 15 évnél hosszabb diabétesztartammal. A kiindulási jellemzők hasonlóak voltak a betegek mindkét csoportjában, kivéve, hogy az étkezési zavarral rendelkezők közül kevesebben éltek vidéken, vagy kevesebb esetben volt a diabétesz tartamuk 5–10 év között. Az eredmények azt



Illusztráció: – Freepik

mutatták, hogy a diabéteszes ketoacidózis előfordulása 112,5/1.000 személyév volt az evészavarban szenvedők, és 30,8/1.000 személyév az étkezési zavarral nem rendelkezők között. Összességében tehát az evészavarban szenvedő 1-es típusú cukorbetegknél a ketoacidózis kockázata mintegy háromszoros, a nők esetében a kockázat 3,41-szeres, férfiaknál 2,47-szeres volt. A szerzők azt is megállapították, hogy az evészavarban szenvedő 1-es típusú cukorbetegek bármely okból bekövetkező halálózásának a kockázata hatszoros volt. A mortalitás az előbbieknél 16/1.000 személyév, a kontrollok esetében pedig 2,5/1.000 személyév volt. A nem cukorbetegek között az evészavar előfordulása sokkal alacsonyabb volt (0,2%). A jövedelmi viszonyok és a falun élés nem befolyásolta a halálózás vagy a diabéteszes ketoacidózis kockázatát.

A tanulmány eredményei alapján tehát az evészavarban szenvedő 1-es típusú cukorbetegek halálózási és ketoacidózisos kockázata szignifikánsan magasabb volt. Ugyanolyan fontos, hogy az 1-es típusú cukorbetegknél nagyobb valószínűséggel alakulnak ki étkezési zavarok, mint a nem cukorbetegek esetében. Mivel mindkét állapot nagyobb valószínűséggel jelentkezik fiatalabb életkorban, a betegeket szűrni kell az evészavar jeleire és tüneteire a korai diagnózis érdekében, hogy megelőzzék a társbetegségeket és a fokozott halálózást. Scheuing és munkatársai szerint ebben a betegcsoportban magasabb kiindulási HbA1c-szintek és egyéb szövődmények, például retinopátia fokozott kockázata várható. A jövőbeni tanulmányok során érdekes lenne látni, hogyan javul a glikémiás kontroll egy étkezési rendellenesség terápia előtt és után.

(Forrás: [Diabetes in Control](#), 2022. július 16.)



MDOSZ: MEGÚJULT AZ OKOSTÁNYÉR

MEGÚJULT AZ OKOSTÁNYÉR AJÁNLÁS FELNŐTTEKNEK

A krónikus, nem fertőző betegségek elterjedése hazánkban és világszerte is súlyos probléma. A szív- és érrendszeri, daganatos betegségek, cukorbetegség és elhízás kialakulása és a miattuk bekövetkező halálozás sok esetben elkerülhető lenne megfelelő életmód követésével, amelybe beletartozik a dohányzás és alkoholfogyasztás kerülése, a rendszeres fizikai aktivitás mellett a kiegyensúlyozott táplálkozás is.

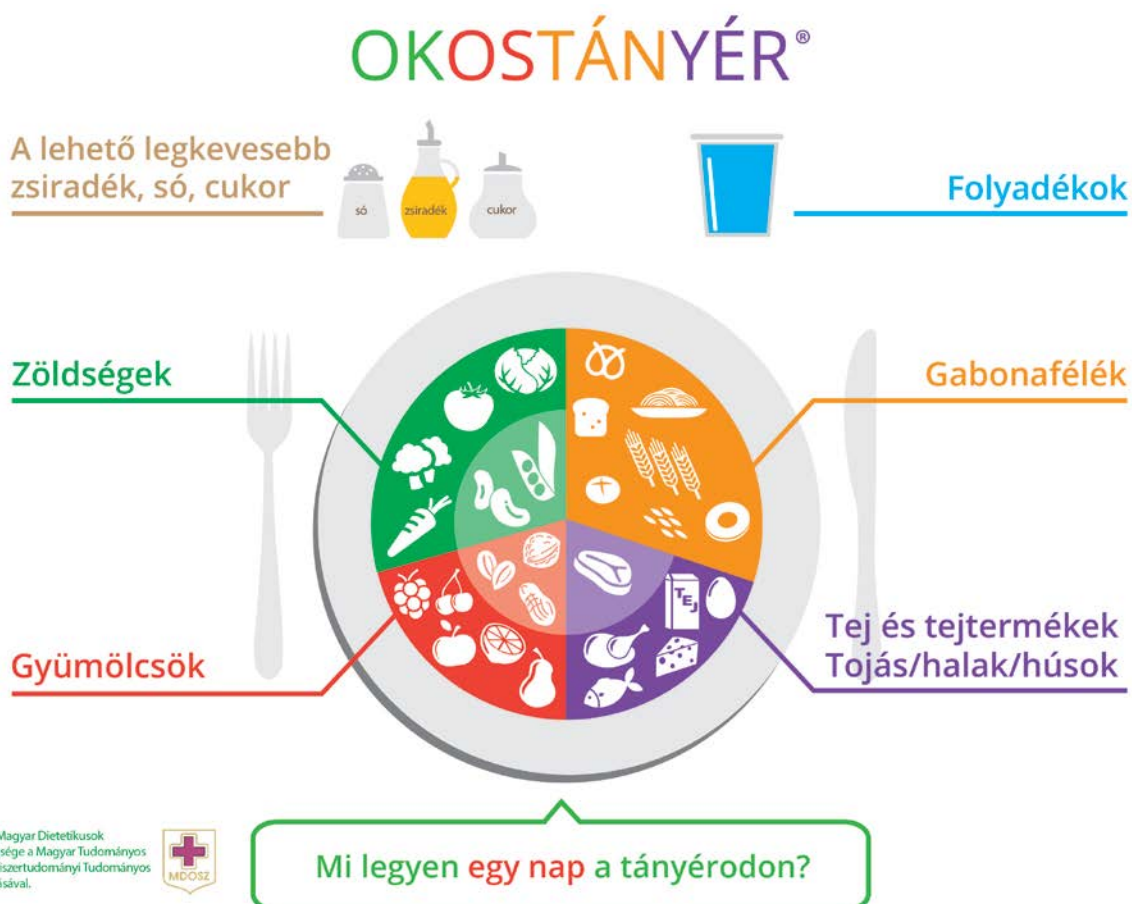
Mivel a megfelelően összeállított étrend tekinthető az egyik leghatékonyabb eszköznek a testi és lelki egészség megőrzésében, kiemelt szerepe van a korszerű és közérthető táplálkozási ajánlásoknak. Korszerűnek napjainkban az a holisztikus szemléletű étrendi útmutató nevezhető, amely az egészségmegtartás mellett a táplálék környezet-re, jövőre gyakorolt hatását is figyelembe veszi.

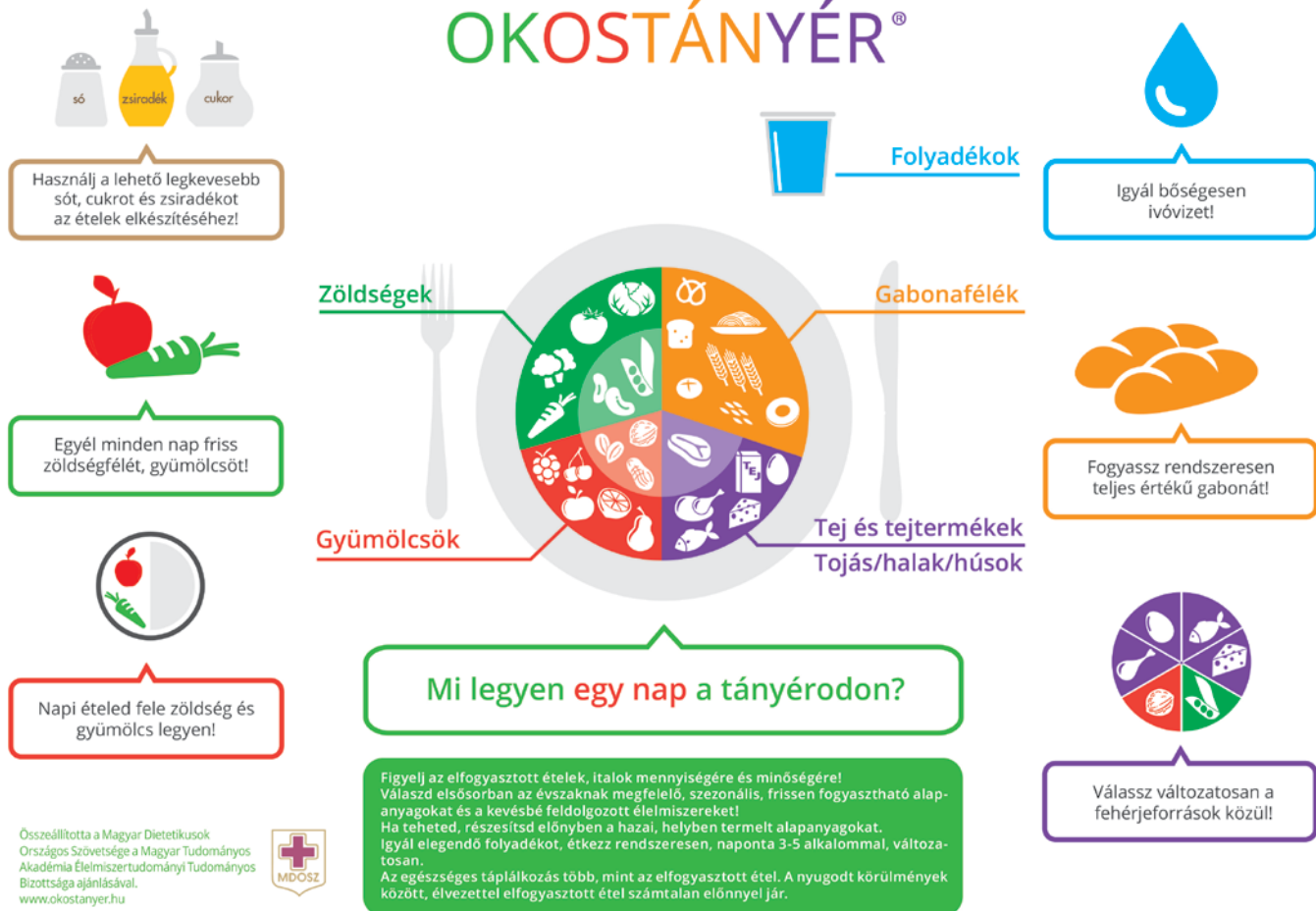
Előzmények

Az első hivatalos hazai táplálkozási ajánlás után 29 évvel, 2016-ban megszületett az OKOSTÁNYÉR®, amely tu-

dományos evidenciákra alapozva, ugyanakkor közérthetően mutatja be az egészséges felnőttek számára javasolt kiegyensúlyozott, vegyes táplálkozás alapelveit. Külföldi példákhoz hasonlóan, itthon is az ételmszeralapú megközelítésre esett a választás, amely a tápanyagalapú változatnál igazoltan hatékonyabb. Az alkalmazott „tányérmodell” szemléletesen mutatja be, mi szerepeljen a tányérunkon egy nap leforgása alatt. Az ajánlást összeállító, táplálkozástudományban jártas szakemberek az OKOSTÁNYÉR® megalkotásakor a táplálkozástudomány legfrissebb eredményei mellett figyelembe vették a hazai jogszabályokat, ételmszer-választékot, hagyományokat, étkezési szokásokat, és ezek alapján tették meg javasolataikat.

Az OKOSTÁNYÉR® egyesével bemutatja az ételmszer-csoportokat, amelyekkel összefüggésben és az ételkészítéssel kapcsolatban is jól hasznosítható tanácsokat fogalmaz meg, de emellett az egészséges életmód szempontjából szintén elengedhetetlen fizikai aktivitásról is említést tesz az ajánlás. Az okostanyer.hu oldalon elérhető receptek és háttéranyagok, mint például a „Vásároljunk okosan”, „Tippek házon kívüli étkezéshez”, további segít-





seget nyújtanak a változatos, kiegyensúlyozott táplálkozás gyakorlati megvalósításához. Az OKOSTÁNYÉR® elnyerte a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszertudományi Tudományos Bizottsága ajánlását.

Az új felnőtt Okostányér

A hazai táplálkozási ajánlás megújítására 2021-ben került sor. Az új OKOSTÁNYÉR® kidolgozásában az MDOSZ vezetőségi tagjai mellett több szakértő is részt vett, majd a módosítási javaslatokat az MTA Élelmiszertudományi Tudományos Bizottság Táplálkozástudományi Munkabizottsága is megvizsgálta és véleményezte.

A munka során a 2016 óta megjelent, élelmiszeralapú táplálkozási ajánlások részletes áttekintésére került sor, majd a felülvizsgálatot végző munkacsoport ezeket adaptálta a hazai élelmiszer-választékhoz és táplálkozási szokásokhoz.

Az új OKOSTÁNYÉR® az MTA Élelmiszertudományi Tudományos Bizottság, a Magyar Táplálkozástudományi Társaság és az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet ajánlásával jelent meg.

Újdonságok

A holisztikus szemléletet követve a megújított OKOSTÁNYÉR® az eddigi szempontok megtartása mellett, a korábbinál nagyobb hangsúlyt fektet a környezettudatos, fenntartható táplálkozásra. Ennek jegyében az ajánlás

a szezonális, kevésbé feldolgozott és hazai alapanyagok előnybe részesítését javasolja, illetve egyes élelmiszercsoportok mennyiségi ajánlása is módosult.

Kiemelésre került, hogy az egészséges táplálkozás több, mint az elfogyasztott étel, és hogy az étkezésben a mennyiség és a minőség egyaránt fontos.

Ahogy a képi megjelenésben is látható, egyes élelmiszercsoportok hangsúlyosabbak lettek, mint például a hüvelyesek, olajos magvak. A javasolt fehérjeforrások között az állati eredetű termékek mellett a hüvelyesek és olajos magvak is megjelennek, amelyek ajánlott fogyasztási gyakorisága is bekerült az ajánlásba. Hüvelyeseket (pl. bab, borsó, lencse) legalább heti egy alkalommal javasolt fogyasztani, míg az olajos magvakat (pl. dió, mogyoró, tökmag) sótlan formában heti 2-3-szor, kis maroknyi mennyiségben ajánlja az OKOSTÁNYÉR®.

Az elmúlt 5-6 évben született, korszerű külföldi táplálkozási útmutatókhoz hasonlóan, az új OKOSTÁNYÉR®-ban is a zöldség-gyümölcs ajánlott mennyisége napi minimum 400 grammról (4 adag) 500 grammra (5 adag) emelkedett. Az élelmiszercsoporton belül külön mennyiségi ajánlás született a zöldségek (3-4 adag) és a gyümölcsök (1-2 adag) kategóriájára vonatkozóan.

A húsfogyasztás kérdésköre is nagyobb hangsúlyt kapott. Megjelent a vörös húsok és a feldolgozott húspari termékek mennyiségi korlátozása. Eszerint főtt/párolt/sült vörös húst (pl. marha, sertés) hetente legfeljebb 350-500 gramm (500-700 g nyers) mennyiségben javasolt fo-

gyasztani, illetve érdemes a feldolgozott húsipari termékek fogyasztási gyakoriságát és mennyiségét minimálisra csökkenteni. A heti rendszerességű húsmentes nap ajánlása is szerepel az új OKOSTÁNYÉR®-ban.

Egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek a fogyasztók körében a növényi italok (pl. mandulaital, rizsital, stb.), amelyeket sokszor helytelenül, „növényi tejeknek” neveznek, és a tej helyettesítésére alkalmaznak, ezért is fontos volt tisztázni helyüket a kiegyensúlyozott, vegyes táplálkozásban. A felülvizsgált OKOSTÁNYÉR®-ban a növényi italok a „tej és tejtermékek” kategórián belül kerülnek megemlítésre, ugyanakkor az ajánlásban is kiemelésre került, a növényi italokra folyadékalternatívaként kell gondolni, tápanyagtartalomban jelentősen eltérnek a tejtől, ezért helyettesítésére nem alkalmasak.

Tippek a gyakorlati megvalósításhoz

Az OKOSTÁNYÉR® ajánlásában történt módosítások az egészségmegőrzés és a fenntarthatóság jegyében születtek. Sokakban felmerülhet a kérdés, hogyan lehet ésszerűsíteni a húsok, húsipari termékek fogyasztását, illetve hogyan fér bele napi 5 adag zöldség-gyümölcs az étrendünkbe. Szeretnénk néhány tippel segíteni az új ajánlás gyakorlati megvalósítását.

Érdemes a fokozatosság elvét követni, amikor a saját és/vagy a család étrendjét akarjuk megreformálni.

- A (vörös)hús mennyiségét első körben csökkenthetjük a megszokott ételünkben, például
 - o készülhet a hagyományos helyett zöldséges fasírt (kevés hússal, cukkinivel, sárgarépával),
 - o eltolhatjuk a rakott ételek hús-zöldség arányát a zöldség irányába,
 - o a bolognait készíthetjük kevesebb hússal és sárgarépa hozzáadásával, sőt, akár a húst kicserélhetjük, pl. vöröslencsére.
- A hüvelyesek kiváló alapanyagok a hús helyettesítésére, akár ragukat is készíthetünk belőlük (pl. lencse vagy csicseriborsóragu), amelyeket fogyaszthatunk körettel vagy akár rakott étel részeként is (pl. rakott cukkini csicseriborsós raguval és rizzsel).
- A tortilla egy sokféleféppen elkészíthető étel, amelyet hús nélkül, sok zöldséggel és sajttal is bátran fogyaszthatunk.
- A tojás teljes értékű fehérjeforrásként levesben, felfőtteként is megállja a helyét, ugyanakkor szendvicskrém is készülhet belőle, így nem csupán a hús, de a feldolgozott húsipari termékek (pl. felvágottak) helyettesítője is lehet.

Amennyiben rendszeresen étkezünk, és minden étkezésünk tartalmaz zöldséget és/vagy gyümölcsöt, nem lesz nehéz elfogyasztani napi 500 grammot belőlük. Itt is javasoljuk a mennyiség fokozatos növelését, amennyiben

eddig a napi 4-5 adag zöldség-gyümölcs nem volt része az étrendnek. A húsfogyasztás csökkentése rendszerint a zöldségek étrendi mennyiségének növekedésével jár.

A fentebb felsorolt ötletek (pl. zöldséges fasírt vagy bolognai) mellett növelhetjük a zöldség- és gyümölcsbevitelünket az alábbiak segítségével.

- A rizsköret helyett zöldséges rizst (pl. rizi-bizi, kukoricás rizs) készítünk.
- A rántottát dúsítjuk zöldségekkel (pl. paprika, sárgarépa, lilahagyma, cukkini).
- Sós pitétet, felfújtakat is ezerféleképpen készíthetünk; bátran használjuk az épp szezonális zöldségeket!
- Kisétkezésre is ideális lehet a zöldséges muffin (pl. cukkinis-sárgarépás, karfiolos, spenótos vagy brokkolis), zöldséggel/zöldségrémmel töltött palacsinta vagy zöldséges (pl. almás-spenótos) „babacsinta”.
- Természetesen nem csak tojásból, zöldségekből is ínsciklandó, színes szendvicskrémek készíthetők, mint például zöldborsókrém, pandlízánkrém, sárgarépa-krém, céklás humusz, zakuszka.
- A gyümölcsbevitelünket a nyers gyümölcsön túl gyümölcslevesel, salátákkal, gyümölcsös palacsintával, muffinnal, gyümölcsös turmixszal, vagy nyáron akár házi gyümölcsfagyival (pl. meggyes-banános) is növelhetjük.
- Az OKOSTÁNYÉR® a sőtlan olajos magvak rendszeres fogyasztását is javasolja, amelyeket kísétkezések részeként, salátákra, levesekre szórva, süteményekben darálva vagy krémként is beilleszthetünk az étrendünkbe.

A zöldség-és gyümölcsfogyasztás növekedésének pozitív következménye a magasabb rostbevitel. Azonban a jótékony hatásai ennek akkor tudnak csak érvényesülni, amennyiben elegendő folyadékfogyasztás is társul mellé. Naponta minimum 8 pohár (1 pohár = 2–2,5 dl) folyadék elfogyasztása javasolt általánosságban. Az egyén valós igénye ennél több is lehet, pl. fokozott folyadékvesztés (pl. izzadás (edzés, meleg, lázas betegség), hasmenés, hányás), és rostban gazdag táplálkozás esetén. A víz és egyéb italok mellett a zöldségek, gyümölcsök, levesek, főzelékek, joghurt, kefir, stb. is tartalmaznak folyadékot.

Receptek

Az okostanyer.hu-n segédanyagok (cikkek, kalkulátorok), [receptek](#) is találhatóak, amelyek megkönnyítik az OKOSTÁNYÉR® ajánlásainak követését. Az MDOSZ 2021-ben, alapításának 30. évfordulóján [30 finom étel receptjét gyűjtötte egy csokorba](#), amely szintén ötletet adhat, amikor a család menüjét szeretnénk megtervezni.

(Forrás: [MDOSZ, Táplálkozási Akadémia Hírlevél, 15. Évfolyam, 8. Szám – 2022. augusztus](#))



ENERGIÁT ADÓ TÁPANYAGOK: A FEHÉRJÉK

Fotó: Pixabay



„Ismétlés, a tudás anyja”

Bár sokan úgy gondolják, hogy akár több évtizedes diabéteszükkel mindent tudnak már a „diétáról”, azért nem árt kicsit ismételnünk. Vagy azért, hogy megerősítsük, hogy miért van szükségünk arra, hogy komolyan vegyünk az étrendi kezelést, vagy azért, hogy a már esetleg elfeledett információk újra a helyükre kerüljenek.

A napi energiabevitel az energiát adó tápanyagok – fehérje, zsír, szénhidrát, alkohol – fogyasztásával történik. Az elfogyasztott energiamennyiségen belül fontos az energiát adó tápanyagok egymáshoz való aránya is. Egészséges egyének esetében javasolt, hogy a napi energia 12–20%-a legyen a fehérje, kb. 30%-a zsír, és 50–55%-a szénhidrát. Cukorbetegség esetén a javasolt szénhidrátmennyiség egyénre szabott (ha az orvos másképpen nem rendel, akkor kb. napi 160–180 g).

Előző alkalommal [részletesen foglalkoztunk a szénhidrátokkal](#), most ismételjük át a tudnivalókat a fehérjékről.

A fehérjék aminosavból felépülő makromolekulák. A szervezetünkben levő fehérjék folyamatosan bomlanak és épülnek. A felszabaduló aminosavak egy része visszakerül az épülő fehérjékbe, a többi elvész az oxidatív

katabolizmus során. A szervezet fehérjéinek képzéséhez a táplálék fehérjei biztosítják a szükséges aminosavakat. A 20 féle aminosav közül 9 olyan nélkülözhetetlen „esszenciális” aminosav van, melyeket az emberi szervezet nem tud szintetizálni, így ezek csak a táplálékbevitellel biztosíthatók. A nem esszenciális aminosavakat a szervezet a táplálékkal bevitt fehérjék aminosavainak átalakításával állítja elő.

A teljesértékű, vagy komplett fehérjét, melyekben az összes esszenciális aminosav megfelelő mennyiségben és arányban van, elsősorban az állati eredetű fehérjeforrások (tej, tejtermékek, tojás, hal, húskok, húsipari termékek) tartalmazzák. A másodrendű, vagy inkomplett fehérjék – általában növényi eredetű fehérjeforrások (kivéve szója) – egyes esszenciális aminosavban hiányosak, így önmagukban elégtelen fehérjeforrások.

Az elmúlt években egyre elfogadottabbak lettek a növényi alapú (de nem állati fehérje mentes!) étrendek. Az Okostányér® 2021-es ajánlásai között is szerepel, hogy hente legyen egy húsmentes napunk, illetve csökkentjük a „vörös húskok” mennyiségét heti 50–70 dkg-ra (nyersen). A fehérjeforrások kiválasztása során is érdemes a változatosságra törekedni, a húskok helyettesíthetők halakkal, tejtermékekkel, tojással és hüvelyesekkel.

A fehérjék biológiai értékét az esszenciális aminosav tartalmuk határozza meg.

Néhány élelmiszer fehérjéjének biológiai értéke

Élelmiszer	Biológiai érték	Élelmiszer	Biológiai érték
Tehéntejalbumin	104	Szójafehérje	74-78
Anyatej, teljes tojás	100	Burgonya	73
Tehéntej	88-95	Bab, borsó, lencse	56-72
Marhahús	88-92	Rizs	63-67
Halhús	80-92	Búzaliszt (83%-os kiőrlésű)	53
Eidami sajt	85	Kukoricaliszt	49
Ementáli sajt, sertéshús	84	Földimogyoróliszt	48
Csirkehús	82		

Forrás: Új Tápanyagtáblázat, Medicina, 40. oldal

Komplettálásnak nevezzük azt a folyamatot, amikor az inkomplett fehérjét teljesértékű fehérjével egészítjük ki (pl. kenyér + sajt, vagy gépsonka). Növényi fehérjét lehet növényi fehérjével is komplettálni (pl. vegetáriánus étrend esetén), de ehhez ismerni kell, hogy melyik alapanyag milyen esszenciális aminosavban hiányos, és melyik másik alapanyag tartalmazza a hiányzó esszenciális aminosavat nagyobb mennyiségben.

Csecsemők, és gyerekek esszenciális aminosav igénye nagyobb, mivel a fejlődő szervezet fehérje „építése” intenzívebb. Idősebbeknek pedig ugyanakkora mennyiségű izomfehérje képzéséhez magasabb fehérjebevitelre van szükségük, mint a fiatalabbaknak.

Fehérjeigény

Felnőttkorban jó minőségű fehérjebevitel esetében 0,8 g/ttkg (testtömeg kilogramm) javasolt, rosszul emészthető, gyenge minőségű fehérjéből 1 g/ttkg. Az egyszerűbb számítási lehetőség miatt praktikus a napi fehérjebevitel meghatározására az 1 g/ttkg használata, pl. 60 kg testtömeg esetén 60 g fehérje.

Az energiát adó tápanyagok közül a napi energiameennyiségben belül a WHO ajánlása szerint 10–15% javasolt fehérjéből (2000 kcal esetén kb. 50–73 g fehérje). A komplett és az inkomplett fehérjék aránya 50:50 %.

Magyarországon a tényleges fehérjebevitel az Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP2014)





szerint a férfiaknál átlagosan 2718 kcal energia bevitele mellett 15% (99,4 g), a nőknél 2033 kcal energia bevitele mellett 15,3% (75,9 g) volt a fehérjebevitel. A komplett fehérjék aránya 60%.

Napjainkban sokan fogyasztanak fehérjedús – sokszor szénhidrátokban szegény – étrendet, divatból, fogyás vagy testépítés céljából. Ezek összetétele nem mindig felel meg a szervezet igényeinek, ezért érdemes kezelőorvossal, dietetikussal egyeztetni alkalmazásuk előtt. Ugyanakkor számos esetben fordul elő, hogy valakinek állapota orvosilag indokolja, hogy fehérjedús étrendet tartson.

Fehérjedús étrend főbb indikációs területei:

- csecsemő-, kisded- és gyerekkor
- terhesség, szoptatás
- időskor
- fokozott fehérjevesztés: elhúzódó vérzések, égések, fokozott ürítés (pl. hasmenés)
- elégtelen fehérjeellátás (pl. alultápláltság)
- elégtelen felszívódás: felszívó felület csökkenése (rövidbél szindróma, műtött Crohn beteg), felszívó felület működésének károsodása
- egyes betegségek (pl. tüdőbetegségek)
- műtét után
- dialízis alatt
- lázas állapot, fertőző betegségek esetén

Fehérjedús étrendről akkor beszélünk, ha a fehérje bevétel 1,2–1,5 g/ttkg-ra emelendő, pl. 60 kg esetén 78–90 g fehérje. Fehérjedús étrend esetén elsősorban a komplett fehérjék mennyiségét javasolt emelni.

A napi energiamentiségnek ilyen esetekben 15–20%-át javasolt biztosítani fehérjéből. Az energiát adó tápanyagok (szénhidrát, zsír) fehérjevédő hatással rendelkeznek, így ezek megfelelő beviteléről is gondoskodni kell. Elégtelen szénhidrátbevitel mellett a szervezet nem fehérjeépítésre fogja felhasználni a táplálékkal biztosított aminosavakat, hanem energiafelhasználásra.

Túlzott fehérjebevitel problémái

Fontos, hogy csak indokolt esetben legyen magas fehérjetartalmú az étrend, mivel a túlzott fehérjefogyasztásnak is lehetnek káros hatásai.

Ismert, hogy a túlzott fehérjefogyasztás károsíthatja a veséket (fokozza a glomeruláris filtrációt, növeli az intraglomeruláris nyomást).

2-es típusú diabeteszeseknél az elfogyasztott fehérje – a vércukorszint növelése nélkül – fokozza az inzulin-elválasztást.

Csontritkulás megelőzéséhez fontos a megfelelő mennyiségű fehérjebevitel a Ca beépüléséhez, de a túlzott fehérjebevitel fokozhatja a csontlebontó folyamatokat is.

A túlzott fehérjefogyasztás felvetődő kérdéseit betegség csoportokra lebontva taglalja prof. dr Halmos Tamás cikke az Új Diéta 2010/5 számában.

Forrás:

Barna M. szerk.: Táplálkozás Diéta, Medicina, Budapest, 1996
Rodler I. szerk.: Új Tápanyagtáblázat, Medicina, Budapest, 2005
Fövényi J., Gyurcsáné K. I.: [Cukorbeteg nagy diétáskönyve](#), SpringMed, 2021, 7. kiadás

[Okostányér felnőtteknek](#)

[Táplálkozási Akadémia Hírlevél](#), Növényi alapú étrendek

Pécsi T.: Öregek és étkezés, Új Diéta, 2012/1 szám, 2-4. oldal

[A magyar lakosság energia- és makrotápanyag-bevitel](#)

Halmos T.: A túlzott fehérjefogyasztás okozta egészségügyi kockázatok ismertetése, Új Diéta, 2010/5 szám, 2-3. oldal



Diétás cikk és receptek

Gyurcsáné Kondrát Ilona

dietetikus, prevenció élelmezés és táplálkozás-egészségügyi szakértő



RECEPTEK



Nyírségi gombóclevés (4 adag)

Hozzávalók:

- 40 dkg sertéscomb, vagy pulykacomb filé
- 15 dkg zöldborsó
- 15 dkg sárgarépa
- 15 dkg gomba
- 10 dkg gyökér
- 1 evőkanál olaj
- 2-3 dkg vöröshagyma
- 15 dkg burgonya
- 5 dkg liszt
- ½ db tojás
- 1 evőkanál liszt
- 2 dl tejföl
- tárkony
- konyhasó

Elkészítés:

1. A megtisztított burgonyát sós vízben puhára főzzük, majd leszűrjük, és hűlni hagyjuk.
2. Az apróra összevágott vöröshagymát egy evőkanál olajon üvegesre pirítjuk, majd hozzáadjuk a kockára vágott húst, és kevés vízzel felengedve pároljuk.
3. Amikor a hús már félig megpuhult, hozzáadjuk a megtisztított és feldarabolt zöldségeket, és felengedjük kb. 1 liter vízzel. Lassú tűzön addig főzzük, míg a zöldségek megpuhulnak.
4. Közben a langyosra hűlt burgonyát áttörjük, hozzáadjuk a lisztet és egy fél tojást, és összegyúrjuk. Vizes kézzel kicsi gombócokat formálunk belőlük, és amikor a hús és a zöldségek megpuhultak, a gombócokat belefőzzük a levesbe. Addig főzzük, míg a gombócok feljönnek a leves tetejére.



Tipp:

Tálalás előtt apróra vágott petrezselyem zölddel megszórjuk.

Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	424 kcal	Fehérje	29,6 g
Zsír	16,4 g	Szénhidrát	33,5 g

Csőben sült cukkinis pulykamell, rizzsel (4 adag)

Hozzávalók:

- 40 dkg pulykamell filé
- 4 dkg liszt
- 3 evőkanál olíva olaj
- 1 db cukkini (kb. 30 dkg)
- 4 dl tejföl 12 %-os
- 2 db tojás
- 3-4 levél bazsalikom, apróra vágva
- 4 szelet (6 dkg) füstölt trappista sajt
- 20 dkg rizskeverék, Exotic tengeri só
- őrölt bors



Elkészítés:

1. A pulykamellet vágjuk 4 szeletbe, a szeleteket gyengén sózzuk meg, szórjuk meg ízlés szerint borssal.
2. Lisztbe mártva mindkét oldalát süssük meg a felhevített olajon, majd helyezük egy hőálló tál aljára.
3. A sajtszeletekkel borítsuk be úgy, hogy minden hússzelet tetejére kerüljön egy-egy.
4. A cukkinet karikázzuk fel, és rakjuk a hússokra.
5. A tejfölt keverjük ki a tojással, ízesítsük sóval, borssal és az apróra vágott bazsalikommal, majd öntsük a a cukkinival befedett szeletekre.

6. Előmelegített sütőben süssük addig, míg a sajtszeletek teteje kicsit megpirul.
7. Míg a hús sül, készítsük el a rizs köretet a csomagoláson jelzett módon.

Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	634 kcal	Fehérje	36,0 g
Zsír	27,1 g	Szénhidrát	57,8 g



Sonkával töltött burgonya (4 adag)

Hozzávalók:

- 80 dkg burgonya
- 20 dkg darált füstölt sonka (sovány)
- 2 dl tejföl 12 %-os
- 2 dkg vaj vagy margarin
- 1 csomag petrezselyem zöld
- őrölt bors
- konyhasó

Elkészítés:

1. A burgonyát alaposan mossuk meg, és enyhén sós vízben főzzük meg a héjában.
2. Ha kissé kihűlt, tisztítsuk meg, vágjuk félbe, és a közepét vágjuk ki. A kivájt részt törjük össze.
3. Keverjük bele a darált sonkát, a tejföl felét, és az apróra összevágott petrezselyem zöldet.
4. Ízesítsük sóval, őrölt borssal, majd töltsük meg vele a burgonyákat.

5. A megtöltött burgonyákat helyezük vajjal, vagy margarinnal megkent hőálló tepsibe. Locsoljuk meg a maradék tejföllel, és előmelegített sütőben süssük össze.

Tipp:

Tálaljuk salátával.

Tápanyagtartalom – 1 adag (2 db):

Energia	353 kcal	Fehérje	14,0 g
Zsír	13,5 g	Szénhidrát	41,5 g



Tárkonyos körözött (4 adag)

Hozzávalók:

- 25 dkg túró (félzsíros)
- ½ dl tejföl 20%-os
- 5 dkg margarin vagy vaj
- 5 dkg póréhagyma
- néhány friss tárkonylevél (vagy szárított)
- fűszerpaprika
- tengeri só

Elkészítés:

1. A túró villával áttörjük, kikeverjük a margarinnal és a tejjel, majd ízesítjük kevés sóval, fűszerpaprikával.
2. A póréhagymát és a tárkonylevelet apróra vágjuk, és összekeverjük a túrókrémmel.

Tipp:

Érdemes az étkezés előtt legalább néhány órával elkészíteni, hogy kicsit összeérjen a tálalás előtt.

Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	213 kcal	Fehérje	10,5 g
Zsír	16,8 g	Szénhidrát	3,6 g



Zsírsegedény változat

(zsírsegedény túró, 12%-os tejföl, light margarin)

Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	104 kcal	Fehérje	8,4 g
Zsír	5,9 g	Szénhidrát	3,6 g

Tésztasaláta sajttal, csemege karajjal (4 adag)

Hozzávalók:

- 20 dkg színes orsó tészta
- 20 dkg salátakeverék (sárgarépa csíkokkal)
- 10 dkg kígyóuborka
- 10 dkg koktél paradicsom
- 4 evőkanál citromlé
- 2 evőkanál olíva olaj
- 4 szelet (8 dkg) edami sajt
- 5 dkg szeletelt csemege karaj
- konyhasó

Elkészítés:

1. A tésztát forró sós vízben megfőzzük, amibe egy teás kanálnyi olajat tettünk. Leszűrjük, és hideg vízzel leöblítjük.
2. A kígyóuborkát cikkekre vágjuk, a koktélpáradicsomot negyedeljük.
3. A tésztát összekeverjük a salátával és az uborkával.
4. Meglocsoljuk a citromlével és az olíva olajjal (de ízesíthető citromlé helyett balsameccel is) és lazán összekeverjük. Hűtőben összeleljük.

Tipp:

Tálaláskor a tetejére szórjuk a csíkokra vágott csemege karajt, a felgöngyölt sajt szeletkéket, majd díszítjük a paradicsom cikkekkel.



Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	324 kcal	Fehérje	18,1 g
Zsír	13,9 g	Szénhidrát	27,9 g



Receptek és fotók

Gyurcsáné Kondrát Ilona

dietetikus, prevenciósz ételmezés és táplálkozás-egészségügyi szakértő

The logo consists of the letters 'C', 'D', 'F', and 'D' in a stylized, bold font. The 'C' and 'F' are orange, while the 'D's are red. The letters are arranged in a sequence: C, D, F, D. The entire logo is centered within a light grey circle.

CDFD

www.diabforum.hu